



SBORNÍK PŘEDNÁŠEK

V. SETKÁNÍ ČESKÝCH A SLOVENSKÝCH CHIRURGŮ NA MORAVĚ

17. - 18. KVĚTNA 2001
NOVÉ MĚSTO NA MORAVĚ
SKALSKÝ DVŮR

Je mojí povinností poděkovat všem svým kolegům, spolupracovníkům a přátelům, kteří nezištně pomohli při organizaci "V. setkání českých a slovenských chirurgů na Moravě".

Zvláštní dík patří hlavnímu sponzorovi, institucím a podnikům z našeho regionu a všem vystavujícím firmám, které svými výrobními novinkami spoluurčují další vývoj v oboru chirurgie, bez této příkladné spolupráce by bylo nemožné odbornou akci daného rozsahu a významu realizovat.

Prim. MUDr. Jiří Šustáček



8,30 - 9,00 hod.

Slavnostní zahájení - sál "A"

Vzpomínka na prof. MUDr. Jána Černého, DrSc.

Sekce A: Koordinátor: Prim. MUDr. Jiří Šustáček

9,00 - 10,30 hod.

I. část odborného programu

Předsednictvo:

J. Bedrna, P. Kothaj, J. Krejsta, P. Matis

1. Kasalický M., Fried M., Melechovský D.:

(I. chirurgická klinika VFN a 1. LF UK, Praha)

AESOP 3000 - robotika v chirurgii: roční zkušenosti

2. Kothaj P., Kočajda J., Šinkovič L.:

(Chirurgická klinika SPAM, NsP F.D.Roosevelta, Banská Bystrica)

Resekcie pečene - rozhodující momenty operácie

3. Bedrna J., Reichrt S., Vižďa J.:

(Chirurgická klinika FN, Hradec Králové)

Chirurgická léčba endokrinně aktivních nádorů pankreatu

4. Prochotský A., Okoličány R., Pindák D., Daniel I.:

(II. chirurgická klinika LFUK, NsP sv. Cyrila a Metoda, Bratislava)

Využití laparoskopie v léčbě obrovské cysty pečene

5. Vomela J., Novotný F., Horálek F., Benda P.:

(Chirurgická klinika FN, Brno-Bohunice)

Extrahepatický cholestatický syndrom - interdisciplinární léčebný problém

6. Hanzel, Hornák, Mokřý, Reháček:

(Chirurgické odd. NsP, Zlaté Moravce)

Cholecystectomy po cholecystectomy?

7. Novotný F., Válek V., Horálek F.:

(Chirurgická klinika, Radiologická klinika FN Brno-Bohunice)

Spolupráce chirurga a intervenčního radiologa v diagnostice a léčbě cholestázy

10,30 - 10,40 hod. - **přestávka**

10,40 - 12,10 hod.

II. část odborného programu

Předsednictvo:

J. Bartko, P. Jandík, K. Křikava, J. Wechsler

8. Jaroš E., Přiborský J.:

(Chirurgická klinika FN Hradec Králové)

Retrosternální struma a komplikace po strumektomiích

20. Brychta I., Schnorrer M., Dropčo I.:
(Chirurgická klinika SPAM, Bratislava)
Primárny karcinóm dvanástorníka
21. Michek J.:
(Úrazová nemocnice, Brno)
Rekonstrukce hepatocholedochu při jeho poranění
22. Panuška D., Ježík J. st.:
(Chirurgické oddelenie NsP, Zvolen)
Gangréna duodena po tupom poranení brucha u týraného dieťaťa
23. Macků L., Michek J., Kubačák J.:
(Úrazová nemocnice, Brno)
Poranění duodena
24. Okoličány R., Prochotský A., Příbelský M., Pindák D.:
(II. chirurgická klinika LFUK, NsP sv. Cyrila a Metoda, Bratislava)
Nepoznaná perforácia duodena při laparoskopické cholecystektomii
25. Gatěk J., Duben J., Dudešek B.:
(Chirurgické oddělení Nemocnice ATLAS, a.s. Zlín)
Symptomatické duodenální divertikly

16,15 hod.

- odjezd do Doubravníku

17,00 - 18,30 hod.

- kulturní program

20,00 hod.

- společenský program



AUTOR: Kothaj P., Kočajda J., Šinkovič L.

NÁZEV: Resekcie pečene - rozhodujúce momenty operácie

PRACOVISŤE: Chirurgická klinika SPAM, NsP F.D. Roosevelta, Banská Bystrica, SR

PŘEDNOSTA: Doc. MUDr. Peter Kothaj, CSc.

ANOTACE:

Cieľ práce:

Poukázal na nečakané situácie v priebehu štandardných operácií na pečeni, ktoré môžu zásadne ovplyvniť výsledok resekcčných výkonov na pečeni.

Materiál:

Na Chirurgickej klinike SPAM v Banskej Bystrici bolo v období 1991-2000 vykonaných 48 anatomických resekcí pečene. Z nich bolo 22 segmentektómií resp. bisegmentektómií a 28 hemihepatektómií (z toho 4 rozšírené). Sledovali sme straty krvi a výskyt komplikácií v závislosti od peroperačných problémov modifikujúcich štandardný operačný postup. Medzi komplikácie sme počítali hemoperitoneum, biliárnu peritonitídu, stenózu žľazových ciest, šok s rozvojom ARDS.

Výsledky:

U bezproblémových hemihepatektómií (19) robených bez harmonického skalpela boli straty krvi 900 ml a výskyt komplikácií 13 % u s harmonickým skalpelom 600 ml a 7 %. V prípade poranenia vetiev vena portae (3x) boli straty krvi +500 ml a komplikácie 33 %. V prípade poranenia pečeneových žíl pri vyústení do vena cava (2x) boli straty krvi +1000 ml a komplikácie 50 %, (z toho 1 exitus). v prípade poranenia intrahepatálneho priebehu pečeneových žíl (5x) boli straty krvi +800 ml a komplikácie 33 %. pri poranení žľazových ciest v oblasti sútoku hepatikov (3x) boli straty krvi + 0 ml a komplikácie 33 %.

Záver:

Najzávažnejšou peroperačnou príhodou s najväčším výskytom život ohrozujúcich komplikácií sa javí poranenie pečeneových žíl pri ich výstení do dolnej dutej žily.

Práca dokumentuje spôsoby ako tomuto poraneniu predchádzať.

AUTOR: Prochotský A., Okoličány R., Pindák D., Daniel I.

NÁZEV: Využitie laparoskopie v liečbe obrovskej cysty pečene

PRACOVISŤ: II. chirurgická klinika LF UK, NsP sv. Cyrila a Metoda, Bratislava

PŘEDNOSTA: Doc. MUDr. J. Pechan, CSc.

ANOTACE: Nonparazitárne cysty pečene sú vo všeobecnosti benígnym ochorením pečene. Najčastejšie sa vyskytujú v pravom laloku pečene a väčšina z nich je kongenitálneho pôvodu.

Cysty pečene sa vyskytujú 4-krát častejšie u žien ako u mužov. Metódou voľby v terapii veľkých cýst pečene, ktoré nemajú komunikáciu so žlčových stromom pečene, je chirurgická excízia.

Autori vo svojej video prezentácii predkladajú kazuistiku 55-ročnej pacientky s obrovskou cystou pečene v oblasti V/VI. Segmentu s CCR rozmerom pri C,T vyšetrení 170 mm.

Autori cystu vyriešili využitím minimálne invazívnej chirurgie laparoskopickou cystektómiou.

AUTOR: Hanzel, Hornák, Mokřý, Reháček

NÁZEV: Cholecystectomy po cholecystectomy?

PRACOVIŠTĚ: Chirurgické oddělení NsP Zlaté Moravce

PŘEDNOSTA: MUDr. J. Hanzel

ANOTACE: Prezentujeme kazuistiku pacientky, ktorá je 12 rokov po CHE. Preznámky obštrukčného ikteru prijatá na chirur. oddelenie ERCP z technických príčin nebolo možné previesť. Na sono vyš. verifikovaný cystický útvar veľkosti asi 5 cm, nasadajúci na d. choledochus.

Na CT vyšetrení verifik. cystoid súvisiaci s d. choledochus. Peroperačne nachádzame cholecystu s tenkým d. cystikus. P.o. cholangiografia bez zn. prekážky. Histolog. verifikovaná stena cholecysty.

Autor bol i při prvej operácii, pri ktorej bola skutočne cholecystectomy prevedená.

AUTOR: Jaroš E., Příborský J.

NÁZEV: Retrosternální struma a komplikace po strumektomiích

PRACOVÍŠTĚ: Chirurgická klinika v Hradci Králové

PŘEDNOSTA: Prof. MUDr. Zbyněk Vobořil, Dr.Sc.

ANOTACE: Diagnostika a taktika chirurgické léčby retrosternální strumy.
Komplikace po strumektomiích v 5-ti letém klinickém materiálu.

AUTOR:	Jandík P., Dršata J., Mergancová J., Gayer J., Ryška A.
NÁZEV:	Papilon prsní bradavky matky a postižení novorozence papilomatózou dutiny ústní a laryngu
PRACOVISTĚ:	Chirurgická klinika FN Hradec Králové, ORL klinika FN Hradec Králové, Dětská klinika FN Hradec Králové
PŘEDNOSTA:	Prof. MUDr. Zbyněk Vobořil, DrSc.

ANOTACE: Autoři popisují zcela raritní komplikaci benigního útvaru bradavky prsu u matky z těžkými konsekvencemi pro život dítěte. Je uvedena kasuistika postižení matky a jejich dvou dcer nádorem stejného druhu.

AUTOR: Wechsler J., Čapov V., Chalupník Š.

NÁZEV: Nitrobřišní neurogenní blastom - aktivizace chirurgické léčby

PRACOVISTĚ: I. chirurgická klinika FN u sv. Anny, Brno

PŘEDNOSTA:

ANOTACE: Anotace nepředána.

AUTOR: Hunák I., Andel J., Hýžďal V., Duša J.

NÁZEV: Neobvyklý tumor retroperitonea - kazuistika

PRACOVISTĚ: Chirurgické oddělení, Baťova nemocnice, Zlín

PŘEDNOSTA:

ANOTACE: Kazuistika pojednává o neobvyklém tumoru retroperitonea (liposarkom) svou velikostí a charakterem. Práce je dokumentována peroperačními záběry.

AUTOR: Bober J.,Sabo-Nacko J., Valko M., Kaľuchová J., Múdry M.

