|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Rola leczenia chirurgicznego w przewlekłym zapaleniu kości (PZK) u dzieci – doświadczenia własne |
| Autorzy:  | Katarzyna Lipa, Michał Tuchalski, Krzysztof Dymek, 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: | Celem pracy jest przedstawienie własnych wyników leczenia PZK z zastosowaniem chirurgicznego oczyszczenia ogniska zapalenia oraz z jednoczesną implantacją materiału wypełniającego wysyconego antybiotykiem. Pacjent nr 1: Pacjentka, 13-letnia przyjęta z powodu przewlekłej rany stopy prawej powstałej na podłożu polineuropatii i zaburzeń czucia obwodowego. Od 2 lat leczona w innych ośrodkach. W wyniku urazu stwierdzono nawrót owrzodzenia. W MRI stopy opisano zmiany zapalne tkanek miękkich i kości w okolicy rany. Pacjentkę zakwalifikowano do chirurgicznego opracowania rany. Stwierdzono zniszczoną torebkę stawu śródstopno-paliczkowego V i destrukcję dystalnej części V kości śródstopia przez proces zapalny. Z powodu, utrzymującego się wysięku z rany oraz na podstawie badań obrazowych, pacjentkę ponownie zakwalifikowano do operacyjnego opracowania rany - usunięto zdewitalizowane fragmenty tkanki kostnej oraz wykonano atrodezę stawu śródstopno-paliczkowego V. Uzyskano poprawę miejscową ze zmniejszeniem wysięku. Zaplanowano kontynuacje leczenia sekwencyjnego rany i zapalenia kości w warunkach ambulatoryjnych, ale w dalszym przebiegu kilkukrotnie obserwowano nawrót owrzodzenia. Ostatecznie pacjentkę zakwalifikowano do leczenia operacyjnego. Usunięto staw rzekomy, w miejsce ubytku kostnego implantowano materiał wypełniający (*Stimulan Rapid Cure, Biocomposites*) wysycony antybiotykami (wankomycyną i gentamycyną). Wykonano przesunięcie płata z mięśniem odwodzicielem palca V stopy. W trakcie dalszej obserwacji klinicznej (18-miesięcznej) nie odnotowano nawrotu owrzodzenia.Pacjent nr 2: Chłopiec, 14-letni przyjęty z powodu owrzodzenia okolicy podeszwowej stopy lewej. W wywiadzie, przed miesiącem pojawiło się niewielkie otarcie, z progresją i pogorszeniem miejscowym. Pacjent obciążony przepukliną przeponowo-rdzeniową odcinka L-S i wodogłowiem (zaopatrzony układem zastawkowym), pęcherzem neurogennym, po przebytej korekcji ortopedycznej z powodu stopy końsko-szpotawej lewej i płasko-koślawej prawej. W wywiadzie, 3 lata wcześniej leczony z powodu odleżyny stopy lewej z zapaleniem kości sześciennej oraz klinowatej bocznej lewej w innym ośrodku. U chłopca zastosowano wtedy miejscowe oczyszczenie chirurgiczne oraz terapię podciśnieniową. Przy przyjęciu wykładniki stanu ogólnego były ujemne. U pacjenta, po chirurgicznym opracowaniu rany, zastosowano miejscowe leczenie z wykorzystaniem opatrunków hydrożelowych. W wykonanym MRI stopy lewej opisano cechy zapalenia i uszkodzenia kości. W trakcie zabiegu operacyjnego wyłyżeczkowano kanał przetoki oraz usunięto martwiak z kości sześciennej. Lożę w ubytku kostnym wypełniono przygotowanym materiałem wypełniającym (*Stimulan Rapid Cure, Biocomposites*) w połączeniu z gentamycyną i wankomycyną. Ranę zamknięto płatem przesuniętym pełnej grubości. Uzyskano prawidłowe gojenie i poprawę miejscową. Wnioski: PZK występują stosunkowo rzadko w populacji pediatrycznej, jednak mogą stanowić istotny problem kliniczny. W naszym materiale, pacjenci bardzo długo prezentowali wywiad chorobowy oraz czynniki predysponujące do wystąpienia owrzodzeń przewlekłych. Zgodnie z doniesieniami z piśmiennictwa, w naszej ocenie, najistotniejsze w procesie leczniczym PZK jest właściwe chirurgiczne opracowanie ogniska chorobowego PZK oraz zastosowanie przedłużonego leczenia miejscowego antybiotykiem na wchłanianym nośniku osteokonduktywnym. Istotne jest również wielodyscyplinarna ocena pacjenta celem wdrożenia postępowania zapobiegającego nawrotom choroby.  |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | “Jajko niespodzianka - czego jeszcze nie wiemy o dysgenetycznych gonadach” |
