

XIX ZJAZD POLSKIEGO TOWARZYSTWA CHIRURGÓW DZIECIĘCYCH

11-13 WRZEŚNIA 2025 | LUBLIN

ZBIÓR ABSTRAKTÓW

Organizator:



Organizator merytoryczny:



Polskie Towarzystwo
Chirurgów Dzieciątka

Biuro organizacyjne:

SANS
SOUCI
KONFERENCJE

www.chirurgia-dziecieca.com

Spis treści

1. Powstanie i pierwszy rok działalności Uniwersyteckiego Centrum Robotyki Pediatrycznej w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie
2. Chirurgia robotyczna w Klinice Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży GUMed – podsumowanie dotychczasowych doświadczeń w pracy z systemem DaVinci
3. Robotyka da Vinci u dzieci – doświadczenia jednego ośrodka
4. Stan chirurgii robotycznej w pediatrii w Polsce – raport wieloośrodkowy
5. Robotic surgery in children: the experience of one center in Ukraine
6. Praktyczne wytyczne dotyczące zastosowania zielenii indocyjaninowej w różnych dziedzinach małoinwazyjnej chirurgii dziecięcej: ogólnopolskie badanie wieloośrodkowe
7. Wielospecjalistyczne podejście chirurgiczne do zaawansowanych nowotworów dziecięcych zajmujących struktury śródpiersia i serca
8. Laparoskopowa adrenalektomia - bezpieczna i skuteczna w populacji pediatrycznej - doświadczenia pojedynczego ośrodka klinicznego chirurgii dziecięcej
9. Zastosowanie technologii mieszanej rzeczywistości w chirurgii onkologicznej u dzieci z chorobą nowotworową - doświadczenia ośrodka
10. 1000 transplantacji wątroby u dzieci w IPCZD – podsumowanie doświadczeń
11. Wyniki przeszczepienia wątroby u dzieci z rakiem wątrobowokomórkowym – międzynarodowe, wieloośrodkowe badanie retrospektywne w ramach Europejskiej Sieci Referencyjnej TransplantChild
12. Ochrona nerwów przy operacjach tarczycy i przytarczyc – neuromonitoring ciągły i przerywany.
13. Torakoskopowa sympatektomia piersiowa u dzieci zagrożonych nagłym zgonem z powodu arytmii komorowej – doświadczenia IPCZD
14. Torakoskopia w ropniakach płucnej – doświadczenia własne
15. Optymalizacja leczenia długoodcinkowego zarośnięcia przełyku – wieloośrodkowe badanie retrospektywne
16. Strategie i wyniki leczenia chirurgicznego noworodków z zarośnięciem przełyku z dystalną przetoką tchawiczo-przełykową oraz współistniejącym zarośnięciem dwunastnicy
17. Wady wrodzone płuc u noworodków – doświadczenie własne, aktualne standardy postępowania i trudne przypadki wymagające pilnej interwencji
18. Wrodzona przepuklina pachwinowa u niedojrzałych noworodków – czy wczesna operacja ma wpływ na rozwój jądra
19. Postępowanie w przypadku torbieli jajników u noworodków: 10-letnie doświadczenie jednego ośrodka
20. Stres oksydacyjny i obrona antyoksydacyjna u płodów i noworodków z rozszczepem kręgosłupa
21. Kamica układu moczowego u dzieci - doświadczenia własne
22. Endoskopowa kalibracja balonowa stenotycznych moczowodów olbrzymich
23. Ryzyko powikłań po resekcjach oszczędzających nerkę w przypadku guzów nerek

11-13 WRZEŚNIA 2025 | LUBLIN

24. Czy pacjenci leczeni onkologicznie w dzieciństwie mają szanse na rozród w wieku dorosłym – ocena androloga
25. Pieloplastyki u dzieci z użyciem systemu robotycznego Versius. Porównanie bezpieczeństwa, skuteczności i wyników z klasyczną laparoskopią
26. Rola leczenia operacyjnego w rozległych anomaliach naczyniowych kończyn u dzieci
27. Wrodzone opadanie powiek górnych – wyzwania leczenia chirurgicznego
28. Protokół ERAS zmienia praktykę: zamknięcie stomii u dzieci – wyniki badania wieloośrodkowego
29. Wewnątrznaczyniowa laserowa ablacja (EVLA) jako metoda w leczeniu nieprawidłowych naczyń żylnych, w tym przetrwałych żył płodowych, w anomaliach naczyniowych kończyn dolnych
30. Wykorzystanie blaszki wewnętrznej napletka w trudnych przypadkach prącia pogrążonego
31. Brzuszne naczyniowe zespoły uciskowe u dzieci
32. Guzy piersi u dziewczynek – rozpoznanie kobiet, leczenie dzieci
33. Trombektomia mechaniczna jako opcja terapeutyczna u pacjentów z pourazową zakrzepicą żył biodrowych- opis przypadku
34. Krwaki śródścienny dwunastnicy współistniejący z perforacją jelita cienkiego – diagnostyczne i terapeutyczne wyzwania w złożonych urazach jamy brzusznej
35. Hybrydowe podejście do leczenia pacjentki z licznymi, objawowymi naczyniakami jelita cienkiego

1. Tytuł: Powstanie i pierwszy rok działalności Uniwersyteckiego Centrum Robotyki Pediatricznej w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie

Autorzy: B. Bogusz, R. Chrzan, J. Godlewska, W. Górecki, M. Gruba, A. Kiszka, A. Piotrowska-Gall, J. Sulisławski.

Afiliacja: Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Lekarski, Instytut Pediatrii, Klinika Chirurgii Dziecięcej, Klinika Urologii Dziecięcej Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, Uniwersyteckie Centrum Robotyki Pediatricznej

15 maja 2024 roku w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie wykonana została pierwsza w Polsce operacja robotyczna u dziecka w oparciu o ustrukturyzowane centrum chirurgii robotycznej dedykowane wyłącznie pacjentom pediatrycznym, przez samodzielny, własny zespół chirurgiczny dysponujący własnym systemem robotycznym DaVinci XI umożliwiającymi operacje zespołowe w dwóch konsolach.

Wydarzenie to było zwieńczeniem wielomiesięcznych przygotowań obejmujących m. innymi uzyskanie pierwszych w Polsce certyfikacji dla operatora i asysty umożliwiających wykonywanie operacji robotycznych systemem DaVinci u dzieci. Założeniem kwalifikacji do operacji robotycznych były wskazania do laparoskopii lub torakoskopii wymagających użycia co najmniej dwóch narzędzi roboczych u pacjentów o masie ciała powyżej 11 kg.

W pierwszym roku działalności wykonano 153 procedury w 29 różnych schorzeniach, u pacjentów wieku od 2,5 do 17 lat o masie ciała od 11,7 kg do 171 kg. Większość pioniersko wykonanych operacji było pierwszymi wykonanymi w obszarze Europy środkowo-wschodniej. Certyfikację uzyskało kolejne 3 zespoły operacyjne. Odbłyto się 4 wizyty obserwacyjne chirurgów z innych ośrodków z kraju i zagranicy. Zorganizowano pierwszą w Europie Centralnej konferencję robotyki pediatricznej, gromadzącą około 100 uczestników z kraju i zagranicy, z wykładowcami pochodzącymi z czołowych europejskich ośrodków pediatricznej chirurgii robotycznej. Nawiązano współpracę z pozostałymi, tworzącymi się ośrodkami chirurgii dziecięcej wykonującymi operacje robotyczne u dzieci.

2. Tytuł: Chirurgia robotyczna w Klinice Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży GUMed – podsumowanie dotychczasowych doświadczeń w pracy z systemem DaVinci

Autorzy: T. Witowski, M. Łosin, M. Murawski, A. Gołębiwski, P. Czauderna

Afiliacja: Katedra i Klinika Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wprowadzenie chirurgii robotycznej do zabiegów operacyjnych pacjentów populacji dorosłej stanowiło istotny przełom dla rozwoju wielu specjalności zabiegowych. W wielu krajach na świecie, również naszym operacje ze wsparciem robota chirurgicznego są lub stają się podstawą leczenia wybranych schorzeń pacjentów dorosłych. Jednakże ze względu na szczególnie charakter pacjentów pediatrycznych i ich wymagania, rozwój tej dziedziny zabiegowej w chirurgii dziecięcej jest wolniejszy i mniej zaawansowany.

Dzięki zaangażowaniu naszego zespołu, w lutym 2023 roku w Klinice Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży GUMed wykonane zostały pierwsze w Polsce zabiegi operacyjne z wykorzystaniem systemu robotycznego u pacjenta pediatrycznego. Wykorzystaliśmy wtedy system robotyczny da Vinci, a zabiegi odbyły się przy wsparciu prof. Thomasa Blanc z Hopitaux de Paris. W późniejszym czasie rozpoczęliśmy program leczenia chirurgicznego z zastosowaniem systemu robotycznego Versius w kilku wybranych wskazaniach takich jak wodonercze (11 zabiegów) oraz kamica pęcherzyka żółciowego (2 zabiegi). Obecnie od grudnia 2024 roku w codziennej praktyce klinicznej korzystamy przede wszystkim z systemu da Vinci.

Dotychczas do pracy z systemem DaVinci w naszej Klinice zostały przeszkolone dwa, dwuosobowe zespoły operacyjne, a wykonanych zostało 39 zabiegów. Główne wskazania do operacji robotycznych u naszych pacjentów to przypadłości urologiczne takie jak: wodonercze (12 zabiegów), torbiele nerek (3 zabiegi), żylaki powrózka nasienne (3 zabiegi), wskazania onkologiczne jak: guzy jajnika (7 zabiegów), limfadenektomie (3 zabiegi) oraz inne wskazania ogólne. Poza zabiegami laparoskopowymi nasz zespół podjął się również wykonania dwóch zabiegów torakoskopowych u pacjentów ze wskazaniami onkologicznymi.

Początkowy czas zabiegów był dłuższy niż w tradycyjnych zabiegach laparoskopowych, natomiast wraz z doświadczeniem czasy zabiegów uległy istotnemu skróceniu, a czas dokowania robota obecnie nie stanowi istotnego czynnika wydłużającego procedurę. Najmniejszym operowanym przez nasz zespół pacjentem był trzylatek z wodonerczem, ważący 15kg. Dotychczasowe doświadczenia naszego zespołu pokazują, że wykorzystanie systemu robotycznego da Vinci w chirurgii pediatrycznej jest bezpieczne, możliwe w bardzo szerokim zakresie wskazań, umożliwia wykonywanie zabiegów z niezwykle precyzją i doskonałym wglądem w pole operacyjne, a krzywa uczenia jest krótka. Planujemy dalszy rozwój chirurgii robotycznej w naszym ośrodku, szkolenie kolejnych zespołów oraz korzystanie z robotyki jako standardowego narzędzia chirurgicznego w szerokim wachlarzu wskazań operacyjnych.

3. Tytuł: Robotyka da Vinci u dzieci – doświadczenia jednego ośrodka

Autorzy: M. Polok, P. Żuk, M. Konieczny, A. Wojnowska-Skowroń, P. Haliński, K. Staniul, A. Gregor

Afiliacja: Kliniczny Oddział Chirurgii i Urologii Dziecięcej, Szpital Uniwersytecki w Zielonej Górze, Lubuskie Uniwersyteckie Centrum Robotyki dla Dzieci i Dorosłych

Cel pracy: Prospektywna ocena leczenia dzieci operowanych w asyście robota da Vinci Xi w Klinicznym Oddziale Chirurgii i Urologii Dziecięcej Szpitala Uniwersyteckiego w Zielonej Górze.

Materiał i metoda

11-13 WRZEŚNIA 2025 | LUBLIN

Prospektywnie oceniono liczbę różnych operacji robotycznych, czas operacji, czas dokowania robota, czas konsoli, liczbę i rodzaj użytych narzędzi robotycznych, odległości między trokami, użyte trokary asystenckie, wiek i wzrost operowanych, dodatkowe procedury, powikłania.

Wyniki

W okresie 6 miesięcy (od grudnia 2024 roku do czerwca 2025 roku) w tutejszym ośrodku wykonano 49 operacji u dzieci w asyście robota da Vinci Xi, w tym 16 (33%) pieloplastyk sposobem Hynes-Anderson, 11 (22%) cholecystektomii, 6 (12%) usunięć guzów jajnika z oszczędzeniem gonady, 4 (8%) fundoplikacji sp. Nissena, 3 (6%) operacje żyłaków powrózka nasiennego, 2 (4%) marsupializacji torbieli nerek, 2 (4%) splenektomie (w tym 1 pełna i 1 hemisplenektomia), 1 (2%) reimplantację moczowodu olbrzymiego, 1 (2%) adrenalektomię, 1 (2%) nefrektomię, 1 (2%) pielolitotomię, 1 (2%) usunięcie torbieli moczownika. Średnia masa ciała pacjentów wniosta 48,94 kg (od 14 do 108kg), średni wzrost wyniósł 102 cm (od 96 do 187cm). Średni czas konsolowy pieloplastyki wyniósł 108 minut (od 76 do 200min), średni czas konsolowy cholecystektomii wyniósł 57 minut (od 34 do 113 min), średni czas konsolowy guzów jajnika wyniósł 51 minut (od 30 do 64 min). OT trzech z 16 pacjentów poddanych pieloplastyce wymagało dodatkowej cystoskopii z uwagi na trudności z drożnością lub położeniem cewnika DJ. U żadnego pacjenta nie obserwowano powikłań, wymagających reoperacji. U jednego z 49 pacjentów (poddanego pielolitotomii) wykonano konwersję z uwagi trudności w dostępie do przejścia miedniczkowo-moczowodowego.

Wnioski

Robotyka u dzieci wydaje się być skuteczną formą małoinwazyjnego leczenia operacyjnego z niską liczbą powikłań. Konieczne są dalsze, długoterminowe badania na większych grupach pacjentów.

4. Tytuł: Stan chirurgii robotycznej w pediatrii w Polsce – raport wieloośrodkowy.

Autorzy: R. Chrzan(1), W. Górecki(2), i. B. Bogusz(2), M. Polok(3), S. Gerus(4), A. Piotrowska-Gall(1), J. Godlewska, M. Gruba

Afiliacja: (1) Uniwersytet Jagielloński, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, Klinika Urologii Dziecięcej, (2) Uniwersytet Jagielloński, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, Klinika Chirurgii Dziecięcej, (3) Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze, Kliniczny Oddział Chirurgii i Urologii Dziecięcej (4) Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu, Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej

Cel: przedstawienie obecnego stanu chirurgii robotycznej w pediatrii w oparciu o wieloośrodkową bazę danych.