NÁZEV: Nádory duodena ako zdroj krvácania do GITu

PRACOVISŤE: I. chirurgická klinika FNŠP a LF UPJS Košice

PŘEDNOSTA: Prof. MUDr. Juraj Bober, CSc.

ANOTACE: Autori v príspevku podávajú informáciu o svojich skúsenostiach s liečbou nádorov duodena. V rokoch 1991 - 2000 na I. chirurgickej klinike bolo diagnostikovaných a operovaných 22 chorých s nádorom duodena. Z nich u 12 pacientov išlo o nádory v tesnej blízkosti Vaterskej papily (u 5 išlo o benigne adenómy riešené excíziou a plastikou, u 7 chorých išlo o adenokarcinomy riešené duodenohepatektómiou). U ostatnom duodene (mimo oblasť Vaterskej papily) sme diagnostikovali nádory u 10 operovaných. Z nich bol 3x leiomyom, 4x leiomyosarkom, 1x malígny lymfom, 1x fibromatóza duodena a 1x MTS Grawitzovho nádoru (23 rokov po nefrektómii pre Grawitzov nádor). Leiomyomy ako aj leiomyosarkómy sa vždy prejavili masívnym krvácaním a vyžiadali si urgentný chirurgický výkon.

AUTOR: Chmátal P., Závada F., Lednický L., Zavoral M.

NÁZEV: Segmentální resekce duodena pro primární adenokarcinom

PRACOVISTĚ: Chirurgické oddělení Ústřední vojenské nemocnice v Praze

PŘEDNOSTA: MUDr. L. Lednický

ANOTACE: Autoři referují řídký případ primárního adenokarcinomu distálního dvanáctníku. Radikálnímu řešení předcházelo delší diagnostické tápání, správný závěr nepřinesla ani první chirurgická revise. Příčina opožděného řešení tkví nepochybně v raritnosti diagnosy i v nepříznivé lokalizaci nádoru. Diagnostickým přínosem bylo provedení enteroskopie. Tumor byl při druhé operaci řešen segmentální resekcí dvanáctníku s duodenojejunální anastomosou v oblasti D2. Tento výkon je užíván zřídka, avšak literární údaje dokumentují jeho dostatečnou radikalitu i nízký počet komplikací.

AUTOR: Ivan Brychta, Milan Schnorrer, Ivor Dropčo

NÁZEV: Primárny karcinóm dvanástorníka

PRACOVISŤE: Chirurgická klinika SPAM, Limbová 5, 833 05 Bratislava, Slovensko

PŘEDNOSTA: Prof. MUDr. Svetozár Haruštiak, CSc.

ANOTACE: Autori referujú o troch pacientoch operovaných pre veľmi vzácny primárny karcinóm duodéna (PKD). U všetkých uskutočnili segmentálnu resekciu duodena s následnou rekonštrukciou pasáže dudoeno-jejuno-stómiou. Jedna pacientka , 76 ročná, exitovala 14 dní po operácii na kardiálne zlyhanie, dvaja pacienti prežívajú bez ťažkostí 11 rokov. Obidvaja absolvovali pooperačnú chemoterapiu.

Kľúčové slová : karcinóm dvanástorníka, resekcia dvanástorníka

AUTOR: Panuška D. , Ježík J. st.

NÁZEV: Gangréna duodena po tupom poranení brucha u týraného dieťaťa

PRACOVISŤE: Chirurgické oddelenie NsP Zvolen

PŘEDNOSTA: Prim. Ježík J.st.

ANOTACE: Poranenia duodena pri tupých úrazoch brucha sú dobre známe svojimi záluďnosťami v klinickom obraze, diagnostike ako aj samotnej chirurgickej liečbe.

Kazuistikou 4,5 ročného týraného dieťaťa s gangrenou duodena po tupom úraze brucha chceme pripomenúť problematické aspekty týchto poranení.

Dieťa so zavádzajúcou anamnézou, bez zmeny o prípadnom úraze, s pridruženou ťažkou bronchopneumoniou, bolo operované na 5.deň po prijatí do zdravotníckeho zariadenia /pôvodne na dets.odd./, po 3.konziliárnom vyšetrení chirurgom. Peroperačne hemoperitoneum, nekompletná ruptura steny duodena a ischémia s gangrenou časti DII, celého DIII a časti orálneho jejuna. Bola vykonaná resekcia gangrenozného úseku s duodeno-jejunoanastomozou "end to side" antekolicky. Pooperačný priebeh napriek ťažkému abdominálnemu nálezu, rozsiahlemu OP zákroku ako aj pridruženej ťažkej bronchopneumonii, prakticky bez komplikácií.

V súčasnosti 1,5 roku po OP dieťa bez akýchkoľvek ťažkostí, dobre prosperuje, je umiestnené v detskom domove.

AUTOR: Okoličány R., Prochotský A., Príbelský M., Pindák, D.

NÁZEV: Nepoznaná perforácia duodene pri laparoskopickej cholecystektomii

PRACOVISŤE: I. Chir.klin. LFUK, NsP sv. Cyrila a Metoda, Bratislava - Petržalka

PŘEDNOSTA: Doc. MUDr. J. Pechan, CSc.

ANOTACE: Perforácia duodena pri laparoskopických cholecystektómiách je zriedkavou ale závažnou komplikáciou, ktorej rozpoznanie a vyriešenie pri primárnej operácii je samozrejmosťou. Nepoznanie perforácie v rámci L-CHE vedie k vzrastu morbidity a neraz i ohrozeniu pacienta na živote. Táto komplikácia sa praví v prvých pooperačných dňoch, nie je to však pravidlom ako dokazuje naša prezentácia.

Autori referujú o nepoznanej perforácii duodena pri L-CHE, ktorá sa prejavila 3 mesiace trvajúcou intermitantnou sekréciou postupne z jednotlivých portov a 4 mesiace po OP vyústila do akútnej pylorostenózy. Autori zároveň referujú o spôsobe jej chirurgického vyriešenia, a tiež možnostiach skorej diagnostiky tejto komplikácie.

Odborný program - 17. května 2001

8,30 - 9,00 hod.

Slavnostní zahájení - sál "A"

Vzpomínka na prof. MUDr. Jána Černého, DrSc.

Sekce B: Koordinátor: MUDr. Dobroslav Novák

9,00 - 10,10 hod.

I. část odborného programu

Předsednictvo:

J. Krajničák, L. Pleva, P. Zelníček

26. Pleva L., Mayzlík J., Kopáček I.:

(Traumatologické centrum FNŠP, Ostrava)

Elastická osteosyntéza Marcheti-Vicenzi hřebem

27. Pešl T., Havránek P., Rára A.:

(Centrum dětské traumatologie při oddělení dětské chir. Fak. Thomayerova nemocnice, Praha-Krč)

Nitrodrěňová osteosyntéza u dětí - ESIN - v typických a atypických indikacích

28. Mašek M., Diviš P., Chalupník Š., Mach P.:

(I. chirurgická klinika LF MU, Brno)

Nitrodrěňová fixace zlomenin pažní kosti

29. Braunsteiner T., Vajcziková S., Šimko P.:

(Klinika úrazovej chirurgie, FNŠP akad. L. Détera, Bratislava)

Klinice BT: Nový systém intramedulárných implantátov predlaktia

10,10 - 10,20 hod. - **přestávka**

10,20 - 11,35 hod.

II. část odborného programu

Předsednictvo:

J. Drápela, P. Kopačka, P. Šimko

30. Sedlák P.:

(Chirurgické oddělení, Most)

Proximální femorální hřeb - indikace, výhody, komplikace

31. Chrostek M., Hájek A., Jurenka D.:

(Chirurg.-traumatologické odd. Nemocnice Frýdek-Místek)

Naše zkušenosti s použitím rekonstrukčního hřebu

32. Krajničák J., Dečo Š., Kovář P., Šašala M.:

(VSŽ Nemocnice a.s., chirurgické oddelenie, Košice)

Komplikácie po osteosyntéze Enderovými prútni

42. Zeman M., Kormanová K.:
(I. chirurgická klinika 1. LF UK a VFN, Praha)
Osteosyntesa křížové kosti-kazuistika
43. Richter V., Malý T., Šír M., Zonča P., Hrdlička R.:
(Chirurgická klinika, Traumatologické centrum, Dětská ARK FNŠP, Ostrava)
Dětská šikana příčinou závažného polytraumatu
44. Matejíček V.:
(Neurochirurgická klinika LFUK, Bratislava)
Výsledky chirurgického liečenia periférnych nervov dolných končatín
45. Čapov I., Wechsler J., Sas I., Jedlička V., Pavlík M.,
Chalupník Š., Hudečková A.:
(Chirurgická klinika, Anesteziologicko-resuscitační klinika, Klinika ORL a chirurgie hlavy
a krku, FN u svaté Anny, Brno)
Postintubační ruptura průdušnice a možnosti její léčby
46. Habal P., Šimek J., Štětina M., Bělobrádek Z.:
(Kardiochirurgická klinika FN, Chirurgická klinika FN, Hradec Králové)
Je traumatická ruptura bránice stále diagnostickým problémem?

16,10 hod. - odjezd do Doubravníku

17,00 - 18,30 hod. - kulturní program

20,00 hod. - společenský program

HLAVNÍ SPONZOR AKCE



AUTOR:	T. Pešl, P. Havránek, A. Rára
NÁZEV:	Nitrodřeňová osteosyntéza u dětí - ESIN - v typických a atypických indikacích
PRACOVÍŠTĚ:	Centrum dětské traumatologie při oddělení dětské chirurgie Fak. Thomayerova nemocnice, Praha
PŘEDNOSTA:	Doc. MUDr. Petr Harvánek, CSc.
ANOTACE:	Elastické stabilní nitrodřeňová hřebování dlouhých kostí u dětí je známé již od 80. let minulého století. Velmi rozšířené je jeho užití při stabilizaci diafyzárních zlomenin dlouhých kostí; femur, humerus, tibia i kosti předloktí. Na našem pracovišti jsme použili tuto metodu ke stabilizaci zlomenin i v jiných lokalizacích, pro esin netypických: proximální konec humeru, distální konec humeru, proximální i distální konce tibia, proximální konec radia a krátké kosti skeletu ruky i nohy. Paradoxně právě v těchto lokalizacích se tato metoda stala postupně suverénním způsobem ošetření skeletálního poranění - v dětském věku. Na klinickém souboru autoři ukazují širokospektrost užití metody ESIN v dětské skeletální traumatologii, ale poukazují i na hranice jejího užití.

