

I OGÓLNOPOLSKA
STUDENCKA KONFERENCJA
CHIRURGII DZIECIĘCEJ

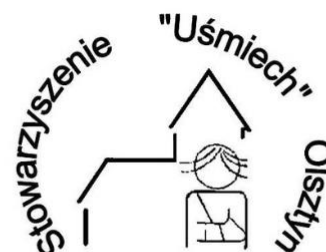
SCALPELLUM

28-29 MAJA 2022, OLSZTYN

KSIĄŻKA ABSTRAKTÓW



WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY
SZPITAL DZIECIĘCY
IM. PROF. DR STANISŁAWA PORÓWSKIEGO
W OLSZTYNIE



Szanowni Państwo,

Jest nam niezmiernie miło gościć Państwa na I Ogólnopolskiej Studenckiej Konferencji Chirurgii Dziecięcej „Scalpellum”. Współczesna edukacja medyczna wymaga świeżego podejścia i regularnej wymiany doświadczeń między studentami, młodymi lekarzami i doświadczonymi mentorami. Ta potrzeba i nasze doświadczenia skłoniły nas do zorganizowania Konferencji. Wydarzenie jest inicjatywą Studenckiego Koła Naukowego działającego przy Klinice Chirurgii i Urologii Dziecięcej z Ośrodkiem Leczenia Zmian Naczyniowych w WSSD w Olsztynie.

Dziękujemy wszystkim autorkom i autorom nadesłanych prac za zainteresowanie oraz trud włożony w przygotowanie się do Konferencji. W niniejszej książce znajdują się abstrakty w kolejności prezentowanej podczas Sesji Konkursowych. Głęboko wierzymy, że nasze przedsięwzięcie przyczyni się do wzrostu zainteresowania chirurgią dziecięcą i zachęci młodych naukowców do poszerzania wiedzy i dalszego rozwoju w tym zakresie.

Dziękujemy za przybycie!

Z poważaniem,



Koordynator Konferencji,
Opiekun SKN Chirurgii Dziecięcej w Olsztynie



Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego

KOMITET ORGANIZACYJNY

dr n. med. Michał Puliński – Koordynator Konferencji, Opiekun Studenckiego Koła Naukowego działającego przy Klinice Chirurgii i Urologii Dziecięcej z Ośrodkiem Leczenia Zmian

Naczyniowych w WSSD w Olsztynie

Natalia Hawryluk – Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego

Paulina Gisman

Marta Jutrzenka

Dominik Małek

Michał Matecki

Martyna Maziarska

Natalia Phatthana

Aleksandra Wochna

KOMITET NAUKOWY

prof. dr hab. n.med. Janusz Bohosiewicz - Konsultant Krajowy w Dziedzinie Chirurgii Dziecięcej,

prof. dr hab. n. med. Przemysław Mańkowski - Prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Dziecięcej,

dr n. med. Wojciech Choiński - Koordynator Oddziału Klinicznego Chirurgii i Urologii Dziecięcej w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym w Olsztynie

prof. dr hab. n.med. Dariusz Patkowski - Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu

prof. dr hab. n. med. Ireneusz M. Kowalski - Kierownik Katedry Rehabilitacji i Ortopedii w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym w Olsztynie

prof. dr hab. n. med. Adam Hermanowicz - Kierownik Kliniki Chirurgii Dziecięcej i Urologii w UDSK w Białymstoku

dr hab. n. med. Jadwiga Snarska, prof. UWM – Kierownik Katedry Chirurgii UWM, Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Dyrektor Szkoły Zdrowia Publicznego UWM

dr n. med. Patrycja Sosnowska-Sienkiewicz - Klinika Chirurgii, Traumatologii i Urologii Dziecięcej w Poznaniu

dr n. med. Przemysław Wołak - Kierownik Kliniki Chirurgii Dziecięcej, Urologii i Traumatologii w Kielcach; prodziekan ds. studenckich Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu UJK

lek. Tadeusz Politewicz

dr n. med. Małgorzata Stompór

dr Paweł Jastrzębski

lek. Katarzyna Szymak

lek. Marta Stega

lek. Piotr Kozera

lek. Adam Szendorowicz

lek. Maciej Fedoniuk

lek. Andrzej Wenclaw

dr n. med. Michał Szostawicki

dr n. med. Tomasz Janowicz

dr n. med. Bartosz Kotkowicz

lek. Józef Matel

lek. Michał Szymański

lek. Jakub Matuszczyk

lek. Michał Bobrowicz

HARMONOGRAM

28.05.2022 – SOBOTA

9.30 – 10.00	Rejestracja uczestników
10.00 – 10.30	Uroczyste otwarcie Konferencji oraz wykład inauguracyjny „Diagnostyka i terapia wad płodu” prof. dr. hab. n. med. Janusz Bohosiewicz
10.30 – 13.10	Sesja Konkursowa – opisy przypadków część 1
13.10 – 13.50	przerwa obiadowa
13.50 – 14.05	„Kariera medyczna w USA, czyli jak to zrobić?” lek. Marta Stega
14.05 – 14.35	Sesja Konkursowa – prace oryginalne
14.35 – 14.50	„Dynamiczny rozwój chirurgii dziecięcej, czyli dlaczego wybrać tę specjalizację” prof. dr hab. n. med. Dariusz Patkowski
14.50 – 15.10	„Zarośnięcie przełyku - torakoskopia" prof. dr hab. n. med. Dariusz Patkowski
15.10 – 15.25	przerwa kawowa
15.25 – 18.05	Sesja Konkursowa – opisy przypadków część 2
18.05 – 18.15	„Chirurgia dziecięca w Olsztynie” dr n. med. Wojciech Choiński
18.15 – 18.20	QUIZ dla wszystkich uczestników_czek
18.20 – 18.30	Zamknięcie pierwszego dnia Konferencji i przyznanie nagród
20.30	Spotkanie uczestników Konferencji - dyskusja po 1 dniu Restauracja Tafla na Przystani Kortowskiej ul. Jana Heweliusza 28

29.05.2022 – NIEDZIELA

9.30 – 10.00	Rozpoczęcie drugiego dnia Konferencji – dzień warsztatowy
10.00 – 11.00	TURA I warsztatów - szycie chirurgiczne – lek. Piotr Kozera - USG FAST – lek. Katarzyna Szymak - leczenie ran przewlekłych i odleżyn – dr n.med. Małgorzata Stompór - pierwsza pomoc w czasie wojny – dr Paweł Jastrzębski
11.00 – 11.15	przerwa
11.15 – 12.15	TURA II warsztatów - szycie chirurgiczne – lek. Piotr Kozera - wkłucia centralne pod kontrolą USG – lek. Katarzyna Szymak - leczenie ran przewlekłych i odleżyn – dr n.med. Małgorzata Stompór - pierwsza pomoc w czasie wojny – dr Paweł Jastrzębski
12.15	zakończenie drugiego dnia Konferencji

Spis treści:

Opis przypadków część 1.....	6
1. Skrajny wcześniak z poziomem etanolu we krwi 2,9 g/l i perforacją przewodu pokarmowego	6
2. Wczesne wyniki leczenia długoodcinkowej niedrożności przełyku metodą torakoskopową: opis przypadku.....	7
3. Leczenie złamań typu „ping-pong” za pomocą podciśnienia	8
4. Przypadek chłopca operowanego trzykrotnie z powodu poszerzenie układu kielichowo-miedniczkowego	9
5. Nietypowe znalezisko w uwiecznionej przepuklinie pachwinowej u noworodka.	10
6. Leczenie chirurgiczne wrodzonych przepuklin mózgowych - opis dwóch przypadków	11
7. Torbiel duplikacyjna odbytnicy u 3 miesięcznej pacjentki.....	12
8. Zastosowanie laparoskopii w leczeniu neuroblastoma - opis przypadku 4,5-miesięcznego chłopca	13
9. Niebezpieczeństwo wynikające z obecności baterii w przełyku.	14
10. Połknięcie wielu magnetycznych kulek przez 17-miesięczną pacjentkę.....	15
11. Ostry brzuch w przebiegu niedokonanego zwrotu jelita.....	16
12. Zespół Currarino – niecodzienna diagnoza w praktyce chirurga dziecięcego.....	17
13. Rzadka manifestacja kliniczna naczyniaka limfatycznego torbielowatego u 5-latki	18
14. Małe dzieci – mały kłopot, duże dzieci – duży kłopot? Przypadek chłopca z przepukliną przeponową rozpoznaną dopiero w 8 r.ż	19
15. Ganglioneuroma przestrzeni zaotrzewnowej.....	20
16. Moralny dylemat podczas leczenia pacjentki z nieodwracalnymi chorobami neurologicznymi ..	21
Prace oryginalne.....	22
1. PIRS – laparoskopowa operacja przepukliny pachwinowej u dzieci - - metaanaliza oparta na 2134 przypadkach.....	22
2. Bronchoskopie wśród pacjentów pediatrycznych - badanie jednośrodkowe	23
3. Biopsje wątroby u dzieci – analiza wskazań, technik, powikłań i wyników	24
Opis przypadków część 2.....	25
1. Różnorodność leczenia naczyniaków dzieci – opis dwóch przypadków.....	25
2. Krwiopochodne zapalenie kości u 10-letniego chłopca.....	26
3. Trichobezoar jako rzadka przyczyna wymiotów u dzieci.....	27
4. Kazuistyka w praktyce ostrodyżurowej - udział bakterii flory przyzębia w rozwoju ropniaka opłucnej.....	28
5. Macica podwójna i hematocolpos jako przyczyna bólów brzucha i zaburzeń oddawania moczu u 14-letniej dziewczynki – opis przypadku.....	29

6. Laparoskopowa nefrektomia lewostronna górna w ektopii skrzyżowanej z fuzją	30
7. Przypadek piętnastolatka z wrodzonym znamieniem kąpielowym leczonym macierzą regeneracyjną Integra.....	31
8. Powikłania po cholecystektomii u 15- letniej pacjentki	32
9. Wstrząs u 15-letniej dziewczynki z torbielą jajnika- prezentacja przypadku.....	33
10. Przypadek 15-letniego pacjenta z rozpoznaniem rozległej malformacji limfatycznej śródpiersia (Central Conducting Lymphatic Anomaly - CCLA).....	34
11. Zaaspirowane ciało obce na 8 lat	35
12. Operować czy obserwować? Opis przypadku pacjenta z kurzą klatką piersiową	36
13. Laseroterapia jako skuteczna metoda leczenia torbieli pilonidalnej.....	37
14. Nawrotowe epizody wymiotów po urazie brzucha – opis przypadku	38
15. Operacyjne leczenie złamania przęcia u siedemnastolatka	39
16. Leczenie nawracającej odmy u 17- letniego chłopca	40

Imię i nazwisko osoby prezentującej: Magdalena Ługowska
Adres email osoby prezentującej: magdalena.lugowska11@onet.pl

Skrajny wcześniak z poziomem etanolu we krwi 2,9 g/l i perforacją przewodu pokarmowego

Magdalena Ługowska¹

Opiekun: dr n. med. Przemysław Wolak

¹ *Collegium Medicum Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach
Klinika Chirurgii Dziecięcej, Urologii i Traumatologii*

Wstęp: Perforacja jest stanem, w którym dochodzi do przerwania ciągłości przewodu pokarmowego. Jest stanem bezpośredniego zagrożenia życia, który wymaga szybkiej interwencji chirurgicznej.

Opis przypadku: Praca dotyczy skrajnego wcześniaka z masą urodzeniową 850 g. Dziecko urodzone w domu przez pijaną matkę (2,5% alkoholu we krwi). Zespół pogotowia ratunkowego przybył na miejsce 1,5 h po porodzie. Do tego czasu dziecko było pozostawione bez opieki. Następnie zostało przywiezione transportem N do Oddziału Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka. Przy przyjęciu dziecko wentylowane mechanicznie z saturacją 70-90% przy tlenie 100%, blade, krwawiące z miejsc wkłucia, z kwasicią metaboliczną, ciężką anemią (Hb 7 g%) w pierwszym badaniu parametrów krytycznych. Badania wykazały bardzo wysoki poziom etanolu w surowicy 2,9g/l. W RTG jamy brzusznej stwierdzono obecność powietrza w jamie otrzewnowej. Zaburzenia w zakresie układu krzepnięcia uniemożliwiały wykonanie zabiegu operacyjnego, dlatego zdecydowano się na leczenie zachowawcze. Stan ogólny dziecka określono jako skrajnie ciężki. W drugim tygodniu życia dziecka udało się ustabilizować jego układ krzepnięcia. Podjęto decyzję o operacji z powodu utrzymujących się cech perforacji przewodu pokarmowego w badaniu rtg. W czasie laparotomii nie znaleziono miejsca perforacji. Zdecydowano się pozostawić dren w jamie otrzewnowej. Zastosowano żywienie pozajelitowe. Obecnie dziecko jest w wieku metrykalnym 15 tygodni, z masą ciała 3115 g. Ponadto u dziecka występują problemy związane z niewydolnością oddechową, wodogłowiem, oraz retinopatią wcześniaków.

Wnioski: Picie alkoholu w czasie ciąży ma negatywny wpływ na rozwój dziecka i skutkuje wystąpieniem zespołu FAS oraz licznych powikłań w tym m. in. przedwczesnego porodu, niskiej masy urodzeniowej dziecka, ubytków neurologicznych oraz innych nieprawidłowości narządowych.

Imię i nazwisko osoby prezentującej: Zofia Kędzierska

Adres email osoby prezentującej: zo.kedzierska@gmail.com

Wczesne wyniki leczenia długoodcinkowej niedrożności przełyku metodą torakoskopową: opis przypadku

Zofia Kędzierska¹

Opiekun: dr n. med. Michał Puliński

¹Studenckie Koło Chirurgii Dziecięcej przy Klinicznym Oddziale Chirurgii i Urologii Dziecięcej Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego w Olsztynie, Wydział Lekarski, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Wstęp: Długoodcinkowa niedrożność przełyku to każdy typ atrezji przełyku bez obecności powietrza w jamie brzusznej albo zarośnięcie przełyku, w którym odległość obu końców przełyku przekracza trzy przestrzenie międzykręgowe. Jedną z najnowocześniejszych technik operacyjnych jest odtworzenie ciągłości przełyku metodą torakoskopową. Najczęstszym powikłaniem leczenia operacyjnego niedrożności przełyku jest zwężenie w miejscu zespolenia, które wymaga rozszerzania endoskopowego na dalszym etapie leczenia.

Opis przypadku: Noworodek płci męskiej z wrodzoną długoodcinkową niedrożnością przełyku został przyjęty do szpitala w pierwszej dobie życia w celu diagnostyki i leczenia wady wrodzonej. Noworodek z ciąży II, poród I, powikłanej atrezią przełyku (podejrzenie w prenatalnym badaniu USG) oraz wielowodziem. Urodzony w 39. tygodniu ciąży drogą cesarskiego cięcia. W postnatalnym badaniu RTG z kontrastem jodowym obraz górnego odcinka przewodu pokarmowego odpowiadał izolowanej atrezji przełyku (typ A wg Grossa) na poziomie Th1. Przeprowadzono 4-etapowy zabieg śródpiersiowego zespolenia przełykowo-przełykowego metodą endoskopową. Na każdym etapie posłużono się techniką torakoskopową z zastosowaniem napięciowej trakcji wewnętrznej odcinków górnego i dolnego przełyku. W kontrolnym seriogramie górnego odcinka przewodu pokarmowego, wykonanym w 50. dobie życia, na poziomie Th6 uwidoczniło się zwężenie światła przełyku do 1 mm na długości 8 mm, a powyżej zwężenia – poszerzenie do 13-15 mm. Z powodu pogorszenia stanu klinicznego oraz trudności w karmieniu pacjenta zakwalifikowano do endoskopowego rozszerzania przełyku. Próba wprowadzenia endoskopu zakończyła się niepowodzeniem, dlatego wykonano zabieg metodą Rehbeina, która polega na przeprowadzeniu nylonowej nitki przez usta, przełyk, żołądek i skórę, i związaniu obu końców. Dzięki temu zabiegowi możliwe było rozszerzanie zwężającego się zespolenia co kilka dni, bez konieczności wykonywania esofagoskopii. W 84. dobie życia ponownie wykonano seriogram; na poziomie Th6 uwidoczniło się zwężenie światła przełyku do 2,3 mm na długości 12 mm. Z tego powodu jeszcze dwukrotnie wykonano zabieg endoskopowego rozszerzania przełyku, a dalszą kalibrację kontynuowano przy użyciu cewników Nelatona. Z powodu dysmorfii twarzy i wrodzonej wady przełyku wykonano badanie metodą mikromacierzy (aCGH). Wykryto heterozygotyczną duplikację interstycjalną fragmentu długiego ramienia chromosomu 14.

