|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Thyroid-like cholangiocarcinoma – opis przypadku |
| Autorzy:  | W.Chacińska, A.Kowalski, P.Kaliciński |
| Ośrodek:E-mail: | Klinika Chirurgii Dziecięcej i Tx Narządów IP-CZD w WarszawieAl. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawaw.chacinska@ipczd.pl |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne |  | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne | x |
| Streszczenie: | Thyroid-like cholangiocarcinoma jest bardzo rzadkim wariantem raka dróg żółciowych. Do tej pory opisano tylko 4 przypadki tego typu nowotworu na świecie. Prezentujemy przypadek 17-letniej pacjentki z przypadkowo rozpoznanym guzem zlokalizowanym między żołądkiem i lewym płatem wątroby. Wykonano igłową biopsję guza pod kontrolą laparoskopii z zastosowaniem wizualizacji ICG. Z uwagi na podejrzenie raka wątrobowo komórkowego w niekorzystnej lokalizacji, pacjentka była kwalifikowana do przeszczepienia wątroby. Po zweryfikowaniu rozpoznania przeprowadzono resekcję guza. W badaniu histopatologicznym usuniętej zmiany stwierdzono cechy sugerujące rozpoznanie thyroid-like cholangiocarcinoma. Po operacji nie obserwowano powikłań chirurgicznych. Pacjentka otrzymała VI kursów chemioterapii. Nie stwierdzono cech wznowy guza. Czas obserwacji wynosi 11 miesięcy.Thyroid-like cholangiocarcinoma jest bardzo rzadkim guzem wątroby. Rozpoznanie może być bardzo problematyczne i wiąże się z ustaleniem zakresu leczenia obejmującego resekcję i możliwość transplantacji wątroby.  |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Ciało obce jako nietypowa etiologia kamicy pęcherza moczowego- opis dwóch przypadków |
| Autorzy:  | Idalia Dąbrowska, Joanna Samotyjek, Ewa Wajszczuk, Katarzyna Załęska-Oracka, Beata Jurkiewicz |
| Ośrodek:E-mail: | Kliniczny Oddział Chirurgii Dziecięcej – Centrum Leczenia Kamicy w Dziekanowie Leśnymidalia.dabrowska@szpitaldziekanow.pl |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne |  | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne |  |
| Streszczenie: |  WSTĘP:Kamica pęcherza moczowego niezmiernie rzadko występuje u dzieci bez innych współistniejących wad w przeciwieństwie do zapalenia pęcherza moczowego, które jest jednym z najczęstszych przypadków konsultacji pediatrycznej u dzieci. Poza typową etiologią powinno się rozważać możliwość nietypowych powodów powstania przewlekłego procesu zapalnego.CEL:Prezentacja pacjentów z ciałami obcymi w pęcherzu będącym powodem objawów przewlekłego zapalenia pęcherza moczowego ze współistniejącą kamicą. MATERIAŁY I METODY:Przedstawiono dwa przypadki nietypowej etiologii kamicy pęcherza moczowego z przewlekłym stanem zapalnym pęcherza moczowego. W postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym, poza rutynowo wykonanymi badaniami, wykorzystano cystoskopię z litotrypsją. Oceniono przebieg pooperacyjny. WYNIKI:Przypadek I: 17 letni chłopiec z przewlekłym stanem zapalnym pęcherza moczowego leczony wieloma antybiotykami. W kontrolnym badaniu przepływu cewkowego nie stwierdzono zmian patologicznych. W USG wykazano liczne hiperechogenne cienie akustyczne. Cystoskopia stwierdziła cechy przewlekłego stanu zapalnego błony śluzowej pęcherza moczowego z licznymi metolowymi kulkami i drobnymi złogami. Ciała metalowe usunięto dwuetapowo: częściowo przez cewkę moczową, a częściowo przez