AUTOR:	T. Braunsteiner, S. Vajcziková, P. Šimko
NÁZEV:	Klince BT: Nový systém intramedulárných implantátov predlaktia.
PRACOVISŤE:	Klinika úrazovej chirurgie SPAM, DFNSP akad. Dérera, Bratislava
PŘEDNOSTA:	Prof. MUDr. Jiří Látal, CSc.
ANOTACE:	Cieľ: Predstaviť nový komplexný systém intramedulárných implantátov pre predlaktie použitelných na liečbu čerstvých poranení a riešenie poúrazových komplikácií. Problematika: Intramedulárna osteosyntéza je z biomechanického hľadiska najoptimálnejším riešením pre liečbu zlomenín dlhých rúrovitých kostí. Zatiaľ sa nevyvinuli implantáty, ktoré by splňali všetky požiadavky pre oblasť predlaktia. Na základe skúseností s liečbou zlomenín predlaktia intramedulárne zavedenými Kirschnerovými drôťmi sme vyvinuli systém intramedulárných implantátov do oboch kostí predlaktia. Materiál a metodika: Klinec BTU pre ulnu je proximálne zaistiteľný na 4 miestach, distálne je vytvarovaný tak, aby bol rotačne stabilný. Klinec BRT pre rádius je 5 krát ohnutý a svojimi ohybmi zapadá do prirodzených tvarov kostí, čím sa sám zaistí a napomáha repozícií. Ďalej sa klincom BTR dá splniť Böhlerovu požiadavku pri konzervatívnej liečbe predlaktia: správnu rotáciu - orientáciu - kostí predlaktia. Výsledky: Celkovo sme ošetrili 21 pacientov s poškodením predlaktia z rôznych indikácií: čerstvé zlomeniny, refraktúry po dlahovaní, riešenie pakuľbov. Vo všetkých prípadoch došlo k zhojeniu. Komplikácie sme nepozorovali. Záver: Nový systém implantátov je plnohodnotnou alternatívou dlahovej osteosyntézy predlaktia.

AUTOR: M. Chrostek, A. Hájek, D. Jurenka

NÁZEV: Naše zkušenosti s použitím rekonstrukčního hřebu

PRACOVISTĚ: Chirurg.-traumatologické oddělení Nemocnice Frýdek-Místek

PŘEDNOSTA: Prim. MUDr. Zdeněk Závěšický

ANOTACE: Prezentace zkušeností s hřebováním proximálních zlomenin stehenní kosti.

AUTOR: Filipinský J., Nestrojil P.

NÁZEV: Nitrodřeňová osteosyntéza složitých zlomenin femoru a jejich komplikace

PRACOVÍŠTĚ: Úrazová nemocnice, Ponávka 6, 662 50 Brno

PŘEDNOSTA: MUDr. Petr Zelníček, CSc.

ANOTACE: Poranění proximálního femoru a okolí není pouze problémem pokročilého věku, stále častěji se vyskytuje i u mladších a mladých jedinců, vystavených velkému násilí.

V souboru pacientů Úrazové nemocnice jsme se zaměřili na optimální způsob osteosyntézy, kterým se jeví aplikace proximálního femorálního hřebu, jeho srovnání s ostatními způsoby řešení, a na možné komplikace.

Ve druhé části pak na kombinaci tohoto typu poranění s poraněním pánve, na diagnostiku, způsob řešení, vzájemné načasování výkonů a opět na možné komplikace a jejich řešení.

AUTOR:	Toufar P., Kopačka P.
NÁZEV:	Intramedulární fixace zlomenin femuru a jejich komplikací - naše zkušenosti
PRACOVÍŠTĚ:	Odd. úrazové a plastické chirurgie nemocnice v Českých Budějovicích
PŘEDNOSTA:	Prim. MUDr. Pavel Kopačka
ANOTACE:	Každoročně narůstá počet autonehod, vysokoenergetických poranění s tím i počet zlomenin femuru. V našem sdělení dáváme přehled našich 5-ti letých zkušeností. Uvádíme příklady jednotl. implantátů a jejich použití v závislosti na typu zlomeniny. V závěru se krátce zmíníme o použití intramedulární fixace při řešení pseudoartros po zlomeninách femuru.

AUTOR: Šír M., Pleva L., Vronský R., Prusenovský P

NÁZEV: Naše zkušenosti s IMSCN hřebem

PRACOVÍŠTĚ: Traumatologické centrum FNsp Ostrava

PŘEDNOSTA: Doc. MUDr. Leopold Pleva, CSc.

ANOTACE: V Traumatologickém centru FN Ostrava jsme do roku 1998 používali k ošetření zlomenin distálního femoru řadu metod, které se od roku 1999 rozšířily o retrogradní hřebování femoru pomocí IMSCN hřebu. Za dva roky jsme tímto způsobem ošetřili 10 pacientů. Popsány indikace k této metodě intramedulární osteosyntézy.

AUTOR: Vesey L., Bánovský B., Šimko P.

NÁZEV: Chirurgická liečba zlomenín distálneho prokolenia zaisteným klincovaním

PRACOVISŤE: Klinika úrazovej chirurgie, FnsP akad. L. Dérera, Bratislava

PŘEDNOSTA: MUDr. Látal J., CSc.

ANOTACE: V prednáške sa zaoberáme zlomeninami distálneho predkolenia až pylonu tibie. Klasifikáciou zlomeniny a hraničnou indikáciou pri liečbe zaisteným klincovaním. Podľa klasifikácie AO indukujeme k zaistenému klincovaniu aj tieto typy zlomenín - B1,3 3,3 a C1,3.

Dietricha a Stedtfelda sú to zlomeniny v zóne 4 a 5. Na tieto zlomeniny používame špeciálne individuálne upravený klinec Fivis, kde v jeho distálnej časti sú otvory na zaistenie v dvoch rovinách.

Na klinike sme ošetrili touto metódou v r. 1992 - 2001 78 pacientov, výsledky liečby sú veľmi dobré a v prednáške ich detailne analyzujeme.

AUTOR: Pokorný V., Zelníček P.

NÁZEV: Traumatologická péče v Brněnském a Jihlavském regionu - zhodnocení dotazníkové akce

PRACOVISTĚ: Úrazová nemocnice, Ponávka 6, 662 50 Brno

PŘEDNOSTA: MUDr. Petr Zelníček, CSc.

ANOTACE: Materiálně technické vybavení, personální obsazení, rozsah poskytované péče a mezinemocniční spolupráce. Co lze kde ošetřit a co je nutno řešit ve spolupráci se specializovaným pracovištěm. Nejčastější pochybení při sekundárních transferech.

Zdánlivě nezáživná čísla a statistické výkaznictví jsou podmínkou pro jednání o ekonomickém zajištění traumatologické péče.

AUTOR: Richter V., Malý T., Šír M., Zonča P., Hrdlička R.

NÁZEV: Dětská šikana příčinou závažného polytraumatu

PRACOVISTĚ: Chirurgická klinika FNŠP Ostrava,
Traumatologické centrum FNŠP Ostrava*, Dětská ARK FNŠP Ostrava**

PŘEDNOSTA: Doc. MUDr. Dostálík, CSc., Doc. MUDr.L. Pleva,CSc.*, MUDr. Jahoda**

ANOTACE: Narůstající četnost traumat je v posledním období nejen u dospělých, ale i u dětí. Stoupá nejen četnost, ale i rozsah a závažnost těchto dětských poranění.

Průměrně je ve FNŠP Ostrava za rok ošetřeno pro úraz 2 350 dětí. Z toho počtu je pro trauma hospitalizováno průměrně 218 dětí. 10% představují polytraumata. Nejčastější příčinou jsou dopravní úrazy. Nejsou však vzácné ani úrazy, které vznikají při potyčkách dětí mezi sebou, nebo dokonce cíleným násilím.

Autoři popisují zkušenosti s ošetřováním 12 letého chlapce, kterého šikana svých vrstevníků vedla k suicidálnímu pokusu, který vyústil v závažné polytrauma.

AUTOR:	I.Čapov, J.Wechsler, I.Sas, V.Jedlička, M.Pavlík, Š.Chalupník, A. Hudečková
NÁZEV:	Postintubační reptura průdušnice a možnosti její léčby
PRACOVISŤE:	I. chirurgická klinika, FN a svaté Anny, Brno; Anesteziologicko-resuscitační klinika, FN u svaté Anny, Brno Klinika; ORL a chirurgie hlavy a krku, FN u svaté Anny, Brno
PŘEDNOSTA:	Prof. MUDr. J. Wechsler, CSc.; Doc. MUDr. P. Ševčík, CSc.; Prof. MUDr. R. Kostřice, CSc.
ANOTACE:	Poranění tracheobronchiálního stromu při intubaci je život ohrožujícím stavem. Z literárních údajů vyplývá, že poranění vzniká častěji při rutinní anestezii pro elektivní chirurgické zákroky než při urgentní intubaci. Z příznaků se objevuje mediastinální emfyzém, tenzní pneumothorax, dyspnoe, retrosternální bolest, asfyxie. Rozvíjí se mediastinitida a seps. Diagnóza je stanovena na základě klinického nálezu, výsledku rtg plic a urgentní fibrobronchoskopie. Ruptury průdušnice jsou obvykle orientovány v podélném směru, různé délky, lokalizovány zejména v pars membranacea. Léčba je v zásadě dvojitá a to chirurgická a konservativní. Absolutní indikací pro chirurgickou úpravu je přítomnost transmurální léze s délkou přesahující 1 cm, způsobující pneumothorax či pneumomediastinum. Operační přístup volíme podle místa poranění. Úprava vyžaduje spoluúčast hrudního chirurga. V kasuistice uvádíme případ 92-leté ženy, která v rámci kardiopulmonální resuscitace po urgentní intubaci utrpěla rupturu membránové části průdušnice v délce 9 cm, končící asi 1 cm nad karinou. Poranění bylo diagnostikováno po přijetí na ARK. Operace byla provedena z pravostranné posterolaterální torakotomie v 5. mezižebří. Sutura rány byla provedena pokračujícím stehem PDS 3/d. Po extubaci nemocná a zhojení torakotomie byla přiložena k doléčení na interní oddělení, odkud po 14 dnech propuštěna do domácího léčení. Bez dechových obtíží žila dalších 13 měsíců.

8,30 - 9,00 hod.

Slavnostní zahájení - sál "A"

Vzpomínka na prof. MUDr. Jána Černého, DrSc.