Wnioski: Technika torakoskopowa z zastosowaniem trakcji wewnętrznej jest skuteczną metodą operacyjną w długoodcinkowej niedrożności przełyku. Częstym powikłaniem leczenia operacyjnego wymagającym dalszych interwencji chirurgicznych jest zwężenie w miejscu zespolenia. Wrodzona niedrożność przełyku może być wadą izolowaną lub współistnieć z defektami genetycznymi.

Imię i nazwisko osoby prezentującej: Miłosz Łotecki
Adres e-mail osoby prezentującej: mil.lotecki@gmail.com

Leczenie złamań typu “ping-pong” za pomocą podciśnienia

Miłosz Łotecki¹, Natalia Kałamarz¹, Karolina Kędziora¹,

Opiekunowie: prof. dr hab. Dariusz Patkowski², dr n. med. Sylwester Gerus²

¹*Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Chirurgii i Urologii Dziecięcej, Wydział Lekarski,
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu*

²*Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny
im. J. Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu*

Wstęp: Złamania kości czaszki u noworodków mogą występować pod postacią wgłobienia kości czaszki przypominającym w kształcie zapadniętą piłeczkę ping-pongową. Złamanie kości czaszki bez naruszenia ciągłości warstwy okostnej jest charakterystyczne dla noworodków i małych dzieci. Wrodzone wgłobienie kości czaszki jest obserwowane u 4-10:100 000 noworodków. Aż do teraz nie ma jasnych oraz uniwersalnych rekomendacji czy standardów dotyczących leczenia złamań typu “ping-pong”. Spekulacje dotyczą zwłaszcza rozważenia sytuacji, w których niezbędna byłaby interwencja chirurgiczna, a w których wystarczające może okazać się leczenie nieinwazyjne. Opierając się na dostępnych danych można dojść do wniosku, że odwrócenie złamania przy pomocy laktatora, 50 ml strzykawki lub próżniociągu połączonego z maską tlenową bądź z ssakiem mogą być skuteczną i zadowalającą metodą stosowaną przy odgłabianiu złamań typu “ping-pong” przed sięgnięciem po bardziej inwazyjne metody np. operację.

Opis przypadku: Cztery noworodki w wieku 7-10 dni zostały przyjęte do Kliniki Chirurgii i Urologii Dziecięcej (w okresie od stycznia 2019 do października 2021) z wgłobieniem kości czaszki typu “ping-pong”. W przypadku dwójki dzieci do urazu doszło podczas porodu, u kolejnej dwójki okoliczności prowadzące do urazu nie są znane. U wszystkich dzieci zdecydowano się na procedurę odgłobienia kości czaszki przy pomocy maski tlenowej podłączonej do urządzenia wytwarzającego negatywne ciśnienie. Maskę została przyłożona do miejsca urazu, a następnie zostało wygenerowane negatywne ciśnienie, które stopniowo zwiększano (od 100 do 300 mmHg), do osiągnięcia widocznej poprawy. W każdym przypadku asymetria czaszki została usunięta, a jej prawidłowy kształt przywrócony. Kontrolne przezciemieniowe badania USG wykonane po zabiegach nie wykazały odchyleń od normy oraz nie stwierdzono wewnątrzczaszkowych powikłań pozabiegowych u żadnego z dzieci. Z racji pomyślnego przebiegu zabiegów u dzieci, zostały one wypisane z Kliniki Chirurgii i Urologii Dziecięcej.

Wnioski: Odgłobienie kości czaszki za pomocą negatywnego ciśnienia jest bezpieczną, taną, efektywną i dającą dobre rezultaty procedurą leczenia złamania typu “ping-pong” u noworodków i małych dzieci, która powinna być rozważona przed bardziej inwazyjnymi alternatywami.

Imię i nazwisko osoby prezentującej: Andrzej Komorowski
Adres e-mail osoby prezentującej: 103108@g.elearn.uz.zgora.pl

Przypadek chłopca operowanego trzykrotnie z powodu poszerzenie układu kielichowo-miedniczkowego

Andrzej Komorowski¹, Kacper Michalski¹

Opiekun: dr hab. n. med. Marcin Polok, prof. UZ

¹Studenckie Koło Naukowe Chirurgii i Urologii Dziecięcej Uniwersytetu Zielonogórskiego, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Zielonogórski

Wstęp: Wodonercze to poszerzenie układu kielichowo-miedniczkowego (UKM) powyżej pięciu milimetrów w 3-7 .dobie życia. Dzięki zastosowaniu nowoczesnych badań obrazowych, w tym USG prenatalnego, można wykryć wady UKM jeszcze w trakcie życia płodowego. Pozwala to na dobór odpowiedniego miejsca porodu i przygotowanie zespołu terapeutycznego. U większości pacjentów z wrodzonym UKM wystarczającym jest postępowanie zachowawcze. Jednak należy zlecić badania kontrolne, w tym USG i renoscyntygrafię, w celu określenia funkcjonalności nerki i obserwacji w kierunku powiększania się wodonercza. Przyczyną poszerzenia UKM są nieprawidłowości w odpływie moczu.

Opis przypadku: Chłopiec z wykrytym w II semestrze wodonerczem nerki lewej został urodzony o czasie o otrzymał 10 punktów w skali Apgar w pierwszej i kolejnych minutach życia. USG jamy brzusznej w 8. dobie życia potwierdziło znaczne poszerzenie UKM nerki lewej oraz poszerzony i kręty moczowód na całej długości. Zlecono badanie renoscyntygrafii dynamicznej, które wykazało znaczną dysproporcję w funkcji nerek. Udział usuwania znacznika z krwi nerki lewej wynosił 21%. Dodatkowo badanie wykazało zdwojenie lewego UKM oraz zwężenie przypęcherzowe moczowodu lewego. Wykonano reimplantację moczowodu metodą Leadbeter-Politano. Kontrolne badanie scyntygrafii nie wykazało poprawy w odpływie moczu, zdecydowano o ponowieniu zabiegu metodą Gleen- Andersen. W kontrolnych badaniach USG nie wykazano poprawy. Wykonano badanie MRI z kontrastem. Uwidoczniono zwężenie przymiedniczkowe moczowodu znacznego stopnia. Przeprowadzono zabieg pieloplastyki. Uzyskano prawidłowy odpływ moczu z nerki lewej.

Wnioski: Nieprawidłowy odpływ moczu z nerki może doprowadzić do wodonercza i do destrukcji miąższu nerki z ucisku, a co za tym idzie do utraty jej funkcji. Skuteczne leczenie zachowawcze i chirurgiczne rozpoczęte w porę może uchronić przed utratą nerki. Najbardziej dostępnym badaniem w kierunku poszerzenia UKM jest USG. Należy jednak pamiętać, że moczowód może być zwężony w więcej niż jednym miejscu a badaniem, które najlepiej obrazuje przebieg moczowodu jest MRI z kontrastem.

Imię i nazwisko osoby prezentującej: Kinga Brawańska
Adres email osoby prezentującej: kinbraw2@gmail.com

Nietypowe znalezisko w uwięźniętej przepuklinie pachwinowej u noworodka

Kinga Brawańska¹, Damian Korzeniowski¹

Opiekunowie: prof. dr hab. n. med. Dariusz Patkowski, lek. Sylwester Gerus

¹Studenckie Koło Naukowe Chirurgii Dzieci przy Klinice chirurgii i Urologii Dziecięcej, Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

Wstęp: Przepuklina pachwinowa jest najczęstszym schorzeniem wieku dziecięcego wymagającym leczenia chirurgicznego. Jest to nieprawidłowe położenie zawartości jam ciała przemieszczonych przez naturalne lub nabyte otwory. Worek przepuklinowy stanowi drożny wyrostek pochwowy otrzewnej. Zawartością worka przepuklinowego najczęściej są jelita. Najpoważniejszym powikłaniem nieleczonej przepukliny jest jej uwięźnięcie, które jest bezpośrednim zagrożeniem życia dziecka.

Opis przypadku: 19-dniowy noworodek trafił do Kliniki Chirurgii Dziecięcej we Wrocławiu, z powodu obrzęku i bólu moszny po stronie prawej. W wywiadzie rodzice podawali wymioty oraz brak stolca przez ostatnie 24 godziny. W USG oba jądra znajdowały się w mosznie z prawidłowymi przepływami naczyniowymi, bez zmian w ich echogeniczności. W prawym kanale pachwinowym uwidoczniono pętle jelitową schodzącą do moszny. Unaczynienie ściany jelita było prawidłowe. W badaniu fizykalnym brzuch miękki, bolesny podczas badania kanału pachwinowego. Próba odprowadzenia przepukliny pachwinowej skończyła się niepowodzeniem. Skierowano noworodka na zabieg w trybie pilnym. Śródoperacyjnie uwidoczniono zmieniony zapalnie wyrostek robaczkowy, znajdujący się w uwięźniętej przepuklinie pachwinowej. Zamknięto przepuklinę pachwinową oraz wycięto zapalnie zmieniony wyrostek robaczkowy.

Wnioski: Należy pamiętać, że w zależności od warunków anatomicznych oraz obecności innych schorzeń, objawy kliniczne chorób mogą być różne. Tak jak w przypadku tego pacjenta zmieniony zapalnie wyrostek, nie dawał specyficznych objawów z powodu jego nietypowej lokalizacji. Zapalenie wyrostka robaczkowego u noworodka jest rzadkie, natomiast zapalenie wyrostka robaczkowego w przepuklinie pachwinowej jest prawie niespotykane.

Imię i nazwisko osoby prezentującej: Emilia Włoszek

Adres email osoby prezentującej: emilia.wloszek@gmail.com

Leczenie chirurgiczne wrodzonych przepuklin mózgowych- opis dwóch przypadków

Emilia Włoszek¹

Opiekunowie: dr n. med. Sławomir Barszcz, dr. n. med. Emilia Soltan

¹Studenckie Koło Naukowe „Thalamus” przy Klinice Neurochirurgii i Traumatologii Wieku Dziecięcego, Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Przepuklina mózgowa (ang. Meningoencephalocele, MEC) to wada wrodzona ośrodkowego układu nerwowego występująca z częstością 1:2000 żywych urodzeń. Wynika z braku całkowitego zamknięcia cewy nerwowej w okresie prenatalnym pomiędzy 8, a 12 tygodniem rozwoju i polega na uwypukleniu się opon lub opon z mózgiem poza czaszkę poprzez ubytek kostny. Występowanie i lokalizacja MEC zależy od rejonu geograficznego, przy czym w Europie najczęstsza jest przepuklina potyliczna.

Opis przypadku:

Przypadek 1 – przepuklina oponowa w lokalizacji potylicznej o wymiarach ok 2cm. Interwencja chirurgiczna w 21 dobie życia. Przebieg zabiegu i okres pooperacyjny niepowikłany.

Przypadek 2 – przepuklina mózgowo-oponowa w lokalizacji potylicznej o wymiarach 10x7x8 cm. Współwystępujący rozszczep wargi i podniebienia z wadami rozwojowymi mózgu. Interwencja chirurgiczna w 2 dobie życia, przebieg zabiegu niepowikłany, w okresie pooperacyjnym wodogłowie. W 19 dniu życia implantacja zastawki komorowo-otrzewnowej. Pacjent w 9 miesiącu życia z obwodem głowy w 10-25 percentylu, bez większych zaburzeń rozwoju neurologicznego z prawidłowo działającym systemem zastawki.

Wnioski: Rokowania pacjentów z MEC zależą od jego wielkości, lokalizacji i zawartości worka przepuklinowego. Gorsze rokowania mają pacjenci z przepuklinami ciemieniowymi ze względu na korelację z większą ilością współistniejących wad. W przypadku dwóch pacjentów operowanych w naszej klinice leczenie przepuklin potylicznych różniących się wielkością i zawartością worka przepuklinowego, u drugiego pacjenta z bardziej złożoną wadą, było dłuższe i bardziej skomplikowane, ale dzięki diagnostyce prenatalnej, szybkiej interwencji neurochirurgicznej i opiece pooperacyjnej zespołu interdyscyplinarnego rozwój obu pacjentów przebiegał bez większych nieprawidłowości. Przepukliny oponowo - mózgowe to wady wykazujące wysokie zróżnicowanie, więc ich leczenie chirurgiczne wymaga zawsze indywidualnego podejścia do pacjenta.

Imię i nazwisko osoby prezentującej: Justyna Gongola

Adres email osoby prezentującej: justyna.gongola@stud.umed.lodz.pl

Torbiel duplikacyjna odbytnicy u 3 miesięcznej pacjentki

Justyna Gongola¹

Opiekunowie: Magdalena Wawrzyk, prof. nadzw. dr hab.n.med. Przemysław Przewratil

*¹Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Chirurgii i Onkologii Dziecięcej w Łodzi
Kolegium Wojskowo - Lekarskie, Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

Wstęp: Zdwojenie przewodu pokarmowego jest wadą wrodzoną występującą z częstością 1:4500. Zdwojenie może przyjmować formę torbielowatą lub cylindryczną, która obejmuje długie fragmenty przylegającego przewodu pokarmowego. Cechami charakterystycznymi zdwojeń są: łączność w co najmniej jednym punkcie ze ścianą przewodu pokarmowego, trójwarstwowa budowa ściany oraz obecność wyściółki podobnej do błony śluzowej przewodu pokarmowego. Wada ta ujawnia się zwykle w wieku niemowlęcym, ale może też zostać rozpoznana prenatalnie. Zdwojenie może umiejscowić się w każdej części przewodu pokarmowego, najczęściej dotyczy jelita cienkiego (45%).

Opis przypadku: 3 miesięczna pacjentka została przyjęta do oddziału chirurgii dziecięcej z powodu narastających trudności w oddawaniu stolca i wypadania błony śluzowej odbytnicy. Prenatalnie, na podstawie badań USG i NMR, wysunięto podejrzenie zarośnięcia odbytu. Po urodzeniu stwierdzono drożny odbyt z cechami wypadania błony śluzowej odbytnicy. Dziewczynkę wypisano do domu, z zaleceniem obserwacji i kontroli ambulatoryjnej. Przy przyjęciu do oddziału u dziewczynki obserwowano dużą zmianę okolicy odbytu, pokrytą błoną śluzową, która rozciągała odbyt i zwężała kanał odbytu. Nie było możliwości odprowadzenia tej zmiany do kanału odbytu. Na podstawie wykonanych badań obrazowych (USG, NMR) rozpoznano torbiel duplikacyjną odbytnicy i zakwalifikowano dziecko do leczenia operacyjnego. Torbiel usunięto w całości z dostępu strzałkowego tylnego z zachowaniem kompleksu zwieraczy. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. Dziecko wypisano do domu z zaleceniem dalszej kontroli ambulatoryjnej.