Materiał: przedstawiono dane z bazy danych prowadzonej w 3 ośrodkach w oparciu o projekt badawczy (KB nr 118.0043.1.46.2025). Od dnia 15 maja 2024 do 30 czerwca 2025 zarejestrowano 235 procedur. Wykonano ponad 30 różnego typu zabiegów w klatce piersiowej, jamie brzusznej oraz miednicy małej. Najczęściej wykonywane to:

cholecystektomia 49 (21%), pieloplastyka 47 (20%) oraz operacja sp. Nissen'a 18 (7.6%). 63/235 dotyczyły

onkohematologii. Najmłodszy pacjent miał 22 m-ce i ważył 11 kg.

Aspekty techniczne: w 122 procedurach użyto 3 ramion, a w 109 procedurach 4 ramiona robotyczne. 83 zabiegi odbyły się bez dodatkowego portu asysty, ale w g podanych informacji w 23/83 przypadkach użyto dodatkowe narzędzia laparoskopowe. Problemy techniczne zgłoszono w 32 przypadkach, z czego najczęściej dochodziło do zewnętrznej kolizji ramion na zewnątrz. Wyniki: Średni czas do momentu nacięcia skóry do uruchomienia konsoli wyniósł 17 min (zakres: 11 – 67 min), a czas dokowania systemu 7 min (3 – 37). Nie stwierdzono istotnych powikłań śródoperacyjnych wymagających pilnej konwersji. W 1 przypadku konwersja do laparoskopii była związana z awarią systemu robotycznego, a w 2 przypadkach do zabiegu otwartego z uwagi warunki śródoperacyjne uniemożliwiające bezpieczną kontynuację procedury.

Wnioski: szkolenie zespołów wykonujących zabiegi robotyczne u dzieci w oparciu o doświadczonych ekspertów oraz zgodnie z zaleceniami producenta umożliwia skuteczne skrócenie czasu przygotowania pacjenta (dokowania) oraz ograniczenie ryzyka powikłań. Ujednolicony system rejestracji zabiegów pozwoli na dokładną analizę wyników oraz nakreślenie polityki dotyczącej dalszego rozwoju chirurgii robotycznej w pediatrii.

5. Tytuł: Robotic surgery in children: the experience of one center in Ukraine

Autorzy: Dvorakevych A.O., Shevchuk D.V., Kalinchuk O.O

Afiliacja: St. Nicholas Children's Hospital of the First Medical Union of Lviv (Ukraine)

Pediatric robotic surgery has become part of the reality of surgeons. As adaptation becomes more widespread, its safety and effectiveness in children have been demonstrated, and its indications are steadily increasing.

The purpose of our work is to analyze our own experience of performing robotic surgeries in children in one public Ukrainian hospital.

Materials and methods – On the basis of the First Medical Union of Lviv" ("St. Panteleimon Hospital" (until February 2024) and " St. Nicholas Children's Hospital"), 94 robotic surgeries were performed using the da Vinci S/Si system during 2020-first half of 2025. The age of patients is from 2 months to 17 years (average – 7 ± 3.2).

Research results and discussion. In the structure of nosologies operated with the help of a robotic surgical system, diseases of the urinary system (52 interventions) and interventions for diseases of the spleen (16 operations), liver and biliary tract (6 operations), stomach (3 operations), female genital organs (3 operations), pancreas (1), tumor of the abdominal cavity and mediastinum (3 operations), other operations on the abdominal organs (10 operations). No intraoperative complications and conversions were noted. The

time of surgical interventions and the length of stay in the hospital are shorter in the group of patients operated with the robotic surgical system.

Conclusions. Robotic surgery in childhood, in particular in our center in Ukraine, is confidently gaining momentum, demonstrating good qualitative and quantitative indicators.

6. Tytuł: Praktyczne wytyczne dotyczące zastosowania zieleni indocyjaninowej w różnych dziedzinach małoinwazyjnej chirurgii dziecięcej: ogólnopolskie badanie wieloośrodkowe

Autorzy: P. Sosnowska-Sienkiewicz¹, G. Kowalewski², H. Garnier³, A. Wojtylko⁴, M. Murawski³, M. Szczygiet¹, M. Al-Ameri², P. Czauderna³, J. Godzinski⁴, P. Kaliciński², P. Mańkowski¹

Afiliacja: ¹ Klinika Chirurgii, Traumatologii i Urologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań, Polska

² Klinika Chirurgii Dziecięcej i Transplantacji Narządów, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa, Polska

³ Klinika Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży, Gdański Uniwersytet Medyczny, ul. Smoluchowskiego 17, 80-214 Gdańsk, Polska

⁴ Oddział Chirurgii Dziecięcej, Szpital im. T. Marciniaka, ul. gen. Augusta Emila Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław, Polska

Wstęp:

Małoinwazyjna chirurgia dziecięca wymaga szczególnej precyzji ze względu na specyficzne cechy anatomiczne i fizjologiczne pacjentów pediatrycznych. Istotne znaczenie mają innowacyjne technologie, które zwiększają dokładność zabiegów, skracają czas operacji i poprawiają wyniki leczenia. Zieleni indocyjaninowa (ICG) stanowi obiecujące narzędzie wspierające realizację tych założeń. Celem badania była ocena zastosowań klinicznych ICG w różnych obszarach chirurgii dziecięcej.

Materiał metody:

Analizie retrospektywnej poddano dane 67 pacjentów w wieku od 3 do 15 lat, którzy byli poddani zabiegom laparoskopowym lub torakoskopowym w czterech ośrodkach chirurgii dziecięcej w Polsce. Pacjentów zakwalifikowano do trzech głównych grup: onkologicznej (n = 24), gastroenterologicznej (n = 32) oraz urologicznej (n = 11). Analizy statystyczne przeprowadzono z wykorzystaniem oprogramowania Statistica 13 (TIBCO) oraz PQStat v.1.8.6.120 (PQStat Software); wykonano również analizy opisowe.

Wyniki:

Dawki ICG były dostosowane do rodzaju zabiegu i wynosiły od 1 mg na zabieg do 1,5 mg/kg masy ciała. Stosowanie ICG okazało się skuteczne i bezpieczne we wszystkich analizowanych przypadkach. U 84% pacjentów śródoperacyjne ustalenia na podstawie fluorescencji ICG zostały potwierdzone w badaniu histopatologicznym. Nie odnotowano powikłań związanych z zastosowaniem ICG.

11-13 WRZEŚNIA 2025 | LUBLIN

Wnioski:

Przeprowadzone badanie wieloośrodkowe potwierdza skuteczność i bezpieczeństwo śródoperacyjnego obrazowania fluorescencyjnego z użyciem ICG w małoinwazyjnej chirurgii dziecięcej. Zastosowanie ICG poprawia wizualizację struktur anatomicznych, co przyczynia się do uzyskiwania lepszych wyników leczenia. Dalsze upowszechnienie tej metody wymaga opracowania standardowych protokołów postępowania oraz wdrożenia specjalistycznych szkoleń dla zespołów chirurgicznych.

7. Tytuł: Wielospecjalistyczne podejście chirurgiczne do zaawansowanych nowotworów dziecięcych zajmujących struktury śródpiersia i serca

Autorzy: M. Kozakiewicz (1,2), A. Tomkowiak (3), G. Sharma (3), P. Maksymowicz (1), A. Wojtyłko (1,4), M. Rapała (1), J. Godziński (1,4)

Afiliacja: 1. Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im.T.Marciniaka- Centrum Medycyny Ratunkowej, Oddział Chirurgii Dziecięcej. 2- Politechnika Wrocławska, Wydział Medyczny, 3- Dolnośląskie Centrum Chorób Serca im. Prof. Zbigniewa Religi MEDINET Sp. z o.o. Oddział Kardiochirurgii Dziecięcej, 4- Zakład Traumatologii i Medycyny Ratunkowej Wieku Rozwojowego, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich

Wprowadzenie i cel: Zaawansowane guzy lite u dzieci mogą naciekać kluczowe struktury śródpiersia i serca, co czyni leczenie chirurgiczne wyjątkowo trudnym i obciążonym wysokim ryzykiem. W takich przypadkach konieczna jest ścisła współpraca zespołów chirurgii dziecięcej, kardiochirurgii dziecięcej oraz anestezjologii. Celem pracy była ocena wyników leczenia operacyjnego zaawansowanych nowotworów dziecięcych z zastosowaniem podejścia wielospecjalistycznego.

Materiał i metody: W latach 2010-2025 we współpracy kardiochirurgiczno- chirurgicznej zoperowanych zostało 14 dzieci, w wieku 7 miesięcy- 13 lat. U 6 dzieci wystąpiły nowotwory w obrębie klatki piersiowej w tym: 4 guzy śródpiersia wychodzące z grasicy (1 Grasiczak, 2 potworniaki, 1 rak embrionalny), 1 nowotwór płuc- Pulmonary blastoma, 1 mięsaka Ewinga- przerzuty do płuc. U 5 dzieci wystąpiły nowotwory wychodzące z jamy brzusznej z zakrzepem sięgającym do prawego przedsionka w tym: 4 nowotwory nerki- nerczaki zarodkowe, 1 czop nowotworowy w IVC- stan po usunięciu guza nadnerczy (neuroblastoma). U 3 guzy serca: 2 obejmujące prawy przedsionek, 1 guz lewej komory. Każdy zabieg operacyjny z uwagi na duże ryzyko operacyjne zaplanowany był w zabezpieczeniu krążenia pozaustrojowego (ECC). Planowanie leczenia odbywało się w ramach zespołu wielospecjalistycznego.

Wyniki: 7 dzieci zostało zoperowanych bez użycia ECC oraz 7 z użyciem ECC. Zabiegi z użyciem ECC wymagały sternotomii oraz laparotomii, z wyjątkiem guzów serca, które wymagały jedynie sternotomii. Wszystkie dzieci przeżyły zabieg operacyjny. Dwójka dzieci, u których usunięto radykalnie potworniaki oraz dzieci z guzami serca nie wymagały dalszego leczenia. Pozostałe dzieci wymagały radio i chemioterapii. Żadne z dzieci nie wymagało kolejnego zabiegu operacyjnego.

11-13 WRZEŚNIA 2025 | LUBLIN

Wnioski: Wielospecjalistyczne podejście chirurgiczne umożliwia bezpieczne i skuteczne leczenie zaawansowanych nowotworów dziecięcych zajmujących śródpiersie lub serce. Zastosowanie ECC zwiększa bezpieczeństwo operacji w wybranych przypadkach. Wczesne zaangażowanie zespołu wielospecjalistycznego jest kluczowe dla poprawy wyników leczenia i minimalizacji powikłań

8. Tytuł: Laparoskopowa adrenalektomia - bezpieczna i skuteczna w populacji pediatrycznej - doświadczenia pojedynczego ośrodka klinicznego chirurgii dziecięcej

Autorzy: A. Kalcowska¹, P. Dryjański¹, S. Gerus¹, D. Patkowski¹

Afiliacja: ¹Katedra i Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu

Wstęp:

Zmiany w obrębie nadnercza są rzadkie w populacji pediatrycznej, a kiedy już wystąpią prezentują spektrum patologii. Od czasów pierwszej laparoskopowej adrenalektomii w 1992 roku, chirurgia małoinwazyjna, z jej licznymi zaletami, stała się metodą leczenia z wyboru także w populacji pediatrycznej.

Cel pracy:

retrospektywna analiza dokumentacji medycznej dzieci hospitalizowanych z powodu zmian nadnercza w pojedynczym ośrodku klinicznym w latach 2018-2025, ze szczególną oceną przebiegu operacji, jej czasu trwania i wyników leczenia w odniesieniu do wielkości zmiany i rozpoznania histopatologicznego.

Wyniki:

W badanym okresie 21 dzieci, w wieku od 13 dni do 16,5 roku, było leczonych z powodu guzów nadnercza. Laparoscopia była metodą z wyboru, w jednym przypadku konieczna była konwersja do chirurgii otwartej. Zabiegi trwały od 50 do 265 minut, ze średnim czasem 111 minut. 17 zmian usunięto w całości, 2 subtotalnie, a 2 jedynie biopsjowano. Rozmiar guzów wahał się w przedziale 0,65-81,64 ml, średnio 24,6 ml. Czas trwania hospitalizacji zależał od wieku dziecka - wynosił średnio 8 dni. W wynikach badania histopatologicznego opisywano 6 różnych typów zmiany.

Wnioski:

W naszym doświadczeniu laparoscopia jest bezpieczną i skuteczną metodą leczenia bez ograniczeń ze względu na wiek dziecka.

11-13 WRZEŚNIA 2025 | LUBLIN

9. Tytuł: Zastosowanie technologii mieszanej rzeczywistości w chirurgii onkologicznej u dzieci z chorobą nowotworową - doświadczenia ośrodka

Autorzy: K. Bronowicki¹, J. Antoniuk-Majchrzak¹, I. Malesza¹, A. Szymborska¹, B. Pachuta¹, T. Walenta¹, W. Jasica¹, A. Raciborska¹

Afiliacja: ¹Instytut Matki i Dziecka, Klinika Onkologii i Chirurgii Onkologicznej Dzieci i Młodzieży, Warszawa, Polska

Wprowadzenie:

Technologia mieszanej rzeczywistości (MR, ang. Mixed Reality) zmienia podejście do wielu procedur chirurgicznych, szczególnie w chirurgii onkologicznej u dzieci. System CarnaLife Holo (MedApp S.A., Polska) umożliwia konwersję cyfrowych obrazów medycznych na interaktywne hologramy 3D. Wpływ tej technologii na przebieg zabiegów operacyjnych oraz jej potencjalne korzyści i ograniczenia są wciąż dyskutowane.

Cel pracy:

Celem niniejszej pracy było przedstawienie zastosowania technologii MR w chirurgii onkologicznej u pacjentów pediatrycznych oraz próba oceny jej przydatności klinicznej.

Materiały i metody:

W latach 2023-2024 technologię MR zastosowano u 11 pacjentów (pts) pediatrycznych (wiek: 1,5 miesiąca – 18 lat) poddanych różnym procedurom chirurgicznym: 2 pts z przerzutami do płuc – wykonano 2 torakotomie (przerzuty kostniakomięsaka, przerzuty mięsaka prążkowanokomórkowego; R0), 1 pt z guzem okolicy krzyżowo - guzicznej – resekcja guza (potworniak niedojrzały G1; R0), 1 pt z guzem lewego obojczyka – resekcja guza (kostniako-chrzęstniak; R0), 1 pt z torbielą prawej kości udowej – wyłyżeczkowanie torbieli z przeszczepem wiórów kostnych (torbiel aneuryzmatyczna), 2 pt z guzami tkanek miękkich kończyn dolnych - biopsje guzów (tkanka włóknista, tłuszczak), 1 pt z guzem lewej kości udowej - biopsja guza (kostniak kostnawy), 1 pt z guzem ściany klatki piersiowej – resekcja guza (osteosarcoma; R0), 1 pt z guzem prawego nadnercza - resekcja guza (nerwiak zarodkowy współczólny, R0), 1 pt z guzem okolicy pęcherza moczowego i odbytnicy - biopsja guza (neurofibroma). We wszystkich przypadkach nie odnotowano powikłań okołoperacyjnych. Czas trwania poszczególnych zabiegów i okres hospitalizacji nie odbiegał istotnie od wartości obserwowanych w grupach kontrolnych pts, u których nie stosowano technologii MR.