Sekce C: Koordinátor: MUDr. Roman Dvorský

9,00 - 10,40 hod.

I. část odborného programu

Předsednictvo:

M. Čarvaš, Č. Neoral, Z. Vobořil

47. Vobořil Z., Krajina A., Lojík M., Mergancová J.:

(Chirurgická klinika, Radiodiagnostická klinika FN, Hradec Králové)

Přínos embolizační techniky při vnitřních krváceních

48. Olejník J., Laca Ľ.:

(Chirurgická klinika SPAM FN akad. L. Déreza, Bratislava)

Quo vadis hemostáza v horní části trávicího traktu?

49. Mitták M., Samlík J., Satinský I., Foltys A.:

(Chirurgická klinika FN, Ostrava-Poruba)

Neobvyklá příčina krvácení do trávicí trubice a dutiny břišní

50. Sákra L., Rajman M., Havlíček K., Vyhnálek P.:

(Oddělení všeobecné chirurgie nemocnice, Pardubice)

Operační léčba endoskopicky neošetřitelného krvácení do horní části zažívacího traktu peptické etiologie

51. Příborský J., Jaroš E.:

(Chirurgická klinika FN, Hradec Králové)

Torse sleziny jako neobvyklá příčina náhlé příhody břišní

52. Belák J., Vajó J., Böör A., Benický M., Šimon R.,

Kudláč M., Madár M., Balunová E., Stebnický M.:

(II. chirurgická klinika, Ústav patológie, Klinika rádiodiagnostiky FN L. Pasteura, LF UPJŠ, Košice)

Aktinomykóza tenkého čreva - vzácná příčina náhlejší příhody brušnej

53. Mikolajčík A., Šutiak L., Mištuna D., Šinák I., Janík J.:

(Chirurgická klinika JLF UK a MFN, Martin)

Syndróm ovariálnej hyperstimulácie imitujúci náhlu prírodu brušnú

54. Bízík I., Johanes R., Škvorina M.:

(Chirurgické oddělení, Žilina)

Haemorrhoidectomy Longovou metodou

10,30 - 10,40 hod. - **přestávka**

65. Ondrůšková O., Gregor Z., Podlaha J., Pešák:
(II. chirurgická klinika FN u sv. Anny, Brno)
Možná příčina febrilií u pacientů po cévních rekonstrukcích
66. Bulejčík J., Vinc O., Pevný M.:
(Chirurgické oddělení, Žilina)
Management cévních poranění po TEP
67. Utíkal P., Köcher M., Bachleda P., Buriánková E., Dráč P.,
Kojcký Z.:
(I. chirurgická klinika FN UP, Olomouc)
Role cévního chirurga v EVL AAA
68. Kubíček V.:
(Kardiochirurgická klinika FN, Hradec Králové)
Užití autotransfúze v chirurgii
69. Z. Gregor, B. Horký:
(II. chirurgická klinika FN u sv. Anny, Brno)
Cévní registr České republiky 2000 "Přehled výsledků cévní rekonstrukční chirurgie"

16,15 hod.

- odjezd do Doubravníku

17,00 - 18,30 hod.

- kulturní program

20,00 hod.

- společenský program



AUTOR: J. Olejník, Ľ. Laca

NÁZEV: Quo vadis hemostáza v hornej časti tráviacej rúry

PRACOVISŤE: Chirurgická klinika SPAM FN akad.L.Dérera, Bratislava, SR

PŘEDNOSTA: Prof. MUDr. S. Haruštiak, CSc.

ANOTACE: Cieľ: Gastrointestinálne (GI) krvácanie je strata krvi z GI traktu, ktorá si vyžaduje rýchly diagnostický a liečebný zásah aj pre vážne riziko ohrozenia zdravia a života pacienta. Horné GI krvácanie podľa medzinárodných konvencií je krvácanie z tráviacej rúry orálne od lig. Treitz. K masívnym stratám krvi častejšie dochádza pri hornom GI krvácaní, výraznú prevahu krvácaní z tráviacej rúry tvorí horné GI krvácanie, pričom viac ako polovicu prípadov zapríčiňujú peptické ulcerácie, dôležitým topickým zdrojom sú gastroezofageálne varixy, difúzne krvácanie spôsobuje erozívna gastritída z rôznych príčin. Cieľom práce je zhodnotenie postavenia chirurga v liečbe krvácania v hornej časti tráviacej rúry ilustračnou analýzou vlastného klinického materiálu a porovnanie výsledkov s aktuálnymi celosvetovými trendami.

Metóda: Retrospektívne vyhodnotenie súboru 222 pacientov s horným krvácaním do tráviacej rúry v rokoch 1998-2000 hlavne so zameraním na kvantitu a kvalitu chirurgickej hemostázy.

Výsledky: Horné krvácanie z tráviacej rúry tvorilo 83% z celkového počtu krvácaní, pričom v 5,4% prípadov sa detekoval dvojitý zdroj krvácania. V práci sú základné algoritmy diagnostiky a liečby jednotlivých typov krvácaní. Z hľadiska nezvládnutého krvácania exitovalo 2,3% pacientov. Pri topickom krvácaní sa chirurg podieľal na hemostáze v 15,1% prípadov, zo všetkých prípadov krvácania v 13,4% prípadov.

Záver: Súčasný chirurg svojim operačným výkonom sa podieľa na hemostáze krvácania z hornej časti tráviacej rúry asi u každého siedmeho pacienta s klinicky významným krvácaním. Napriek zvyčajne zdržanlivému postoju kolegov z nechirurgických klinických disciplín a pri prekonanej konvencii o mieste a spôsobe liečby krvácajúceho pacienta ostáva v súčasnosti otvorená otázka: Zodpovedá chirurg počas hospitalizácie v celom rozsahu za krvácajúceho pacienta alebo vstupuje do liečebného procesu pri zlyhaní neoperačných spôsobov hemostázy?

Kľúčové slová: horné krvácanie do tráviacej rúry - endoskopická hemostáza - operačná hemostáza - gastroezofageálne varixy - peptické ulcerácie gastroduodena

AUTOR:	Sákra L., Rajman M., Havlíček K., Vyhnálek P.
NÁZEV:	Operační léčba endoskopicky neošetřitelného krvácení do horní části zažívacího traktu peptické etiologie
PRACOVISŤE:	Oddělení všeobecné chirurgie nemocnice Pardubice
PŘEDNOSTA:	Doc. MUDr. K. Havlíček, CSc.
ANOTACE:	Autoři v tomto sdělení prezentují možnosti léčby akutního krvácení do horní části zažívacího traktu. Uvádějí možnosti chirurgické léčby tohoto onemocnění v případě selhání terapeutické endoskopie. Ve vlastním retrospektivním pětiletém souboru předkládají výsledky endoskopické a chirurgické léčby. Soubor tvoří 23 pacientů, kteří byli v letech 1996-2000 urgentně operováni při endoskopicky nestavitelném krvácení. Z výsledků vyplývá, že resekce žaludku je výkon vedoucí k jednoznačné zastavě krvácení, ale má velké množství komplikací jak pooperačních, tak i ve smyslu recidivy vředové choroby. Opích vředu či jiné lokální ošetření by vzhledem k nedostatečnému ošetření krvácení měl být vyhrazen pouze pro pacienty s neúnosným operačním rizikem. Kombinace lokálního ošetření s vagotomií redukuje nevýhody obou výše uvedených postupů. Lze ji s výhodou použít u pacientů s vysokým operačním rizikem, tedy u nemocných, pro které je jinak výhodná resekce žaludku neúnosným operačním zákrokem.

AUTOR:	Belák J., Vajó J., Böör A., Benický M., Šimon R., Kudláč M., Maďar M., Balunová E., Stebnický M.
NÁZEV:	Aktinomykóza tenkého čreva - vzácna príčina náhlej príhody brušnej
PRACOVISŤE:	II.chirurgická klinika, Ústav patológie FN L.Pasteura, LF UPJŠ Košice
PŘEDNOSTA:	Prof. MUDr. J. Vajó, DrSc.; Doc. MUDr. A. Böör, CSc.
ANOTACE:	Aktinomykóza je zriedkavé chronické lokálne alebo generalizované ochorenie charakterizované granulomovým hnisavým zápalom s tvorbou infiltrátov, abscesov a fistúl. Podľa lokalizácie sa rozoznáva cervikofaciálna (vyše 50%), abdominálna (asi 25%) a torakálna (asi 25%) forma aktinomykózy. 35 ročná pacientka bola prijatá a operovaná na II. chirurgickej klinike pre príznaky difúznej peritonitídy. Pri laparotómii bol nájdený duplicitný tumor tenkého čreva, absces brušnej steny v I.mezogastriu a pyoovarium bilaterálne. Bola urobená resekcia 70 cm tenkého čreva, incízia abscesu a obojstranná adnexotómia. Histologicky bol nájdený hnisavý, sčasti fibroproduktívny zápal aktinomykotической etiopatológie. Po antibiotickej liečbe bola pacientka prepustená domov, gynekológ odstránil intrauterinné teliesko. O 3 mesiace od prvej operácie pacientka bola opäť prijatá na kliniku pod obrazom difúznej peritonitídy v ťažkom septickom stave. Bola zistená dvojnásobná perforácia tenkého čreva, ktorého kľučky boli zrastené do jedného konvolutu. Bola urobená resekcia s anastomozou end to end. Pooperačný priebeh bol komplikovaný respiračným zlyhaním a zlyhaním cirkulácie pri septickom šoku s následným exitom. Našou skromnou skúsenosťou by sme chceli upozorniť na možnosť výskytu abdominálnej formy aktinomykózy vo vzťahu k intrauterinným antikoncepčným prostriedkom, umožňujúcim prestup mikroorganizmov z dolnej časti genitálií do maternice a dutiny brušnej.

AUTOR: Bízík I., Johanes R., Škvorina M.

NÁZEV: Haemorrhoidectomy Longovou metodou

PRACOVISTĚ: Chirurgické oddělení, Žilina

PŘEDNOSTA:

ANOTACE: Anotace nepředána.

