|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Wieloodłamowe złamanie di Monteggia typu III wg klasyfikacji Bado. Wyniki leczenia operacyjnego. |
| Autorzy:  | Eva Semaškevič, Bartosz Gawliński, Agnieszka Łabuć, Iryna Kolosova. |
| Ośrodek:E-mail: | Szpital Miejski im. Jana Pawła II w Elblągu, Oddział Chirurgii Dziecięcej |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne |  | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne | x |
| Streszczenie: |  Wstęp: Złamania przynasady bliższej k. łokciowej są rzadkimi złamaniami wieku dziecięcego. Stanowią ok. 4-7% złamań w obrębie stawu łokciowego u dzieci. Złamania di Monteggi to zaledwie 0,4-1% wszystkich złamań przedramienia u dzieci.Celem niniejszej pracy jest ocena wyników leczenia wieloodłamowego złamania przynasady bliższej k. łokciowej poprzez zastosowanie leczenia operacyjnego - otwartej repozycji ze stabilizacją wewnętrzną popręgiem Webera.Materiał i metody: przeprowadziliśmy retrospektywną analizę danych 3 pacjentów (3 dziewcząt) w wieku 6-10 (średnia wieku 8,5) z wieloodłamowym złamaniem di Monteggi typu III wg klasyfikacji Bado w okresie 6-letnim (2018-2023). Zastosowano leczenie operacyjne - otwartą repozycję ze stabilizacją wewnętrzną k. łokciowej popręgiem Webera.Wyniki: Z badanej grupy pacjentów ze złamaniem di Monteggi typu III wg klasyfikacji Bado 2 pacjentkom rozpoznano złamanie wieloodłamowe, śródstawowe przynasady bliższej k. łokciowej. Zastosowano repozycję głowy k. promieniowej, a następnie repozycję otwartą ze stabilizacją wewnętrzną popręgiem Webera k. łokciowej. Okres obserwacji średnio wyniósł 4 miesiące. Materiał zespalający usuwano w okresie 8-9 tygodni po zabiegu (średnio 8,3 tygodnie). Następnie wszyscy pacjenci byli kierowani do Zakładu Rehabilitacji. U wszystkich pacjentów z badanej grupy uzyskano powrót pełnej ruchomości w stawie łokciowym bez deficytu ruchów.Wnioski:1. Leczenie wieloodłamowego złamania di Monteggia typu III wg klasyfikacji Bado popręgiemWebera pozwala na prawidłowe gojenie oraz powrót do pełnej ruchomości w stawie łokciowym oraz stawie łokciowo-promieniowym bliższym bez deficytów.2.Ustawienie k. promieniowej po repozycji jest stabilne oraz nie wymaga dodatkowej stabilizacji.3.Prawidłowe gojenie i stabilne zespolenie umożliwia wczesne wdrożenie rehabilitacji ruchowej. |

XXI SYMPOZJUM “INTERDYSCYPLINARNE PROBLEMY CHIRURGII DZIECIĘCEJ” i

XI KONFERENCJA NAUKOWO-SZKOLENIOWA DLA MŁODYCH LEKARZY SPECJALIZUJĄCYCH SIĘ W CHIRURGII DZIECIĘCEJ 6-7 GRUDNIA 2024

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł:   | Możliwości wykorzystania różnych technik operacyjnych w leczeniu rozległego oparzenia na przykładzie pacjenta pediatrycznego.  |
| Autorzy:  | Patrycja Sobańska, Maciej Główczak, Małgorzata Kusza, Małgorzata Nowak, Witold Miaśkiewicz  |
| Ośrodek: E-mail:  | Oddział Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej z Wielkopolskim Centrum Leczenia Oparzeń w Ostrowie Wielkopolskim Chirurgdzieci@gmail.com  |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne6 grudnia 2024 doniesienie ustne  |   | XI Konferencja Naukowo -Szkoleniowe 7 grudnia 2024 doniesienie ustne  |   |
| Streszczenie:  | 4-letnia dziewczynka leczona w Wielkopolskim Centrum Leczenia Oparzeń z powodu z rozległego oparzenia termicznego III stopnia - TBSA powyżej 50% . W leczeniu zastosowano różne łączone techniki chirurgiczno -terapeutyczne z wykorzystaniem hodowli autologicznych keratynocytów , matryc kolagenowych i standardowych procedur nekrektomii i autologicznego przeszczepu skóry z wykorzystaniem nowoczesnych opatrunków specjalistycznych. W podsumowaniu ocena krótko- oraz długoterminowych efektów leczenia wraz programem leczenia farmakologicznego redukującego objawy hipermetabolizmu po doznanym urazie oparzeniowym.  |