Wnioski:

Technologia mieszanej rzeczywistości stanowi obiecujące narzędzie wspierające chirurgię onkologiczną u dzieci – zarówno w aspekcie edukacyjnym, jak i praktycznym. Może być z powodzeniem stosowana w różnych typach procedur chirurgicznych, od biopsji po resekcje całkowite guzów litych i kostnych. Pełna ocena wpływu MR na przebieg operacji wymaga jednak dalszych badań na większych, bardziej jednorodnych grupach pacjentów. Czas trwania zabiegu oraz długość hospitalizacji mogą stanowić obiektywne wskaźniki efektywności tej technologii w przyszłości.

10. Tytuł: 1000 transplantacji wątroby u dzieci w IPCZD – podsumowanie doświadczeń

Autorzy: D.Broniszczak¹, M.Szymczak¹, H.Ismail¹, T.Drewniak¹, M.Stefanowicz¹, A.Kowalski¹, M.Markiewicz¹, M.Ciopiński¹, J.Teisseyre¹, J.Pawłowska², I.Jankowska², P.Socha², E.Pietraszek³, P.Woźkiewicz³, A.Byszewski³, M. Janowska¹, J. Latka-Grot¹, A. Kamiński¹, P.Kaliciński¹

Afiliacja: ¹Klinika Chirurgii Dziecięcej i Transplantacji Narządów, ²Klinika Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii, ³Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”

Wprowadzenie:

Przeszczepienie wątroby u dzieci jest złożonym procesem terapeutycznym, wymagającym interdyscyplinarnego podejścia i wieloletniego monitorowania.

Cel:

Celem pracy była podsumowanie doświadczeń z 1000 kolejnych przeszczepień wątroby przeprowadzonych w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” (IPCZD).

Materiał i metodyka:

W okresie od marca 1990 do marca 2025 roku wykonano w IPCZD 1000 przeszczepień wątroby. Przeprowadzono analizę przeżycia przeszczepionych narządów i pacjentów w zależności od rozpoznania podstawowego, okresu wykonania przeszczepienia, rodzaju przeszczepu (od dawcy zmarłego vs. żywego) oraz trybu przeszczepienia (planowy vs. pilny np. ostra niewydolność, dekompensacja). Oceniono również wpływ wybranych czynników klinicznych na długoterminowe wyniki leczenia.

W pracy dokonano podziału materiału na trzy okresy czasowe, odpowiadające etapom rozwoju programu transplantacji wątroby w IPCZD (1990-2000, 2001 – 2014, 2015 – 2025). Zastosowano analizę przeżycia metodą Kaplana-Meiera oraz modele regresji Coxa w celu identyfikacji czynników ryzyka utraty i zgonu pacjenta.

Wyniki:

Wstępne wyniki wskazują na poprawę wyników przeżycia zarówno przeszczepów jak i pacjentów w kolejnych dekadach, co może być związane z udoskonaleniem technik chirurgicznych, postępowaniem w intensywnej terapii okotooperacyjnej, lepszą immunosupresją oraz doświadczeniem wielodyscyplinarnego zespołu transplantacyjnego. Szczególną uwagę zwrócono na różnice w wynikach leczenia w zależności od rozpoznania: choroby cholestatyczne, wrodzone choroby metaboliczne, nowotwory wątroby oraz ostra niewydolność wątroby.

Wnioski:

IPCZD należy do liderów przeszczepiania wątroby u dzieci w Europie, nie tylko pod względem liczby transplantacji, ale też wyników klinicznych. Rozpoznanie podstawowe, stan pacjentów kierowanych do transplantacji mają istotny wpływ na rokowanie i wciąż istnieje pole do poprawy w tym zakresie. Nadal

jednak mimo poprawy dostępności do zmarłych dawców i wykorzystania programu przeszczepienia wątroby od żywego dawcy, pozostają dzieci zbyt długo oczekując na przeszczepienie

11. Tytuł: Wyniki przeszczepienia wątroby u dzieci z rakiem wątrobowokomórkowym – międzynarodowe, wieloośrodkowe badanie retrospektywne w ramach Europejskiej Sieci Referencyjnej TransplantChild

Autorzy: M. Stefanowicz¹, F. Hernandez², M. Spada³, A. M. Fratti³, G. Romano³, C. Chardot⁴, M. Cornet⁴, C. Capito⁴, D. Cussa⁵, R. Romagnoli⁵, U. Herden⁶, B. Hegen⁷, C. Jorns⁸, D. Broniszczak¹, P. Kaliciński¹.

Afiliacja: 1. Klinika Chirurgii Dziecięcej i Transplantacji Narządów, Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka, Warszawa, Polska; 2. Department of Pediatric Surgery, Hospital Universitario La Paz, Madryt, Hiszpania; 3. Division of Hepato-Bilio-Pancreatic Surgery, Liver and Kidney Transplantation, Bambino Gesù Children's Hospital, Rzym, Włochy; 4. Department of Pediatric Surgery, Malades Hospital, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, Paryż, Francja; 5. General Surgery 2U-Liver Transplant Unit, Azienda Ospedaliero Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino, University of Turin, Turyn, Włochy; 6. Department of Visceral Transplantation, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Niemcy; 7. Department of Pediatric Gastroenterology and Hepatology, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, , Hamburg, Niemcy; 8. Department of Transplantation Surgery, Karolinska University Hospital, Sztokholm, Szwecja

Wstęp:

Przeżycie pacjentów z rakiem wątrobowokomórkowym (HCC) bez nawrotu choroby zależy od całkowitego usunięcia guza w trakcie operacji. W przypadku dzieci z HCC wybór najlepszego postępowania chirurgicznego wiąże się z podjęciem decyzji o resekcji guza lub przeszczepieniu wątroby. Przeszczepienie wątroby wykonuje się u pacjentów z nieresekcyjnym HCC oraz w przypadkach, gdy nowotwór rozwinął się na podłożu wcześniej istniejącej choroby wątroby. Kryteria kwalifikacji dzieci z HCC do przeszczepienia nie są jednak jednoznacznie określone, co wynika z rzadkości tej choroby oraz jej zróżnicowania w populacji pediatrycznej.

Materiał i metody:

Celem tego wieloośrodkowego, obserwacyjnego, retrospektywnego badania kohortowego, przeprowadzonego w ramach Europejskiej Sieci Referencyjnej TransplantChild, była ocena odległych wyników przeszczepień wątroby u dzieci z HCC. Do analizy włączono 72 pacjentów poniżej 18. roku życia, którzy przeszli przeszczepienie wątroby z powodu HCC w okresie od 1 stycznia 2000 r. do 31 grudnia 2022 r. Z badania wykluczono pacjentów, u których HCC wykryto przypadkowo w przeszczepionym narządzie. Wpływ różnych czynników na wyniki oceniano za pomocą metody Kaplana-Meiera i testu log-rank.

Wyniki:

Mediana wieku w momencie rozpoznania wynosiła 100 miesięcy (zakres: 3–213,5). U 43 pacjentów (59,7%) HCC rozwinął się na podłożu innej choroby wątroby. U 62 (86,1%) wykonano pierwotne przeszczepienie wątroby, a 10 (13,9%) przeszło przeszczepienie ratunkowe. 24 pacjentów (33,4%) sklasyfikowano jako PRETEXT IV, 16 (22,2%) jako PRETEXT III, 17 (23,6%) jako PRETEXT II, a 15 (20,8%) jako PRETEXT I. Guz wieloogniskowy stwierdzono u 50 pacjentów (69,4%). U 45 (62,5%) wykonano przeszczepienie poza kryteriami mediolańskimi. Mediana wieku w chwili przeszczepienia wątroby wynosiła 105,2 miesiąca (zakres: 6–214,8). U 20 (27,8%) wykonano przeszczepienie wątroby od żywego dawcy. 32 (44,4%) pacjentów otrzymało chemioterapię przedoperacyjną, a 30 (41,7%) chemioterapię adjuwantową. U 7 (9,7%) stwierdzono HCC podtyp fibrolamellarny. Mediana czasu obserwacji wyniosła 70,25 miesiąca (0–278). Nawrót nowotworu zaobserwowano u 11 pacjentów (15,3%), z czego 10 zmarło. Trzech pacjentów zmarło z przyczyn związanych z przeszczepieniem. Szacowane przeżycie pacjentów po 1, 5 i 10 latach wynosiło odpowiednio 93%, 84% i 76%. Nie wykazano różnicy w przeżywalności pomiędzy pacjentami z chorobą współistniejącą i bez niej ($p = 0,83$). Nie zaobserwowano również różnicy między dziećmi przeszczepionymi zgodnie z kryteriami mediolańskimi i u pacjentów z guzami wykraczającymi poza nie ($p = 0,868$). Szacowane przeżycie pacjentów 10 lat po przeszczepie od żywego i zmarłego dawcy było podobne ($p = 0,8967$). Szacowane przeżycie pacjentów po 1, 5 i 10 latach po pierwotnym przeszczepieniu wątroby wynosiło odpowiednio 95%, 89% i 83% oraz 78%, 56% i 37% po przeszczepieniu ratunkowym, a różnica była istotna statystycznie ($p = 0,00442$).

Wnioski:

Przeszczepienie wątroby u dzieci z HCC daje bardzo dobre wyniki leczenia, z wysokim wskaźnikiem przeżywalności w odległym okresie, nawet u pacjentów, którzy nie spełniają kryteriów mediolańskich. Analizy przeżycia wykazały lepsze długoterminowe przeżycie u dzieci po pierwotnym przeszczepieniu wątroby w porównaniu z dziećmi po przeszczepieniu ratunkowym. Obecność choroby współistniejącej oraz rodzaj dawcy nie miały wpływu na odległe wyniki leczenia po przeszczepieniu z powodu HCC.

12. Tytuł: Ochrona nerwów przy operacjach tarczycy i przytarczyc – neuromonitoring ciągły i przerywany.

Autorzy: Autorzy: A. Taczanowska-Niemczuk¹, M. Maślanka¹, A. Kiszka¹, W. Górecki¹

Afiliacja: ¹Klinika Chirurgii Dziecięcej Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Lekarski, Instytut Pediatrii, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, Klinika Chirurgii Dziecięcej.

Cel pracy:

Celem pracy jest przedstawienie doświadczeń własnych z łącznym zastosowaniem neuromonitoringu przerywanego i ciągłego w operacjach tarczycy u dzieci

Materiał i metody:

W latach 2015-2025 w Klinice Chirurgii Dziecięcej w Krakowie, z powodu chorób tarczycy i przytarczyc, z zastosowaniem śródoperacyjnego neuromonitoringu operowano 311 pacjentów (649 zagrożonych nerwów krtaniowych wstecznych, w tym 282 (461 zagrożonych nerwów krtaniowych wstecznych) z jednoczesnym zastosowaniem neuromonitoringu przerywanego i ciągłego. Ponadto u 45 chorych z badanej grupy z zaawansowanymi regionalnie rakami tarczycy przeprowadzono 62 operacje zmodyfikowanej limfadenektomii szyjnej, u tych chorych system neuromonitoringu stosowano także do neurostymulacji nerwów poza łożą tarczycy: przeponowych, dodatkowych, podjęzykowych i gałęzi splotu barkowego.

U wszystkich chorych przeprowadzano badanie laryngologiczne przed i po operacji. Na początku i na końcu operacji po danej stronie zawsze przeprowadzano stymulację nerwu błędnego. Przy użyciu neuromonitoringu ciągłego obserwowano przewodnictwo w nerwie krtaniowym wstecznym w czasie rzeczywistym. Przy użyciu neuromonitoringu przerywanego mapowano przebieg nerwu krtaniowego wstecznego, gałęzi zewnętrznej nerwu krtaniowego górnego oraz nerwów ruchowych poza łożą tarczycy.

Wyniki:

Przedoperacyjne badanie laryngologiczne pozwoliło na wykrycie bezobjawowych klinicznie dysfunkcji nerwu krtaniowego wstecznego u 5 chorych. Śródoperacyjnie utratę przewodnictwa stwierdzono u 17 pacjentów (5,4% chorych, 2,7% zagrożonych nerwów). W tej grupie stymulacja nerwu błędnego, na początku operacji pozwoliła wykryć utratę przewodnictwa i powstanie dysfunkcji nerwu jeszcze przed jakąkolwiek interwencją w łożu płata u 8/17 chorych, we wszystkich tych sytuacjach do utraty sygnału doszło po stronie lewej. U pozostałych 9/17 chorych doszło do utraty przewodnictwa w nerwie w trakcie operacji przy jego preparowaniu, u 7/9 czynnikiem zwiększonego ryzyka uszkodzenia nerwu była obecność zaawansowanego raka tarczycy. We wszystkich przypadkach została zachowana ciągłość nerwu. Wszystkie uszkodzenia 17/17 miały charakter przemijający. Stymulacja nerwu błędnego na końcu operacji pozwalała na potwierdzenie stanu przewodnictwa na całej długości nerwu. U 4 chorych zakwalifikowanych pierwotnie do tyreoidektomii, w sytuacji utraty sygnału nerwu po stronie operowanej jako pierwsza, możliwa była zmiana planu operacji na operację etapową, celem uniknięcia obustronnej dysfunkcji nerwów. Neuromonitoring ciągły pozwalał wielokrotnie na zmianę sposobu preparowania w przypadku sygnalizowanych przez urządzenie zagrażającego uszkodzenia nerwu. Neuromonitoring przerywany pozwolił na mapowanie nerwu krtaniowego wstecznego, kiedy nie został jeszcze uwidoczniiony, zwłaszcza w trudnych warunkach anatomicznych: nerw niewsteczny, nerw pokryty częściowo tkanką tarczycy, wczesny podział nerwu, przerzuty węzłowe i nacieki w otoczeniu nerwu.

Wnioski:

Łączne stosowanie neuromonitoringu przerywanego i ciągłego zwiększa możliwości ochrony nerwów oraz wiedzę chirurga na temat momentu, lokalizacji i mechanizmu uszkodzenia. Niektóre dysfunkcje powstające w związku z operacją nie zależą od bezpośredniego działania chirurgicznego. Lokalizacja i mechanizm dysfunkcji pozwala prognozować powrót czynności nerwu i zaplanować leczenie

11-13 WRZEŚNIA 2025 | LUBLIN

13. Tytuł: Torakoskopowa sympatektomia piersiowa u dzieci zagrożonych nagłym zgonem z powodu arytmii komorowej – doświadczenia IP CZD.