AUTOR: Horálek F. ¹, Šenkyřík M. ², Novotný F. ¹, Melichar J. ¹, Husová L. ²

NÁZEV: Neobvyklý případ obrovské brániční kýly u těhotné pacientky

PRACOVISŤE: Chirurgická klinika, FN Brno-Bohunice ¹,
Interní gastroenterologická klinika, FN Brno-Bohunice profesor ²

PŘEDNOSTA: Prof. MUDr. Jindřich Vomela, CSc. ¹
Prof. MUDr. Petr Dítě, DrSc. ²

ANOTACE: Autoři předkládají neobvyklý případ pravé levostranné postero-laterální (Bochdalekovy) hernie s přítomností žaludku, colon transversum a sleziny v kýlním vaku u 25leté pacientky. Domnívají se, že objemná herniace vznikla rupturou již kongenitálně preformované kýlní branky vlivem intraabdominálního zvýšení tlaku při opakované graviditě. Popisují efektní chirurgické řešení případu laparoskopicky z transabdominálního přístupu.

AUTOR: M. Mokrý, J. Horňák

NÁZEV: Operovať sa nedám, som starý - problematika gerontochirurgie
okresnej nemocnici

PRACOVISŤE: Chirurgické oddelenie Zlaté Moravce

PŘEDNOSTA: Prim. MUDr. Jozef Hanzel

ANOTACE: V práci sa zaoberáme problematikou gerontochirurgie. Rozoberáme pacientov nad 60 rokov, ktorí boli operovaný na našom oddelení v r. 1995 - 1999. Venujeme sa problematike skútnej a elektívnej chirurgie u starých pacientov a úskaliami perioperačného obdobia. Otvárame otázku, kedy vek sa môže stať kontraindikáciou k operačnému zákroku.

AUTOR: Mazuch J., Mištuna D., Šinák I., Golian D.

NÁZEV: Angiochirurgia aneuryzieas

PRACOVISŤE: Chirurgická klinika JLF UK a MFN, Martin

PŘEDNOSTA: MUDr. Dušan Mištuna, PhD.

ANOTACE: Autori zhodnotili vlastné klinické skúsenosti s diagnostikou a liečbou aneuryziem aorty a periférnych tepien. Pri aneuryzmách abdominálnej aorty (AAA) sa liší management diagnostiky s liečby u elektívnych a urgentných výkonov, RA, AA je akútna cievna príhoda a patrí nie na diagnostický, ale na operačný stôl. Autori vypracovali vlastný algoritmus riešenia RAAA.

Ďalšej časti pojednávajú o managemente arteriálnych aneuryziem periférnych tepien. Zdôrazňujú význam preventívnych operácií a radikálne chirurgické riešenie, aby sa predišlo komplikáciám ako sú trombózy, embólie a ruptúry aneuryziem. Hodnotia tiež morbido-mortalitu, bezprostredné a dlhodobé pooperačné výsledky.

AUTOR:	Marušiak J., Štrinc J., Rambousek Z.
NÁZEV:	Alternativní způsob revaskularizace dolní končetiny u pacientů s kritickou ischemií. 5-ti letá klinická studie 1994 - 1999.
PRACOVÍŠTĚ:	Oddělení cévní a rekonstruktivní chirurgie, Nemocnice Liberec
PŘEDNOSTA:	Prim.MUDr.Jan Marušiak
ANOTACE:	Soubor tvoří 211 pacientů, operovaných na oddělení cévní chirurgie v průběhu 5ti let pro diagnosu ischemické choroby tepen dolních končetin.Celkem bylo provedeno 223 žilních infrainguinálních rekonstrukcí, bypasy protesou nejsou do studie zahrnuty. U 113 pacientů byl proveden žilní femoro-popliteální proximální bypas pro ICH DK 2b, dalších 110 pacientů podstoupilo femoro-popliteální distální či crurální bypas pro ICH DK stupeň 3 a 4. V obou skupinách pacientů / stadium 2b a stadium 3,4/ byly použity 2 druhy techniky bypasu - klasický reversovaný bypas ve 118 případech, nereversovaný in situ bypas ve 105 případech. Rizikové faktory, které byly ve studii sledovány - diabetes,hypertenze,kouření a dyslipidemie, neměly statisticky významný vliv na výsledky studie. Výsledky:Ve skupině prox.rekonstrukcí nebyl zaznamenán rozdíl ve výsledcích mezi oběma technikami. Roční průchodnost, zachování funkceschopné končetiny a mortalita nevykazovaly statisticky významný rozdíl/$p = 0.05$/. Naproti tomu ve skupině pacientů s kritickou končetinovou ischemií, u kterých byl proveden femoro-popliteální distální či crurální bypas, byly výsledky těchto sledovaných parametrů výrazně lepší při použití in situ techniky, a to i při sledování kumulativních hodnot parametrů v průběhu následujících 2 - 5ti let. Závěr: V presentované studii autoři zdůrazňují význam in situ techniky u operovaných pacientů ve stadiu kritické končetinové ischemie /stadium 3 a 4/.

AUTOR: F. Žernovický

NÁZEV: Drogová závislosť - chirurgické problémy

PRACOVISŤE: I. chirurgická klinika FN Bratislava

PŘEDNOSTA: Doc. Dr. Peter Matis, CSc.

ANOTACE:

Intravaskulárna aplikácia drog prináša radu problémov všeobecných i lokálnych - povrchné i hlboké žilné trombózy, purulentné žilné trombózy, tepenné uzávery, tepenné aneuryzmy, arteriovenózne fistuly apod.

Riešenie týchto lézií je často veľmi obtiažné pacienti sú často imunologicky deficientní, HIV pozitívni, autológne vény /saphena, cephalica / nepoužiteľné. Použitie syntetických cievnych protéz je riskantné /infekcia/.

Značné problémy predstavujú títo pacienti aj pre internistov, intenzivistov a anesteziológov. Záverom demonštrujeme niekoľkých úspešne liečených pacientov s komplikovanými tepennými a arteriovenóznymi léziami dolných i horných končatín.

AUTOR: Bulejčík J., Vinc O., Pevný M.

NÁZEV: Mnagement cévních poranění po TEP

PRACOVISTĚ: Chirurgické oddělení, Žilina

PŘEDNOSTA: Autor:

ANOTACE: Anotace nepředána.

AUTOR: Kubíček V.

NÁZEV: Užití autotransfuze v chirurgii.

PRACOVISŤE: Kardiochirurgická klinika FN Hradec Králové

PŘEDNOSTA:

ANOTACE: Při chirurgických operacích se užívají transfuzní přípravky-konzervovaná lidská krev, erytrocytová masa, koncentrát krevních destiček, plasma a některé další. Jejich podávání může být spojeno s potransfuzními komplikacemi a reakcemi. Tato rizika jsou při užití autotransfuze minimalizována až vyloučena.

Autor uvádí soubor 776 operovaných, kde byla autotransfuze užitá u 414 nemocných /53%/.

Sekce A: Koordinátor: Prim. MUDr. Jiří Šustáček

9,00 - 10,15 hod.

I. část odborného programu

Předsednictvo:

K. Havlíček, V. Hruban, V. Král, J. Vajó

70. Havlíček K., Sákra L., Červinka V.:

(Oddělení všeobecné chirurgie nemocnice ,Pardubice)

Radikalita operací u karcinomu jícnu

71. Vajó J., Böör A., Sauka C., Belák J., Jurgová T.:

(II. chirurgická klinika, Ústav patológie, Klinika rádiodiagnostiky FN L. Pasteura, LF UPJŠ, Košice)

Leiomyómy pažeráka

72. Král V., Neoral Č., Aujeský R., Klein J., Bohanes T., Dráč P.:

(I. chirurgická klinika FN a UP, Olomouc)

Karcinom jícnu - trvalý problém a nejen chirurgický

73. Neoral Č., Král V., Aujeský R., Klein J., Bohanes T.,

Vrba R., Dráč P.:

(I. chirurgická klinika FN a UP, Olomouc)

Zhodnocení výsledků a nové trendy léčby karcinomu jícnu na I. chir. klinice v Olomouci

74. Aujeský R., Neoral Č., Král V., Klein J., Bohanes T., Dráč P.:

(I. chirurgická klinika FN a UP, Olomouc)

Barrettův jícen - ojedinělý optimizmus v onkologii jícnu

75. Stiegler P., Mištuna D., Fúčela I., Benko:

(Chirurgická klinika MFN, Martin)

Karcinóm pažeráka v našom klinickom materiáli

10,15 - 10,30 hod. - **přestávka**

10,30 - 12,00 hod.

II. část odborného programu

Předsednictvo:

D. Mištuna, M. Pešková, J. Vrástýák, H. Wolf

76. Pešková M., Šváb J., Rathous I., Melechovský D.:

(I. chirurgická klinika 1. LF UK a VFN, Praha)

Iatrogenní poranění jícnu

AUTOR: Havlíček K., Sákra L., Červinka V.

NÁZEV: Radikalita operací u karcinomu jícnu

PRACOVISTĚ: Oddělení všeobecné chirurgie Nemocnice Pardubice

PŘEDNOSTA: Doc. MUDr. Havlíček, CSc.

ANOTACE: Jícen je z hlediska anatomického orgán se zvláštní a zcela specifickou strukturou, kterou se zásadně odlišuje od všech ostatních částí trávicích traktů. Velmi zajímavá je lokalizace regionálních uzlin, které mají vztah nejen k mediastinu, ale k uzlinám krčním a břišním. Pronikání nádorových buněk u karcinomu jícnu jakékoliv lokalizace lymfatickou cestou probíhá bez definované zákonitosti. Některé literární údaje uvádějí, že jakkoli radikální operace jícnu je vždy paliativní. Navzdory tomu jsou určena pravidla, jakým způsobem by měl být karcinom jícnu operován. Za nejvyšší radikalit se považuje totální esophagektomie při různé lokalizaci na kterékoliv části jícnu. Jako náhrada jícnu je nejčastěji používán tubulizovaný žaludek, na cévní stopce a gastroepiploika dextra, protažený v zadním mediastinu nebo retrosternálně v předním mediastinu. Druhou variantou je náhrada některou částí tračníku. Tenké střevo je používáno pouze jako avaskulární segment k náhradě části nebo i celého jícnu. Použití exkludované kličky nebo segmentu na stopce k anastomoze na krku není považováno většinou za vhodné. Některé zprávy však připouštějí i jinou modifikaci jícnové náhrady a anastomozu na kteroukoliv část hrudního a břišního jícnu. Zásadním požadavkem tohoto řešení je peroperační biopsie resekční plochy a přilehlých uzlin. Potom je pouze otázkou vlastní taktiky, jakým způsobem bude náhrada řešena a kde bude lokalizována anastomóza. Na základě vlastních zkušeností jsou hodnoceny operační přístupy s otevřením a bez otevření hrudníku.

AUTOR: Král V., Neoral Č., Aujeský R., Klein J., Bohanes T., Dráč. P.