**Streszczenia pracy należy zgłaszać**

**do dnia 16.11.2024 na adres e-mail: p.kalicinski@ipczd.pl**

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Przepuklina Morgagniego- opis dwóch przypadków. |
| Autorzy:  | Jakub Tartanus, Jakub Kopeć, Magdalena Lewandowska, Przemysław Przewratil |
| Ośrodek:E-mail: | Klinika Chirurgii i Onkologii Dziecięcej, Centralny Szpital Kliniczny UM w Łodzichirurgia@usk4.umed.lodz.pl; jakub.tartanus@gmail.com |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne |  | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne | X |
| Streszczenie: |  Wrodzona przepuklina przeponowa to rzadka choroba występująca około 1:2000/ 1:5000 żywychurodzeń. Choroba ta wiąże się ze śmiertelnością około 30-40% płodów. Większość przypadkówdotyczy lewej-tylnej części przepony. Zaledwie 2% przypadków dotyczy przedniej, przymostkowejczęści przepony- to rozpoznawana zwykle już wśród dzieci starszych przepuklina Morgagniego.Dwóch chłopców wieku 2 i 12 lat, diagnozowano z powodu niecharakterystycznych objawów ze strony układu oddechowego. Na podstawie Tk klatki piersiowej rozpoznano wadę wrodzoną i zakwalifikowano pacjentów do zabiegu operacyjnego. Obu chłopców operowano metodą laparoskopową zdobrym efektem. Pierwszy zabieg wykonano z użyciem igły Reverdin. Drugi zabieg wykonanotechniką PIRS. Nie było śródoperacyjnych powikłań. Pacjenci pozostają pod opieką ambulatoryjnąU drugiego chłopca doszło do zakażenia rany pooperacyjnej, poza tym przebieg pooperacyjny był niepowikłany. Nie obserwowano wznowy po zabiegu. |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Naczyniak limfatyczny krezki jako przyczyna niedrożności przewodu pokarmowego u 7-miesięcznego niemowlęcia. Opis przypadku. |
| Autorzy:  | Ewa Wajszczuk, Joanna Litewka, Joanna Samotyjek, Beata Jurkiewicz |
| Ośrodek:E-mail: | SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, Kliniczny Oddział Chirurgii – Centrum Leczenia Kamicy |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne |  | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne | X |
| Streszczenie: |  Niniejsza praca przedstawia przypadek 7-miesięcznego niemowlęcia płci męskiej z klinicznymi i radiologicznymi cechami niedrożności przewodu pokarmowego. W badaniach laboratoryjnych Pacjent nie prezentował istotnych odchyleń od normy (HGB 11.6 [g/dl], RBC 4.19 [mln/ul], HCT 34.8 [%], PLT 413 [tys/ul]). Parametry zapalne pozostawały w normie (WBC 4.71 [tys/ul], CRP 1.5 [mg/l]).  Z uwagi na całokształt obrazu klinicznego Chłopca zakwalifikowano do laparotomii w trybie pilnym. Pomimo nieuwidocznienia w badaniu USG mas guzowatych w obrębie jamy brzusznej, śródoperacyjnie stwierdzono guz wielkości kilkunastu centymetrów otaczający jelito cienkie - koloru perłowo-żółtego, dosyć miękki oraz skręt jelit na masie guza. Resekowano fragment jelita wraz ze zmianą guzowatą. Jelita zespolono koniec do końca. Materiał przekazano do badania histopatologicznego.  Przebieg pooperacyjny powikłany zakażeniem RSV. Dziecko wydaliło stolec w VII dobie po zabiegu, wówczas wprowadzono żywienie doustne. Stan kliniczny Chłopca ulegał stopniowej poprawie. W stanie ogólnym dobrym Pacjenta wypisano do domu w XI dobie pooperacyjnej. Histopatologicznie rozpoznano fragment jelita cienkiego z naczyniakiem limfatycznym krezki.  W związku z rzadkim występowaniem zmiany oraz brakiem specyficznych objawów, istniej konieczność prowadzenia dalszych badań nad zagadnieniem naczyniaków limfatycznych jamy brzusznej.  |