Autorzy: E. Kocot, G. Kowalewski, M. Stefanowicz, A. Kowalski, K. Pankowska-Woźniak, A. Roszkiewicz, M. Miszczak-Knecht, P. Kaliciński, K. Bieganowska

Afiliacja: Klinika Kardiologii i Klinika Chirurgii Dziecięcej i Transplantacji Narządów IP CZD

Wstęp:

Chirurgiczna lewostronna sympatektomia sercowa po raz pierwszy została opisana w 1971 roku jako metoda ograniczająca występowanie incydentów groźnych komorowych zaburzeń rytmu serca i nagłego zgonu sercowego u chorych z zespołem wydłużonego QT (LQTS). Obecnie u pacjentów z groźnymi incydentami arytmicznymi mimo leczenia farmakologicznego i/lub zastosowania wszczepialnego kardiowertera-defibrylatora (ICD), stosowana jest mniej inwazyjna, wideo-torakoskopowa sympatektomia piersiowa (VATS-LCSD), a wskazania rozszerzono o katecholaminergiczny polimorficzny częstoskurcz komorowy (CPVT).

Cel pracy:

Retrospektywna analiza bezpieczeństwa i skuteczności torakoskopowej sympatektomii piersiowej u dzieci zagrożonych złożoną arytmia komorową i nagłym zgonem sercowym w przebiegu kanałopatii (LQTS, CPVT).

Materiał i metody:

Retrospektywnie przeanalizowano 35 dzieci, pacjentów Kliniki Kardiologii zagrożonych zgonem arytmicznych, operowanych w Klinice Chirurgii Dziecięcej i Transplantacji Narządów IP CZD w latach 2010-2025, u których wykonano VATS-LCSD. Wiek dzieci w chwili operacji wahał się od 7. doby do 18. roku życia. Największą grupę stanowili pacjenci z kanałopatiami (31 pacjentów, w tym 24 pacjentów z rozpoznaniem LQTS), z których większość przeżyła nagłe zatrzymanie krążenia. Analizowano przebieg okołoperacyjny, częstość występowania powikłań oraz skuteczność leczenia.

Wyniki:

U wszystkich pacjentów przeprowadzono sympatektomię metodą torakoskopową – u 33 pacjentów sympatektomię lewostronną, u 2 pacjentów sympatektomię obustronną. W okresie okołoperacyjnym u 1 pacjenta (2,7%) obserwowano płyn w jamie opłucnej wymagający drenażu, u kolejnego (2,7%) przemijająco wystąpił zespół Hornera. U pozostałych pacjentów nie odnotowano istotnych powikłań chirurgicznych. U 23 pacjentów w odległej obserwacji odnotowano dobry efekt kliniczny leczenia, nie obserwuje się u nich dolegliwości ze strony układu krążenia, a w kontrolnych badaniach holter-EKG nie odnotowano cech arytmii. Dwóch chorych (5,7%) wymagających sympatektomii obustronnej zmarło w przebiegu burz elektrycznych pomimo zastosowanego leczenia.

Wnioski:

Torakoskopowa sympatektomia piersiowa jest bezpieczną i skuteczną metodą wspomagającą leczenie dzieci z kanałopatiami LQTS i CPVT zagrożonych nagłym zgonem arytmicznym pomimo zalecanego optymalnego postępowania terapeutycznego

14. Tytuł: Torakoskopia w ropniakach opłucnej – doświadczenia własne

Autorzy: P. Dryjański, S. Gerus, A. Kalcowska, D. Patkowski

Afiliacja: ¹Katedra i Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu

Wstęp:

Ropniaki opłucnej, definiowane jako obecność ropy w jamie opłucnowej, są częstym (0,6-1%) następstwem wysięku opłucnowego, który towarzyszy zapaleniom płuc u dzieci. Pacjenci z ropniakami opłucnej trafiają do oddziału chirurgicznego, kiedy antybiotykoterapia nie przynosi poprawy stanu klinicznego. W ostatnich latach obserwuje się narastającą częstość występowania ropniaków opłucnej.

Cel pracy:

Retrospektywna analiza dokumentacji medycznej dzieci hospitalizowanych z powodu ropniaków opłucnej w latach 2018-2024, z przeglądem danych demograficznych oraz zastosowanych metod diagnostycznych i leczniczych.

Wyniki:

W badanym okresie hospitalizowanych było 115 dzieci, z przewagą chłopców (54,8%). Najmłodszy z pacjentów miał 8 miesięcy, najstarszy niespełna 18 lat. Pacjenci trafiali do oddziału chirurgicznego średnio po 10 dniach od początku objawów, 94 (81,74 %) z nich przyjmowało wcześniej przynajmniej jeden antybiotyk, z czego 40 (42,55 %) dzieci otrzymało już 3 lub więcej antybiotyków (ambulatoryjnie lub w oddziale pediatrycznym). W toku diagnostyki istotne były badania obrazowe - średnio na pacjenta - RTG 2,93, TK - 1,23, USG 2,87. Metodą leczenia chirurgicznego z wyboru była torakoskopia (wykonana u 93,91 % dzieci), w miarę potrzeby wykonywane były dodatkowe procedury. Tylko 5 dzieci wymagało rewizji po torakoskopii. U 53 pacjentów dodatkowo zastosowana była alteplaza doopłucnowo, 2 (1,74 %) dzieci nie operowano. Po zabiegu 72,17 % dzieci wymagało kontynuacji opieki w Oddziale Intensywnej Terapii, a pobyt tam trwał średnio 5,8 dnia. Z pobranego płynu w niemal 62% przypadków nie udało się wyizolować czynnika sprawczego. 20 (17,39 %) dzieci kontynuowało leczenie w Oddziale Rehabilitacji Pulmonologicznej.

Wnioski:

Torakoskopia jest małoinwazyjną i skuteczną metodą leczenia, a jej połączenie z użyciem alteplazy doopłucnowo jest bezpieczne i efektywne. Ścisła współpraca oddziałów pediatrycznych i chirurgicznych jest niezbędna dla optymalnej opieki nad pacjentami.

15. Tytuł: Optymalizacja leczenia długoodcinkowego zarośnięcia przełyku – wieloośrodkowe badanie retrospektywne

Autorzy: D. Borselle¹, J. Davidson², L. Magni³⁻⁴, H. Alliot⁶, S. Tytgat³⁻⁴, S. Loukogeorgakis^{2,5}, A. Bonnard⁶, S. Rothenberg⁷, P. de Coppi^{2,5}, D. Patkowski¹

Afiliacja: Katedra i Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, ul. Borowska 213, Wrocław, Polska

² Stem Cell and Regenerative Medicine Section, Developmental Biology and Cancer Research and teaching Department, Great Ormond Street Institute of Child Health, University College London, London, UK

³ Department of Pediatric Surgery, Pediatric Wilhelmina Children's Hospital, University Medical Center Utrecht, Utrecht, Netherlands.

⁴ Congenital Esophageal and Airway Team Utrecht, Pediatric Wilhelmina Children's Hospital, University Medical Center Utrecht, Utrecht, Netherlands.

⁵ Department of Specialist Neonatal and Paediatric Surgery, Great Ormond Street Institute of Child Health, University College London, London, UK

⁶ Service de Chirurgie Pédiatrique Viscérale et Urologique, Hôpital Robert Debré, Paris, France

⁷ Department of Pediatric Surgery, Rocky Mountain Hospital for Children in Denver, US

Wprowadzenie:

Leczenie długoodcinkowego zarośnięcia przełyku stanowi istotne wyzwanie chirurgiczne.

Cel:

Celem badania było porównanie strategii postępowania oraz wyników leczenia pacjentów z tym schorzeniem w pięciu doświadczonych ośrodkach.

Metody:

Retrospektywnie przeanalizowano pacjentów z długoodcinkowym zarośnięciem przełyku (typ A i B), leczonych w latach 2008–2024. Porównano dane demograficzne, metody operacyjne, czas do odtworzenia ciągłości przełyku oraz powikłania pooperacyjne.

Wyniki:

Do analizy włączono 138 pacjentów. Dostęp operacyjny był torakoskopowy u 112/138 pacjentów (81,2%) – z czego u 5 pacjentów zabieg końcowy wykonano metodą klasyczną oraz otwarty u 24/138 pacjentów (17,4%). Konwersji z torakoskopii do torakotomii wymagało 4/113 pacjentów (3,5%). Zastosowane metody operacyjne obejmowały: pierwotne zespolenie przełyku – 11/138 pacjentów (8%), etapowe wydłużanie przełyku techniką trakcji wewnętrznej – 40/138 pacjentów (29%) (u 38 pacjentów uzyskano zespolenie przełyku: u 35 wyłącznie metodą trakcji wewnętrznej, natomiast u 3 konieczne była procedura Collisa lub Collis-Nissena w ostatnim etapie), etapowe wydłużanie przełyku techniką trakcji zewnętrznej – 30/138 pacjentów (21,7%) (u 1 z nich ostatecznie wykonano rekonstrukcję z żołądka), odroczone pierwotne zespolenie przełyku – 39/138 pacjentów (28,3%) oraz rekonstrukcję przełyku – 16/138 pacjentów (11,6%). Zastosowanie etapowego wydłużania przełyku techniką trakcji wewnętrznej lub zewnętrznej korelowało ze

11-13 WRZEŚNIA 2025 | LUBLIN

skróceniem mediany wieku w chwili uzyskania ciągłości przełyku oraz czasu od zabiegu pierwotnego do zespolenia przełyku. Nie stwierdzono śmiertelności związanej z leczeniem chirurgicznym. Czworo pacjentów zmarło przed wykonaniem zespolenia z powodu współistniejących ciężkich wad wrodzonych. Analizowane powikłania pooperacyjne obejmowały nieszczelność zespolenia, nawrotowe zwężenia przełyku oraz konieczność fundoplikacji. Własny przełyk zachowano u 114/133 pacjentów (85,7%).

Wnioski:

Leczenie w wyspecjalizowanych, doświadczonych ośrodkach jest kluczowe dla optymalizacji wyników oraz szans na zachowanie własnego przełyku. Etapowe torakoskopowe wydłużanie przełyku techniką trakcji wewnętrznej lub zewnętrznej istotnie skraca czas potrzebny do uzyskania ciągłości przełyku oraz redukuje konieczność jego substytucji, gdy pierwotne zespolenie nie jest możliwe. Częstość wczesnych powikłań pooperacyjnych była porównywalnie niska we wszystkich ośrodkach, niezależnie od strategii operacyjnej.

16. Tytuł: Strategie i wyniki leczenia chirurgicznego noworodków z zarośnięciem przełyku z dystalną przetoką tchawiczo-przełykową oraz współistniejącym zarośnięciem dwunastnicy

Autorzy: D. Borselle, S. Gerus, D. Patkowski

Afiliacja: ¹ Katedra i Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Wprowadzenie:

Celem badania była analiza sposobu postępowania i wyników leczenia noworodków z zarośnięciem przełyku z dystalną przetoką tchawiczo-przełykową oraz współistniejącym zarośnięciem dwunastnicy, a także określenie optymalnej strategii chirurgicznej.

Metody:

Przeprowadzono retrospektywną analizę pacjentów z zarośnięciem przełyku typu C lub D oraz zarośnięciem dwunastnicy, leczonych w latach 2005–2023. Porównano dane demograficzne, obraz kliniczny, postępowanie chirurgiczne oraz wyniki leczenia.

Wyniki:

Do badania włączono 11 pacjentów, u których we wszystkich przypadkach stwierdzono typ C zarośnięcia przełyku. Mediana masy urodzeniowej wynosiła 1850 g. Zarośnięcie przełyku oraz dwunastnicy rozpoznano przedoperacyjnie u wszystkich noworodków. U 2 z 11 pacjentów rozpoznano asocjację VACTERL. Operację zarośnięcia przełyku wykonano torakoskopowo u wszystkich pacjentów. Zespolenie dwunastnicy przeprowadzono laparoskopowo u 9/11 pacjentów oraz klasycznie u 2/11 noworodków. Zastosowano następujące strategie leczenia chirurgicznego:

- Jednoetapową operację zarośnięcia przełyku i dwunastnicy u 2/11 pacjentów
- Leczenie dwuetapowe u 9/11 pacjentów, w tym:

- o Strategia 1: Torakoskopowe zamknięcie dystalnej przetoki tchawiczo-przetykowej i zespolenie przetyku w pierwszym etapie, a następnie laparoskopowe zespolenie dwunastnicy w drugim etapie (7/11)
- o Strategia 2: Torakoskopowe zamknięcie dystalnej przetoki tchawiczo-przetykowej i otwarte zespolenie dwunastnicy w pierwszym etapie, a następnie torakoskopowe zespolenie przetyku w drugim etapie (2/11)

Gastrostomię wykonano u 2/11 pacjentów: u jednego w późniejszym okresie z powodu trudności z karmieniem, a u drugiego – noworodka z niską masą urodzeniową – podczas operacji pierwotnej w celu umożliwienia wczesnego żywienia dojelitowego. Mediana czasu pomiędzy etapami wynosiła 4,5 dnia. Nie stwierdzono śmiertelności związanej z leczeniem chirurgicznym, nie stwierdzono nieszczelności zespolenia dwunastnicy ani przetyku, a także nie było konieczności wykonania fundoplikacji.

Wnioski:

Etapowa korekcja z dostępu małoinwazyjnego wydaje się bezpieczną, wykonalną i preferowaną strategią leczenia chirurgicznego u noworodków z zarośnięciem przetyku z dystalną przetoką tchawiczo-przetykową i współistniejącym zarośnięciem dwunastnicy

17. Tytuł: Wady wrodzone płuc u noworodków – doświadczenie własne, aktualne standardy postępowania i trudne przypadki wymagające pilnej interwencji

Autorzy: M. Lewicka, B. Strumiłło, A. Piaseczna-Piotrowska

Afiliacja: Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki

WSTĘP:

Wady wrodzone płuc, takie jak wrodzona gruczolakowatość torbielowata płuc (CCAM/CPAM) czy sekwestracja płuc, stanowią istotny problem diagnostyczny i terapeutyczny w okresie noworodkowym. Wady te zwykle rozpoznawane są prenatalnie, co pozwala na zaplanowanie miejsca porodu oraz strategii leczenia. W literaturze światowej standardem postępowania jest planowe wycięcie zmian, jednak zdarzają się przypadki wymagające pilnej interwencji, np. CCAM typu I, powodujące ciężką niewydolność oddechową po urodzeniu.