| Autorzy:  | Justyna Łuczak, Aleksandra Rogowska, Monika Bukowska, Dariusz Patkowski |
| Ośrodek:E-mail: | Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiualeksandra.rogowska@usk.wroc.pl |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024 |  | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne | x |
| Streszczenie: |  Wstęp: U części pacjentów z zaburzeniami rozwoju płci, ryzyko wystąpienia guzów gonad jest znacznie wyższe, niż w populacji ogólnej. Ocena tego ryzyka jest kluczowa dla zaplanowania leczenia pacjenta jak również w kwestii zabezpieczenia płodności. Prawidłowe komórki rozrodcze obecne są nawet w dysgenetycznych gonadach. Decyzje terapeutyczne stają się jeszcze trudniejsze w obliczu diagnozy zaburzenia rozwoju płci postawionej dopiero w momencie wykrycia guza. Rozpoznanie guza gonady u tych pacjentów nie zawsze oznacza bowiem zmianę złośliwą. W Polsce kwestie zachowania płodności u dzieci nadal nie zostały uregulowane i nie są powszechnie dostępne. Opis przypadku: 16-letnia Pacjentka została skierowana do Kliniki Chirurgii i Urologii Dziecięcej z podejrzeniem obustronnych guzów jajników. Pacjentka uprzednio zgłosiła się do ginekologa z powodu braku miesiączki. Wówczas wykonano USG przezpochwowe, na podstawie którego wysunięto podejrzenie zmian litych obu jajników. Pacjentka nie zgłaszała żadnych dolegliwości. Rozwój drugorzędowych cech płciowych oceniono na 3 w skali Tannera. W toku dalszej diagnostyki wykonano MRI miednicy mniejszej, w którym opisano obustronne, w przewadze lite guzy obu jajników. Bezpęcherzykowa stroma jajnika prawego była zachowana w biegunie przednim , grubości 12 mm. W badaniach laboratoryjnych uwagę zwracały podwyższone poziomy FSH, LH, bHCG i testosteronu. Wstępne badanie genetyczne wykazało kariotyp XY.  Wnioski: W niniejszej pracy przedstawiamy dylematy i trudności diagnostyczne, z którymi zetknęliśmy się, opiekując się pacjentką oraz wskazujemy na co warto zwrócić uwagę planując leczenie chirurgiczne, jak również dalsze postępowanie po zabiegu - od leczenia onkologicznego, opiekę ginekologiczną i endokrynologiczną po wsparcie psychologiczne.  |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Martwica i perforacja ściany żołądka u noworodka – opis przypadku. |
| Autorzy:  | Justyna Biernat-Michno1, Urszula Opasała1, Magdalena Pękalska-Thakur1, Barbara Cuch1, Michał Piątkowski1, Michał Jędrejek1, Czesław Cielecki1, Paweł Nachulewicz1, Beata Rybojad2, Agnieszka Brodzisz3 |
| Ośrodek: | 1Klinika Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej UM, USD w Lublinie2Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej UM, USD w Lublinie3Zakład Diagnostyki Obrazowej, USD w Lublinie |
| E-mail: | j.a.biernat@gmail.com |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne |  | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne | X |