Wnioski: Pomimo, że zdwojenia odbytnicy występują rzadko, w przypadku wypadania błony śluzowej odbytnicy należy pamiętać o nich poszerzając diagnostykę już u noworodka. Operacja z dostępu strzałkowego tylnego umożliwia bezpieczne usunięcie zmiany bez naruszenia kompleksu zwieraczy.

Imię i nazwisko osoby prezentującej: Oliwia Gocel

Adres email osoby prezentującej: oliwia.gocel@stud.umed.lodz.pl

Zastosowanie laparoskopii w leczeniu neuroblastoma - opis przypadku 4,5-miesięcznego chłopca

Oliwia Gocel¹, Weronika Frąk¹

Opiekun: Magdalena Lewandowska

¹ *Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Chirurgii i Onkologii Dziecięcej, Wydział Lekarski,
Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

Wstęp: Neuroblastoma (NBL) jest jednym z najczęstszych guzów litych wieku dziecięcego. W około 70% przypadków lokalizuje się w obrębie jamy brzusznej, najczęściej w nadnerczach. Leczenie NBL ma zazwyczaj charakter skojarzony i kompleksowy, obejmujący chemioterapię, zabieg operacyjny oraz inne metody terapii. W ostatnich latach laparoscopia znalazła swoje zastosowanie również w zabiegach onkologicznych u dzieci i jest wykorzystywana także w wybranych przypadkach NBL. Poniżej przedstawiamy historię 4,5-miesięcznego pacjenta po laparoskopowym usunięciu guza i nadnercza prawego.

Opis przypadku: 4,5-miesięczny chłopiec został przyjęty do Kliniki Pediatrii, Onkologii i Hematologii z powodu przypadkowo rozpoznanych w USG jamy brzusznej hypoechogenicznych zmian w obu płatach wątroby. Chłopiec przy przyjęciu był w stanie ogólnym dobrym, badanie przedmiotowe bez odchyśleń od normy. Wykonano badanie rezonansu magnetycznego, w którym uwidoczniono lito-płynową zmianę w nadnerczu prawym, ulegającą w części litej wzmocnieniu kontrastowemu, oraz rozsiane ogniska w wątrobie. Podczas spotkania zespołu multidyscyplinarnego wysunięto podejrzenie guza neuroblastycznego z przerzutami do wątroby oraz zakwalifikowano pacjenta do pierwotnego zabiegu operacyjnego usunięcia guza nadnercza prawego. Zabieg wykonano metodą laparoskopową z dostępu przezotrzewnowego i całkowicie usunięto guz wraz z nadnerczem. Przebieg zabiegu był bez powikłań. W pierwszej dobie po operacji, w stanie ogólnym dobrym, pacjenta ponownie przeniesiono na oddział onkologiczny w celu dalszej diagnostyki i ewentualnego leczenia. W badaniu histopatologicznym rozpoznano neuroblastoma undifferentiated stroma poor oraz ustalono, iż guz został usunięty doszczętnie. Zakończono diagnostykę i ostatecznie rozpoznano neuroblastoma nadnercza prawego w stadium MS- z przerzutami do wątroby i szpiku kostnego. Zgodnie z protokołem European Low and Intermediate Risk Neuroblastoma (SIOPEN) chłopiec został zakwalifikowany do grupy terapeutycznej 4, w której według protokołu terapeutycznego, stosuje się pilną obserwację pacjenta.

Wnioski: Wyżej opisany przypadek pokazuje, że laparoscopia okazuje się być bezpieczną metodą operacji. Umożliwia dokładny wgląd w pole operacyjne oraz całkowite usunięcie zmiany bez jej uszkodzenia. Dodatkowo, jako technika małoinwazyjna, pozwala na szybki powrót pacjenta do prawidłowej aktywności, co umożliwia wdrożenie dalszej diagnostyki oraz ewentualne uzupełniające leczenie onkologiczne.

Imię i nazwisko osoby prezentującej: Joanna Strzyż

Adres email osoby prezentującej: asia_strzyz@o2.pl

Niebezpieczeństwo wynikające z obecności baterii w przełyku

Joanna Strzyż¹, Damian Korzeniowski¹

Opiekun: prof. dr hab. n. med. Dariusz Patkowski, lek. Sylwester Gerus

¹Studenckie Koło Naukowe Chirurgii Dzieci przy Klinice chirurgii i Urologii Dziecięcej, Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

Wstęp: Wśród dzieci bardzo częstym zjawiskiem jest połykanie ciał obcych. W większości przypadków ciała obce przechodzą przez przewód pokarmowy nie powodując żadnych objawów. Inaczej jest w przypadku połknięcia baterii, które mogą stanowić zagrożenie zdrowia, a nawet życia dziecka.

Opis przypadku: 9-cio miesięczna dziewczynka przekazana na oddział chirurgii dziecięcej, po czterech godzinach od połknięcia baterii trafiła na blok operacyjny. Dziewczynka w stanie ogólnym średnim, z poparzonymi okolicami ust po przegryzieniu jednej z baterii. Kolejna bateria zatrzymała się w przełyku i spowodowała jego oparzenia. Bateria została usunięta w warunkach bloku operacyjnego za pomocą endoskopu. Nie wystąpiły powikłania po zabiegu.

Wnioski: Baterie w przełyku bardzo szybko powodują poparzenia. Bez odpowiednio szybkiego usunięcia baterii może dojść do perforacji i powikłań takiego stanu. Niezwykle ważnym dla szybkiego rozpoznania jest czujność rodziców i obserwacja przedmiotów znajdujących się w otoczeniu dziecka.

Imię i nazwisko osoby prezentującej: Natalia Phatthana

Adres email osoby prezentującej: phatthananatalia@gmail.com

Połknięcie wielu magnetycznych kulek przez 17-miesięczną pacjentkę

Natalia Phatthana¹

Opiekun: dr n. med. Michał Puliński

*¹Studenckie Koło Chirurgii Dziecięcej przy Klinicznym Oddziale Chirurgii i Urologii Dziecięcej
Wydział Lekarski, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie*

Wstęp: Połknięcie ciała obcego jest częstym zjawiskiem, zwłaszcza wśród populacji pediatrycznej. Przeważnie są to małe elementy zabawek czy monety. W 80-90% przypadków ciało obce przechodzi przez przewód pokarmowy i zostaje wydalone bez komplikacji. W pozostałych przypadkach niezbędna jest interwencja gastroenterologiczna czy nawet chirurgiczna. Połknięcie potencjalnie niebezpiecznych przedmiotów takich jak baterie czy wiele magnesów wymaga natychmiastowej konsultacji lekarskiej, ponieważ powikłania mogą zagrażać zdrowiu i życiu pacjenta.

Opis przypadku: 17-miesięczna dziewczynka została przyjęta z powodu licznych wymiotów trwających od 2 dni. W momencie przyjęcia dziewczynka była gorączkująca (38,3 stopnia) i podsypiająca. W badaniu stwierdzono brzuch wzdęty, wysklepiony powyżej poziomu klatki piersiowej, miernie napięty, niebolesny, bez objawów otrzewnowych. Dziewczynka nie prezentowała objawów zespołu "ostrego brzucha". W wykonanych badaniach laboratoryjnych narastanie CRP. Wskaźniki stanu zapalnego znacznie narastały. Na podstawie badań USG i RTG oraz obrazu klinicznego wysunięto podejrzenie niedrożności przewodu pokarmowego spowodowanej obecnością ciała obcego. Dziewczynka została przekazana na oddział chirurgii dziecięcej, gdzie została zakwalifikowana do laparotomii zwiadowczej. W czasie zabiegu stwierdzono w trzech miejscach obecność perforacji jelita cienkiego na podłożu odleżyn, odpowiadających wielkością kulkom magnetycznym, które wydobyto ze światła jelita i jamy otrzewnowej- łącznie 22 kulki. Wykonano 3 klinowe resekcje jelita i 3 zespolenia typu koniec do końca. Przy pomocy ramienia C zidentyfikowano w dwunastnicy miejsce zalegania pozostałych kulek, które wydobyto poprzez nacięcie ściany żołądka-7 kulek. W kontrolnym RTG nie stwierdzono obecności metalowych kulek w obrębie jamy brzusznej pacjentki. Łącznie usunięto około 20 cm jelita cienkiego z powodu perforacji oraz 29 magnetycznych kulek. Dziewczynka w stanie ciężkim została przekazana na OIT, gdzie przez 1,5 tygodnia była pod wpływem analgosedacji. 2 tygodnie po operacji pacjentka została przeniesiona w stanie dobrym na oddział chirurgii dziecięcej. Włączono i rozszerzono dietę, którą tolerowała dobrze. Dziecko wypisano do domu w stanie dobrym.

Wnioski: Ciekawość małych dzieci i obecność w ich zasięgu małych przedmiotów może skutkować ich połknięciem. Pomimo, że w zdecydowanej większości przypadków połknięcie ciała obcego nie jest obarczone ryzykiem poważnych powikłań, należy zachować czujność. Opiekun powinien zatroszczyć się, aby środowisko, w którym przebywa dziecko było dla niego bezpieczne. Szczególną uwagę należy zwrócić na wywiad rodzinny, ponieważ magnetyczne elementy mogą pochodzić z zabawek starszego rodzeństwa.

Imię i nazwisko osoby prezentującej: Jakub Langa

Adres email osoby prezentującej: mr.jakublanga@gmail.com

Ostry brzuch w przebiegu niedokonanego zwrotu jelita

Jakub Langa¹, Maria Mitkowska¹

Opiekun: dr n. med. Patrycja Sosnowska-Sienkiewicz

¹SKN Chirurgii Dziecięcej przy Katedrze i Klinice Chirurgii, Traumatologii i Urologii Dziecięcej, Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Wstęp: Niedokonany zwrot jelita środkowego jest najczęstszą wrodzoną wadą jelita cienkiego występującą z częstością około 1 na 200-500 żywych urodzeń. Przebieg tej choroby może być różny: od bezobjawowego do ciężkich postaci skrętu z objawami ostrego brzucha czy wymiotami żółciowymi.

Opis przypadku: Chłopiec w wieku 2 lat i 8 miesięcy, został hospitalizowany na oddziale chirurgii dziecięcej z powodu bólów brzucha i kilkukrotnych wymiotów przed przyjęciem do szpitala. U pacjenta zdiagnozowano niedrożność jelit wymagającą pilnej operacji, która wykazała obecność skrętu z powodu nieprawidłowej rotacji jelita środkowego. Wykonano rozległe segmentalne resekcje martwiczo zmienionego jelita czczego, jelita krętego, okrężnicy na odcinku od górnej części odbytnicy do okrężnicy wstępującej. U pacjenta rozwinął się zespół krótkiego jelita i wymaga on żywienia pozajelitowego.

Wnioski: Nieprawidłowy zwrot jelit należy traktować jako potencjalną przyczynę niedrożności jelit w populacji pediatrycznej. USG jamy brzusznej jako narzędzie przesiewowe może być dobrym, nieinwazyjnym sposobem zapobiegania poważnym stanom takim jak skręt z niedrożnością. W ciężkich przypadkach skrętu z martwicą może być potrzebna odcinkowa resekcja jelita. Pacjenci, u których rozwinie się malrotacja ze skrętem, powinni być leczeni przez wykwalifikowany zespół wielospecjalistyczny. Postępowanie w zespole krótkiego jelita również wymaga interdyscyplinarnego zespołu kierowanego przez lekarza z doświadczeniem gastroenterologicznym.

Imię i nazwisko osoby prezentującej: Agata Bawolska

Adres email osoby prezentującej: agatabawolska@gmail.com

Zespół Currarino – niecodzienna diagnoza w praktyce chirurga dziecięcego

Agata Bawolska¹, Aleksandra Nowacka¹, Jan Milanowski¹

Opiekun: lek. Kacper Kroczeł

¹*Studenckie Koło Chirurgii Dziecięcej przy Oddziale Klinicznym Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży, Katedra Pediatrii, Hematologii i Onkologii, Wydział Lekarski, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu*

Wstęp: Zespół Currarino to schorzenie, w którego skład wchodzi: dysgeneza kości krzyżowej, wrodzona wada odbytu i obecność masy przedkrzyżowej. Najczęstszym objawem zespołu są zaburzenia rytmu wypróżnień od okresu noworodkowego. Może on jednak przebiegać nietypowo, a ze względu na rzadkie występowanie, postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne jest utrudnione.

Opis przypadku: Noworodka płci żeńskiej przekazano do Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy z powodu objawów niedrożności przewodu pokarmowego. Zakwalifikowano do leczenia operacyjnego w trybie pilnym – wykonano laparotomię z wyłonieniem kolostomii dwulufowej na poprzecznicy. Na podstawie obrazu śródoperacyjnego wysunięto podejrzenie choroby Hirschsprunga. Podczas zabiegu wykonano biopsję jelita grubego, która nie wykazała jednak cech aganglioniozy. Z uwagi na kliniczne podejrzenie choroby Hirschsprunga, zlecono wykonanie biopsji odbytnicy – odstąpiono od tej procedury z powodu istotnego zwężenia odbytu u sześciomiesięcznej pacjentki. W 12. miesiącu życia dziewczynkę zakwalifikowano do zabiegu rekonstrukcyjnego wady odbytu z jednoczasowym zamknięciem kolostomii. Śródoperacyjnie stwierdzono patologiczną masę położoną przedkrzyżowo, której nie uwidocznilo w przedoperacyjnych badaniach obrazowych. Zmianę usunięto w całości i przesłano do badania histopatologicznego – rozpoznano potwornika dojrzałego. Ze względu na stwierdzoną zmianę, rekonstrukcję odroczone. W wykonanym MRI miednicy stwierdzono nieprawidłowo wykształconą kość krzyżową (od wysokości S2) i guziczną. Przebieg pooperacyjny był powikłany powstaniem zakażonego zbiornika płynowego w okolicy przedkrzyżowej. Zakwalifikowano pilnie do reoperacji. Z dostępu strzałkowego tylnego zaopatrzone zacieki płynu mózgowo-rdzeniowego w miejscu perforacji worka oponowego. Dalszy przebieg pooperacyjny był niepowikłany. W kontrolnym MRI po 2,5 roku bez nieprawidłowości. Całość obrazu klinicznego pozwoliła na rozpoznanie zespołu Currarino. W 3. roku życia dziewczynka przeszła zabieg rekonstrukcji wady odbytu z jednoczasowym zamknięciem kolostomii z dostępu brzuszno-kroczonego. Przebieg śród- i pooperacyjny był niepowikłany.

Wnioski: Zespół Currarino jest rzadką, ale istotną jednostką chorobową, którą należy zawsze uwzględnić w diagnostyce różnicowej niskiej niedrożności przewodu pokarmowego u noworodków i niemowląt. Powyższy przypadek pokazuje, iż mimo przeprowadzonych regularnych badań radiologicznych w okresie przedoperacyjnym, ostateczne postawienie rozpoznania było możliwe dopiero w trakcie zabiegu operacyjnego. W ośrodku autorów aktualnie standardowo wykonuje się USG odcinka L/S kręgosłupa u wszystkich noworodków z wrodzoną wadą odbytu. W przypadkach wątpliwych zawsze wykonuje się MRI miednicy i kręgosłupa L/S przed decyzją o zabiegu operacyjnym.