małoinwazyjne dojście nadłonowe uzyskując ustąpienie przewlekłego stanu zapalnego dolnych dróg moczowych. Przypadek II: 15 letni chłopiec z przewlekłymi dolegliwościami bólowymi i objawami zapalnymi dolnych dróg moczowych, u którego w badaniu ultrasonograficznym wysunięto podejrzenie złogów w pęcherzu moczowym. Cystoskopia wykazała obecność metalowych kulek obrośniętych masywnymi złogami. Zabieg cystoskopii poszerzony o litotrypsję złogów umożliwił dwuetapowe usuniecie ciał obcych z pęcherza moczowego i w rezultacie ustąpienie dolegliwości.WNIOSKI: U pacjenta z prawidłowo funkcjonującym pęcherzem, bez przeszkody podpęcherzowej, prawdopodobieństwo spontanicznej kamicy pęcherza moczowego jest bardzo małe, w takich przypadkach istotne jest dokładne zebranie wywiadu i uwzględnienie możliwości wystąpienia ciał obcych w pęcherzu moczowym. |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Urazy tętnic ręki – co można, a co trzeba? |
| Autorzy:  | Arkadiusz Kowalczyk, Nikos Sawwidis, Agnieszka Ziemiecka, Piotr Pogorzelski |
| Ośrodek:E-mail: | Oddział Chirurgii i Urologii Dziecięcej z Pododdziałem Leczenia Oparzeń, Szpital Dziecięcy im. Prof. J. Bogdanowicza w Warszawiearkadiusz.m.kowalczyk@gmail.com |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne | Sesja II – Chirurgia naczyniowa | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne |  |
| Streszczenie: |  WstępUrazy naczyń stanowią jeden z najbardziej wymagających problemów chirurgicznych. Masywna utrata krwi stanowi zagrożenie dla zdrowia i życia pacjenta, zaś zaopatrzenie operacyjne uszkodzonego naczynia wymaga od chirurga dysponowania nienaganną techniką. Tętnice ręki, ze względu na swój mały kaliber, do rekonstrukcji wymagają ponadto umiejętności i instrumentarium mikrochirurgicznego. Ze względu na bogatą sieć naczyń i mnogość źródeł krążenia obocznego, nie wszystkie takie urazy wymagają wykonywania zespolenia, niektóre mogą zostać zamknięte bez szkody dla pacjenta. W niniejszej prezentacji zostaną omówione zasady zaopatrywania uszkodzeń tętnic w obrębie ręki na podstawie przypadku pacjentki z urazem tętnicy łokciowej.Opis przypadku16-letnia chora (LP) doznała rany ręki prawej na wysokości kanału Guyona. Przy przyjęciu rana krwawiąca, bez cech niedokrwienia ręki, wymagająca zastosowania opatrunku uciskowego. Dziewczynka została przyjęta na oddział chirurgiczny i zoperowana w trybie pilnym. Śródoperacyjnie stwierdzono przecięcie tętnicy łokciowej oraz gałęzi powierzchownej nerwu łokciowego, ciągłość gałęzi głębokiej była zachowana. Uszkodzony nerw oraz tętnicę zespolono bez napięcia koniec do końca. Nie stwierdzono powikłań we wczesnym okresie pooperacyjnym. W trakcie 11 miesięcy opieki ambulatoryjnej i rehabilitacji w warunkach domowych zaobserwowano postęp powrotu unerwienia czuciowego z zakresu rekonstruowanego nerwu, nie obserwowano zaburzeń ukrwienia ręki, zaś w badaniu ultrasonograficznym metodą Dopplera uwidoczniono zachowany przepływ przez tętnicę łokciową. WnioskiUrazy ręki zawsze mogą się wiązać z urazami tętnic, zawsze wymagają rewizji operacyjnej, poszerzenia rany i zaopatrzenia chirurgicznego. Nie każdy uraz tętnicy w obrębie ręki wymaga zespolenia lub rekonstrukcji, niektóre naczynia mogą zostać zamknięte bez szkody dla pacjenta. Podstawowym sposobem zaopatrzenia tętnicy jest jej zespolenie koniec do końca, zaś w przypadku gdy