| Streszczenie: | WstępMartwica i perforacja ściany żołądka w okresie noworodkowym, jest rzadkim lecz zagrażającym życiu stanem. Etiologia tego schorzenia nie jest do końca poznana. Do głównych czynników ryzyka rozwoju martwicy ściany żołądka należą: wcześniactwo, niska masa urodzeniowa, zaburzenie przepływu trzewnego i infekcja. Perforacja żołądka prowadzi do rozwoju ciężkich powikłań, takich jak zapalenie otrzewnej, posocznica i niewydolność wielonarządowa. Podstawę rozpoznania oprócz objawów klinicznych (wzdęcie brzucha, pogorszenie stanu ogólnego) stanowi zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej. Jakkolwiek objawy kliniczne i obraz radiologiczny mogą być niespecyficzne, szybkie rozpoznanie, kwalifikacja do leczenia operacyjnego w trybie pilnym oraz wielokierunkowa intensywna terapia pooperacyjna stanowią podstawę leczenia tego typu pacjentów. Przypadek klinicznyNoworodek płci żeńskiej, 40 hbd, z masą urodzeniową 3430g z trisomią chromosomu 21., urodzony przez cięcie cesarskie z powodu zagrażającej zamartwicy płodu. W wywiadzie położniczym małowodzie. Po urodzeniu stan noworodka był ciężki (skala Apgar odpowiednio 1,5,5,6). Dziecko wymagało resuscytacji krążeniowo-oddechowej z zastępczą wentylacją mechaniczną i zastosowaniem terapeutycznej hipotermii. W 4. dobie życia nastąpiło nagłe wzdęcie brzucha z pogorszeniem stanu ogólnego. W wykonanym RTG jamy brzusznej stwierdzono masywną odmę otrzewnową. Pacjent został zakwalifikowany do pilnej laparotomii. W trakcie zabiegu stwierdzono martwicę całej przedniej ściany żołądka z perforacją. Wykonano resekcję zmian martwiczych w zdrowych makroskopowo granicach. Żołądek zszyto dwuwarstwowo z pozostawieniem sondy w jego świetle (redukcja objętości ok. 50%). Po operacji dziecko pozostawało w ciężkim stanie, wymagało wentylacji mechanicznej z analgosedacją, szerokospektralnej antybiotykoterapii z TPN (total parenteral nutrition). Od 5. doby obserwowano stopniową poprawę stanu ogólnego. Po potwierdzeniu szczelności żołądka w badaniu kontrastowym rozpoczęto podaż enteralną pokarmu. Dziecko wypisano z OIOM-u w 14. dobie pooperacyjnej i przeniesiono do Oddziału Patologii Noworodków. WnioskiPerforacja żołądka w okresie noworodkowym zawsze wymaga leczenia operacyjnego w trybie pilnym oraz wielospecjalistycznego leczenia ze szczególnym uwzględnieniem pooperacyjnej intensywnej terapii. |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Postępowanie u pacjenta z ciężkim urazem jamy brzusznej – opis przypadku |
| Autorzy:  | Urszula Ochal, Michał Puchalski, Maciej Główczak, Małgorzata Kusza, Małgorzata Nowak, Dorota Kołodziej, Witold Miaśkiewicz |
| Ośrodek:E-mail: | Oddział Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej z Wielkopolskim Centrum Leczenia Oparzeń w Ostrowie Wlkp.chirurgdzieci@gmail.com |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne |  | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne |  |
| Streszczenie: |  16-letni chłopiec leczony z powodu masywnego urazu jamy brzusznej oraz powłok brzucha na skutek ciężkiego urazu komunikacyjnego. Operowany pilnie w trybie „damage control” z powodu wielomiejscowego uszkodzenia jelita cienkiego wraz z jego krezką oraz naczyń krezkowych górnych w zakresie środkowego dorzecza w obrazie wstrząsu hipowolemicznego. W odroczonej relaparotomii wykonano resekcję martwiczo zmienionych pętli jelita krętego – ok. 90% - z wyłonieniem 1-lufowej ileostomii. Ze względu na masywne uszkodzenie powłok jamy brzusznej pacjent wymagał kolejnego zabiegu operacyjnego z zastosowaniem terapii VAC oraz 2-portowej endo-VAC. Pacjent rozwinął objawy zespołu krótkiego jelita – żywiony pozajelitowo oraz dojelitowo dietą przemysłową celem redukcji strat przez przetokę jelitową. Po zbilansowaniu terapii żywieniowej zakwalifikowany do żywienia domowego pozajelitowego – cewnik Broviac - przed planowanym odtworzeniem ciągłości przewodu pokarmowego w terminie za ok. 6 m-cy. |