CEL PRACY:

Przedstawienie doświadczeń Kliniki Chirurgii i Urologii Dziecięcej ICZMP w leczeniu wad wrodzonych płuc u noworodków oraz omówienie stosowanych obecnie strategii postępowania w porównaniu do standardów światowych, ze szczególnym uwzględnieniem trudnych przypadków, wymagających pilnej interwencji chirurgicznej.

MATERIAŁ I METODY:

Retrospektywna analiza przypadków noworodków operowanych w Klinice Chirurgii i Urologii Dziecięcej

11-13 WRZEŚNIA 2025 | LUBLIN

ICZMP z powodu wad wrodzonych płuc w latach 2015-2025. Ocenione zostaną: rozpoznanie prenatalne, rodzaj wady (CCAM, sekwestracja), wskazania do pilnej interwencji, technika operacyjna (torakotomia, torakoskopia), powikłania oraz czas hospitalizacji.

WNIOSKI:

Analiza przypadków pozwoli na ocenę skuteczności stosowanych strategii leczenia wad wrodzonych płuc w naszym ośrodku i porównanie ich do aktualnych standardów światowych, a także na identyfikację najtrudniejszych przypadków wymagających indywidualnego podejścia terapeutycznego.

18. Tytuł: Wrodzona przepuklina pachwinowa u niedojrzałych noworodków – czy wczesna operacja ma wpływ na rozwój jądra

Autorzy: K. Żak, E. Sawicka, J. Jasiński, D. Müller, M. Figatowska -Bekesińska*, M. Jędrzejczyk

Afiliacja: Klinika Chirurgii Dzieci i Młodzieży *Zakład Diagnostyki Obrazowej Instytut Matki i Dziecka

Wstęp:

Przepuklina pachwinowa u dzieci urodzonych przedwcześnie < 33 tygodnia ciąży jest widoczna w ponad 30% przypadków. Przyczyną tak wysokiej częstości występowania w tej grupie jest drożność wyrostka pochwowego otrzewnej, ogólna niedojrzałość tkankowa oraz czynniki związane z terapią wcześniaków np.: wentylacja wspomagana, kortykosterydy, wrodzone lub nabyte zakażenia, niedojrzałość przewodu pokarmowego skutkująca rozdęciem jelita. Przepukliny wcześniaków 2x częściej więzną, ale także te niewięznięce mogą powodować zaburzenia pasażu jelitowego i trudności w karmieniu enteralnym. Innym opisywanym powikłaniem dużej lub często więznięcej przepukliny jest niedorozwój lub zanik jądra.

Cel pracy:

Była ocena morfologii i objętości jąder u niedojrzałych noworodków operowanych z powodu przepukliny pachwinowej.

Materiał i metoda:

Przebadano grupę 30 noworodków płci męskiej (urodzonych <32 tygodnia ciąży, z masą przepukliny < 1500g), u których operację przepukliny wykonano podczas pierwszej hospitalizacji. Jako grupy porównawcze przebadano 30 noworodków urodzonych > 37 tygodnia ciąży, u których przepuklinę operowano w pierwszym roku życia, oraz dwie grupy noworodków niedojrzałych i dojrzałych bez przepukliny. Badania ultrasonograficzne jąder przeprowadzano co najmniej 1 rok po operacji przepukliny (średnio w 17 miesiącu życia) w taki sam sposób w grupach operowanych: B, K2 oraz między 12 – 24 miesiącem życia (średnio w 16,8 miesiącu) w dwóch grupach nieoperowanych: K1, K3. Oceniano położenie obu jąder, ich echogeniczność i unaczynienie. Objętość obu jąder obliczano na podstawie wzoru na objętość elipsoidy: wysokość x szerokość x długość x współczynnik 0,523.

19. Tytuł: Postępowanie w przypadku torbieli jajników u noworodków: 10-letnie doświadczenie jednego ośrodka

Autorzy: O. Szymon, M. Fryczek, A. Kotlarz, A. Taczanowska-Niemczuk, W. Górecki

Afiliacja: Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Lekarski, Instytut Pediatrii,
Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, Klinika Chirurgii Dziecięcej

Wprowadzenie:

Postnatalne postępowanie z torbielami jajników u noworodków pozostaje kwestią dyskusyjną.

Metody:

Przeprowadzono retrospektywną analizę przypadków noworodków, u których rozpoznano zmiany w obrębie jajników w ośrodku referencyjnym trzeciego stopnia (styczeń 2014 – maj 2024).

Wyniki:

U 64 noworodków (wiek: 1 dzień – 8 miesięcy; średnio: 8,2 tygodnia) rozpoznano łącznie 65 torbieli jajnika ≥ 20 mm (średnia średnica: 44,2 mm; zakres: 20–81 mm). Przedwczesny poród dotyczył 31% przypadków ($n = 20$). Z powodu nasilonych objawów klinicznych lub niepewnego charakteru zmiany pierwotne leczenie operacyjne przeprowadzono u 11 pacjentek; u 3 wykonano przezskórne nakłucie; pozostałe 50 było monitorowanych. U 37 z 50 obserwowanych noworodków (74%) zaobserwowano regresję torbieli w ciągu 18 miesięcy, w tym w 7 przypadkach torbieli o morfologii złożonej (19%). Opóźniona involucja wystąpiła u 6 dzieci (12%). Zarówno złożona morfologia, jak i większy rozmiar torbieli były istotnie związane z opóźnioną regresją ($p = 0,0005$; $p = 0,0045$). U 8 dzieci (16%) konieczna była interwencja z powodu powiększenia torbieli (2 laparoskopie, 5 nakłuć) lub podejrzenia skrętu przydatków (1 laparotomia). W grupie obserwowanej nie odnotowano potwierdzonych przypadków skrętu przydatków ani powikłań krwotocznych. U jednej pacjentki konieczny był powtórny zabieg po przezskórnym zmniejszeniu zmiany. Nie wykazano istotnego związku między wielkością zmiany a wystąpieniem objawów wskazujących na niedawny skręt przydatków ($p = 0,99$).

Wnioski:

Obserwacja jest bezpieczną strategią postępowania w przypadku bezobjawowych torbieli jajnika u noworodków. Skręt jajnika po urodzeniu występuje rzadko, ale może pojawić się niezależnie od rozmiaru zmiany, również u pacjentek bez wcześniejszego rozpoznania torbieli jajnika.

20. Tytuł: Stres oksydacyjny i obrona antyoksydacyjna u płodów i noworodków z rozszczepem kręgosłupa

Autorzy: A. Pastuszka, T. Koszutski, J. Bohosiewicz

Afiliacja: Katedra i Zakład Anatomii Opisowej i Topograficznej, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Klinika Chirurgii Dziecięcej, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp:

Rozszczep kręgosłupa jest najczęstszą wadą ośrodkowego układu nerwowego i drugą co do częstości występowania, po wadach serca, wadą wrodzoną. Jednym z kluczowych czynników wpływających na stopień uszkodzenia tkanek podczas życia płodowego jest stres oksydacyjny. Szkodliwe działanie reaktywnych form tlenu (Reactive oxygen species -ROS) jest nasilane przez bardzo intensywny wzrost i rozwój tkanek płodu co, w połączeniu ze słabą obroną antyoksydacyjną, prowadzi do uszkodzenia białek, lipidów i DNA. Postępujące uszkodzenia komórek prowadzą do ich śmierci w wyniku apoptozy lub nekrozy.

Materiał i Metody:

W trakcie operacyjnego zamknięcia rozszczepu kręgosłupa pobrano łącznie 62 próbki płynu mózgowo-rdzeniowego: 31 u płodów operowanych prenatalnie (Grupa 1) i 31 u noworodków operowanych w pierwszej dobie życia (Grupa 2). Porównano aktywność reduktazy glutationowej (GR), katalazy (KAT), dysmutazy ponadtlenkowej (SOD) i jej mitochondrialnego izoenzymu (MnSOD), a także poziomy całkowitej pojemności antyoksydacyjnej (TAC) i całkowitego stanu oksydacyjnego (TOC) między grupami.

Wyniki:

Spośród badanych parametrów zarówno aktywność enzymów antyoksydacyjnych (SOD, MnSOD, GR, KAT), jak i poziomy TAC i TOS były statystycznie istotnie wyższe u płodów w porównaniu z noworodkami operowanymi w pierwszej dobie życia.

Wnioski:

Uzyskane wyniki wykazują istotnie statystyczną wyższą aktywność enzymów antyoksydacyjnych oraz poziomy TAC i TOS w płynie mózgowo-rdzeniowym płodów (operacja prenatalna) w porównaniu do noworodków (operacja postnatalna) operowanych z powodu rozszczepu kręgosłupa. Wyniki te sugerują wygaszanie ochrony antyoksydacyjnej w czasie życia płodowego, co może zwiększać ryzyko uszkodzeń oksydacyjnych nieostoi rdzenia kręgowego i nerwów rdzeniowych u pacjentów z rozszczepem kręgosłupa.

21. Tytuł: Kamica układu moczowego u dzieci - doświadczenia własne

Autorzy: S. Anzelewicz, A. Gołębiwski, M. Osajca-Kanyon, E. Wojciechowska, P. Czauderna

Afiliacja: Katedra i Klinika Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży, Gdański Uniwersytet Medyczny

Cel badania:

Ocena skuteczności i bezpieczeństwa różnych metod leczenia kamicy układu moczowego u dzieci i młodzieży na podstawie doświadczeń Kliniki Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w okresie od października 2021 do maja 2025.

Materiał i metody:

Przeprowadzono retrospektywną analizę dokumentacji medycznej 41 pacjentów pediatrycznych z kamicią układu moczowego leczonych w naszej klinice. Zebrano dane demograficzne, charakterystykę kamieni (lokalizacja, wielkość, liczba, rodzaj) oraz zastosowane metody leczenia. Analizowano następujące techniki: pozaustrojową litotrypsję falą uderzeniową (ESWL), cystoskopię, ureterorenoskopię sztywną (URS), wsteczną ureterorenoskopię giętą (RIRS), technikę laparoskopową oraz przezskórną nefrolitotomię (PCNL). Oceniono odsetek pacjentów całkowicie wolnych od kamieni po leczeniu (stone-free rate) oraz powikłania okołozabiegowe klasyfikowane według skali Clavien-Dindo.

Wyniki:

W analizowanej grupie pacjentów przeprowadzono łącznie 48 procedur zabiegowych. Rozkład zastosowanych metod przedstawiał się następująco: ureterorenoskopia sztywna (URS) - 10 przypadków (21%), wsteczna ureterorenoskopia giętą (RIRS) - 7 przypadków (15%), przezskórną nefrolitotomię (PCNL) - 3 przypadki (7%), pozaustrojowa litotrypsja (ESWL) - 1 przypadek (2,0%), oraz inne procedury chirurgiczne - 26 przypadki (55%) (operacja otwarta, laparoscopia, cystoscopia, cystoscopia wspomagana laparoskopowo). Ogólny odsetek pacjentów całkowicie wolnych od kamieni (stone-free rate) wyniósł około 85%. Skuteczność poszczególnych metod kształtowała się następująco: PCNL osiągnęło stone-free rate na poziomie 100%, RIRS 80%, URS 90%.

Powikłania występowały rzadko i były głównie niewielkiego stopnia (Clavien I-II), obejmując przejściową gorączkę (10% przypadków), zakażenia układu moczowego (5%) oraz krótkotrwały krwiomocz (25%). Nie odnotowano poważnych komplikacji zagrażających życiu (brak powikłań $\geq$ III stopnia według Clavien-Dindo). Średni czas hospitalizacji wynosił 3 dni dla procedur endoskopowych i 4 dni dla PCNL.

Wnioski:

Małoinwazyjne metody leczenia kamicy układu moczowego (ESWL, URS, RIRS, PCNL) są skuteczne i bezpieczne u dzieci, zapewniając wysokie odsetki wyleczenia przy niskim ryzyku powikłań. Optymalne wyniki osiągane są przy indywidualnym doborze metody w zależności od wielkości, lokalizacji kamienia oraz czynników związanych z pacjentem.

22. Tytuł: Endoskopowa kalibracja balonowa stenotycznych moczowodów olbrzymich

Autorzy: J. Noskiewicz^{1,2}, M. Frankowicz², J. Czyż¹, K. Standio-Pomorska¹

Afiliacja: 1Klinika Chirurgii Dziecięcej, Urologii Dziecięcej i Pediatrii DSK UCK WUM w Warszawie 2Klinika Chirurgii, Traumatologii i Urologii Dziecięcej UM w Poznaniu

WPROWADZENIE:

Stenoza połączenia pęcherzowo-moczowodowego jest jedną z przyczyn poszerzenia górnych dróg moczowych, odpowiadając za powstawanie moczowodów olbrzymich i wodonercza. Większość chorych wymaga wyłącznie aktywnej obserwacji, biorąc pod uwagę wskaźnik remisji wynoszący 85,0%. Pozostałe dzieci z objawowym, stenotycznym moczowodem olbrzymim kwalifikowane są do leczenia zabiegowego. Celem pracy jest ocena endoskopowej kalibracji balonowej jako metody terapeutycznej stosowanej w przypadku stenotycznych moczowodów olbrzymich.

MATERIAŁ I METODY:

Analizie poddano wyniki leczenia dzieci, którym wykonano balonową kalibrację stenotycznych moczowodów olbrzymich. Do zabiegu kwalifikowani byli chorzy pediatryczni z utrzymującym się lub narastającym poszerzeniem moczowodu oraz współistnieniem nawracających zakażeń układu moczowego, dolegliwości kolkowych, bądź spadku funkcji nerki. Procedurę przeprowadzono według jednakowego, ściśle określonego schematu w dwóch ośrodkach klinicznych, kalibrując w ten sposób 11 moczowodów wśród pacjentów w wieku od 7 miesięcy do 16 lat. Otrzymane dane analizowano przy użyciu metod i narzędzi statystyki opisowej.

WYNIKI:

W analizowanej grupie dominowali chłopcy, a stenoza połączenia pęcherzowo-moczowodowego częściej występowała po stronie lewej. Wykonanie kalibracji balonowej pozwoliło istotnie statystycznie zmniejszyć średnicę moczowodu ($p=0,0252$) oraz wymiar AP miedniczki nerki ($p=0,0078$), uzyskując redukcję średnicy moczowodu średnio o 6,6mm (średnie wymiary przed i po: 17,1mm vs. 10,6mm) oraz wymiaru AP miedniczki średnio o 12,1mm. Postępowanie to w istotny sposób długofalowo redukowało ryzyko występowania zakażeń układu moczowego ($p=0,0022$). Zapobiegło też występowaniu nawrotów dolegliwości kolkowych u wszystkich 3 chorych, którzy zostali z tego powodu zakwalifikowani do zabiegu. Nie odnotowano natomiast wpływu wieku dziecka na skuteczność ocenianej procedury ($p>0,1400$).