NÁZEV: Karcinom jícnu-trvalý problém a nejen chirurgický

PRACOVISŤE: I. chirurgická klinika FN a LF UP FN, I.P.Pavlova 6, 775 20 Olomouc

PŘEDNOSTA: Prof. MUDr. Vladimír Král, CSc.

ANOTACE: Karcinom jícnu se řadí spolu s karcinomem pankreatu k nejrychleji probíhajícím a zároveň nejhůře ovlivnitelným maligním onemocněním. Zatímco bezprostřední pooperační letalita klesla v posledním desetiletí obecně na akceptovatelnou úroveň, jsou naproti tomu dlouhodobé výsledky zcela neuspokojivé. Ukazuje se, že chirurgie samotná zřejmě nebude schopna přispět zásadním způsobem ke zlepšení tohoto stavu. Autoři předkládají rozvahu nad současným stavem i možnostmi v blízké budoucnosti.

AUTOR: Aujeský R., Neoral Č., Král V., Klein J., Bohanes T., Dráč P.

NÁZEV: Barrettův jícn - ojedinělý optimizmus v onkologii jícnu

PRACOVISŤE: I. chirurgická klinika FN a UP Olomouc

PŘEDNOSTA: Prof. MUDr. V. Král, CSc.

ANOTACE:

Dlouhodobá prognóza nemocných s karcinomem jícnu je všeobecně velmi špatná. Do značné míry je ovlivněna hlavně tím, v jakém stádiu choroby byl karcinom diagnostikován. Na této skutečnosti bohužel prozatím nic nemění ani brilantní chirurgický zákrok s minimální operační letalitou a morbiditou. Je naprosto zřetelné, že přes veškeré současné diagnostické možnosti je ve valné většině případů karcinom jícnu diagnostikován až v pozdějším stádiu choroby, tedy v období manifestace polykacích potíží.

Výjimku tvoří adenokarcinom kardie a aborální partie jícnu, který vzniká ve většině případů malignizací Barrettova jícnu. Adekvátní terapie Barrettova jícnu a tím i prevence vzniku adenokarcinomu v Barrettově jícnu je podstatně efektivnějším postupem nežli terapie rozvinutého jícnového adenokarcinomu.

AUTOR: M.Pešková, J.Šváb, I.Rathous, D.Melechovský

NÁZEV: Iatrogenní poranění jícnu

PRACOVISŤE: I. chirurgická klinika 1.LF UK a VFN v Praze

PŘEDNOSTA: Prof. MUDr M.Pešková,DrSc

ANOTACE: Obecný pohled na problematiku perforací jícnu doložený 5 kazuis-
tikami nemocných ošetřených pro iatrogenní jícnové poranění, ke kterému
došlo při diagnostické nebo léčebné endoskopii.

Dvakrát šlo o perforaci krčního jícnu, dvakrát o perforaci dolního
hrudního jícnu nad bránicí a jednou o subperitoneální perforaci v hiátové
hernii. Až na posledního nemocného byli všichni ošetřeni chirurgicky
(3x suturou a 1x resekci) a bylo dosaženo plného zhojení. Kromě jedné
nemocné byli ostatní ošetřeni do 6 hodin po příhodě.

Zdůraznění odpovědného přístupu endoskopisty při poznání
a přiznání možného poranění jícnu.

Vyloučení zbytečného prodlení léčby může převést nemocného s touto
závažnou komplikací bez vážného poškození.

AUTOR: Vrástýák J., Melichar V., Krkoška J., Neveselá I.

NÁZEV: Mediastinitida

PRACOVISŤE: Úrazová nemocnice Brno

PŘEDNOSTA: MUDr.P.Zelníček,CSc.

ANOTACE: Mediastinitida je dramaticky probíhající závažný klinický stav ohrožující život pacienta. Její etiologie je různorodá, nejčastěji se vyskytuje jako komplikace instrumentálních výkonů na jícnu. V závislosti na časovém odstupu od poranění jícnu se mortalita pohybuje mezi 30-50%. Vzácné jsou mediastinitidy vzniklé následkem perforujících poranění mediastina. Autoři dokumentují sdělení vlastními kasuistikami a poukazují na nutnost úzké spolupráce intenzivisty a chirurga.

AUTOR: Zonča P.¹, Malý T.¹, Richter V.¹, Čuřík R.²

NÁZEV: Boerhaaveův jícen

PRACOVÍŠTĚ: Chirurgická klinika, FN Ostrava ¹, Ústav patologie, FN Ostrava ²

PŘEDNOSTA: Doc. MUDr. Vladimír Straka, CSc.

ANOTACE:

Cíl: Spontánní ruptura jícnu je definována jako stav, který nebyl vyvolán cizím tělesem nebo instrumentací. Striktně řečeno perforace obvykle není spontánní. Patogenese souvisí s rapidním zvýšením intraluminálního tlaku jícnu. V této práci je prezentován neobvyklý případ spontánní perforace jícnu. Perforace jícnu je závažným klinickým problémem. Může být příčinou rychlé smrti u jinak zdravého jedince. Udává se, že incidence spontánní jícnové ruptury je přibližně 1 na každých 75.000 hospitalizací.

Materiál a metoda: Od roku 1988 do roku 2000 se na našem pracovišti vyskytly 2 případy spontánní perforace jícnu. V kasuistice referujeme o jednom z nich. 45-letý pacient s jaterní cirhózou (Child C) s 2 denní anamnesou hematemy, melény a febriliemi přijat na chirurgické oddělení okresní nemocnice. Ihned provedena gastrofibroskopie, která pro nepřehledný terén nepřínosná. Dle rentgenogramu plic levostranný fluidothorax. Zahájena konzervativní terapie včetně zavedení BS sondy. Po 48 hodinách provedena kontrolní gastrofibroskopie, při které prokázány v jícnu rozsáhlé ploché ulcerace s rozsáhlým defektem jícnu ve vzdálenosti 33 cm od řezáků. Následně pacient přeložen na naše pracoviště. Proveden vyšetření polykacím aktem, kde ve shodě s GF nalezen rozsáhlý defekt jícnu. Pacient v septickém stavu indikován k operačnímu zákroku, při kterém byla provedena subtotalní extirpace jícnu bez torakotomie, cervikální esofagostomie, drenáž mediastinu a nutritivní jejunostomie. Na jícnu ve střední části nalezen defekt délky 8 cm v laterální části obvodu vlevo. Úvaha o provedení gastroplastiky ve druhé době.

Výsledky: Pacient druhý den po provedeném zákroku zmírá na akutní oběhové selhání.

Závěr: Perforace jícnu je klasifikována dle etiologie a lokalizace. Příčina perforace jícnu může být spontánní, instrumentální, traumatická nebo způsobená vlastním onemocněním jícnu (karcinom, peptická ulcerace a další). Ve všech případech jde o velice závažné onemocnění. Způsob léčby a její výsledek závisí na časovém intervalu od vzniku perforace a kritérii dle Camerona.

AUTOR: Satinský Igor, Mitták Marcel, Foltys Aleš, Malý Tomáš

NÁZEV: Zajištění nutrice po rozsáhlých operacích na horním gastrointestinálním traktu

PRACOVÍŠTĚ: Chirurgická klinika Fakultní nemocnice, Ostrava Poruba

PŘEDNOSTA: Doc. MUDr. Jan Dostálík, CSc.

ANOTACE: V současnosti je všeobecně přijímáno, že enterální výživa je spojena s nižším počtem komplikací oproti výživě parenterální. Dále enterální nutrice vede k snížení počtu septických komplikací a zkrácení doby hospitalizace pacienta po rozsáhlých chirurgických výkonech. K těmto výkonům v oblasti jícnu a gastroduodena patří především resekce jícnu, gastrektomie a či pankreatektomie.

Na Chirurgické klinice Fakultní nemocnice v Ostravě Porubě je praktikováno schéma zajištění nutrice po výkonech na jícnu, žaludku, dvanácterníku a slinivce břišní spojené se střevní anastomózou v této oblasti. Obligátně je peroperačně zavedena enterální sonda s umístěním aspoň 10-15cm aborálně od anastomózy. S podáváním enterální výživy je započato do 12 hodin po operaci. Perorální příjem je zastaven obvykle na 7 dní pro hojení střevní anastomózy a je obnoven až po rtg průkazu zhojení anastomózy.

Denní přívod energie je mezi 25-35kcal/kg a přívod bílkovin je 1,0-1,2g/kg. Podíl enterální výživy na celkovém přívodu energie postupně narůstá. Ne vždy je dosaženo 4. pooperační den plné enterální výživy bez parenterálního přívodu živin.

Schéma vychází z nabídky systému parenterální výživy All In One vyráběných lékárnou ve Fakultní nemocnici v Ostravě Porubě. Využívá standardní směsi s obsahem 75g bílkovin, resp. 50g a 30g a doplňuje je enterálním přívodem tak, aby bylo dosaženo denního cíle, jak je uvedeno výše. Rychlost aplikace enterální výživy se pohybuje od 17-83ml/hod., je podávána většinou kontinuálně během celých 24 hodin.

Smyslem schématu je jednak zavedení určitých nutricionistických algoritmů, které usnadňují realizaci pooperační péče, jednak využití výhod, které přináší sebou enterální výživa jako taková.

Sekce B: Koordinátor: MUDr. Dobroslav Novák

9,00 - 10,30 hod.

I. část odborného programu

Předsednictvo:

J. Bürger, A. Ferenčík, L. Nováček

84. Malý T., Zonča P., Richter V.:

(Chirurgická klinika FNŠP, Ostrava)

Rekonstrukce "J" Pouchem a rekonstrukce dle Rouxe po gastrektomii

85. Malý T., Zonča P., Richter V.:

(Chirurgická klinika FNŠP, Ostrava)

Substituce žaludku interponovanou jejunální kličkou v modifikaci "J" Reservoiru -
- operační technika

86. Davinič V., Lang J., Zakuťanský O.:

(Chirurgické oddelenie, NsP Skalica)

Pouch jako náhrada žaludku po totální gastrektomii. Naše zkušenosti.

87. Hruban B., Šťastný J.:

(Chirurgické oddělení Nemocnice, Prostějov)

Totální gastrektomie - rizika a komplikace

88. Straka V., Hyrdel R., Straka M., Beseda O., Straková D.:

(Oddelenie pankreatobiliárnej chirurgie, Martin)

Operácie pre gastrinómy a komplikácie Zollinger-Ellison syndrómu

89. Malatinec J., Brunčák P., Pelech J.:

(Chirurgické oddelenie NsP, Lučenec)

Naše zkušenosti s chirurgickou léčbou karcinómu žaludku

90. Bürger, Novák K., Danda V.:

(Chirurgické oddělení NsP, Příbram)

Linitis plastica - má vůbec nemocný šanci?