Imię i nazwisko osoby prezentującej: Stanisław Ciechanowicz

Adres email osoby prezentującej: stanciechan@gmail.com

Rzadka manifestacja kliniczna naczyniaka limfatycznego torbielowatego u 5-latki

Stanisław Ciechanowicz¹, Cezary Miedziarek¹,

**Opiekunowie: dr n. med. Patrycja Sosnowska-Sienkiewicz², prof. dr hab. Przemysław
Mańkowski²**

*¹Studenckie Koło Naukowe Chirurgii Dziecięcej, Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny im.
Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*

*² Klinika Chirurgii, Traumatologii i Urologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny im. Karola
Marcinkowskiego w Poznaniu*

Wstęp: Ostry brzuch występuje często wśród pacjentów pediatrycznych, a najczęstszą jego przyczyną jest zapalenie wyrostka robaczkowego. Naczyniaki limfatyczne to rzadkie zmiany o niepewnej etiologii. Zmiany te, gdy występują w obrębie jamy brzusznej lokalizują się zazwyczaj w krezce jelita cienkiego i są zwykle bezobjawowe. Niemniej jednak, mogą dawać objawy ostrego brzucha i wówczas wymagają leczenia operacyjnego. Niniejszym prezentujemy przypadek pacjentki z naczyniakiem limfatycznym imitującym ostre zapalenie wyrostka robaczkowego.

Opis przypadku: 5-letnia pacjentka z objawami ostrego brzucha została skierowana przez lekarza rodzinnego do oddziału ratunkowego. Przy przyjęciu do oddziału, w badaniu przedmiotowym brzuch był tkliwy i występowała obrona mięśniowa. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono podwyższone wykładniki stanu zapalnego. Na podstawie obrazu klinicznego pacjentkę poddano laparoskopii z powodu podejrzenia ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Wykryto wówczas atypową zmianę patologiczną w śródbrzuszu. Zdecydowano o zakończeniu operacji i przekazaniu pacjentki do ośrodka wyższej referencji. Torbielowata zmiana patologiczna została usunięta podczas drugiego zabiegu. Wstępnie rozpoznano naczyniaka limfatycznego torbielowatego, co potwierdziło się w późniejszym badaniu histopatologicznym. Pacjentka po tygodniu obserwacji została wypisana ze szpitala bez powikłań pooperacyjnych.

Wnioski: Początkowa diagnostyka różnicowa ostrego brzucha powinna obejmować najczęstsze choroby jamy brzusznej, jednakże nie wolno zapominać o jego rzadszych przyczynach. Istotną rolę odgrywa w niej ultrasonografia jamy brzusznej, która przyspieszyłaby diagnozę i właściwe leczenie w opisywanym przypadku. Radykalne chirurgiczne usunięcie naczyniaka limfatycznego jamy brzusznej stanowi właściwą formę leczenia tych zmian.

Imię i nazwisko osoby prezentującej: Marta Kwiatkowska-Zdulska

Adres email osoby prezentującej: martakwiatkowskazdulska@gmail.com

**Małe dzieci – mały kłopot, duże dzieci – duży kłopot?
Przypadek chłopca z przepukliną przeponową rozpoznaną dopiero w 8 r.ż.**

Marta Kwiatkowska-Zdulska¹, Paweł Kmiecikowski¹, Emilia Theda¹

Opiekun: lek. Kacper KroczeK

¹SKN Chirurgii Dziecięcej przy Oddziale Klinicznym Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży/ Katedra Pediatrii, Hematologii i Onkologii, Wydział Lekarski, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

Wstęp: Późno prezentująca się wrodzona przepuklina przeponowa (Congenital Diaphragmatic Hernia – CDH) definiowana jest jako rozpoznane po okresie noworodkowym przemieszczenie narządów jamy brzusznej do klatki piersiowej przez ubytek w przeponie i stanowi 5-25% przypadków CDH. Możliwe jest szerokie spektrum objawów ze strony układu oddechowego i pokarmowego. Dodatkowej trudności diagnostycznej dostarcza brak korelacji między obrazem klinicznym a wiekiem pacjenta. Noworodkowa CDH stanowi poważne wyzwanie terapeutyczne, lecz diagnostyka nie przysparza dużych trudności. W przeciwieństwie do jej wysokiej zachorowalności i śmiertelności, rokowanie późnej CDH jest zwykle korzystne pod warunkiem wczesnej diagnozy – w innym przypadku może stanowić bezpośrednie zagrożenie życia.

Opis przypadku: 8-letniego chłopca przekazano do Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy w trybie ostrodyżurowym z powodu podejrzenia masywnej lewostronnej CDH. Wywiad chorobowy był nieobciążony. Od miesiąca pacjent zgłaszał poboлевania w okolicy lewego podżebrza. W dniu poprzedzającym przyjęcie do Oddziału wystąpiły wymioty i duszność. Zastosowano tlenoterapię bierną, szerokospektralną antybiotykoterapię, inhibitor pompy protonowej, nawadnianie dożylne, leki przeciwbólowe, założono sondę żołądkową. W RTG i USG jamy brzusznej i klatki piersiowej stwierdzono niedodmę płuca lewego z przemieszczeniem narządów jamy brzusznej do lewej jamy opłucnowej oraz przesunięciem śródpiersia w stronę prawą. Wysunięto podejrzenie lewostronnej CDH, zakwalifikowano chłopca do pilnej operacji. Wykonano laparoskopię z pierwotnym zamknięciem ubytku, odprowadzono zawartość przepukliny do jamy brzusznej. Przebieg śródoperacyjny niepowikłany. Pacjenta przekazano do Oddziału Intensywnej Terapii dla Dzieci. W czwartej dobie pooperacyjnej przeniesiono chłopca do oddziału macierzystego, w piątej włączono żywienie doustne. Kontrolne RTG nie wykazało nieprawidłowości. Pacjenta bez dolegliwości, w stanie ogólnym dobrym wypisano do domu w jedenastej dobie pooperacyjnej.

Wnioski: Niska częstość występowania późnej CDH oraz duża zmienność objawów klinicznych są głównymi przyczynami opóźnionej właściwej diagnostyki i leczenia. W analizowanym przypadku oraz publikacjach wykazano zmienność przebiegu klinicznego, co wskazuje na konieczność indywidualizowania procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Najważniejszym czynnikiem sukcesu leczenia jest uwzględnienie na wczesnym etapie w diagnostyce różnicowej tej jednostki chorobowej. W terapii noworodkowej CDH stosuje się równoprawnie dostęp laparotomijny i torakoskopowy. Natomiast w późnej postaci preferowaną metodą jest laparoscopia ze względu na lepszą kontrolę odprowadzanej zawartości przepukliny oraz mniejszą ilość powikłań pooperacyjnych. W dużych ubytkach przepony stosuje się łąaty syntetyczne, jednak w analizowanym przypadku warunki anatomiczne pozwoliły na pierwotne zamknięcie defektu.

Imię i nazwisko osoby prezentującej: Aleksandra Żyta

Adres email osoby prezentującej: olazyta@gmail.com

Ganglioneuroma przestrzeni zaotrzewnowej

Aleksandra Żyta¹

Opiekun: dr. n. med. Michał Puliński²

¹Studenckie Koło Naukowe Chirurgii Dziecięcej przy Oddziale Klinicznym Chirurgii i Urologii Dziecięcej w Olsztynie, Wydział Lekarski, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

²Kliniczny Oddział Chirurgii i Urologii Dziecięcej z Ośrodkiem Leczenia Zmian Naczyniowych w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym w Olsztynie

Wstęp: Ganglioneuroma, ganglioneuroblastoma i neuroblastoma są nowotworami wywodzącymi się z prymitywnych komórek grzebieni nerwowych, które podczas rozwoju dają początek strukturom współczulnego układu nerwowego i korze nadnerczy. Ganglioneuroma jest guzem łagodnym, najbardziej zróżnicowanym z tych nowotworów. Zazwyczaj nie daje objawów i wykrywany jest w trakcie badań obrazowych.

Opis przypadku: 12-letnia pacjentka zgłosiła się z powodu obrzęku i wycieku surowiczego z piersi prawej, który wiązała z urazem mającym miejsce kilka tygodni wcześniej. W badaniu ultrasonograficznym (USG) piersi stwierdzono obecność torbieli płynowych o średnicy do 13 mm, 2 w skali BI-RADS. Wykonano USG jamy brzusznej, gdzie uwidoczono zmianę o płatowatych zarysach i obniżonej echogeniczności z nielicznymi zwapnieniami w rzucie nerki prawej. W badaniu rezonansu magnetycznego jamy brzusznej stwierdzono obecność patologicznej masy w lewej przestrzeni zaotrzewnowej opłaszczającej lewą tętnicę i żyłę nerkową oraz znacznie uciskającą lewą nerkę. Warstwa mięsista nerki ścieńczała, w części przyśrodkowej nieidentyfikowalna. Lewe pole nadnerczowe objęte masą patologiczną. W USG szyi w okolicy nadobojczykowej i podobojczykowej lewej uwidoczono dwa węzły chłonne o obniżonej echogeniczności. Dwudobowa zbiórka moczu na wydzielanie katecholamin i ich metabolitów wykazała zwiększone wydalenie HVA. Została wykonana biopsja guza w znieczuleniu ogólnym. W badaniu histopatologicznym stwierdzono guz o charakterze ganglioneuroma naciekający miejscowo tkankę tłuszczową. Badania genetyczne nie wykazały obecności mutacji o istotnym znaczeniu prognostycznym. Wykryto heterozygotyczną delecję w regionie 1q43 o charakterze somatycznym. Badanie pozytonowej emisyjnej tomografii komputerowej nie wykazało procesu rozrostowego o wysokim wychwycie 18F-FDG. Pacjentka została zakwalifikowana do chirurgicznej resekcji guza.

Wnioski: Dokładna diagnostyka umożliwia wykrycie zmian, które mogą nie dawać objawów klinicznych. Zachowanie czujności onkologicznej umożliwia wczesne rozpoznanie, a tym samym wpływa na dalsze rokowanie pacjentów.

Imię i nazwisko osoby prezentującej: Marta Jutrzenka

Adres email osoby prezentującej: jutrenkamarta@gmail.com

Moralny dylemat podczas leczenia pacjentki z nieodwracalnymi chorobami neurologicznymi

Marta Jutrzenka¹

Opiekun: dr. n. med. Michał Puliński

*¹Studenckie Koło Naukowe Chirurgii Dziecięcej, Wydział Lekarski,
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie*

Wstęp: Dzieci z przewlekłymi i nieuleczalnymi chorobami układu nerwowego potrzebują interdyscyplinarnej opieki medycznej. Lekarze leczący takich pacjentów mogą stawiać przed dylematami czy dana decyzja kliniczna jest lub nie jest przedłużeniem cierpienia chorego, a jednocześnie podjęcie decyzji o zaprzestaniu leczenia jest niezwykle trudne. Niestety zdarza się, że medycy są jedynymi osobami zainteresowanymi stanem takich chorych. Współczesna medycyna pozwala na kompleksową opiekę nad pacjentami z chorobami neurologicznymi. U dzieci, u których występują objawy dysfagii, aby zapobiec zaburzeniom wzrastania i odżywiania, wytwarza się dostęp żywieniowy- czasowy lub permanentny, który umożliwia regularne podawanie pokarmu.

Opis przypadku: 11 lutego 13-letnia pacjentka z MPDz, wrodzonym wodogłowiem, padaczką, encefalopatią i gastrostomią odżywczą została przywieziona z DPS przez ZRM z powodu 3-krotnego napadu drgawek (jeden skutkował incydem zsinienia i spadkiem saturacji do 50 %) oraz wymiotów, które trwają nieprzerwanie od października zeszłego roku, jednak w ciągu ostatnich kilku dni znacznie zwiększyła się ich intensywność. Od urodzenia chora przebywa w placówkach opiekuńczo-leczniczych, nie potrafi samodzielnie zmienić swojego ułożenia, ma ułożenie przymusowe z przykurczonymi kończynami górnymi i dolnymi, okresowo wokalizuje, ma niedobory wzrostu i masy ciała. W ostatnim MRI z 2012 r. widoczny znaczny niedorozwój obu półkul. W czasie kilkumiesięcznej hospitalizacji w WSSD pacjentka przebywała na kilku różnych oddziałach, gdzie mimo wykorzystania szerokiej diagnostyki, nie udało się ustalić przyczyny wymiotów. Prezentowane przez pacjentkę objawy utrzymywały się, pomimo wielu prób modyfikacji sposobu karmienia (pozycja ciała, objętość posiłku, tempo podaży, wlew ciągły, zmiana diety z przemysłowej na oligomeryczną) i wykonania licznych zabiegów w tym wszczepienia zastawki komorowo-otrzewnowej, wymianie PEG'a i próbie wytworzenia gastrojejunostomii. Kilkumiesięczne, nieprzerwane wymioty doprowadziły do wyniszczenia chorej, dlatego podjęto decyzję o żywieniu dożylnym i zaplanowano kolejną próbę założenia gastrojejunostomii.

Wnioski: U pacjentów z nieodwracalną chorobą neurologiczną możliwe jest pojawienie się objawów, których przyczyny nie udaje się ustalić mimo wykonania szerokiego panelu badań, a zastosowanie różnych możliwości terapeutycznych nie przynosi oczekiwanych efektów. Lekarze podczas opieki nad takimi pacjentami mogą zadawać sobie pytanie nad sensownością dalszego leczenia. Dodatkowo może pojawić się dylemat o to jak postępować w czasie kontaktu z takim chorym i rozmyślenia nad aspektem finansowym podejmowanych działań. Jednak należy się zastanowić, czy podejmowanie wszystkich tych rozważań jest w ogóle moralne.

Imię i nazwisko osoby prezentującej: Weronika Kozak
Adres email osoby prezentującej: weronikakozak@op.pl

PIRS – laparoskopowa operacja przepukliny pachwinowej u dzieci - metaanaliza oparta na 2134 przypadkach

Weronika Kozak¹

Opiekun: dr hab. n.med. Marcin Polok, prof. UZ²

¹*Studenckie Koło Naukowe Chirurgii i Urologii Dziecięcej Uniwersytetu Zielonogórskiego,
Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Zielonogórski*

²*Kliniczny Oddział Chirurgii i Urologii Dziecięcej, Szpital Uniwersytecki im. Karola
Marcinkowskiego w Zielonej Górze*

Wstęp: Przepuklina pachwinowa to jedno z najczęstszych schorzeń chirurgicznych, występujących w wieku dziecięcym. Występuje u 1-5% dzieci, 8-10 razy częściej u chłopców. Najczęstszą metodą leczenia stosowaną u dzieci jest klasyczna metoda otwarta zwana herniotomią. Istnieją jednak alternatywne, laparoskopowe techniki operacyjne, w tym między innymi małoinwazyjna technika wprowadzona przez Patkowskiego w 2006 roku. Operacja-PIRS (Percutaneous internal ring suturing) to technika laparoskopowa, polegająca na przezskórnym zamknięciu pierścienia pachwinowego głębokiego szwem wprowadzonym przez igłę iniekcyjną, z dostępu przez jeden 5mm port laparoskopowy umiejscowiony w pępku. Technika ta sukcesywnie zyskuje zwolenników zarówno w Europie jak i na innych kontynentach, czego dowodzą kolejne doniesienia publikowane w ostatnich latach. Wśród zalet tej metody operacyjnej podaje się minimalną ranę, a tym samym bliźnię pooperacyjną, stosunkowo prostą technikę operacyjną oraz możliwość oceny i jednoczesowego zaopatrzenia przepukliny po stronie przeciwnej. W przypadku dziewczynek technika ta umożliwia także ocenę macicy i przydatków.

Cel pracy: Celem tej pracy jest ocena skuteczności leczenia przepuklin pachwinowych u dzieci metodą PIRS (Percutaneous internal ring suturing) ze szczególnym uwzględnieniem odsetka nawrotów.

Materiały i metody: Do metaanalizy zakwalifikowano 9 badań opublikowanych w serwisie Pubmed w których oceniano skuteczność operacji techniką PIRS u dzieci.