W żadnym z wykonywanych zabiegów nie odnotowano powikłań śródoperacyjnych. W przypadku kalibracji skrajnie zwężonych połączeń pęcherzowo-moczowodowych utrzymywano czasowe stentowanie moczowodu cewnikiem DJ, co nie wpływało jednak na uzyskanie lepszych wyników końcowych leczenia ($p=0,1221$). Wiązało się natomiast z istotnie większym ryzykiem wystąpienia zakażenia układu moczowego ($p=0,0061$).

WNIOSKI:

1. Endoskopowa kalibracja balonowa stenotycznych moczowodów olbrzymich może stanowić

alternatywę dla zabiegu przeszczepienia moczowodu do pęcherza.

2. Pozostawienie cewnika DJ w moczowodzie po kalibracji balonowej jego ujścia pęcherzowego nie wiąże się z dodatkowymi korzyściami terapeutycznymi, może natomiast prowadzić do zakażenia układu moczowego.

3. Efektywność kalibracji balonowej stenotycznych moczowodów olbrzymich wymaga dalszych badań z udziałem większej grupy pacjentów.

23. Tytuł: Ryzyko powikłań po resekcjach oszczędzających nerkę w przypadku guzów nerek

Autorzy: J. Godzinski 1,2, J. Fuchs 3, M. Pachl 4, S. Irtan5, C.P. (Kees) van de Ven 6 ; A. Loh 7, M. L Apezzato 8, G. Vujanic9, M. Rapala1, H. van Tinteren 6, B. Kazanowska 10, M. van den Heuvel-Eibrink 6, N. Graf 11

Afiliacja: 1, Oddział Chirurgii Dziecięcej, Szpital im. T. Marciniaka, Wrocław, Poland. 2. Zakład Traumatologii i Medycyny Ratunkowej Wieków Rozwojowego, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Polska 3. University of Tuebingen | ECU Tübingen · Department of Paediatric Surgery and Pediatric Urology, Germany 4. Birmingham Women's and Children's NHS Foundation Trust, United Kingdom 5. University of Paris, Hopital Armand Trousseau, France 6. Prinses Maxima Centrum, Utrecht, The Netherlands 7. KK Women's and Children's Hospital, Singapore (KKH) 8. Cirurgia Pediatrica – A.C. Camargo Cancer Center, Sao Paulo, Brasil 9. Department of Pathology, Sidra Medicine and Weill Cornell Medicine - Qatar, Doha, Qatar 10. Clinical Dept. of Paediatric Bone Marrow Transplantation, Oncology and Haematology, Medical University, Wrocław, Poland 11. Dept. of Paediatric Oncology and Haematology, University of Saarland, Homburg, Germany

Wprowadzenie:

Resekcja nerki oszczędzająca (NSS) guzów nerek u dzieci (RT) jest kluczowa u pacjentów (pt) z obustronnymi RT, aby uniknąć dializowania i przeszczepu nerki. Pacjenci z jednostronnym RT, jeśli są odpowiednio dobrani do NSS, znacznie poprawiają swoją jakość życia jako potencjalni długoterminowi przeżywający bez pogorszenia wyniku onkologicznego. Ryzyko powikłań chirurgicznych może znacząco wpływać na decyzje terapeutyczne, zatem ocena częstości powikłań związanych z NSS i ich potencjalny wpływ na dalsze wyniki leczenia u pacjentów z obustronnym i jednostronnym RT ma istotne znaczenie.

Metody:

Spośród 7738 pacjentów zarejestrowanych w wieloośrodkowym, międzynarodowym badaniu SIOP2001, 4285 miało jednostronny guz zlokalizowany, 829 – jednostronny guz z przerzutami, 203 obustronne guzy bez przerzutów, a 43 miało guz obustronny i przerzuty. Wiek pacjentów mieścił się w grupie przedszkolnej, a rozkład płci był niemal równy. Histopatologia o pośrednim ryzyku była najczęstsza we wszystkich w.w. grupach, jednak wariant o wysokim ryzyku był spotykany częściej w przypadku obustronnego zlokalizowanego RT (17% tych przypadków), a wariant o niskim ryzyku - w przypadkach RT obustronnych z przerzutami (13%).. Wyniki: w przypadku jednostronnych RT +/- przerzutów odległych u 2,4% przeprowadzono NSS, w przypadku obustronnych RT bez przerzutów u 20% wykonano obustronnie NSS, a

11-13 WRZEŚNIA 2025 | LUBLIN

u kolejnych 25% NSS po jednej stronie i całkowitą nefrektomię (TN) po drugiej. Wśród pacjentów z obustronnym guzem i przerzutami – 7,7% przeszło obustronne NSS, a 35% NSS i TN po przeciwnej stronie. Powikłania odniesiono do doszczętności chirurgicznej jako kluczowego czynnika rokowania: po NSS doszczętnym mikroskopowo powikłania wystąpiły w 4,3% w porównaniu do 14% w przypadku niedoszczętnego NSS. Notowane jako powikłania były: pęknięcia guzów, krwawienie, niedrożność jelit i tak zwane „inne”.

Wnioski:

W przypadku oczywistej szansy na doszczętną NSS, nie należy obawiać się powikłań ani u pacjentów z guzem jednostronnym ani obustronnym z uwagi na ich znikome ryzyko.

24. Tytuł: Czy pacjenci leczeni onkologicznie w dzieciństwie mają szanse na rozród w wieku dorosłym – ocena androloga

Autorzy: J. K. Wolski, G. Kapuściński, K. Kozioł, D. Starczewski, B. Biarda, M. Kołacz, K. Gawron, K. Korczyńska, R. Wyban, A. Strzałkowska, B. Sierakowski, J. Judyck, A. Sobczyńska-Tomaszewska, J. Ostrowska, P. Lewandowski

Wstęp:

Choroby nowotworowe oraz terapie onkologiczne (chirurgia, chemioterapia, radioterapia) w znaczący sposób degradują osobniczą płodność. Skuteczność wyleczenia onkologicznych chorych pediatrycznych zwiększają się wraz z postępem medycyny. Szansą na zachowanie płodności są procedury zabezpieczenia komórek generatywnych. U pacjentów z zaawansowanym pokwitaniem możliwa jest krioprezervacja nasienia (plemniki) lub pozyskanie tkanki jądra drogą biopsji, u pacjentek pobranie oocytów lub fragmentów jajnika. U dzieci przedpokwitaniowych pobranie niedojrzałej tkanki gonadalnej stwarza możliwość wystymulowania spermatogenezy lub oogenezy w przyszłości do procedur wspomaganego rozrodu. Problem pojawia się u dorosłych mężczyzn z azoospermią lub aspermią, deklarujących potrzeby prokreacyjne, którzy byli poddani terapiom onkologicznym w dzieciństwie bez zabezpieczenia płodności. W takiej sytuacji weryfikacja potencjału osobniczej płodności pod kątem możliwości włączenia do rozrodu jest możliwa jedynie przy pomocy biopsji jąder.

Materiał i metody:

W analizowanym okresie 2018 -2025 wykonano 882 biopsji jąder u pacjentów z azoospermią: u 428 wykonano biopsję z użyciem mikroskopu operacyjnego - micro-TESE (microdissection testicular sperm extraction) , u 454 wykonano gruboigłową biopsję przezskórną – TESA (testicular sperm aspiration). Z grupy tej wyselekcjonowano 51/882 (5,78%) pacjentów po leczeniu onkologicznym, w tym 26/882 (2,94%) leczonych z powodu choroby nowotworowej jako dzieci w ośrodkach onkologii pediatrycznej. Wiek w chwili zachorowania od 3 miesięcy do 19 lat. Rozpoznanie onkologiczne: chłoniak (7), ziarnica (5), białaczka (2), Burkitt limphoma (1), astrocytoma (1), ependynoma (1), mesenchynoma (2), liposarcoma (1), fibrosarcoma (1), osteosarcoma (1), RMS (1), neuroblastoma (1), nonseminoma testis (1), GCNIS (1).

Każdy pacjent przed biopsją jąder przeszedł szczegółową diagnostykę wg wytycznych Europejskiego Towarzystwa Urologicznego, obejmującą badania obrazowe, profil hormonalny i genetyczny (kariotyp, mutacje w genie CFTR, delecje regiony AZF chromosomu Y). Biopsje jąder wykonywano w znieczuleniu ogólnym - TESA jako procedura ambulatoryjna, m-TESE jako chirurgia jednego dnia. U 17/26 wykonano m-TESE, co stanowi 3,97% wszystkich m-TESE; 9/26 poddano biopsji gruboigłowej – 1,98% wszystkich TESA. Wycinki z jąder poddawano krioprotekcji w temperaturze ciekłego azotu, drugą część przesyłano do badania histopatologicznego. Stosowano profilaktykę antybiotykową cefalosporyna II generacji – TESA dawka okołopoeracyjna, m-TESE przez 5 dni.

Wyniki:

Plemniki stwierdzono u 6/17 mTESE (35,3%) – białaczka (2), ziarnica (1), liposarcoma (1), nonseminoma testis(1), GCNIS(1) oraz u 4/9 TESA (44,5%) – chłoniak (2), ependymoma (1), RMS (1). Nie stwierdzono powikłań związanych ze znieczuleniem lub rękoczynem urologicznym.

Wnioski:

Weryfikacja potencjału osobniczej płodności pod kątem możliwości włączenia do rozrodu przy zastosowaniu biopsji jąder TESA lub m-TESE daje szansę dorosłym z potrzebami prokreacyjnymi, którzy byli poddani terapiom onkologicznym w dzieciństwie bez zabezpieczenia płodności, na włączenie do rozrodu. Z drugiej strony, przed rozpoczęciem terapii onkologicznej u dzieci należy zawsze pamiętać o protekcji płodności na przyszłość niezależnie od grupy wiekowej.

25. Tytuł: Pieloplastyki u dzieci z użyciem systemu robotycznego Versius. Porównanie bezpieczeństwa, skuteczności i wyników z klasyczną laparoskopią

Autorzy: D. Sosińska, A. Gołębiowski, M. Szyduczyński, M. Łosin, M. Murawski, S. Anzelewicz, P. Czaudern
Abstrakt

Wprowadzenie:

Plastyka połączenia miedniczkowo-moczowodowego (pieloplastyka) jest uznawana za standard leczenia wodonercza u dzieci. Wraz z rosnącym zastosowaniem technik małoinwazyjnych, laparoskopowa pieloplastyka (LP) oraz robotycznie wspomagana laparoskopowa pieloplastyka (RWLP) stały się powszechnie akceptowanymi metodami leczenia. Dotychczas większość publikacji dotyczyła procedur z użyciem systemu da Vinci. Nową platformą robotyczną, która po raz pierwszy w Europie została użyta do leczenia wodonercza u dzieci jest system Versius (CMR Surgical, Cambridge, Wielka Brytania).

Cel:

Prezentacja wstępnej oceny zastosowania platformy Versius w zabiegach urologicznych u dzieci. Ocena bezpieczeństwa, skuteczności oraz porównanie wyników klinicznych laparoskopowej i robotycznie wspomaganej (Versius) plastyki połączenia miedniczkowo- moczowodowego u dzieci.

11-13 WRZEŚNIA 2025 | LUBLIN

Metody:

Badanie retrospektywne objęło 26 dzieci, u których wykonano zabieg pieloplastyki w latach 2021–2024. U piętnastu pacjentów wykonano LP, a u pozostałych jedenastu RALP z użyciem systemu Versius. Poddano analizie cechy demograficzne, obrazowanie przedoperacyjne, parametry śródoperacyjne oraz wyniki operacyjne w obu grupach.

Wyniki:

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między grupami w zakresie wyników pooperacyjnych, takich jak długość hospitalizacji, zapotrzebowanie na leki przeciwbólowe oraz czas powrotu do codziennej aktywności. Średni czas operacji stanowił 182,64 minuty dla RALP (wraz z czasem dokowania) i 122,36 minuty dla LP. Grupa robotyczna wykazała porównywalne lub lepsze wyniki kliniczne, w tym niższy odsetek powikłań oraz większą redukcję wielkości miedniczki nerkowej, pomimo wczesnej fazy krzywej uczenia.

Wnioski:

Jest to pierwsze badanie porównujące LP i RALP z użyciem platformy robotycznej Versius w populacji pediatrycznej. Wyniki sugerują, że system Versius stanowi bezpieczną i skuteczną alternatywę dla klasycznej laparoskopii, oferując potencjalne korzyści w zakresie precyzji chirurgicznej i rekonwalescencji pacjenta. Niemniej jednak, konieczne są dalsze badania z udziałem większych grup pacjentów oraz długoterminowa obserwacja w celu potwierdzenia tych wyników i pełnej oceny zalet chirurgii robotycznej, szczególnie u młodszych dzieci.

26. Tytuł: Rola leczenia operacyjnego w rozległych anomaliach naczyniowych kończyn u dzieci

Autorzy: D. Wyrzykowski, B. Chrzanowska, D. Kościuszko, K. Lewicki

Wprowadzenie:

Wprawdzie większość wrodzonych anomali naczyniowych dotyczy głowy i szyi, niemniej spory odsetek z nich (36%) występuje w obrębie kończyn. Lokalizacja kończynowa w wielu przypadkach prowadzi do zaburzenia istotnych czynności, jak poruszanie się czy funkcje manualne. Z tego powodu zmiany te często wymagają leczenia w celu ratowania lub przywrócenia funkcji. Rozległość niektórych zmian o lokalizacji kończynowej, ich lokalizacja w bezpośrednim sąsiedztwie ważnych struktur anatomicznych, oraz zjawiska współistniejące, jak np. przerost tkanek lub powodowane dolegliwości bólowe, stanowią dodatkowe wyzwanie w procesie leczenia. Wybór właściwej metody leczenia, lub najlepszej sekwencji metod, jest kluczem do uzyskania optymalnego wyniku. Leczenie operacyjne w wielu przypadkach jest podstawową metodą terapeutyczną.

Cele pracy:

Przedstawienie możliwości stosowania leczenia operacyjnego we wrodzonych anomaliach naczyniowych kończyn.