jest to niemożliwe lub zespolenie byłoby wykonywane pod napięciem, wskazane jest wykonanie wstawki żylnej. Chirurg podejmujący się rekonstrukcji naczynia w obrębie ręki musi dysponować nie tylko nienaganną techniką chirurgiczną, ale też odpowiednim instrumentarium mikrochirurgicznym. Omówiony przypadek pokazuje udaną rekonstrukcję tętnicy łokciowej z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych. |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Zastosowanie biodegradowalnej matrycy czasowej BTM Novosorb w ciężkich urazach zmiażdżeniowych kończyn u dzieci |
| Autorzy:  | Radosław Wrzesiński, Jakub Michnowski, Ireneusz Walaszek, Kaja Giżewska-Kacprzak |
| Ośrodek:E-mail: | Oddział Kliniczny Chirurgii Dziecięcej, Onkologicznej, Urologii i Chirurgii Ręki USK nr 1 PUM w Szczeciniemichnowski.jakub@gmail.com |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne |  | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne | X |
| Streszczenie: | Rozległe urazy awulsyjne i zmiażdżeniowe kończyn stanowią poważne wyzwanie chirurgiczne. Kompleksowego postępowanie rekonstrukcyjnego poza stabilizacją złamań, rekonstrukcją struktur naczyniowych i nerwowych staje przed wyzwaniem pokrycia krytycznych ubytków tkanek miękkich. Szczególnym wyzwaniem są okrężne urazy kończyn z komponentą awulsyjną i zmiażdżeniową typu degloving. Do urazu dochodzi przez znaczna siłę miażdżącą kończyny z jednoczesną awulsją. Brak pokrycia tkankowego wynika z oderwania się powłok od perforatorów, co skutkuje brakiem możliwości przeżycia płatów skórnych, stwarzając wskazania do amputacji. Niestety do tak ciężkich urazów dochodzi również wśród najmłodszych pacjentów. W przypadkach krytycznego ubytku tkanek, trudnego do oceny unaczynienia oraz braku potencjalnych miejsc dawczych dla technik mikrochirurgicznych zastosowanie może znaleźć matryca BTM Novo Sorb (Biodegradable Temporising Matrix). Matryca jest syntetyczna i biowchłanialna, wspomaga odbudowę skóry właściwej poprzez stworzenie rusztowania do przeszczepów skórnych niepełnej grubości.Przedstawiamy 2 przypadki zastosowania matrycy BTM w leczeniu urazów kończyn u dzieci. 13 miesięczny chłopiec doznał wielopoziomowego urazu awulsyjnego lewej kończyny górnej na skutek wciągnięcia jej przez pasek klinowy działającego silnika traktora. Uraz obejmował całkowicie oderwane od podłoża poziome pasy tkanek miękkich od ramienia do nadgarstka z wieloodłamowym złamaniem kości stawu łokciowego oraz całkowitą awulsją nerwu promieniowego na poziomie ramienia bez możliwości rekonstrukcji bezpośredniej. Rany zaopatrzono wstępnie po rozległym oczyszczeniu z tkanek martwiczych oraz stabilizacji złamań stabilizatorem zewnętrznym. Świadomość konieczności wtórnej rekonstrukcji nerwu, ewentualnych transferów nerwów/ścięgien oraz niepewnej stabilność unaczynienia skutkowała decyzją o przygotowaniu matrycy BTM. Leczenie było skuteczne i pozwoliło na pokrycie ostateczne matrycy w czwartym tygodniu po jej wszczepieniu W odległej obserwacji uzyskano korzystne warunki do dalszej rehabilitacji i wtórnej rekonstrukcji. Drugim pacjentem był 6-letni chłopiec, który doznał rozległego urazu lewej kończyny dolnej obejmującego utratę skóry i tkanek miękkich na poziomie od kolana do paliczków stopy na skutek wciągnięcia jej pod koło ciężarówki. Po przygotowaniu i dokładnym oczyszczeniu rany, całą powierzchnię