91. Ferenčík A., Sabor V., Lycius M., Murcko M.:

(Chirurgické oddelenie NsP, Trebišov)

Laparoskopická resekcija žaludku

10,30 - 10,45 hod. - **přestávka**

AUTOR: Malý T., Zonča P., Richter V.

NÁZEV: Rekonstrukce "J" Pouche a rekonstrukce dle Rouxe po gastrektomii

PRACOVISTĚ: Chirurgická klinika FNŠP Ostrava

PŘEDNOSTA:

ANOTACE: Cíl: Zhodnocení a srovnání rekonstrukce trávicího traktu po totální gastrektomii metodou interpozice jejunu "J" pouchem a rekonstrukcí dle Rouxe

Metoda: V období od února 1999 do února 2001 bylo provedena rekonstrukce interponovanou kličkou jejunu ("J" pouch) po provedené gastrektomii celkem u 17 pacientů. Všichni z této skupiny pacientů se zhojili primárně. Pooperačně v pravidelných intervalech jsou pacienti hodnoceni jak z hlediska subjektivních (dotazník QL-36), tak objektivních parametrů (BMI, evakuace reservoiru, nutriční parametry). Srovnávací skupinu představuje 15 pacientů po provedené gastrektomii s rekonstrukcí dle Rouxe.

Výsledky: Subjektivní hodnocení pacientů hovoří ve prospěch skupiny s provedenou rekonstrukcí s interponovanou kličkou jejunu ("J" pouch). Objektivní parametry: BMI u první skupiny 6 měsíců po operaci je 81.6% předoperačního stavu ve srovnání s 76.4% u druhé skupiny pacientů. Velkou výhodou "J" pouche je jeho funkce reservoiru. Evakuační schopnost "J" pouche je hodnocena scintigraficky pomocí rýže značené ^{99m}Tc . Rozdíl v biochemických nutričních parametrech není statisticky významný ($p=0.05$)

Závěr: Rekonstrukce pomocí "J" pouche po totální gastrektomii zlepšuje kvalitu života operovaných pacientů. Velkou výhodou je zachování pasáže potravy duodenem. Tento způsob rekonstrukce je podobný fyziologickému stavu.

AUTOR: Davinič V., Lang J., Zakuťanský O.

NÁZEV: Pouch jako náhrada žalúdka po totálnej gatrektómii. Naše skúsenosti.

PRACOVISŤE: Chirurgické oddelenie, NsP Skalica

PŘEDNOSTA: Prim. MUDr. Davinič Vladimír

ANOTACE: V našej stručnej prednáške chceme prezentovať výsledky operácií žalúdka pre karcinóm. Jedná sa o 18 pacientov za obdobie 4,5 roka, u ktorých bola vykonaná totálna gastrektómia s náhradou žalúdka pouchom z jejuna. Použili sme viacmenej dva druhy pouchov (Roux Y, Omega) s približne rovnakými výsledkami.

AUTOR:	V.Straka, R.Hyrdel, M.Straka, O.Beseda, D.Straková
NÁZEV:	Operácie pre gastrinómy a komplikácie Zollinger-Ellison syndrómu.
PRACOVISŤE:	Oddelenie pankreatobiliárnej chirurgie, Martin
PŘEDNOSTA:	Doc. MUDr. Vladimír Straka, CSc.

ANOTACE: Moderné zobrazovacie a biochemické metódy a hlavne duodenotómia ako štandardná súčasť operácie umožňujú identifikovať gastrinómy v 85-94% prípadov a operácie dosahujú kuratívnosť v 60-80%. Uvádzame skúsenosti v súbore 19-ich pacientov za obdobie 12 rokov. 15 pacientov malo 34 operácií žalúdka (29 resekcí), (1-6 operácií/pacient) do stanovenia diagnózy ZES. Boli operovaní v rôznych zdravotníckych zariadeniach pre komplikácie vredu (rezistentný a recidivujúci vred v GEA, masívne krvácanie, gastrojejunokolicke fistuly, perforácie). Trvanie ochorenia s rôznymi komplikáciami a operáciami do stanovenia diagnózy ZES bolo 3-12 rokov (priemer 7 rokov). Trvanie ochorenia do operácie gastrinómu sa pohybovalo od 5-14 rokov (priemer 9 rokov). Len 4 pacienti nemali operovaný žalúdok pred stanovením diagnózy ZES. Značná časť pacientov v čase diagnózy ZES mala komplikácie recidivujúceho vredu už po opakovaných resekciách žalúdka. Preto v našom súbore pacientov operácie boli zamerané nielen na resekciu gastrinómu, ale súčasne sme riešili závažné komplikácie recidivujúceho vredu (6x gastrojejunokolicke fistula, závažné krvácanie, resekcia pažeráka pre striktúru z hyperacidneho refluxu). Tomu zodpovedal aj veľký počet súčasne robených operačných výkonov ako aj typ operácií: proximálna duodenopankreatektómia (2), distálna resekcia pankreasu (8), resekcia gastrinómu duodéna a lymfadenektómia (6), totálna gastrektómia (9), subtotálna gastrektómia (1), resekcia BI (1), resekcia gastrojejunokolickej fistuly (6). Lokalizácia gastrinómov: duodenum (7), hlava pankreasu (1), chvost pankreasu (5), žalúdok (1), lymfatická uzlina (1). V 65% sa jednalo o malígne gastrinómy.

AUTOR: J. Bürger, K. Novák a V. Danda

NÁZEV: Linitis plastica - má vůbec nemocný šanci ?

PRACOVIŠTĚ: Chirurgické oddělení NsP Příbram

PŘEDNOSTA: MUDr. J. Bürger

ANOTACE:

Při vyslovení historického názvu linitis plastica vyvstane představa rigidního žaludku tvaru polní láhve a buď velmi radikálního výkonu s předem pochybnou prognózou anebo mnohem častěji chirurgicky zcela neřešitelné situace. Evokace velmi špatné prognózy je obvykle plně namístě.

Autoři však demonstují případ 49 letého muže, u něhož difuzní postižení žaludku karcinomem vedlo nejdříve k perforaci s peritonitidou, pak k delším diagnostickým rozpakům při nemožnosti potvrdit morfologicky karcinom a posléze i k rozpakům v průběhu operace při ne zcela přesném výsledku peroperační histologie z oblasti resekční linie.

Pooperační zjištění, že radikalita velmi rozsáhlého výkonu nebyla úplná, vyvolalo další rozpaky v souvislosti s volbou dalších léčebných metod. Agresivní chemoterapie byla nepochybně úspěšná, když téměř rok po první operaci je nemocný ve velmi dobrém stavu, bez prokazatelné recidivy či generalizace onemocnění.

Autoři polemizují s dosud vžitou představou, že při linitis plastica skýtá situace nemocnému i chirurgovi jen zcela minimální šanci na úspěch.

AUTOR: J. Palaj, J. Konečný, L. Petráš, L. Babiak, J. Cigaňák, J. Belanský

NÁZEV: D2 resekcie u karcinómov žalúdka

PRACOVISŤE: Chirurgické oddelenie, Nemocnica Bojnice

PŘEDNOSTA: J. Konečný

ANOTACE: Autori referujú o radikálnych D2 operáciách karcinómov žalúdka vykonaných od 1.1. 1999 do 31.12. 2001 na Chir. oddelení v Bojniciach. Z 39 operácií pre karcinóm žalúdka bolo 20 radikálnych, z toho 10 D2 resekcí, u ktorých bolo odstránených priemerne 34 lymfatických uzlín na 1 operáciu / 25-69/. Perioperačná mortalita bola nulová, morbidita 20%, priemerná pooperačná doba hospitalizácie 15 dní . Autori dokumentujú postup operácie a lymfadenektómie, v závere porovnávajú literárne údaje.

AUTOR:	Pindák D., Pechan J., Hubka M., Straka M.
NÁZEV:	Zriedkavá klinická manifestácia polypu žalúdka /kazuistika/
PRACOVISŤE:	II. chirurgická klinika LFUK, Bratislava
PŘEDNOSTA:	
ANOTACE:	Autori referujú kazuistiku 50 ročného pacienta, po náhrade mitrálnnej chlopne, na trvalej antikoagulačnej liečbe Warfarínom, u ktorého sa polyp žalúdka manifestoval spontánnym intraperitoneálnym krvácaním pri predávkovaní antikoagulanciami. Toto bolo suponované na podklade CT vyšetrenia a potvrdené peroperačne. V diskusii autori zdôrazňujú náročnosť diagnostiky spontánnych intraperitoneálnych krvácaní a prínos CT v diagnostike.

AUTOR: Michek J.

NÁZEV: Výskyt stresového vředu a jeho léčba

PRACOVISŤE: Úrazová nemocnice, Brno

PŘEDNOSTA:

ANOTACE: Anotace nepředána.

AUTOR: Malý T., Zonča P., Richter V., Foltys A., Bednaříková E.

NÁZEV: Bandáž žaludku jako přidružený výkon ?

PRACOVISTĚ: Chirurgická klinika FNŠP Ostrava Poruba

PŘEDNOSTA:

ANOTACE: Cíl: Presentace dvou pacientů u nichž byla provedena bandáž žaludku jako přidružený operační výkon při klasické laparotomii

Materiál a metoda: Dne 16. 7. 1999 jsme akutně operovali 38-letou obézní ženu hmotnosti 101 kg a výšky 160cm pro příznaky akutní appendicitidy. V rámci příjmu a odebrání anamnesy si stěžovala na svou obezitu, která není endokrinologicky podmíněna. Na tomto podkladě jí bylo nabídnuto současné provedení bandáže žaludku s cholecystektomií (mnoholeté biliární potíže s cholecystolithiasou- již v minulosti doporučována cholecystektomie). Peroperačně provedena appendektomie s cholecystektomií, výplachem dutiny břišní a bandáž žaludku. Zhojena primárně, váhový úbytek 20kg.