Wyniki: Łącznie zabiegi przeprowadzono u 2134 pacjentów. Biorąc pod uwagę wyniki łącznie z badaniem z Chin, które znacznie różni się liczbą operowanych pacjentów od pozostałych ośrodków, nawrót wystąpił u 2,06%. Wyłączając pracę z Chin odsetek nawrotów wyniósł 3,83%. Największy odsetek nawrotów zaobserwowano w pracy z Litwy - 18,57%. W przypadku użycia szwów polifilamentowych odsetek nawrotów (1,11%) był 2,17 razy niższy niż w przypadku użycia szwów monofilamentowych (2,41%). Zaobserwowano znaczny odsetek pacjentów u których śródoperacyjnie wykryto „niemą” przepuklinę po stronie przeciwnej. Podczas zabiegów u części dziewczynek uwidoczniono niezdiagnozowane wcześniej wady przydatków. Najpoważniejszym powikłaniem, które wystąpiło u 1 pacjenta, była niedrożność z zadzierzgnięcia, która wymagała resekcji części jelita. Innymi powikłaniami jakie pojawiały się na skutek zabiegów były krwiaki (0,37%), nakłucia naczyń biodrowych (0,37%) przemijające wodniaki (0,23%) oraz ropnie (0,14%).

Wnioski: Metoda PIRS jest skuteczną metodą leczenia przepuklin pachwinowych u dzieci ze stosunkowo niskim odsetkiem nawrotów. Po zabiegu występuje znakomity efekt kosmetyczny.

Imię i nazwisko osoby prezentującej: Hanna Kubik
Adres email osoby prezentującej: hbkubik@gmail.com

Bronchoskopie wśród pacjentów pediatrycznych - badanie jednoośrodkowe

Hanna Kubik¹, Mikołaj Herba¹, Katarzyna Górny¹

Opiekun: dr n.med. Andrzej Grabowski

¹*Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Chirurgii Wad Rozwojowych Dzieci i Traumatologii,
Wydział Nauk Medycznych w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach*

Wstęp: Techniki endoskopowe obejmują zabiegi, w których wykorzystuje się naturalne otwory ciała lub niewielkie nacięcia powłok w celu wprowadzenia narzędzi do wnętrza organizmu. W pierwszej grupie wyróżnić można bronchoskopię, w trakcie której endoskop wprowadzany jest przez jamę ustną do tchawicy i oskrzeli.

Cel pracy: Celem badania było dokonanie analizy porównawczej bronchoskopii wykonanych u pacjentów pediatrycznych w okresie ostatnich 5 lat w wybranym ośrodku.

Materiały i metody: Retrospektywnie przeanalizowano dane 49 pacjentów, którzy zostali poddani bronchoskopii w latach 2017-2021 w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Zabrze. Scharakteryzowano chorych biorąc pod uwagę ich wiek, płeć, BMI i występujące objawy. Ponadto oceniono parametry dotyczące zabiegu: czas trwania, rodzaj bronchoskopu, znaleziska w drzewie oskrzelowym (m.in. zmiany zapalne, ciało obce, zwężenia, przetoki), zastosowane procedury (m.in. pobranie materiału do badań, ewakuacja ciała obcego, intubacja, wprowadzenie rurki tracheotomijnej, podaż surfaktantu), powikłania.

Wyniki: W przeciągu 5 lat wykonano łącznie 58 bronchoskopii u 49 pacjentów: 21 dziewcząt i 28 chłopców. Najmłodszy pacjent miał zaledwie 8 dni w dniu zabiegu, a najstarszy - niemal 17 lat. BMI wynosiło 8,84-25,82. Objawem występującym u największej liczby chorych był kaszel.

Bronchoskopia trwała zwykle 15 min. Korzystano z odpowiednio dobranego bronchoskopu sztywnego w rozmiarach 2,5-7. Najczęstszym znaleziskiem były zmiany zapalne. W trakcie 15 zabiegów zidentyfikowano ciało obce. Najczęściej był to orzeszek zlokalizowany po stronie prawej drzewa oskrzelowego, znacznie rzadziej rodzynek lub klocek lego. Zwężenie dróg oddechowych odnotowano u 6 pacjentów, u 2 - niewielkie uniesienie części błoniastej tchawicy, a u 3 - obecność przetoki. W wynikach popłuczyn oskrzelowych wśród bakterii najczęściej zidentyfikowano: *S. mitis*, *E. coli* i *N. lactamica*, a wśród grzybów stwierdzono tylko 2 gatunki: *C. lusitaniae* i *C. albicans*. Przy 4 zabiegach wykonano przyrządowe udrożnienie dróg oddechowych. Jednemu pacjentowi podano surfaktant.

W badanej grupie powikłania stwierdzono tylko u 3 osób w postaci podrażnienia śluzówki przy wprowadzaniu bronchoskopu lub nieznacznego krwawienia po usunięciu ciała obcego.

Wnioski: Bronchoskopia to skuteczna i bezpieczna metoda wykorzystywana w diagnostyce i leczeniu dzieci niezależnie od płci i wieku. Pediatryczne pracownie endoskopowe powinny być zaopatrzone w narzędzia w wielu rozmiarach, by udzielić pomocy także najmniejszym pacjentom.

Imię i nazwisko osoby prezentującej: Cezary Miedziarek

Adres email osoby prezentującej: cezary.miedziarek@gmail.com

Biopsje wątroby u dzieci – analiza wskazań, technik, powikłań i wyników

Cezary Miedziarek¹, Dajana Danielewicz¹, Maria Mitkowska¹

Opiekunowie: dr n. med. Patrycja Sosnowska-Sienkiewicz², prof. dr hab. Przemysław Mańkowski²

¹*Studenckie Koło Naukowe Chirurgii Dziecięcej, Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*

²*Klinika Chirurgii, Traumatologii i Urologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*

Wstęp: Biopsja wątroby jest uważana za bezpieczne i pomocne narzędzie diagnostyczne w przypadku wielu schorzeń wątroby. Może być stosowana zarówno w celach diagnostycznych, leczniczych, jak i w celu monitorowania przebiegu choroby. Obecnie stosuje się kilka technik biopsji, z czego wszystkie cechują się niską częstością powikłań.

Cel pracy: Celem pracy była analiza biopsji wątroby w populacji pediatrycznej pod kątem wskazań, stosowanych technik, wyników oraz powikłań.

Materiały i metody: Przeprowadzono retrospektywne jednoośrodkowe badanie obejmujące 63 pacjentów pediatrycznych poddanych biopsji wątroby w latach 2000-2020. Wykorzystane dane obejmowały: wiek, płeć, technikę biopsji, wskazanie do biopsji, wynik histopatologiczny oraz powikłania zabiegu. Pacjentów podzielono na 5 grup wiekowych (≤ 1 r.ż., 2-5 r.ż., 6-10 r.ż., 11-15 r.ż., 16-17 r.ż.).

Wyniki: Wykonano łącznie 65 biopsji wątroby. 51 (78%) stanowiły biopsje gruboigłowe tru-cut, 5 (8%) biopsje cienkoigłowe aspiracyjne, 4 (6%) biopsje gruboigłowe aspiracyjne, 3 (5%) biopsje otwarte i 2 (3%) biopsje laparoskopowe. Najczęstszymi wskazaniami do biopsji były wirusowe zapalenie wątroby (32%), zmiana ogniskowa/guz wątroby (27%), autoimmunologiczne zapalenie wątroby (14%) oraz niewyjaśniona hiperaminotransferazemia (11%). Do najczęstszych wyników histopatologicznych należały: WZW C (n=12), autoimmunologiczne zapalenie wątroby (n=8), zapalenie wątroby o nieznanej etiologii (n=8), wątrobiak zarodkowy (n=7) i niealkoholowe stłuszczeniowe zapalenie wątroby (n=5). W przypadku dwóch pacjentów wystąpiło powikłanie w postaci krwaka, w obydwu przypadkach po biopsji gruboigłowej tru-cut.

Wnioski: Biopsja wątroby odgrywa ważną rolę w diagnozie i podejmowaniu decyzji terapeutycznych w przypadku schorzeń wątroby. W zależności od podejrzewanej diagnozy, stanu klinicznego pacjenta oraz doświadczenia operatora, biopsja wątroby może być wykonywana przy użyciu różnych technik. Biopsja wątroby jest zabiegiem bezpiecznym bez względu na zastosowaną technikę.

Imię i nazwisko osoby prezentującej: Kinga Brawańska
Adres email osoby prezentującej: kinbraw2@gmail.com

Różnorodność leczenia naczynek dzieci – opis dwóch przypadków

Kinga Brawańska¹, Agata Boczar¹, Patryk Dryja¹

Opiekun: prof. dr hab. Maciej Baglaj

¹Studenckie Koło Naukowe Chirurgii Dzieci przy Klinice chirurgii i Urologii Dziecięcej, Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

Wstęp: Naczyniaki są grupą różnorodnych i powszechnie występujących, łagodnych nowotworów drobnych naczyń krwionośnych u dzieci. Są to guzy pojawiające się w 1 roku życia, większość zlokalizowana jest na twarzy i szyi. Rozwijają się z komórek śródbłonna i zwykle ulegają samoistnej regresji. Zmiany te są różnorodne, a leczenie zależy od rodzaju, lokalizacji oraz rozległości zmiany.

Opis przypadku: Sześciomiesięczny chłopiec z dużym naczyniakiem zlokalizowanym w okolicy wargowej oraz obejmujący śluzówkę jamy ustnej, znajdował się pod kontrolą pediatry. Zakładano samoistną remisję zmiany. Naczyniak mimo upływu czasu nie uległ regresji, powiększył się i groził przyszłymi powikłaniami m.in. owrzodzeniem, oraz zaburzeniami mowy i połykania. Zdecydowano się na wizytę w klinice Chirurgii i Urologii dziecięcej we Wrocławiu, gdzie zastosowano doustne leczenie propranololem. Terapia była kontynuowana przez 8 miesięcy. Doszło do całkowitej remisji zmiany. Nie u wszystkich dzieci, propranolol będzie tak dobrze wpływał na regresję zmian i ostateczne wyleczenie. Sześciomiesięczna dziewczynka zgłosiła się do kliniki Chirurgii i Urologii dziecięcej, z powodu dużej zmiany naczyniowej zajmującej 2/3 górnej wargi oraz przestrzeń pomiędzy wargą a nosem. Początkowo, od 2 ms. ż. zastosowano leczenie propranololem, co nie spowodowało poprawy. Zmieniono leczenie na ostrykiwanie preparatami steroidowymi. Terapia spowodowała obrzmienie wargi. Po pół roku, dziewczynka zgłosiła się ponownie z przerostem części środkowej wargi górnej, w 2/3 zajętej przez naczyniaka, zarówno po stronie zewnętrznej jak i po stronie błony śluzowej. Pacjentka była operowana 3 krotnie w związku z nawrotowym charakterem zmiany. Po operacjach udało się uzyskać bardzo dobre wyniki kosmetyczne bez zaburzeń ruchomości tej okolicy twarzy. Następnie wykonano korektę laserową resztkowej zmiany, z ostatecznym bardzo dobrym efektem

Wnioski: Naczyniaki, pomimo klasyfikacji jako nowotwory łagodne oraz schorzenia ulegające samoistnej regresji, mogą być bardzo uciążliwe dla pacjentów. Szczególnie naczyniaki w obrębie błony śluzowej jamy ustnej i czerwieni wargowej wymagają konsultacji chirurga dziecięcego. Leczenie naczynek wymaga od lekarzy specjalistów, szerokiej wiedzy dotyczącej dostępnych metod leczenia, (propranolol, sterydy, operacje, laser) aby podjąć odpowiednie decyzje. Leczenie może trwać latami i wymagać wielu zabiegów oraz pomocy specjalistów medycyny estetycznej.

Imię i nazwisko osoby prezentującej: Natalia Cybulska

Adres email osoby prezentującej: natalia.cybulska@stud.umed.lodz.pl

Krwiopochodne zapalenie kości u 10-letniego chłopca

Natalia Cybulska¹

Opiekunowie: Magdalena Wawrzyk², Renata Szmigielska², Przemysław Przewratil²

¹ *Koło Chirurgii i Onkologii Dziecięcej przy Klinice Chirurgii i Onkologii Dziecięcej, Wydział lekarski, Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

² *Klinika Chirurgii i Onkologii Dziecięcej, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci Uniwersyteckie Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

Wstęp: Zapalenie kości i szpiku pozostaje jedną z najtrudniejszych do wyleczenia chorób infekcyjnych i prowadzi do postępującej degradacji kości. Drobnoustroje mogą dotrzeć do kości przez ciągłość z przylegających tkanek, wnikać drogą krwionośną albo zostać przeniesione w konsekwencji urazu lub zabiegu chirurgicznego. Osteomyelitis częściej występuje u dzieci ze względu na niedojrzałość układu odpornościowego. Bogate unaczynienie przynasad sprzyja rozwijaniu się stanu zapalnego w tych miejscach, co może skutkować uszkodzeniem blisko położonych chrząstek wzrostowych.

Opis przypadku: 10-letni chłopiec zgłosił się do izby przyjęć z powodu bólu lewego kolana utrzymującego się od kilku dni. Chłopiec negował uraz tej okolicy, wystąpił jednorazowy epizod gorączki do 38°C. W badaniu RTG nie uwidoczniono zmian patologicznych, w badaniu USG zobrazowano obszar płynowy 3x8mm przylegający do przynasady kości piszczelowej. Pomimo zaleconego leczenia przeciwzapalnego w ciągu dwóch dni doszło do drastycznego pogorszenia stanu miejscowego i ogólnego, w wyniku czego chłopiec trafił do SOR. Dziecko nie gorączkowało, ale skarżyło się na bardzo silny ból kończyny, uniemożliwiający poruszanie się. Wykonane badania obrazowe wykluczyły zakrzepicę żył głębokich i sugerowały obecność zbiornika płynowego pod okostną kości piszczelowej. Ze względu na wysokie wskaźniki ostrej fazy u chłopca włączono szerokowidmową antybiotykoterapię, pobrano posiewy krwi i przyjęto do oddziału chirurgii dziecięcej z podejrzeniem posocznicy. Mimo stosowanego leczenia stan chłopca się pogorszył. Wykonano badanie NMR, w którym potwierdzono ropień okolicy przynasady kości piszczelowej lewej, a następnie w trybie pilnym przeprowadzono zabieg drenażu ropnia. Z posiewu krwi wyhodowano metycylinoopornego gronkowca złocistego. Po zabiegu chłopiec w ciężkim stanie ogólnym trafił do OIT, gdzie w trakcie miesięcznego pobytu był zaintubowany, kontynuowano antybiotykoterapię, wykonano drenaż przepływowy kości. Chłopca poruszającego się samodzielnie o kulach wypisano do domu po prawie 2-miesięcznym pobycie w szpitalu. Aktualnie chłopiec pozostaje pod opieką poradni ortopedycznej, a w badaniach obrazowych nie stwierdza się istotnych zmian degeneracyjnych w kości.

Wnioski: Zapalenia kości występują u dzieci coraz rzadziej, ale należy o nich pamiętać w diagnostyce różnicowej. W leczeniu osteomyelitis bardzo ważne jest wczesne rozpoznanie i właściwe leczenie, co pozwala ograniczyć szkody w kości wywoływane procesem zapalnym. Bardzo istotne jest, aby dzieci po zapaleniu kości pozostawały pod opieką ortopedyczną do zakończenia wzrostu, ze względu na ryzyko uszkodzenia chrząstki wzrostowej i zaburzeń wzrostu kończyny.