ubytku zaopatrzono opatrunkiem podciśnieniowym. Brak możliwości pokrycia technikami mikrochirurgicznymi - rana brudna, tkanki zmiażdżone, niepełne unaczynienie - zakwalifikowano do leczenia matrycą. Zastosowano połączenie 5 arkuszy BTM. Zastosowano stabilizator zewnętrzny. Z uwagi na zły stan mięśni wydłużono czas oczekiwania na wgojenie się matrycy. Stosowano płukanie niektórych części oraz leczono pacjenta antybiotykami zgodnie z badaniami mikrobiologicznymi pobranymi z okolicy grotów stabilizatora. Przeszczep skóry pełnej grubości ze znacznego stopnia siatkowaniem wykonano w 5 tygodniu od wszczepienia materiału. Uzyskano pełne wgojenie się przeszczepu. Obecnie pacjent podlega intensywnego rehabilitacji oczekując na planową rekonstrukcję płatową  podeszwy stopy. Opisany przebieg leczenia naszych dziecięcych pacjentów pokazuje zastosowanie matrycy BTM w ratowaniu kończyn przed amputacją w tej wyjątkowej grupie wiekowej, w sytuacji znacznego ubytku tkanek miękkich. Omawiana matryca stanowi wartościowe nowoczesne uzupełnienie metod w tzw. „reconstructive toolbox”. Zwraca uwagę skuteczność leczenia mimo istotnej komponenty zmiażdżenia tkanek oraz wyjściowo ran brudnych z potwierdzonymi patogenami. Skuteczność w tak ciężkich przypadkach skłania do rozszerzenia wskazań do leczenia mniejszych ubytków oraz w planowych operacjach rekonstrukcyjnych np. jako alternatywa do przeszczepów pełnej grubości skóry. |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Skojarzony uraz penetrujący jamy brzusznej i kończyny dolnej – opis przypadku |
| Autorzy:  | Michał Piątkowski1, Igor Lewandowski1, Czesław Cielecki1, Justyna Biernat-Michno1, Paweł Nachulewicz1, Michał Jędrejek1, Magdalena Pękalska1, Marianna Maślana1, Agnieszka Brodzisz3, Beata Rybojad2, Anna Mikołajczyk2 |
| Ośrodek:E-mail: | 1Klinika Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej UM, USzD w Lublinie; 2Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii UM, USzD w Lublinie; 3Zakład Diagnostyki Obrazowej, USzD w Lubliniemichal.piat@wp.pl |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne |  | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne | x |
| Streszczenie: | WstępUrazy stanowią jedną z najczęstszych powodów hospitalizacji w populacji dziecięcej. Najczęstsze przyczyny to upadki (jedno lub dwu poziomowe) oraz szeroko pojęte urazy komunikacyjne (hulajnoga, rower, potrącenia). Większość przypadków ma charakter zamknięty (80-90%). Urazy otwarte występują rzadko jakkolwiek ze względu na swój charakter wiążą się jednak z potencjalnym ryzykiem uszkodzenia dużych narządów wewnętrznych i dużych naczyń krwionośnych. W obrębie jamy brzusznej urazy dotyczą narządów miąższowych jak i elementów cewy pokarmowej. Szczególną formą urazu otwartego tułowia jest uraz typu „nadziania na pal”, a poszkodowany trafia do szpitala z tkwiącym ciałem obcym różnej wielkości. Postępowanie jest uzależnione od stanu hemodynamicznego chorego i wymaga zazwyczaj leczenia operacyjnego w trybie pilnym.Przypadek klinicznyW pracy przedstawiono przypadek 8 letniego autystycznego chłopca, który doznał penetrującego urazu jamy brzusznej i lewej kończyny dolnej gałęzią w wyniku upadku z wysokości ok. 2 metrów. Pacjent przetransportowany z miejsca zdarzenia pogotowiem lotniczym do Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego. Przy przyjęciu stan