Druhý pacient - muž ročník 1950 - byl operován dne 3. 8. 2000. Šlo o pacienta přijatého k plánovanému operačnímu výkonu pro fixovanou axiální hiátovou kýlu s výrazným gastroesofageálním refluxem a esofagitidou III. stupně. Při přijetí hmotnost 130kg, výška 174cm (BMI 45). Současně mu byla nabídnuta bandáž žaludku, se kterou souhlasil (kompletně poučen). Peroperačně provedeno uvolnění fixovaného žaludku v mediastinu, crurorhafie dle Allisona a fundoplikace dle Nissen-Rossettiho s bandáží žaludku pod fundoplikační manžetou. Za 6 měsíců váhový úbytek 25kg, subjektivně bez potíží, bez dysfagií či pyrosy.

Výsledky: oba pacienti z hlediska subjektivního i objektivního z bandáže žaludku jako přidruženého operačního výkonu profitovali.

Závěr: Je samozřejmé, že na podkladě 2 výše uvedených případů nemůžou být provedeny zobecňující závěry, ale každopádně by zřejmě i v širším měřítku tato indikace mohla být zvažována ve větším množství případů i při výkonech laparoskopických.

Sekce C: Koordinátor: MUDr. Roman Dvorský

9,00 - 11,00 hod.

I. část odborného programu

Předsednictvo:

F.Hrbáň, M. Rousek, J. Vlach

100.Penjak J., Vlach J.:

(Chirurgické oddělení Nemocnice a.s., Bruntál)

Léčení dislokovaných zlomenin patní kosti zevní osteosyntézou

101.Holeček T., Dědek T., Žvák I. Folvarský J.:

(Chirurgická klinika FN, Hradec Králové)

Impingement syndrom jako komplikace po osteosyntéze patní kosti zavřenou metodou

102.Kompaník R., Václavek J., Kacian J., Štefánek L., Orlovský K., Hrbáň F.:

(Traumatologické oddelenie, NsP Žilina)

Operační léčba zlomenin pátové kosti s použitím biokeramiky

103.Novák D., Dvorský R.:

(Chirurgické oddělení ON Nové Město na Moravě)

Otázky nad frakturou patní kosti

104.Pešl T., Havránek P., Rára A., Dutka J.:

(Centrum dětské traumatologie při oddělení dětské chir. Fak. Thomayerova nemocnice, Praha-Krč)

Zlomeniny tarzálních kostí v dětském věku

105.Šír M., Pleva L., Prusenovský P., Vronský R.:

(Traumatologické centrum FNŠP, Ostrava)

Možnosti ošetření zlomenin talu

106.Rousek M., Kroh P.:

(Chirurgické oddělení SON, Trutnov)

Méně obvyklá málo invazivní řešení fraktur talu

107.Vopelka J., Nestrojil P., Filipinský J.:

(Úrazová nemocnice, Brno)

Zlomeniny talu - naše zkušenosti

108.Kuraš T., Romanov V., Strejček J.:

(Chirurgické oddělení Nemocnice s.r.o., Rýmařov)

Dislokovaná multifragmentová zlomenina distálního pylonu tibie

AUTOR: J. Penjak, J. Vlach

NÁZEV: Léčení dislokovaných zlomenin patní kosti zevní osteosyntézou.

PRACOVISŤE: Chirurgické oddělení Nemocnice a.s., Bruntál

PŘEDNOSTA: Prim. MUDr. Jan Vlach

ANOTACE: Tříštivé, většinou dislokované zlomeniny patní kosti jsou vážným terapeutickým problémem. Při klasifikaci těchto zlomenin vycházíme z Essex-Loprestiho dělení. Kromě standardních rtg. projekcí na patní kost vždy provádíme urgentní CT vyšetření zlomené patní kosti ve dvou rovinách. Provádíme rtg vyšetření i zdravé, neporaněné patní kosti k nutnému porovnání konfigurace paty. Tříštivou, dislokovanou zlomeninu patní kosti vždy indikujeme k akutnímu chirurgickému řešení. Z vícero metod použitých na pracovišti se nám nejvíce osvědčila léčebná metoda s využitím kompresivně - distrakčního účinku zevní osteosyntézy. Kromě distrakčního, fixačního a reпозиčního účinku zevního fixátora je možné, dle potřeby, využít i bočního kompresivního účinku montáže zevní osteosyntézy.

V přednášce, na vlastním souboru odléčených pacientů, který nepatří k největším, referujeme o použité léčebné metodě zevní osteosyntézy CD typu. Je pojednané i o jiných léčebných metodách, které jsme v minulosti použili i o úskalích při léčení těchto závažných poranění.

Na našem pracovišti se nám zevní osteosyntéza jako léčebná metoda dislokovaných tříštivých zlomenin patní kosti plně osvědčila. Přednáška je obrazově dokumentována výběrem pacientů z vlastního klinického souboru.

AUTOR: Kompaník R., Václavek J., Kacian J., Štefánek L., Orlovský K., Hrbáň F.

NÁZEV: Operačná liečba zlomenín pätovej kosti s použitím biokeramiky.

PRACOVISŤE: Traumatologické oddelenie, NSP Žilina.

PŘEDNOSTA:

ANOTACE: Zlomeniny pätovej kosti majú v súčasnosti stúpajúcu tendenciu. Vyskytujú sa ako izolované zlomeniny alebo zlomeniny združené, najmä s poranením chrbtice. V prednáške by sme chceli prezentovať naše skúsenosti s polozatvorenou operačnou liečbou najmä u triestivých a dislokovaných zlomenín, za použitia biokeramiky. Ukazuje sa, že táto má nielen výborné biomechanické vlastnosti, ale zároveň pôsobí ako stimulátor osteogenézy.

AUTOR: T. Pešl, P. Havránek, A. Rára , J. Dutka

NÁZEV: Zlomeniny tarzálních kostí v dětském věku

PRACOVISŤE: Centrum dětské traumatologie
při oddělení dětské chir. Fak. Thomayerova nem. Praha-Krč

PŘEDNOSTA: Doc. MUDr. Petr Havránek, CSc.

ANOTACE: Zlomeniny tarzálních kostí jsou v dětském věku vzácné, ale právě proto je nutné jim věnovat patřičnou pozornost s ohledem na možné trvalé následky. V případě skeletálního poranění tarzů u dětí je nejprve nutné pečlivé diagnostické zhodnocení závažnosti zlomeniny a její dislokace /rtg. CT/ a po té zvolení následné adekvátní léčby. U dislokovaných zlomenin je nutná repozice a osteosyntéza s co možná nejmenší invazivitou.

Autoři ukazují soubor pacientů a možnosti léčby zlomenin tarzálních kostí v dětském věku.

AUTOR: MUDr. M. Rousek, MUDr. P. Kroh

NÁZEV: Méně obvyklá málo invazivní řešení fraktur talu

PRACOVIŠTĚ: Chirurgické oddělení SON, Trutnov

PŘEDNOSTA: MUDr. Jiří Blecha, CSc.

ANOTACE: Kazuistiky dvou případů

1) zařazení blezna lžící bagru - otevřená zlomenina (o III) talu a kalkaneu s tkáňovým defektem

řešení:

- debridement
- Perbutární OS talu i kalkaneu "čistou" cestou zezadu
- Sekundární Thiesebova plastika

2) zlomenina zadní části talu

v rámci vzdušného poranění při autonehodě

řešení:

- zavřená repozice
- zavřená OS: kanalizovaný spong. Šroub + K-drát (opěr zezadu)

AUTOR: Kuraš, T., Strejček, J., Romanov, V.

NÁZEV: Dislokovaná komunitivní zlomenina pylonu tibie

PRACOVISTĚ: Chirurgické oddělení Nemocnice s.r.o., Rýmařov

PŘEDNOSTA:

ANOTACE: Autoři se ve svém sdělení zabývají problematikou tříštivých zlomenin pylonu tibie. V úvodu uvádějí klasifikaci dle Masta, Fpiegela a Pappase a dále pak jednotlivými možnostmi a zásadami léčby těchto zlomenin.

Svoje poznatky dokumentují na kazuistice 33-letého nemocného.

AUTOR: Kočí J., Dědek T., Holeček T., Počepcov I., Folvarský J.

NÁZEV: Naše první zkušenosti s osteosyntézou diafýzy kostí předloktí
Prevotovými pruty

PRACOVISŤE: Chirurgická klinika FN, Hradec Králové

PŘEDNOSTA:

ANOTACE: Cíl: Prezentovat metodu osteosyntézy diafýzy kostí předloktí
Prevotovými pruty.

Materiál a metoda: Metodou retrospektivního zhodnocení prvních pěti pacientů z materiálu chirurgické kliniky FN Hradec Králové odep-
rovaných pro zlomeninu diafýzy jedné nebo obou kostí předloktí presentu-
jeme techniku zavřeného hřebování Prevotovými pruty jako alternativu
k jiné, u nás prováděné nitrodřeňové osteosyntéze, a to hřeby True flex.
Demonstrujeme výhody i úskalí metody a v krátkém přehledu uvádíme
námi dosažené, krátkodobé výsledky.

Závěr: Vzhledem k malému počtu takto ošetřených pacientů nelze
obě metody validně porovnat. Z ekonomického hlediska jsou Prevotovy
pruty výrazně lacinější osteosyntézou.

MEDIN[®]

Medin, a.s.

Vlachovická 619
592 31 Nové Město na Moravě

Tel.: 0616/ 684 111

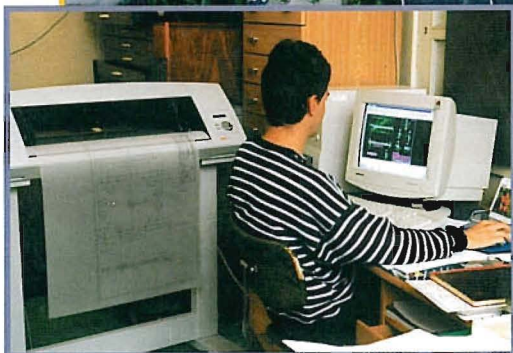
Fax: 0616/ 684 381

IČO: 43378030

DIČ: 351-43378030

<http://www.medin.cz>

E-mail: marketing@medin.cz



Výrobní program

Nástroje pro chirurgické obory

- všeobecná základní chirurgie
- ortopedie, traumatologie
- kostní implantáty
- neurochirurgie
- gynekologie
- otorhinolaryngologie
- oční chirurgie
- ostatní obory

Nástroje pro stomatologii

- ordinární nástroje
- zubní vrtáčky
- diamantové brousky
- kořenové nástroje
- nástroje pro zubní laboratoř

Zakázková výroba a oprava nástrojů

Nástroje pro veterinární lékařství

Frézy z rychlofrézové oceli

Diamantové průmyslové kotouče

Diamantové nástroje všeho druhu