Imię i nazwisko osoby prezentującej: Aleksandra Salamon
Adres email osoby prezentującej: salamonaleksandra@outlook.com

Trichobezoar jako rzadka przyczyna wymiotów u dzieci

Aleksandra Salamon¹, Joanna Wróbel¹

Opiekunowie: lek. Aneta Piotrowska-Gall^{2,3}, dr n. med. Przemysław Wolak^{2,3}

¹Studenckie Koło Naukowe „Eskulap” przy Klinice Chirurgii Dziecięcej, Urologii i Traumatologii Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach, Collegium Medicum Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

²Collegium Medicum, Instytut Nauk Medycznych, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

³Klinika Chirurgii Dziecięcej, Urologii i Traumatologii Świętokrzyskiego Centrum Pediatrii im. W. Buszkowskiego, Wojewódzki Szpital Zespołowy w Kielcach

Wstęp: Wymioty są częstym powodem zgłoszeń dzieci do szpitala. Wśród ich przyczyn należy wymienić tak niewinne jak błąd dietetyczny, ale też zagrażające życiu, jak niedrożność przewodu pokarmowego. Rzadką przyczyną wymiotów jest bezoar, czyli konglomerat niestrawionych substancji - połkniętych ciał obcych oraz śluzu i resztek pokarmu, które formują zbite struktury, najczęściej w żołądku pacjenta. Może to prowadzić do groźnych dla życia powikłań.

Opis przypadku: Trzynastoletnia dziewczynka zgłosiła się na Izbę Przyjęć z powodu występujących od trzech dni fusowatych wymiotów. W wywiadzie od sześciu miesięcy pogorszenie apetytu – spadek masy ciała o 9 kg. Przy przyjęciu pacjentka w stanie ogólnym średnim, blada, apatyczna. W badaniu fizykalnym brzuch miękki, niebolesny z wyczuwalnym twardym oporem w nadbrzuszu środkowym. Przeprowadzono diagnostykę obrazową. W wykonanym na Izbie Przyjęć USG jamy brzusznej zaobserwowano powiększony zarys żołądka oraz pogrubienie jego ściany. W celu wykluczenia niedrożności i perforacji przewodu pokarmowego zlecono RTG jamy brzusznej, w którym uwidoczniono łukowaty cień ciała obcego w żołądku lub jelicie cienkim oraz zacienienie i rozciągnięcie całego żołądka. Diagnostykę poszerzono o TK jamy brzusznej: obecność rozległej struktury o niejednorodnym współczynniku pochłaniania promieniowania wypełniającej niemal całe światło żołądka oraz początek dwunastnicy, podejrzenie bezoaru. Wykonano badania laboratoryjne: morfologię krwi z rozmazem, parametry wątrobowe i nerkowe, elektrolity, parametry stanu zapalnego, układ krzepnięcia oraz oznaczono grupę krwi. Wyniki dziewczynki uwidoczniły nieznaczną niedokrwistość i nieco podwyższone płytki krwi. Pacjentkę zakwalifikowano do usunięcia ciała obcego z żołądka. W przedoperacyjnej gastrokopii nie uwidoczniono światła żołądka, ponieważ wypełniająca go masa uniemożliwiła wejście endoskopem do narządu. Zdecydowano o laparotomii pośrodkowej oraz gastrotomii. Usunięto odlewowy trichobezoar wypełniający światło żołądka oraz dwunastnicy. Ze względu na występującą u pacjentki trichofagię objęto ją pomocą psychologiczną.

Wnioski: Dyskretne objawy często nie zostają zauważane przez otoczenie pacjenta, przez co opóźniają zgłoszenie się do lekarza, a w konsekwencji postawienie diagnozy. Może to często prowadzić do groźnych dla życia powikłań. Należy zwracać uwagę nawet na najdrobniejsze nieprawidłowości, gdyż często trafnie zinterpretowane mogą nieść za sobą korzyści, chociażby w postaci mniej inwazyjnego leczenia.

Imię i nazwisko osoby prezentującej: Aleksandra Bruciak

Adres email osoby prezentującej: aleksandra.bruciak@gmail.com

Kazuistyka w praktyce ostrodyżurowej- udział bakterii flory przyzębia w rozwoju ropniaka opłucnej

Aleksandra Bruciak¹

Opiekun: prof. dr hab. Dariusz Patkowski²

¹*Studenckie Koło Naukowe Chirurgii Dzieci przy Katedrze i Klinice Chirurgii i Urologii Dziecięcej
we Wrocławiu, Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu*

²*Katedra i Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej we Wrocławiu*

Wstęp: Ropniak opłucnej jest przyczyną hospitalizacji do 6% małych pacjentów. W ostatnich latach odsetek ten jednak rośnie. Wiodącymi patogenami są *Staphylococcus aureus* i *Streptococcus pneumoniae*; *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli* w warunkach szpitalnych. W 2016 roku opisano pierwszą izolację *Streptococcus gordonii*, bakterii znanej z zapalenia wsierdza, z ropniaka opłucnej dorosłego. Czy lekarze dziecięcy też powinni zachować tę czujność względem paciorkowców?

Opis przypadku: Prezentujemy przypadek 14- letniej dziewczynki, operowanej z powodu zaawansowanego ropniaka prawej jamy opłucnej, stwierdzonego w obrazie RTG i TK klatki piersiowej. W momencie przyjęcia u pacjentki od dwóch tygodni utrzymywały się objawy infekcji dróg oddechowych, leczone przez tydzień cefuroksymem, niedokrwistość i kacheksja. Wobec poważnego obrazu klinicznego przeprowadzono torakoskopię- odesano blisko 2 litry ropnej treści oraz uwidoczniono ropowiczo, miejscami martwiczo zmienioną i opłaszczoną włóknikiem opłucną płucną i ścienną, zapadnięte płuco prawe. Pobrano wycinki do badania histopatologicznego, TBC (wynik ujemny) oraz wprowadzono dwa dreny. Dziewczynkę przekazano na Intensywną Terapię Dziecięcą. Lecząc pacjentkę zachowawczo, stosowano dietę wysokobiałkową i kilkakrotnie modyfikowano antybiotykoterapię parenteralną- za radą specjalisty chorób zakaźnych ostatecznie utrzymano terapię penicyliną krystaliczną. Posiewy zdrenowanej treści wykazały obecność *Streptococcus gordonii*, i kontrolnie, *Prevotella oralis* i *Prevotella buccae*, co typowało jamę ustną na miejsce wyjścia infekcji. Po dodatkowej konsultacji chirurga twarzowo- szczękowego usunięto zmienione próchniczo cztery zęby trzonowe. Stopniowo osiągnięto spadek parametrów zapalnych. Dziewczynka, opuszczając oddział, dobrze tolerowała wysiłek, ale szmer pęcherzykowy przy podstawie prawego płuca pozostawał ściszony.

Wnioski: *Streptococcus gordonii* to bakteria komensalna jamy ustnej, o wpływie modulującym aktywność patogenów próchnicotwórczych. Pomimo rzadkiej etiologii ropniaka, niegroźna dla immunokompetentnych bakterii, przy zaawansowanym wyniszczeniu, anemii i istotnym czynnikiem ryzyka, tj. próchnicy zębów, często niedoleczonej i bagatelizowanej wśród najmłodszych, zagraża życiu chorego. Ponadto, opisany przypadek dowodzi, jak niezawiniona niewiedza limituje działania specjalistów- brak dotychczas udokumentowanych w literaturze przypadków udziału *S. gordonii* w patogenie ropniaka opłucnej u dzieci, uniemożliwił dobór skutecznej, szerokospektralnej farmakoterapii i wczesną eradykację bakterii, zanim interwencja chirurgiczna była koniecznością. Poprawa kliniczna nastąpiła dopiero po zaangażowaniu w proces leczenia specjalistów różnych dziedzin, co dodatkowo podkreśla istotność współpracy konsylium wielospecjalistycznego, gdy pacjent nie reaguje na leczenie standardowe.

Imię i nazwisko osoby prezentującej: Aniela Figiel

Adres email osoby prezentującej: figielaniela@gmail.com

Macica podwójna i hematocolpos jako przyczyna bólów brzucha i zaburzeń oddawania moczu u 14-letniej dziewczynki – opis przypadku

Aniela Figiel¹, Paweł Zaborek¹

Opiekun: dr n. med. Michał Puliński

*¹Studenckie Koło Naukowe przy klinice Chirurgii Dziecięcej w WSSD, Wydział Lekarski,
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie*

Wstęp: Wrodzone malformacje żeńskich narządów płciowych występują u 4-6% populacji ogólnej. Za ich główną przyczynę uznaje się nieprawidłowy rozwój embriologiczny przewodów Müllera. Często stanowią przypadkowe odkrycia z uwagi na ich bezobjawowy charakter. U mniej niż połowy pacjentek pojawiają się objawy kliniczne takie jak: nieregularne krwawienia z pochwy, bolesne przedłużające się miesiączki, ból w jamie brzusznej, dyskomfort podczas stosunku czy poronienia nawykowe.

Opis przypadku: Celem pracy jest prezentacja przypadku 14-letniej dziewczynki, która została przyjęta z powodu bólów brzucha i zaburzeń oddawania moczu o niewyjaśnionej etiologii. W wywiadzie nawracające, napadowe bóle brzucha utrzymujące się od około 6 miesięcy, występujące z częstością raz na 2-3 tygodnie i trwające kilka godzin. Dodatkowo od około 3-4 miesięcy problemy z oddawaniem moczu, szczególnie z rozpoczęciem mikcji.

Podczas hospitalizacji wykonano USG jamy brzusznej. W linii pośrodkowej ciała, w miednicy mniejszej, uwidoczniono zbiornik gęstego płynu (148x90mm), torbiel grubościenną (6,5mm) jajnika prawego (41x26mm) oraz przemieszczenie macicy w stronę lewą bez uchwytanych zmian ogniskowych. Janik lewy był niedostępny w badaniu. Na podstawie badania przedmiotowego i podmiotowego oraz dostępnej dokumentacji medycznej rozpoznano torbiel prostą jamy brzusznej, najprawdopodobniej wychodząca z lewego jajnika i zakwalifikowano pacjentkę do laparoskopii i resekcji torbieli w trybie planowym.

Przed zaplanowanym zabiegiem wykonano badanie kontrolne USG. Uwidoczniono cechy macicy dwurożnej. Zobrazowano także opisywany wcześniej zbiornik płynu w dolnej wspólnej części trzonu macicy. Odnotowano zmniejszenie wymiarów zbiornika do 64x70mm w przeciągu około 5 miesięcy. Pacjentkę skierowano na badanie MRI w celu oceny narządu rodnego.

Badanie MRI ukazało macicę podwójną, bez zmian ogniskowych oraz pochwę wypełnioną płynem bogatobiałkowym, łączącą się z prawą jamą macicy. Oba jajniki, uwidocznione w badaniu, nie wykazywały zmian ogniskowych. W konsultacji ginekologicznej stwierdzono zdwojenie macicy, wraz ze zdwojeniem pochwy oraz hematocolpos. Pacjentkę po konsultacji ginekologicznej zakwalifikowano do histeroskopii, z udrożnieniem pochwy, w trybie planowym.

Wnioski: Ze względu na problemy z interpretacją badań obrazowych – USG przy diagnozowaniu etiologii bólów brzucha i zaburzeń oddawania moczu, należy brać pod uwagę, oprócz najczęstszej torbieli jajnika, także inne przyczyny patologii, takie jak: malformacje żeńskich narządów płciowych czy hematocolpos. W takich przypadkach, warto pogłębić diagnostykę o MRI.

Imię i nazwisko osoby prezentującej: Wiktoria Porwoł

Adres email osoby prezentującej: wiktoriaporwol@gmail.com

Laparoskopowa nefrektomia lewostronna górna w ektopii skrzyżowanej z fuzją

Wiktoria Porwoł¹, Barbara Filipiak¹

Opiekun: dr hab. n.med. Marcin Polok, prof. UZ

¹ *Studenckie Koło Naukowe Chirurgii i Urologii Dziecięcej, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Zielonogórski*

Wstęp: Ektopia skrzyżowana nerek jest rzadką wadą wrodzoną, szacuje się że występuje w populacji z częstością od 0,05 do 0,1%. Nieprawidłowość polega na tym, że obie nerki są obecne jednostronnie, a moczowód skrzyżowanej nerki uchodzi do pęcherza po stronie przeciwnej. W 90% nerki są ze sobą zrosnięte, co określane jest mianem fuzji. Właśnie taki rodzaj wady zdiagnozowano w prezentowanym przypadku.

Opis przypadku: 14-letni chłopiec z przepukliną oponowo-rdzeniową, pęcherzem neurogennym, wodogłowie wewnętrznym został przyjęty do Klinicznego Oddziału Chirurgii i Urologii Dziecięcej SU w Zielonej Górze. W USG wykazano zdwojenie jedynej nerki lewej. Chłopiec cewnikowany przez cewkę CIC. Obserwowano nawracające infekcje układu moczowego. W cystografii mikcyjnej brak cech odpływu pęcherzowo-moczowodowego. W scyntygrafii nerek wykazano brak funkcji górnego bieguna nerki. Diagnostykę poszerzono o tomografię komputerową, w której opisano ektopię skrzyżowaną nerek z fuzją. U pacjenta obie nerki znajdowały się po stronie lewej, górna nerka (lewa) była nieczynna (zmieniona wodonerczowo) i zrosnięta dolnym biegunem z górnym biegunem nerki dolnej (prawej). Zdecydowano o leczeniu operacyjnym. W znieczuleniu ogólnym wykonano cystoskopię uwidoczniono dwa ujścia moczowodowe położone w obrębie trójkąta pęcherza. W pielografii wstępującej potwierdzono anatomie wady. Wykonano laparoskopię 3D, używając portu i optyki 10mm oraz 3 portów roboczych 5mm. Po moczowodzie górnej (prawej nerki) dotarto do niej. Uwidoczniono znacznie poszerzoną miedniczkę oraz moczowód oraz brak typowego mięszu nerkowego. Wypreparowano, zaklipsowano a następnie przecięto naczynia tej nerki oszczędzając ukrwienie nerki lewej. Za pomocą LigaSure odcięto nerkę lewą od prawej i usunięto wraz z moczowodem w EndoBagu. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. Pacjent w 5-tej dobie po zabiegu w stanie ogólnym dobrym został wypisany do domu. Kontrola pooperacyjna wynosi obecnie 6 miesięcy. Nie obserwowano powikłań, infekcje układu moczowego ustąpiły.

Wnioski: Ektopia skrzyżowana nerek z fuzją jest rzadką jednostką chorobową i wymaga indywidualizowanego podejścia terapeutycznego. Leczenie operacyjne bywa niełatwe z uwagi na nietypową anatomie. Laparoscopia wydaje się być metodą z wyboru.

Imię i nazwisko osoby prezentującej: Wiktoria Maria Izdebska
Adres email osoby prezentującej: izdebskawiktoria@gmail.com

Przypadek piętnastolatka z wrodzonym znamieniem kąpielowym leczonym macierzą regeneracyjną Integra

Wiktoria Maria Izdebska¹

Opiekunowie: dr n. med. Marta Komarowska², prof. dr hab. n. med. Ewa Matuszczak²,
prof. dr hab. n. med. Adam Hermanowicz², prof. dr hab. n. med. Wojciech Dębek²

¹*Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Chirurgii i Urologii Dziecięcej, Wydział Lekarski,
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

²*Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Uniwersytecki
Kliniczny Szpital Dziecięcy w Białymstoku*

Wstęp: Leczenie chirurgiczne znamion kąpielowych stanowi duże wyzwanie. Sposób postępowania jest uzależniony od wielkości oraz lokalizacji zmiany. Istnieją różne opcje terapeutyczne wrodzonych olbrzymich zmian melanocytowych. Są nimi między innymi peelingi chemiczne, dermabrazja, laseroterapia, chirurgiczne wycięcie. Operacja rekonstrukcyjna z użyciem matrycy regeneracyjnej Integra jest jedną z alternatywnych metod leczenia.