pacjenta dość dobry, stabilny hemodynamicznie. W trakcie wstępnego badania stwierdzono obecność gałęzi średnicy ok. 4 cm penetrującej brzuch od podbrzusza prawego przez lewą pachwinę i wychodzącej na powierzchni tylnej uda lewego. Dodatkowo lewa kończyna dolna z cechami zastoju żylnego nasilającego się przy jej prostowaniu. W wykonanym TK politrauma stwierdzono penetrację ciała obcego do jamy otrzewnej z podejrzeniem perforacji przewodu pokarmowego, bez czynnego krwawienia. Uwidoczniono zamknięcie lewej żyły udowej na wysokości więzadła pachwinowego (przez ucisk ciała obcego). Pacjenta przetransportowano bezpośrednio na blok operacyjny. Wykonano rewizję kanału przebiegu ciała obcego od wejścia w prawym podbrzuszu do lewego kanału pachwinowego. Stwierdzono śródotrzewnowy przebieg gałęzi. W trakcie kontroli zlokalizowano punktową perforacje jelita cienkiego, którą zaopatrzono typowo dwuwarstwowym szwem oraz stłuczenie ściany pęcherza moczowego i kątnicy. Na wysokości więzadła pachwinowego gałąź przecięto nożycami ortopedycznymi i usunięto jej połowę penetrującą brzuch. Pozostałą część gałęzi usunięto od strony uda lewego z zabezpieczeniem kanału rany drenem gumowym celem jego kontroli. Powłoki brzucha zeszyto warstwowo, kanał rany uda wypłukano i zadrenowano. Ukrwienie lewej kończyny dolnej po zabiegu prawidłowe. Pacjenta po operacji hospitalizowany w OiT w 9 dobie przeniesiony do Oddziału Chirurgii Dziecięcej. W 5 dobie pooperacyjnej wdrożono dietę enteralną. Od 3 do 6 doby obserwowano sączenie z rany brzucha i wydalanie drobnych fragmentów ciał obcych, które leczono opatrunkiem VAC. Od 4 doby uwidoczniła się przepuklina brzuszna w miejscu penetracji gałęzi. Uzyskano całkowite wygojenie ran operacyjnych. Operację przepukliny brzusznej wykonano w trybie planowym po 3 miesiącach od urazu pierwotnego, uzyskując całkowite zwarcie powłok brzucha. WnioskiPostępowanie operacyjne w przypadku urazów penetrujących jamy brzusznej z obecnością ciała obcego uciskającego na duże naczynia krwionośne wymaga indywidualnego doboru techniki operacyjnej, szerokiego dostępu i usunięcia ciała obcego w częściach. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tytuł:** | **Trudności diagnostyczne i schemat postępowania w przypadku rozpoznania zespołu Dunbara** |
| **Autorzy:**  | Wojciech Rogula, Aleksandra Rogowska, Justyna Łuczak, Dariusz Patkowski |
| **Ośrodek:****E-mail:** | Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiuwojciech.rogula@usk.wroc.pl |
| **XXI Sympozjum Interdyscyplinarne** **6 grudnia 2024****doniesienie ustne** | X | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024**doniesienie ustne** | X |
| **Streszczenie:** | Wstęp: Zespół Dunbara znany także jako zespół więzadła łukowatego pośrodkowego to rzadkie zaburzenie dotyczące tętnic trzewnych, które klinicznie charakteryzuje się dolegliwościami bólowymi brzucha występującymi najczęściej po posiłku lub wysiłku fizycznym z towarzyszącymi nudnościami lub wymiotami i utratą masy ciała. Schorzenie związane jest z uciskiem pnia trzewnego przez więzadło łukowate pośrodkowe przepony. Diagnostykę opiera się na badaniu USG i angiografii. Ucisk pnia trzewnego przez więzadło łukowate pośrodkowe może być obrazowany nawet u 30% osób, jednak objawy występują tylko u około 1% pacjentów z tą wadą.Cel pracy: Celem pracy jest omówienie trudności diagnostycznych