11-13 WRZEŚNIA 2025 | LUBLIN

Materiały i metody:

W ciągu ostatnich 5 lat w oddziale wykonano 155 zabiegów u pacjentów z wrodzonymi anomaliami naczyniowymi kończyn, co stanowiło około 28% wszystkich zabiegów z zakresu chirurgii plastycznej. Najczęściej były to śródmięśniowe, segmentarne malformacje żyłne (35-50 %), malformacje limfatyczne i rozmaite podtypy malformacji mieszanych, czy guzów z komponentą naczyniową. Z opracowania wykluczono zabiegi dotyczące powierzchownego układu żylnego, jak flebektomie i EVLA, które zostały poddane osobnej analizie. Pacjenci byli kwalifikowani do leczenia operacyjnego najczęściej z powodu dolegliwości bólowych, ale również z powodu istotnej deformacji czy innych objawów miejscowych, takich jak sączenie, krwawienie czy nawracające stany zapalne. Zabiegi były wykonywane w znieczuleniu ogólnym oraz niedokrzwieniu i polegały na całkowitym lub częściowym wycięciu zmiany z zachowaniem pełnej funkcji kończyny. W pojedynczych przypadkach skorzystano z opcji śródoperacyjnego monitorowania nerwów obwodowych.

Wyniki:

Wszystkie zabiegi prowadziły do istotnej redukcji objętości zmiany, przyczyniając się jednocześnie do ustąpienia dolegliwości. W części przypadków ustąpienie dolegliwości było czasowe; najczęściej dotyczyło to pacjentów z rozległymi malformacjami kwalifikowanych do kolejnych etapów chirurgicznych lub innego leczenia uzupełniającego. W związku z rosnącą liczbą pacjentów podlegających terapii systemowej (Rapamycyna, Propranolol), zabiegi odbywały się bez przerywania leczenia farmakologicznego, co nie wiązało się z istotnie większą liczbą powikłań. Powikłania dotyczyły najczęściej gojenia powłok u pacjentów po resekcjach zmian obejmujących również skórę, wymagających zastosowania płatów lokalnych czy innych złożonych technik chirurgii plastycznej.

Wnioski:

Wrodzone anomalie naczyniowe w kończynach są często przyczyną dyskomfortu np. dolegliwości bólowych.

Pojawienie się dolegliwości jest najczęstszym powodem poszukiwania pomocy u specjalisty.

Wybór metody leczenia zależy od wielkości i lokalizacji zmiany, ale również od możliwości i doświadczenia specjalisty i ośrodka.

Wycięcie chirurgiczne anomalii naczyniowej z kończyny daje często możliwość radykalnej poprawy funkcji kończyny i komfortu pacjenta.

27. Tytuł: Wrodzone opadanie powiek górnych – wyzwania leczenia chirurgicznego

Autorka: A. Chrapusta

Afiliacja: Małopolskie Centrum Oparzeniowo-Plastyczne, Szpital im. L. Rydygiera w Krakowie, „Chirurgia Plastyczna Anna Chrapusta”

WSTĘP:

Problem opadania powieki górnej dotyczy pacjentów od urodzenia do późnej starości. Pod pojęciem ptozy powiek górnych mieści się wiele stanów wymagających rozmaitych metod leczenia zależnych od przyczyny. Opadanie powieki może być wadą izolowaną i dotyczyć niewydolności mięśnia dźwigacza powieki górnej, ale może też być składową zespołu BPES, któremu towarzyszy zwężenie szpary powiekowej i obecność fałdów nakątnych. Może być również wynikiem nieprawidłowego połączenia gałęzi nerwu trójdzielnego z powieką górną, skutkującego zespołem Marcusa-Gunna, objawiającego się podnoszeniem wyjściowo opadającej powieki podczas procesu ssania lub żucia.

MATERIAŁ I METODY:

Materiał kliniczny bazuje na analizie metod leczenia około 200 pacjentów operowanych w latach 2019-2023 z różną genezą opadania powieki górnej. Do opracowania części pediatrycznej z całościowego materiału wybrano 63 dzieci, u których przeprowadzono operacje z podwieszeniem na paskach powięzi lub jednoczasową korektą fałdów nakątnych lub ze skróceniem mięśnia dźwigacza. Metody leczenia zostały dostosowane do wyjściowej przyczyny i poddane analizie skuteczności uzyskanego wyniku.

CEL: Celem pracy jest przedstawienie propozycji leczenia i ich wyników z podziałem na operacje czynnościowe i statyczne.

DYSKUSJA

W celu uzyskania optymalnego wyniku leczenia wrodzonego opadania powiek u dzieci należy przeprowadzić wnikliwą kwalifikację. Przy dużego stopnia niewydolności mięśnia dźwigacza nie można uzyskać zadowalającego wyniku operacji na drodze skrócenia mięśnia dźwigacza. Podręcznikowe dane dotyczące liczby milimetrów skrócenia mięśnia dźwigacza według ograniczenia otwarcia powieki musi być odniesiona odpowiednio do wieku dziecka. Operacja podwieszenia powieki górnej na paskach powięzi może przynieść bardzo dobre wyniki, ale wiąże się z innymi następstwami, do których rodzice dziecka muszą być przygotowani przed podjęciem decyzji o operacji.

WYNIKI I WNIOSKI:

Kluczem do uzyskania optymalnego wyniku jest prawidłowe badanie dziecka konieczne do optymalnej kwalifikacji do metody leczenia chirurgicznego

28. Tytuł: Protokół ERAS zmienia praktykę: zamknięcie stomii u dzieci – wyniki badania wieloośrodkowego

Autorzy: M. Pasierbek, A. Modrzyk, K. Rasiewicz, M. Bukowska, A. Ogorzałek, J. Szymczak, J. Godlewska, K. Tokarska, A. Piotrowska Gall, L. Władyszewski, S. Anzelewicz, D. Kościuszko, D. Patkowski, J. Machowski, W. Górecki, P. Wolak, A. Gołębiowski, M. Zielińska, W. Korlacki

Cel:

Ocena wyników zastosowania zmodyfikowanego własnego protokołu ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) u dzieci poddawanych zabiegowi planowego zamknięcia stomii jelitowej w 6 ośrodkach referencyjnych w Polsce.

Metody:

W latach 2022–2025 przeprowadzono prospektywne badanie kohortowe w sześciu polskich ośrodkach chirurgii dziecięcej. Do badania włączono dzieci poniżej 18. roku życia, u których wykonano planowe zamknięcie stomii jelitowej. Kryteriami wykluczenia były hospitalizacja poza oddziałem chirurgii dziecięcej oraz całkowite żywienie pozajelitowe przed zabiegiem. Zastosowano zmodyfikowany protokół ERAS obejmujący 22 elementy. W sumie do badania włączono 206 pacjentów (60,68% chłopców, 39,32% dziewczynek) w wieku od 2 miesięcy do 17 lat i 11 miesięcy. Spośród nich 103 pacjentów leczono zgodnie z protokołem ERAS (grupa ERAS). Grupa kontrolna (pre-ERAS), również licząca 103 pacjentów, została dobrana metodą 1:1 z zastosowaniem dopasowania na podstawie wyników propensity score matching.

Wyniki:

W grupie ERAS głodzenie przedoperacyjne wykluczono u 96,12% pacjentów, w porównaniu do 24,27% w grupie pre-ERAS. Zasada „zero fluid balance”, wcześniej stosowana u 6,8% pacjentów, została wdrożona u 87,38% pacjentów z grupy ERAS. Wdrażanie żywienia pozajelitowego po operacji spadło z 74,51% w grupie pre-ERAS do 27,18% w grupie ERAS. Pełną tolerancję karmienia doustnego osiągnęto w 2 dobie pooperacyjnej w grupie ERAS a w 5 dobie w grupie pre-ERAS (mediana). Pierwsze oddanie stolca nastąpiło odpowiednio w 2 vs 3 dobie pooperacyjnej (mediana). Mediana czasu hospitalizacji uległa skróceniu z 10 dni (pre-ERAS) do 7 dni (ERAS). Analogicznie pozabiegowa doba wypisu do domu została skrócona z 7 do 5 doby pooperacyjnej (mediana).

Wnioski:

Wdrożenie protokołu ERAS w chirurgii zamknięcia stomii jelitowej u dzieci jest zarówno wykonalne, jak i bezpieczne. Zastosowanie protokołu przyczyniło się do wyraźnych korzyści klinicznych, takich jak szybszy powrót czynności jelit, rzadsze wdrażanie żywienia pozajelitowego oraz skrócenie czasu hospitalizacji.

29. Tytuł: Wewnątrznacyniowa laserowa ablacja (EVLA) jako metoda w leczeniu nieprawidłowych naczyń żylnych, w tym przetrwałych żył płodowych, w anomaliach naczyniowych kończyn dolnych

Autorzy: D. Kościuszko, D. Wyrzykowski, B. Chrzanowska, K. Lewicki

Wprowadzenie:

Wewnątrznacyniowa laserowa ablacja (EVLA- Endovenous Laser Ablation) polega na zamknięciu niewydolnego pnia żylnego za pomocą radialnego włókna laserowego wprowadzanego do światła naczynia. Zabiegi te z powodzeniem są wykonywane u osób dorosłych celem leczenia żylaków kończyn dolnych. U dzieci metoda ta jest stosowana od niedawna, jednak wstępne wyniki są obiecujące.

Cele pracy:

Przedstawienie leczenia EVLA jako metody leczenia nieprawidłowych żył kończyn dolnych u dzieci (również przetrwałych żył płodowych) w różnych anomaliach naczyniowych.

Materiały i metody:

Pacjenci byli kwalifikowani do zabiegu na podstawie badania USG z opisem niewydolności żył kończyn dolnych. Zabiegi były wykonywane w znieczuleniu ogólnym, w warunkach Pododdziału Laseroterapii. Światłowód wprowadzano metodą Seldingera i po ostrzyknięciu tumescencyjnym wykonywano laseroterapię wewnątrznacyniową pod kontrolą USG. W okresie od 09.2021 do 06.2025 wykonano 16 zabiegów EVLA u pacjentów pediatrycznych w wieku od 3 do 17 lat. Zamknięto 8 żył odpiszczelowych, 9 żył brzożnych bocznych oraz 2 inne nieprawidłowe naczynia żyłne kończyn dolnych. W 10 przypadkach jednocześnie wykonano uzupełniającą skleroterapię, a w 3 przypadkach dodatkową laseroterapię przezskórną.

Wyniki:

Po wszystkich zabiegach uzyskano całkowite zamknięcie nieprawidłowych naczyń żylnych potwierdzone w kontrolnych badaniach USG. W 4 przypadkach nastąpiło całkowite wycofanie się zmian opisywanych wcześniej w badaniach USG. U wszystkich pacjentów zamknięcie żył brzożnych bocznych powodowało poprawę odpływu żylnego z kończyny: zmniejszenie dolegliwości bólowych i obrzęku kończyny, poprawą wydolności naczyni widoczną w badaniu USG. U 2 pacjentów wystąpiły przebarwienia na kończynie.

Wnioski:

Nieleczone niewydolne naczynia żyłne kończyn dolnych prowadzą do stopniowego pogarszania krążenia żylnego, powodując dolegliwości bólowe, zwiększone ryzyko zakrzepicy, czy wystąpienia incydentów zakrzepowo – zatorowych.

EVLA może być z powodzeniem stosowana jako metoda zamykania nieprawidłowych żył kończyn dolnych, w tym również przetrwałych żył płodowych.

Technika EVLA daje bardzo dobre wyniki kliniczne, stanowiąc jednocześnie małoinwazyjną alternatywę dla klasycznej flebektomii.

11-13 WRZEŚNIA 2025 | LUBLIN

Potrzeba więcej badań celem dokładnego określenia skuteczności i bezpieczeństwa stosowania tej metody w populacji pediatrycznej.

Słowa kluczowe: EVLA, żyła brzeżna boczna, przetrwałe żyły płodowe, żylaki kończyn dolnych, dzieci, anomalie naczyniowe

30. Tytuł: Wykorzystanie blaszki wewnętrznej napletka w trudnych przypadkach prącia pogrążonego

Autor: J. Cyż

Afiliacja: Klinika Chirurgii Dziecięcej, Urologii Dziecięcej i Pediatrii, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawskie Centrum Opieki Medycznej „Kopernik”

Wprowadzenie:

Prącie pogrążone jest wadą skóry i tkanki podskórnej prącia charakteryzującą nieprawidłowym wykształceniem się skóry i powięzi powierzchownej prącia w wyniku czego jego trzon w całości lub częściowo ukryty jest w tkance tłuszczowej podbrzusza. Wada posiada różną manifestację kliniczną w zależności od stopnia pogrążenia trzonu i rozwoju skóry prącia. W niektórych przypadkach stopień niedorozwoju skóry jest tak duży, że nie wystarcza jej do pokrycia wyłoniętego trzonu prącia. W tym celu można wykorzystać blaszkę wewnętrzną napletka, która tych postaciach zwykle jest nadmiernie rozwinięta.

Cel:

Przedstawienie techniki operacji prącia pogrążonego ze znacznym niedorozwojem skóry, zapewniającej właściwe wyłonienie trzonu prącia i właściwy wygląd.

Materiał i metody:

Technika operacji polega na użyciu blaszki wewnętrznej napletka do odtworzenia skóry trzonu prącia. Zabieg rozpoczyna się przez wykonanie okrężnego cięcia na granicy blaszki wewnętrznej i zewnętrznej napletka. Następnie po uwolnieniu i wyłonieniu trzonu prącia z tkanki tłuszczowej podbrzusza i wycięciu nadmiaru powięzi powierzchownej prącia z blaszki wewnętrznej napletka formuje się cylindryczny „rękaw”, który przyszywa się do skóry podbrzusza formując jednocześnie kąt prąciowo-łonowy i prąciowo-mosznowy. Tam gdzie jest to potrzebne wykonuje się repozycję dogłową trzonu prącia. W latach 2020-2024 zabieg taki wykonano u 12 pacjentów z przynajmniej jednoroczną obserwacją pooperacyjną.

Wyniki:

We wszystkich 14 przypadkach uzyskano prawidłowe, trwałe wyłonienie prącia. U 4 pacjentów problemem okazał się przewlekły obrzęk prącia i wynikające z niego trwałe rozciągnięcie pokrywającej go skóry. W tych przypadkach konieczne było wykonanie redukcji nadmiaru skóry w celu uzyskania właściwego, cylindrycznego kształtu prącia. Doświadczenia te spowodowały modyfikacje w technice operacyjnej

polegające na bardziej radykalnym wycinaniu powięzi powierzchownej i ciasnym dopasowaniu rękawa skórniego.

Wnioski:

Wykorzystanie blaszki wewnętrznej w operacjach rekonstrukcyjnych prącia pogrążonego umożliwia trwałe wyłonienie trzonu prącia i nadanie mu odpowiedniego walcowatego kształtu. Technika ta jest szczególnie polecana w postaciach prącia pogrążonego z towarzyszącym niedorozwojem skóry prącia.