Opis przypadku: Prezentujemy przypadek piętnastoletniego chłopca z olbrzymim wrodzonym znamieniem melanocytowym, tzw. znamieniem kąpielowym. Zmiana barwnikowa obejmowała niemal całą przednią część klatki piersiowej. Pierwsza operacja polegała na subtotalnej resekcji znamienia z jednoczasowym użyciem matrycy regeneracyjnej Integra. Trzy tygodnie później wykonano przeszczep skórno-naskórkowy pośredniej grubości. Gojenie rany przebiegło prawidłowo. W trakcie wizyty kontrolnej stwierdzono prawidłową regenerację przeszczepu, bez oznak infekcji oraz akceptowalny estetyczny i funkcjonalny efekt

Wnioski: Integra wydaje się być bezpieczną i właściwą opcją leczenia wybranych wrodzonych olbrzymich znamion melanocytowych.

Imię i nazwisko osoby prezentującej: Anita Labrzycka
Adres email osoby prezentującej: anitalab11@gmail.com

Powikłania po cholecystektomii u 15- letniej pacjentki

Anita Labrzycka¹

Opiekun: dr n. med. Patrycja Sosnowska-Sienkiewicz

¹*Studenckie Koło Naukowe Chirurgii Dziecięcej przy Klinice Chirurgii, Traumatologii i Urologii Dziecięcej, Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*

Wstęp: Cholecystektomia jest szóstą najczęściej wykonywaną operacją chirurgiczną u dorosłych pacjentów. Objawowa choroba pęcherzyka żółciowego wiodąca do cholecystektomii jest najczęściej spowodowana kamieniami żółciowymi. W przeszłości uważano, że problem ten bardzo rzadko dotyczy populacji pediatrycznej. Nowsze badania wykazują, że częstość występowania kamicy żółciowej wśród dzieci sięga nawet 1,9% do 4%. Chorobowość stale rośnie i jest proporcjonalna do wskaźnika otyłości.

Opis przypadku: Piętnastoletnia pacjentka została przyjęta do pediatrycznej izby przyjęć z powodu objawów ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego. W badaniu ultrasonograficznym wykazano poziom zagęszczoną treść, poszerzenie przewodu pęcherzykowego oraz liczne złoże w pęcherzyku. Do tej pory dziewczynka nie chorowała. W wywiadzie rodzinnym u mamy pacjentki odnotowano udar mózgu około trzydziestego roku życia oraz stwierdzono niedobory białek C i S odpowiedzialnych za zaburzenia krzepnięcia. Podczas operacji laparoskopowej potwierdzono rozpoznanie ropowiczego zapalenia pęcherzyka żółciowego. Wykonana cholecystektomia została powikłana martwicą kikuta przewodu pęcherzykowego, co skutkowało nieszczelnością przewodu pęcherzykowego oraz żółciowym zapaleniem otrzewnej. Po czterech dniach pacjentka wymagała reoperacji. Poprzez laparotomię wykonano zaszycie perforowanego kikuta oraz drenaż okolicy wnęki wątroby w celu odprowadzenia dużej ilości żółci. Ze względu na wykrzepianie wewnątrznaczyniowe konieczne było przetoczenie pacjentce świeżo mrożonego osocza. Stan pacjentki uległ normalizacji. Została wypisana w stanie dobrym z zaleceniem zgłoszenia się do szpitala w celu diagnostyki zaburzeń krzepnięcia.

Wnioski: Około 80% pacjentów z kamicy żółciową pozostaje bezobjawowych. Istnieje udowodnione ryzyko wystąpienia powikłań w następstwie opóźnienia operacji. Ponad 70% przypadków przyjętych nagle staje się objawowymi po odroczeniu operacji o średni czas 38. miesięcy. Choć u dorosłych stosuje się wiele przedoperacyjnych systemów oceny punktowej, u dzieci nie istnieje użyteczna klasyfikacja do przewidywania rokowania i wyniku operacji. Identyfikacja przedoperacyjnych wyników badań przedmiotowych i ultrasonograficznych dedykowanych dla wieku pediatrycznego, które pozwalają przewidzieć ciężkość choroby, powinna umożliwić optymalizację czasu zabiegu. W związku z rosnącą ilością wykonywanych cholecystektomii w populacji pediatrycznej zaistnieje konieczność używania takich. Warto pamiętać, że problem kamicy żółciowej tak jak u tej pacjentki może ukierunkować na inne ścieżki diagnostyczne i może być obarczony poważniejszymi konsekwencjami. Zarówno lekarz jak i pacjent powinni być świadomi wystąpienia ewentualnych powikłań.

Imię i nazwisko osoby prezentującej: Joanna Wróbel
Adres email osoby prezentującej: awrobel97@gmail.com

Wstrząs u 15-letniej dziewczynki z torbielą jajnika- prezentacja przypadku

Joanna Wróbel¹, Aleksandra Salamon¹

Opiekunowie: lek. Aneta Piotrowska-Gall^{2,3}, dr n. med. Przemysław Wolak^{2,3}

¹*Studenckie Koło Naukowe "Eskulap" przy Klinice Chirurgii Dziecięcej, Urologii i Traumatologii w Kielcach, Collegium Medicum Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach*

²*Collegium Medicum Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach*

³*Klinika Chirurgii Dziecięcej, Urologii i Traumatologii ŚCP im. W. Buszkowskiego, WSzZ w Kielcach*

Wstęp: Do częstych przyczyn ostrego bólu podbrzusza u młodych kobiet można zaliczyć ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, uwięźnięcie przepukliny pachwinowej, progresję guzów jamy brzusznej, kamice nerkową, skręt gonad lub pęknięcie ciąży pozamacicznej. Każda z wymienionych jednostek może dawać podobne objawy kliniczne, jednak postępowanie diagnostyczno-lecznicze w przedstawionych sytuacjach jest inne. Ponadto nieprawidłowości mogą nakładać się na siebie, co zwiększa trudności diagnostyczne.

Opis przypadku: Dziewczyna 15-letnia zgłosiła się na Pediatryczną Izbę Przyjęć z powodu silnego bólu w prawym podbrzuszu, który wystąpił ok. 30 minut przed przyjęciem. W badaniu USG na Izbie stwierdzono torbielowatą zmianę w miednicy małej oraz wolny płyn w jamie brzusznej. Pacjentkę przyjęto na oddział chirurgii dziecięcej celem obserwacji w kierunku skrętu jajnika prawego. W wykonanych badaniach laboratoryjnych, w tym badaniu markerów nowotworowych, nie występowały istotne odchylenia od normy. W drugim dniu hospitalizacji powtórzono badanie USG, w którym stwierdzono progresję zmiany torbielowatej oraz narastanie wolnego płynu. To mogło odpowiadać ewolucji torbieli krwotocznej jajnika prawego, która zaczęła się podkręcać. Kilkadziesiąt minut po badaniu u dziewczynki pojawiły się objawy wstrząsu i silny ból brzucha. Z powodu znaczącego pogorszenia stanu pacjentki wykonano zabieg operacyjny metodą laparoskopową w trybie pilnym. Śródoperacyjnie stwierdzono dużą ilość zhemolizowanej krwi i wykluczono skręt jajnika. Odessano treść krwistą z zatoki Douglasa i uwidoczniono miejsce po pęknięciu torbieli krwotocznej bez cech świeżego krwawienia. Wykonano hemostazę jajnika przy użyciu koagulacji monopolarnej. Skutkiem krwotoku do jamy brzusznej widocznym w badaniach laboratoryjnych wykonanych po operacji był spadek poziomu hemoglobiny poniżej normy, zaburzeń krzepnięcia nie stwierdzono. Pacjentka została wypisana do domu w stanie dobrym.

Wnioski: Stwierdzenie w badaniu USG obecności patologii w obrębie gonady oraz zaznaczonej obrony mięśniowej w badaniu fizykalnym powinny wzbudzić szczególną czujność lekarza. Torbiel krwotoczna jajnika może przebiegać w sposób nietypowy i gwałtowny. Pęknięcie dużej torbieli krwotocznej może wiązać się z istotną utratą krwi i koniecznością pilnej interwencji chirurgicznej. Ostateczne rozpoznanie jest możliwe tylko w trakcie operacji, ponieważ obraz kliniczny i badania obrazowe nie są wystarczające do postawienia diagnozy. Zalecane jest wykonanie kontrolnych badań laboratoryjnych w celu monitorowania poziomu hemoglobiny oraz diagnostyki ewentualnych zaburzeń krzepnięcia, które są częstą przyczyną powstania torbieli krwotocznych.

Imię i nazwisko osoby prezentującej: Marcin Sawczuk

Adres email osoby prezentującej: marcin.sawczuk@gumed.edu.pl

Przypadek 15-letniego pacjenta z rozpoznaniem rozległej malformacji limfatycznej śródpiersia (Central Conducting Lymphatic Anomaly - CCLA)

Marcin Sawczuk¹

Opiekun: dr n. med. Stefan Anzelewicz

¹Kierunek lekarski, Wydział Lekarski, Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego, Gdański Uniwersytet Medyczny.

Wstęp: Malformacje limfatyczne śródpiersia stanowią bardzo rzadkie rozpoznanie stanowiące wyzwanie zarówno diagnostyczne, jak terapeutyczne. W związku z tym chciałbym zaprezentować rolę wielospecjalistycznego zespołu w procesie leczenia pacjenta z uogólnioną anomalią limfatyczną.

Opis przypadku: Przypadek dotyczy 15-letniego, dotychczas zdrowego chłopca, który został przyjęty do Szpitala Klinicznego z powodu duszności, osłabienia, podejrzenia tamponady osierdzia i stwierdzenia znacznej ilości płynu w jamach opłucnowych - codzienne utraty chłonnki z klatki piersiowej sięgały 6-7 litrów. Postaram się przybliżyć kolejne etapy postępowania diagnostycznego, próby leczenia zachowawczego, zastosowania technik radiologii zabiegowej oraz radykalnego postępowania chirurgicznego. Zaprezentuję efekty powyższych działań oraz trudności w postawieniu prawidłowej diagnozy i doborze odpowiedniego leczenia.

Wnioski: Mnogość zastosowanych procedur diagnostycznych oraz terapeutycznych, zarówno tych inwazyjnych, jak i nieinwazyjnych wykonywanych przez lekarzy wielu różnych specjalności oraz ocena aktualnego stanu pacjenta, będącego efektem wspomnianych działań, bardzo wyraźnie pokazują istotną rolę holistycznego spojrzenia na pacjenta z tak rzadkim schorzeniem jak malformacja limfatyczna śródpiersia, w celu sprawnego zdiagnozowania i dobrania najbardziej efektywnej formy leczenia.

Imię i nazwisko osoby prezentującej: Paulina Gisman

Adres email osoby prezentującej: gismanp@gmail.com

Zaaspirowane ciało obce na 8 lat

Paulina Gisman¹

Opiekun: dr n. med. Michał Puliński

*¹Studenckie Koło Chirurgii Dziecięcej przy Klinicznym Oddziale Chirurgii i Urologii Dziecięcej,
Wydział Lekarski, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie*

Wstęp: Aspiracja ciała obcego jest częstym problemem w populacji pediatrycznej. 89,4% przypadków dotyczy dzieci w wieku poniżej 5 lat. Jest to główna przyczyna śmierci wśród niemowląt. Klasyczna triada objawów to kaszel - który jest najczęstszym objawem - świszczący oddech oraz ściszony szmer oddechowy. Mimo to aspiracja ciała obcego może przebiegać w sposób podostry, a nawet bezobjawowo, dlatego najważniejszym narzędziem diagnostycznym jest wywiad zebrany z pacjentem lub opiekunem.

Opis przypadku: 16-letni pacjent został przyjęty na oddział chirurgii dziecięcej z powodu narastającego bólu w klatce piersiowej po stronie prawej, gorączki i kaszlu od 2 tygodni. W badaniu przedmiotowym stwierdzono bolesność palpacyjną w okolicy łopatki prawej, nad polami płucnymi szmer oddechowy pęcherzykowy ściszony po stronie prawej od poziomu 1 cm pod poziomem kąta łopatki. Dodatkowo stłumiony odgłos opukowy przykręgosłupowo i do kąta łopatki. W badaniu laboratoryjnym podwyższone były poziom neutrofili i CRP. W wykonanym badaniu radiologicznym płuc uwidocznione zostało ciało obce, pacjent zgłosił zaaspirowanie części obcinacza do paznokci 8 lat wcześniej. Zostało to potwierdzone w tomografii komputerowej płuc dodatkowo zobrazowano zmiany o charakterze niedodmowo-zapalnym oraz wolny płyn. Ze względu na pogarszający się stan pacjenta wykonano drenaż jamy opłucnej. Odessany płyn miał charakter surowiczo-krwisty. Po trzech dniach w badaniu USG klatki piersiowej uwidoczniono obszary o cechach plastra miodu, co wskazywało na utworzenie się ropnia płuca. Wykonano bronchoskopię, w której nie uwidoczniono ciała obcego. Przeprowadzona została torakotomia, ciało obce zostało usunięte, następnie wykonano częściową lobektomię. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany.

Wnioski: Niezwykle ważne jest, żeby w sytuacji aspiracji ciała obcego wdrożyć jak najszybszą diagnostykę i usunięcie ciała obcego. Późna interwencja ciągnie za sobą większe ryzyko powikłań. Najczęściej występuje niedodma, zapalenie płuc i oskrzeli oraz ropień płuca. Znacząca większość zaaspirowanych ciał obcych może zostać usuniętych podczas bronchoskopii. Jednak podczas opóźnionej diagnostyki często jest konieczne przeprowadzenie torakotomii w celu jego usunięcia.

Imię i nazwisko osoby prezentującej: Michał Matecki

Adres email osoby prezentującej: michal.matecki99@gmail.com

Operować czy obserwować? Opis przypadku pacjenta z kurzą klatką piersiową

Michał Matecki¹

Opiekun: dr n. med. Michał Puliński

*¹Studenckie Koło Chirurgii Dziecięcej przy Klinicznym Oddziale Chirurgii i Urologii Dziecięcej,
Wydział Lekarski, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie*

Wstęp: Klatka piersiowa kurza jest wrodzoną deformacją przedniej ściany klatki piersiowej. Wada ta charakteryzuje się wysuniętym do przodu mostkiem wraz z przylegającymi końcami żeber, natomiast dalsze odcinki łuków żeber są zapadnięte. Jest to wada stanowiąca 5-10% wszystkich wad klatki piersiowej. Deformacja występuje symetrycznie lub jednostronnie, najczęściej z prawostronnym nachyleniem mostka. W przeciwieństwie do piersiowej lejkowatej, klatka kurza zazwyczaj nie jest diagnozowana wkrótce po urodzeniu, ale w wieku dojrzewania, gdy wzrost jest przyspieszony. Deformacja może być zauważalna już w 10 roku życia, zazwyczaj w wieku 18 lat u mężczyzn. Stan jest często bezobjawowy, pacjenci leczeni są ze względów estetycznych. Kiedy obecne są objawy, zazwyczaj stanowią tylko wrażliwość w miejscu deformacji. Inne objawy są związane ze zmniejszoną podatnością klatki piersiowej.