i schematu postępowania w przypadku rozpoznania zespołu Dunbara u szesnastoletniej pacjentki Opis przypadku: Szesnastoletnia pacjentka została przyjęta do Oddziału Klinicznego Chirurgii i Urologii Dziecięcej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu w lutym 2024 roku. Przewlekłe dolegliwości bólowe nadbrzusza towarzyszyły jej od roku. Bóle brzucha charakteryzowała jako stałe, niereagujące na leczenie przeciwbólowe oraz nasilające się po posiłkach i po wysiłku fizycznym. W angiotomografii komputerowej brzucha przed przyjęciem stwierdzono subtotalne zwężenie pnia trzewnego. Ultrasonograficzne dynamiczne badanie dopplerowskie potwierdziło rozpoznanie zespołu Dunbara z zanikiem przepływu przez pień trzewny w fazie wydechowej. U pacjentki wykonano laparoskopowe uwolnienie pnia trzewnego poprzez przecięcie więzadła łukowatego pośrodkowego przepony. Jeszcze na sali operacyjnej po zabiegu potwierdzono w USG odtworzenie przepływu przez pień trzewny. Pacjentka została wypisana po trzech dniach niepowikłanej obserwacji do domu. Ambulatoryjna kontrola pacjentki po dwóch i sześciu tygodniach oraz po pół roku od operacji potwierdziła właściwy efekt hemodynamiczny w postaci unormowania przepływów w uwolnionym pniu trzewnym, a także wzrost masy ciała z niemal całkowitym ustąpieniem kurczowych bólów brzucha.Wnioski: Laparoskopowe odbarczenie pnia trzewnego poprzez przecięcie więzadła łukowatego pośrodkowego przepony jest skuteczną metodą leczenia zespołu Dunbara.  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tytuł: | Operacja prostej torbieli jajnika metodą laparoskopową z zastosowaniem dostępu przez jeden port |  |
| Autorzy:  | Marta Walczyk, Michał Puliński, Wojciech Choiński |  |
| Ośrodek:E-mail: | Oddział Kliniczny Chirurgii i Urologii Dziecięcej z Ośrodkiem Leczenia Zmian Naczyniowych |  |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne |  | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe TAK7 grudnia 2024doniesienie ustne |
| Streszczenie: | Wstęp: Technikę laparoskopową w leczeniu torbieli prostej i czekoladowej jajnika stosujemy od 2006 roku. W 2017 roku po raz pierwszy w naszym ośrodku zastosowaliśmy dostęp przez jeden port w pępku w asyście optyki kątowej. Techniką tą zoperowaliśmy osiem pacjentek, których wykonano resekcję torbieli jajnika tylko przez jedno cięcie w pępku. Operacja tym sposobem daje możliwość bezpiecznej resekcji torbieli, niewielkie ryzyko powikłań oraz dobry efekt kosmetyczny.Metody i materiał: Operowane dziewczynki były w wieku od 9 dnia życia do 16 lat. Do zabiegu z dostępu przez jeden port kwalifikujemy pacjentki z rozpoznaną torbielą prostą lub czekoladową jajnika. Przed operacją u wszystkich pacjentek wykonano badania USG, MRI i badania AFP,  HCG, CA 125, odbyły się także konsultacje u Hematoonkologa. Do zabiegu wykorzystujemy optykę 30 st. z kanałem roboczym 5 mm. Po wykonaniu ciecia podłużnego w pępku wprowadzamy do otrzewnej trokar 11mm. Po włożeniu optyki dokonujemy rewizji jamy brzusznej i rozpoznajemy rodzaj i miejsce wyjścia torbieli. W przypadku dużej torbieli prostej jajnika lub torbieli czekoladowej wykonujemy punkcję torbieli przezskórnie zodessaniem treści. W przypadku kiedy jajnik i torbiel jest na tyle mobilny że można go bezpiecznie wyłonić nazewnątrz jamy brzusznej przez ranę w pępku, istnieje możliwość dokończenia zabiegu