31. Tytuł: Brzuszne naczyniowe zespoły uciskowe u dzieci

Autorzy: W. Lotkowska, P. Czauderna, A. Gołębiewski, M. Łosin, Ł. Znaniecki

Afiliacja: Klinika Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży UCK w Gdańsku

Wprowadzenie:

Brzuszne naczyniowe zespoły uciskowe poddawane analizie w poniższej pracy – zespół ucisku pnia trzewnego oraz zespół ucisku tętnicy kręzkowej górnej – przy swoim z założenia jednoznacznym, mechanicznym punkcie wyjścia, mogą prowokować istotne niejasności i wątpliwości na ścieżce diagnostyczno-terapeutycznej, szczególnie w populacji pacjentów w wieku nastoletnim – zarówno na etapie kwalifikacji, chirurgii jak i oceny efektywności leczenia operacyjnego.

Cel:

Na podstawie przedstawionych przypadków przedstawimy każdy z etapów leczenia na medycznej osi czasu i rozważymy jak przeprowadzić przez nie pacjenta najlepiej i najefektywniej, zarówno z punktu widzenia chirurga jak i osoby chorej.

Materiały i Metody:

Analiza przypadków dwóch pacjentek po zakończonym leczeniu chirurgicznym oraz kolejnych dwóch, pozostających na etapie diagnostyki i kwalifikacji.

Wnioski:

Z uwagi na mnogość objawów oraz masek klinicznych jakie mogą prezentować pacjenci z ww. jednostkami chorobowymi proces ich leczenia oraz ocena jego efektów ma bardzo dużą komponentę subiektywną. Decyzja o kwalifikacji do zabiegu operacyjnego powinna być poparta nie tylko badaniami stricte lekarskimi, ale również oceną psychologa. Przy założeniu jasnym założeniu i niepowikłanym przebiegu procedury chirurgicznej wciąż okresowo obserwujemy objawy upośledzające codzienne funkcjonowanie przedstawionych pacjentek, przy braku istotnych klinicznie odchyłań w przeprowadzonych badaniach kontrolnych.

Brzuszne naczyniowe zespoły uciskowe u dzieci z punktu widzenia chirurga stanowią wyzwanie na każdym etapie procesu diagnostyczno-terapeutycznego, przy czym, biorąc pod uwagę dostępność do zabiegowych

procedur małoinwazyjnych, największym z nich może być paradoksalnie nie sam etap zabiegu operacyjnego, a obiektywna ocena efektów chirurgicznego działania.

32. Tytuł: Guzy piersi u dziewczynek – rozpoznanie kobiet, leczenie dzieci

Autorzy: B. Kowal, P. Sosnowska-Sienkiewicz, S. Moryciński, P. Mańkowski

Wstęp:

Guzy piersi stają się powszechnym problemem nie tylko u dorosłych kobiet ale także u dziewczynek. Częstość występowania zmian w piersiach populacji pediatrycznej wynosi od 0,1 do 3,25%, jednak literatura na ten temat jest ograniczona. Gruczolakowłókniaki (fibroadenomas) są najczęstszymi zmianami piersi i stanowią około 95% wszystkich przypadków. Innymi zmianami są guz liściasty oraz rzadki rak piersi występujący 0,08 na 100 000 dzieci.

Praca przedstawia proces diagnostyczno-terapeutyczny pacjentki, ze szczególnym zwróceniem uwagi na odmienności w postępowaniu względem kobiet dorosłych.

Opis przypadku:

Pacjentka 17,5-letnia zgłosiła się do por. chirurgicznej dla dzieci z wyczuwalną zmianą guzowatą w okolicy sutka piersi lewej. Pacjentka wyczuła zmianę około tydzień wcześniej, podczas samobadania piersi. W badaniu przedmiotowym zmiana twarda, niebolesna w sutku lewym dolny boczny kwadrant wielkości ok 1.5 cm, bez wycieku z brodawki. Nie stwierdzono powiększenia węzłów chłonnych pachowych po obu stronach. Innych dolegliwości pacjentka nie zgłaszała. Wywiad rodzinny ze strony mamy dziecka: mama i babcia nowotwory macicy, jajników. Pacjentka obserwowana w poradni przez rok, w tym czasie wykonywano kontrolne badania USG - W piersi lewej w lokalizacji Lt5B2 widoczna dobrze odgraniczona, nieco niejednorodnie hipoechogenna zmiana o wym. 22 x 20 x 11 mm (dł. x szer. x gr.), z rejestrowanym niewzmożonym przepływem naczyniowym w badaniu CD i SMI. Zasugerowano duże prawdopodobieństwo FA, mniej prawdopodobny guz liściasty. Poza w/w piersi o budowie gruczołowo-tłuszczowej, bez wyróżnialnych innych zmian ogniskowych.

W obu dołach pachowych nie stwierdzono cech limfadenopatii. Badanie USG wykonywano co 4-6 miesięcy. Ze względu na powiększanie się zmiany zakwalifikowano do leczenia operacyjnego.

Wykonano radykalne usunięcie guza przekazując go do badania.

W badaniu histopatologicznym: Fibroadenoma zmiana usunięta w całości.

Pacjenta pozostaje pod opieką por. chirurgii ogólnej dla dzieci pomimo pełnoletności.

Wnioski:

Dziewczynki z rozpoznaniem zmiany guzowatej piersi wymagają opieki wielospecjalistycznej: onkologicznej, radiologicznej oraz chirurgicznej. Zabieg wskazany jest w przypadku wielkości guza >5cm, szybkiego jego powiększania lub dolegliwości bólowych pacjentki.

Regularna samokontrola, badania ultrasonograficzne zmiany oraz odpowiednia kwalifikacja pacjentów wymagających zabiegu jest postępowaniem zalecanym.

33. Tytuł: Trombektomia mechaniczna jako opcja terapeutyczna u pacjentów z pourazową zakrzepicą żył biodrowych- opis przypadku

Autorzy: D. Kościuszko, B. Baścik, D. Lubacka, K. Lewicki

Wprowadzenie:

Pourazowa zakrzepica żył kończyn dolnych u dzieci występuje rzadko. Zazwyczaj leczona jest zachowawczo, łącząc farmakologię i fizykoterapię. Trombektomia mechaniczna jest bardzo rzadko stosowana jako metoda leczenia u dzieci, jednak w odpowiednich wskazaniach powinno się ją rozważać jako opcję terapeutyczną.

Cel pracy:

Prezentacja przebiegu leczenia pacjentki z pourazową zakrzepicą żył biodrowych i udowej za pomocą trombektomii mechanicznej.

Opis przypadku:

Niespełna 16- letnia pacjentka została przekazana ze szpitala o niższej referencyjności celem dalszego leczenia obrażeń odniesionych na skutek upadku z wysokości. W wykonanym pierwotnie po urazie TK politrauma stwierdzono uszkodzenie nerki lewej stopnia IV AAST oraz zakrzepicę dystalnej części żyły głównej dolnej, żył biodrowych prawych: wspólnej wewnętrznej i zewnętrznej oraz udowej prawej. W 18. dobie przekazana do tutejszego Oddziału Chirurgii celem dalszego leczenia. W 5. Dobie po przyjęciu wykonano badanie uro- TK, w którym potwierdzono zmiany pourazowe/niedokrwiennie dolnego bieguna nerki lewej AAST IV, z obecnością krwaka podtorebkowego 10mm oraz rozległą zakrzepicę żył biodrowych i udowej prawych. Zakwalifikowana przez radiologa interwencyjnego do trombektomii mechanicznej z równoczesnym założeniem filtra do żyły głównej dolnej. Pod kontrolą flebograficzną założono filtr, a następnie ewakuowano 40ml skrzeplin różnoczasowych. Po zabiegu włączono leczenie wlewem ciągłym heparyny niefrakcjonowanej pod kontrolą APTT, następnie enoksaparyną. Uzyskano poprawę stanu ogólnego, wyrównanie obwodów kończyn. W kontrolnych badaniach USG doppler potwierdzono dobry efekt zabiegu. Pacjentka pozostaje pod dalszą kontrolą poradni urologicznej z powodu podejrzenia dysfunkcji dolnego bieguna nerki lewej.

Wyniki:

Trombektomia mechaniczna u dzieci z jednoczasowym założeniem filtra przyniosła bardzo dobry efekt terapeutyczny.

Wnioski:

W przypadku masywnej zakrzepicy naczyń żylnych należy rozważać trombektomię mechaniczną jako metodę leczenia o wysokiej skuteczności.

W celu podjęcia tego rodzaju leczenia konieczna jest ścisła współpraca zespołu chirurgicznego i radiologów interwencyjnych.

34. Tytuł: Krwiałk śródścienny dwunastnicy współistniejący z perforacją jelita cienkiego – diagnostyczne i terapeutyczne wyzwania w złożonych urazach jamy brzusznej

Autorzy: A. Bodziacka, M. Wolski, A. Jasińska

Wprowadzenie:

Tępy uraz jamy brzusznej jest jedną z głównych przyczyn zgonów związanych z urazami u dzieci. Najczęściej uszkodzeniu ulega śledziona, wątroba i nerki, rzadziej trzustka oraz jelita. Urazy dwunastnicy u dzieci występują rzadko i często sprawiają trudności diagnostyczne, zwłaszcza przy braku jednoznacznego wywiadu urazowego. W przypadkach, gdy krwiałk śródścienny dwunastnicy współistnieje z perforacją jelita, rozpoznanie oraz decyzja dotycząca dalszego leczenia mogą być dodatkowo utrudnione ze względu na niespecyficzny obraz kliniczny i radiologiczny.

Cel pracy:

Celem pracy jest opis przypadku 16-miesięcznej dziewczynki z krwiałkiem śródściennym dwunastnicy i perforacją jelita cienkiego.

Opis przypadku:

16-miesięczna dziewczynka została przyjęta do oddziału pediatrycznego z podejrzeniem zakażenia uogólnionego. Dodatkowo w wywiadzie możliwy uraz jamy brzusznej. W badaniach obrazowych wykonanych w chwili przyjęcia nie stwierdzono nieprawidłowości. Następnego dnia, z powodu narastających dolegliwości bólowych i objawów niedrożności przewodu pokarmowego, wykonano tomografię komputerową, w której pojawiło się podejrzenie perforacji dwunastnicy oraz dużego krwiałka śródściennego, który całkowicie zamykał światło jelita. Pacjentka została zakwalifikowana do operacji. Śródoperacyjnie potwierdzono perforację na granicy dwunastnicy i jelita czczego oraz rozległy krwiałk śródścienny zlokalizowany proksymalnie, powodujący całkowitą niedrożność. Perforację zaopatrzono szwami, natomiast krwiałk pozostawiono do leczenia zachowawczego. Po zabiegu dziewczynka była żywiona pozajelitowo do czasu zmniejszenia się krwiałka i przywrócenia drożności dwunastnicy. Okres okołoperacyjny przebiegł bez powikłań.

Wnioski:

W złożonych urazach jamy brzusznej diagnostyka może być utrudniona – duży krwiałk śródścienny dwunastnicy może maskować objawy perforacji i opóźniać rozpoznanie. Przypadek ten podkreśla, że leczenie zachowawcze krwiałka może być skuteczne i pozwala uniknąć rozległych resekcji jelitowych.

35. Tytuł: Hybrydowe podejście do leczenia pacjentki z licznymi, objawowymi naczyniakami jelita cienkiego

Autorzy: E.. A. Biegańska¹, M. Wolski¹, Ł. Hutnik², R. Krysiak³, A. Jasińska¹

Afiliacja: ¹ Klinika Chirurgii Dziecięcej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, ² Katedra i Klinika Onkologii, Hematologii Dziecięcej, Transplantologii Klinicznej i Pediatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, ³ Zakład Radiologii Pediatricznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Wstęp:

Optymalne leczenie pacjentów ze zmianami naczyniowymi pozostaje przedmiotem dyskusji. Trudności terapeutyczne są związane z dużą różnorodnością zmian w zakresie ich morfologii, lokalizacji, jak i objawów. Obecnie wykorzystywane terapie obejmują zarówno resekcje chirurgiczne, zabiegi radiologii interwencyjnej, jak i leczenie farmakologiczne. Przedstawiamy przypadek 5-letniej pacjentki z licznymi, opornymi na leczenie naczyniakami jelita cienkiego, u której zastosowano leczenie wielospecjalistyczne z dobrym skutkiem.

Opis przypadku:

5-letnia dziewczynka została przyjęta do Kliniki Pediatrii z powodu nawracających epizodów poważnych anemizacji wymagających licznych przetoczeń koncentratu krwinek czerwonych, które obserwowano od 2 roku życia. Z powodu pojawienia się smolistych stolców oraz zwiększenia się częstości transfuzji uzupełniających nawet co 2-3 tygodnie, u pacjentki wykonano badania endoskopowe, w tym endoskopię kapsułkową, która wykazała obecność licznych naczyniaków z cechami świeżego krwawienia na długości całego jelita cienkiego. Do leczenia włączono analogi somatostatyny, co nie przyniosło satysfakcjonujących efektów. Z powodu utrzymujących się objawów istotnego krwawienia z przewodu pokarmowego zdecydowano o zakwalifikowaniu pacjentki do hybrydowej interwencji łączącej metody chirurgiczne z zabiegami radiologii interwencyjnej. Wykonano laparoskopię zwiadowczą, w której po podaniu zieleni indocyjaninowej uwidoczniło się zmiany naczyniowe w ścianie jelita cienkiego. Jelito ewentrowano przez założony w pępku retraktor i po ewentracji uwidoczniło się widoczne również makroskopowo liczne (około 16) zmiany naczyniowe o różnej wielkości (Ilustracja 1-2). W asyście radiologów interwencyjnych zmiany ostrzyknięto pianką sklerotyzującą, uzyskując makroskopowe zamknięcie wszystkich odnalezionych malformacji (Ilustracja 3). Wczesny okres pooperacyjny był niepowikłany. Przez następne 2 miesiące po zabiegu pacjentka wykazywała stabilny poziom hemoglobiny i brak objawów krwawienia z przewodu pokarmowego. Po 2 miesiącach, w trakcie infekcji układu oddechowego, nastąpił kolejny epizod krwawienia, po którym pacjentkę zakwalifikowano do terapii sirolimusem. Po 4 miesiącach leczenia pacjentka pozostaje pod opieką kliniki onkologii i utrzymuje stabilne i poprawiające się parametry czerwone krwinkowe.

Wnioski:

Dobór odpowiedniej terapii u pacjentów z niekorzystną lokalizacją zmian naczyniowych pozostaje wyzwaniem. W przypadkach objawów istotnego krwawienia łączone metody chirurgii małoinwazyjnej oraz radiologii interwencyjnej mogą zapewnić pacjentowi szybkie ustąpienie objawów, przy zachowaniu małego zakresu zabiegu operacyjnego, co przekłada się na poprawę rokowania pacjenta



Ilustracja 1. Obraz zmian po podaniu zieleni indocyjaninowej (ICG)



Ilustracja 3. Podanie substancji sklerotyzującej do zmiany