Opis przypadku: Pacjent lat 16 z deformacją asymetryczną klatki piersiowej - klatki kurzej, został przyjęty do kliniki w trybie planowym celem torakoplastyki przedniej ściany klatki piersiowej. Przy przyjęciu stan ogólny dobry, nad polami płucnymi obecny szmer pęcherzykowy prawidłowy. Wykonano torakoplastykę przedniej ściany klatki piersiowej. Poprowadzono cięcie poprzeczne ponad łukiem żebrowym. Wypreparowano płat skórno-podskórny w celu odsłonięcia mięśni piersiowych i prostego brzucha. Wyżej wymienione mięśnie wypreparowano odsłaniając chrząstki i żebra. Otwarto obustronnie ochrzęstną chrząstek żebrowych żeber IIIVII. Odcinając uwolniono wyrostek mieczykowaty. Zabezpieczając szpatułą przecięto mostek w poprzek tuż pod ręką. W przecięty mostek wszyto uformowany klin z chrząstki wyrostka mieczykowatego, stabilizując go w pożądanej pozycji, dodatkowo założono szwy niewchłaniające. Zrekonstruowano łóż po usuniętych chrząstkach. Dolną część mostka ustabilizowano płytą przyszytą do żeber. Wykonano rekonstrukcję wcześniej wypreparowanych mięśni. Pozostawiono dreny rurkowe. Po operacji pacjent był oddechowo i krążeniowo wydolny, skarżył się na ból 5/10 nasilający się przy oddychaniu wymagał leczenia przeciwbólowego. Wykonano kontrolne RTG, uwidaczniające rozedmę tkanek miękkich klatki piersiowej po stronie prawej. Zalecono unikanie wysiłku fizycznego przez 180 dni. Zdjęto szwy skórne, rana wygojona prawidłowo. Pacjent nie zgłaszał żadnych dolegliwości.

Wnioski: Kurza klatka jest wadą, która głównie może być leczona nieoperacyjnie jednakże w zależności od stopnia zaawansowania może zostać podjęta decyzja o wykonaniu operacji. Wyniki leczenia operacyjnego są satysfakcjonujące, a ryzyko powikłań lub nawrotów niskie. W przypadku naszego pacjenta z sukcesem przeprowadzono korekcję wady klatki piersiowej, z dobrym efektem kosmetycznym.

Imię i nazwisko osoby prezentującej: Aleksandra Wochna

Adres email osoby prezentującej: ola.wochna@gmail.com

Laseroterapia jako skuteczna metoda leczenia torbieli pilonidalnej

Aleksandra Wochna¹

Opiekun: dr n. med. Tomasz Janowicz²

¹ *Studenckie Koło Naukowe przy Oddziale Klinicznym Chirurgii i Urologii Dziecięcej, Wydział Lekarski, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie*

² *Kliniczny Oddział Chirurgii i Urologii Dziecięcej z Ośrodkiem Leczenia Zmian Naczyniowych w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym w Olsztynie*

Wstęp: Torbiel pilonidana jest przewlekłym procesem zapalnym, który rozwija się w wyniku powiększenia i zakażenia mieszków włosowych w okolicy krzyżowo-guzicznej. Zatoka pilonidalna występuje ponad 2-krotnie częściej u mężczyzn niż u kobiet, zwykle pomiędzy 15, a 30 rokiem życia. Do czynników ryzyka zalicza się głęboką bruzdę pośladkową, otyłość, siedzący tryb życia, urazy i podrażnienia oraz niewłaściwą higienę. W postaci ostrej przyjmuje postać ropnia, a w przewlekłej przerywanego wycieku z zatoki. Leczenia opiera się głównie o różne techniki operacyjne, a wybranych przypadkach możliwe jest leczenie zachowawcze. Jedną z najnowszych, jest laserowa ablacja torbieli.

Opis przypadku: Pacjent 16-letni został przyjęty do Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego w Olsztynie do Oddziału Klinicznego Chirurgii i Urologii Dziecięcej w celu leczenia operacyjnego zatoki pilonidalnej. Przed zabiegiem wykonano USG gdzie rozległość torbieli została oceniona na 12x3 cm. Pacjenta zakwalifikowano do zabiegu w znieczuleniu ogólnym wykonanym przy użyciu lasera radialnego. Wyłóżczkowano łożę torbieli usuwając znaczną ilość włosów oraz ziarniny. Światłowód wprowadzono kolejno przez wszystkie 7 przetok i wykonano ablację całej dostępnej łoży. Dodatkowo została przeprowadzona epilacja włosów tej okolicy. Przebieg pozabiegowy był niepowikłany, pacjenta wypisano w stanie dobrym do domu. Rana zagoiła się bez powikłań, jedynymi dolegliwościami było skąpe, typowe sączenie z rany trwające trzy tygodnie po zabiegu. Okres obserwacji wynosi trzy miesiące, nie obserwuje się nawrotu, chłopiec nie ma dolegliwości, kontynuowana jest profilaktyczna epilacja włosów.

Wnioski: Planując leczenie torbieli pilonidalnej warto rozważyć mniej inwazyjną metodę jaką jest ablacja laserowa. Charakteryzuje się ona krótszym czasem gojenia, mniejszymi dolegliwościami bólowymi oraz lepszym efektem kosmetycznym w porównaniu do leczenia operacyjnego polegającego na wycięciu zmiany.

Imię i nazwisko osoby prezentującej: Anna Wysocka

Adres email osoby prezentującej: wysockaanna12@gmail.com

Nawrotowe epizody wymiotów po urazie brzucha – opis przypadku

Anna Wysocka¹, Wiktoria Butkiewicz¹, Julia Gatniejewska¹,

Opiekun: lek. Kacper KroczeK, dr n. med. Przemysław Gałązka

¹Studenckie Koło Naukowe Chirurgii Dziecięcej przy Oddziale Klinicznym Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży, Katedra Pediatrii, Hematologii i Onkologii, Wydział Lekarski, Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy

Wstęp: Urazy jamy brzusznej stanowią 10-15% wszystkich urazów u hospitalizowanych dzieci. Objawy takie jak ból brzucha, wymioty, nudności są niespecyficzne. Szczegółowa analiza przebiegu klinicznego oraz odpowiednia diagnostyka obrazowa pozwalają na wczesne postawienie rozpoznania, co wpływa na zmniejszenie ryzyka występowania powikłań wczesnych i późnych. Przedstawiamy przypadek pacjentki z pourazowym krwakiem dwunastnicy.

Opis przypadku: 16-letnia pacjentka została przyjęta do Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy z powodu urazu nadbrzusza wtórnie do upadku z uderzeniem brzuchem o krawędź krzesła. Godzinę po urazie wystąpił silny ból brzucha i uporczywe wymioty bez poprawy po lekach przeciwwymiotnych. W 1. dobie hospitalizacji w badaniach laboratoryjnych, RTG i USG jamy brzusznej nie stwierdzono nieprawidłowości. Z uwagi na pogorszenie stanu pacjentki wykonano ponownie USG uwidaczniając krwaka dwunastnicy. Rozpoznanie potwierdzono w TK jamy brzusznej z kontrastem - krwakiem śródściennym zamykającym światło dwunastnicy. Włączono żywienie pozajelitowe i antybiotykoterapię. W 7. dobie stan pacjentki się poprawił, dolegliwości bólowe zmniejszyły się, obserwowano zmniejszenie krwaka. Kontynuowano dotychczasowe leczenie i zalecono pojenie małymi łykami. W 8. dniu żywienie parenteralne zredukowano, wprowadzono dietę półpłynną. W 11. dobie wypisano pacjentkę do domu w stanie ogólnym dobrym, bez dolegliwości, z dobrą tolerancją diety doustnej. Obserwacja pohospitalizacyjna trwa 9 miesięcy, nie stwierdzono niepokojących objawów oraz powikłań.

Wnioski: Krwaki śródścienne dwunastnicy są rzadkie u dzieci, w ponad 70% przypadków związane są z urazem. Dwunastnica jest podatna na uszkodzenia w tępych urazach brzucha, z powodu jej zaotrzewnowego położenia, braku krezki oraz umiejscowienia blisko kręgosłupa. Zwykle występuje ból brzucha i objawy niedrożności jelit, mogące pojawiać się kilka dni po urazie, w wyniku zamknięcia światła dwunastnicy na skutek postępującego krwawienia śródściennego z bogatego unaczynienia podśluzówkowego. Diagnostyka krwaka dwunastnicy jest często opóźniona, ponieważ pacjent może nie prezentować pełnych objawów dopóki krwaki nie spowoduje całkowitej niedrożności światła dwunastnicy. Pomocne we wczesnym rozpoznaniu okazuje się USG point-of-care. Rekomendowanym sposobem leczenia jest leczenie zachowawcze, w przypadku wystąpienia powikłań - operacyjne. W opisanym przypadku przedstawiono przebieg krwaka dwunastnicy w wyniku urazu. W przypadku urazu jamy brzusznej konieczność wykonywania kontrolnych badań obrazowych jest niezbędna do prawidłowej diagnostyki i leczenia pacjenta pediatrycznego.

Imię i nazwisko osoby prezentującej: Barbara Filipiak
Adres email osoby prezentującej: basia0098.bf@gmail.com

Operacyjne leczenie złamania prącia u siedemnastolatka

Barbara Filipiak¹, Agnieszka Mucha¹

Opiekun: dr hab. n. med. Marcin Polok, prof. UZ

¹ *Studenckie Koło Naukowe Chirurgii i Urologii Dziecięcej, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu ,
Uniwersytet Zielonogórski*

Wstęp: Urazy narządów płciowych u dzieci występują rzadko. Mogą być wynikiem wypadków sportowych, komunikacyjnych, nieostrożnych czynności seksualnych, a także wykorzystywania seksualnego. Złamanie prącia polega na urazowym pęknięciu osłonki białawej, które występuje w trakcie wzwodu prącia. Uraz może doprowadzić do trwałego upośledzenia funkcji seksualnych. Leczenie polega na operacyjnym zszyciu osłonki białawej. Wyniki leczenia są uzależnione od wielu czynników. Do najważniejszych należy czas od urazu do zabiegu operacyjnego, miejsce pęknięcia osłonki białawej, uszkodzenie innych struktur prącia.

Opis przypadku: Siedemnastoletni pacjent zgłosił się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z powodu nagłego bólu a następnie obrzęku prącia. W niejasnym wywiadzie zabranym od pacjenta i rodzica pacjent podawał pojawienie się bólu w trakcie obrotu na łóżku w trakcie półwzwodu. W badaniu fizykalnym wykazano dużego krwiaka i obrzęk prącia, moszny oraz skrzywienie prącia. W wykonanym badaniu USG uwidoczniło przerwaną ciągłość osłonki białawej u podstawy prącia oraz rozległego krwiaka. Mikcje były swobodne, nie stwierdzono krwimoczu. W znieczuleniu ogólnym wykonano zabieg operacyjny. Z dostępu u podstawy prącia zrewidowano prącie, wypłukano krwiaka, zeszyto osłonkę białawą niewchłaniającymi szwami polifilamentowymi. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. W kontroli pooperacyjnej w poradni przyklinicznej rana goiła się prawidłowo. Pacjent potwierdzał obecność prawidłowych erekcji. Nie obserwowano powikłań.

Wnioski: Diagnostyka złamania prącia może być utrudniona ze względu na często niejasny obraz kliniczny. Dobrym narzędziem diagnostycznym jest badanie USG wykonane przez doświadczonego radiologa. Dzięki szybkiemu podjęciu leczenia operacyjnego z minimalnego dostępu osiągnięto bardzo dobre efekty leczenia.

Imię i nazwisko osoby prezentującej: Weronika Lebda

Adres email osoby prezentującej: lebda.weronika@gmail.com

Leczenie nawracającej odmy u 17- letniego chłopca

Weronika Lebda¹

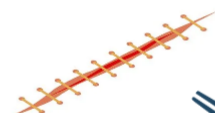
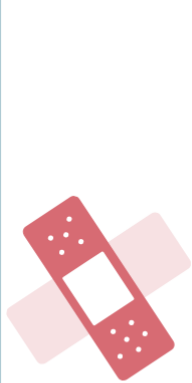
Opiekun: dr n. med. Michał Puliński

¹Studenckie Koło Naukowe Chirurgii Dziecięcej przy klinice Chirurgii Dziecięcej WSSD, Wydział Lekarski, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Wstęp: Odma opłucnowa to obecność powietrza w jamie opłucnej. Ze względu na przyczynę dostania się powietrza do jamy opłucnej wyróżniamy odmę samoistną, pourazową i jatrogenną. Liczba samoistnych odm opłucnowych rośnie na przestrzeni lat. Obecnie częstość występowania szacuje się na 3/100000 przypadków, a w grupie ryzyka znajdują się mężczyźni o budowie astenicznej w wieku 13-22 lat. Najczęściej prezentowane objawy obejmują duszność, ból w klatce piersiowej oraz kaszel.

Opis przypadku: Celem pracy jest przedstawienie metod leczenia nawrotów odmy. Pacjent zgłosił się do szpitala z powodu bólu o charakterze klucia w lewej połowie klatki piersiowej. Badanie RTG ukazało odmę opłucnową lewostronną - grubość płaszcza odmy wynosiła około 5 cm. Pacjenta zakwalifikowano do torakoskopowego usunięcia odmy. Podczas zabiegu stwierdzono dwie torbiele podopłucnowe o średnicy 1 cm, położone na szczycie płata górnego lewego, a w opłucnej niewielką ilość treści ropnej, którą odessano. Wycięto torbiele, rozprężono płuco i założono drenaż opadowy utrzymany przez 2 kolejne doby. W 3 dobie wykonano kontrolne RTG, które wykazało śladową lewostronną odmę opłucnową o szerokości 5mm. Tego samego dnia pacjenta wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym. Po 5 dniach chłopiec zgłosił się ponownie z dolegliwościami bólowymi okolicy grzbietu po stronie lewej. Badanie RTG ukazało lewostronną odmę opłucnową. Leczone zachowawczo poprzez założenie drenażu ssącego i zastosowano antybiotykoterapię. Drenaż został usunięty w 8 dobie leczenia. Po 11 dniach hospitalizacji pacjent wypisany w stanie ogólnym dobrym. W kontrolnym USG resztkowa lewostronna odma opłucnowa w okolicy szczytu płuca. Tego samego dnia pacjent zgłosił się po raz trzeci z bólem lewej części klatki piersiowej. W badaniu RTG znaleziono niewielką odmę, która pozostawiono do samoistnego leczenia. Po obserwacji chłopca i braku progresji odmy został wypisany. Pacjent został skierowany do Poradni Chorób Płuc w celu dalszego leczenia. Po miesiącu w kontrolnym badaniu RTG stwierdzono lewostronną odmę opłucnową o szerokości do 4 mm. Odma nie powodowała przesunięcia struktur śródpiersia na stronę przeciwną. Pacjent został pod obserwacją Poradni.

Wnioski: Nawroty odmy samoistnej opłucnowej są częstym zjawiskiem. Z tego względu pacjenci wymagają dokładnej obserwacji po zastosowaniu leczenia pierwotnego oraz szczególnej uwagi. Odmę można leczyć zachowawczo, poprzez nakłucie i aspirację powietrza lub drenaż jamy opłucnowej, a także operacyjnie metodą torakotomii lub torakoskopii.



PATRONAT HONOROWY



MARSZAŁEK WOJEWÓDZTWA WARMIŃSKO-MAZURSKIEGO
GUSTAW MAREK BRZEZIN

PATRONAT



REKTOR UNIWERSYTETU
WARMIŃSKO-MAZURSKIEGO W OLSZTYNIE
DR HAB. JERZY PRZYBOROWSKI, PROF. UWM



PARTNERZY

B|BRAUN
SHARING EXPERTISE

LAPARO
Medical Simulators

STORZ
KARL STORZ — ENDOSKOPE

 **SKINPAD.PRO**

MEDtube

 **DOCTOR QUEEN**

 **ConvaTec**

PULS Medycyny
pulsmedycyny.pl

SYLVECO
silva · natura · ecologia



LEPOLEK

edra
URBAN & PARTNER

DRESS UP!



więcej niż LEK

DRAMIŃSKI
ultrasonografy

medycyna **praktyczna**