przez jeden port. Gdy nie ma takiej możliwości ,zakładamy dwa dodatkowe porty 5mm i wykonujemy resekcję jajnika laparoskopowo. W operacji przez jeden port chwytamy za opróżnioną torbiel i wyłaniamy ją przez pępek. Na zewnątrz jamy brzusznej wykonujemy resekcję torbieli jajnika z możliwością bardzo dokładnej oceny i zachowaniem struktury jajnika. Po resekcji torbieli, jajnik odprowadzamy na swoje miejsce idokonujemy ponownej inspekcji jamy otrzewnowej.Wyniki: Kilka dni oraz kilka tygodni po zabiegu u pacjentek operowanych tą metodą wykonano kontrolnebadania USG, które wykazały prawidłową strukturę jajnika i brak torbieli. Nie zaobserwowano śródoperacyjnych i pooperacyjnych. U wszystkich pacjentek uzyskano też dobry efekt kosmetycznych z niemal niewidoczną blizną w pępku.Wnioski: Resekcja torbieli prostej lub czekoladowej jajnika z zastosowaniem jednego portu daje bezpieczną iszybką alternatywą operacyjną. W przypadku braku możliwości wykonania w ten sposób operacji, możnakontynuować operację poprzez klasyczną laparoskopię. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Pierwsze doświadczenia z zastosowania systemu Fasciotens® - w leczeniu wrodzonych wad jamy brzusznej w Klinice Chirurgii I Urologii Dzieci I Młodzieży w Gdańsku |
| Autorzy:  | Tomasz Witowski, Piotr Czauderna, Marcin Łosin |
| Ośrodek:E-mail: | Katedra i Klinika Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży GUMedtomek.witowski@gmail.com |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne | - | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne | + |
| Streszczenie: | U noworodków urodzonych z wrodzoną wadą przedniej ściany jamy brzusznej taką jak wytrzewienie wrodzone lub przepuklina pępowinowa dotychczasowym standardem postępowania jest próba odprowadzenia narządów do jamy brzusznej i próba pierwotnego zamknięcia ubytku. W przypadku dużych wad działanie takie okazuje się być niemożliwe ze względu na niewspółmiernie dużą objętość struktur znajdujących się poza jamą brzuszną w stosunku do wolnej przestrzeni wewnątrz. W takich sytuacjach koniecznością jest umieszczenie trzewi w worku SILO, który poprzez bezpośrednią trakcję przez podwieszenie umożliwia stopniowe rozciągnięcie ścian jamy brzusznej i odprowadzenie jelit. Wadą powyższego rozwiązania jest brak możliwości kontroli siły naprężenia oraz jej bezpośrednie przełożenie na worek SILO, w którym umieszczone są trzewia. Na wyposażeniu Kliniki Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży GUMed od niedawna znajduje sięurządzenie Fasciotens® którego zastosowanie eliminuje wymienione problemy. W systemie tym jelita pozostają również umieszczone w worku SILO natomiast dodatkowo wszywane są łaty z tworzywa sztucznego, które następnie są połączone z wyciągiem i na nie przekłada się cała siła trakcyjna . Dzięki temu trzewia pozostają w worku SILO swobodnie leżącym między łatami, a regulacja naprężenia umożliwia dostosowanie siły do masy ciała noworodka. W dotychczasowym doświadczeniu naszego ośrodka system Fasciotens został wykorzystany po raz pierwszy w kraju u pacjenta z wrodzonym wytrzewieniem. Dzięki temu jelita zrównały się z poziomem powłok skórnych już w 10 dobie po zabiegu mimo wyjściowo bardzo dużego ubytku powłok jamy brzusznej. W prezentacji przedstawimy sposób działania systemu Fasciotens, jego możliwości, a także wady i zalety takiego rozwiązania. |