



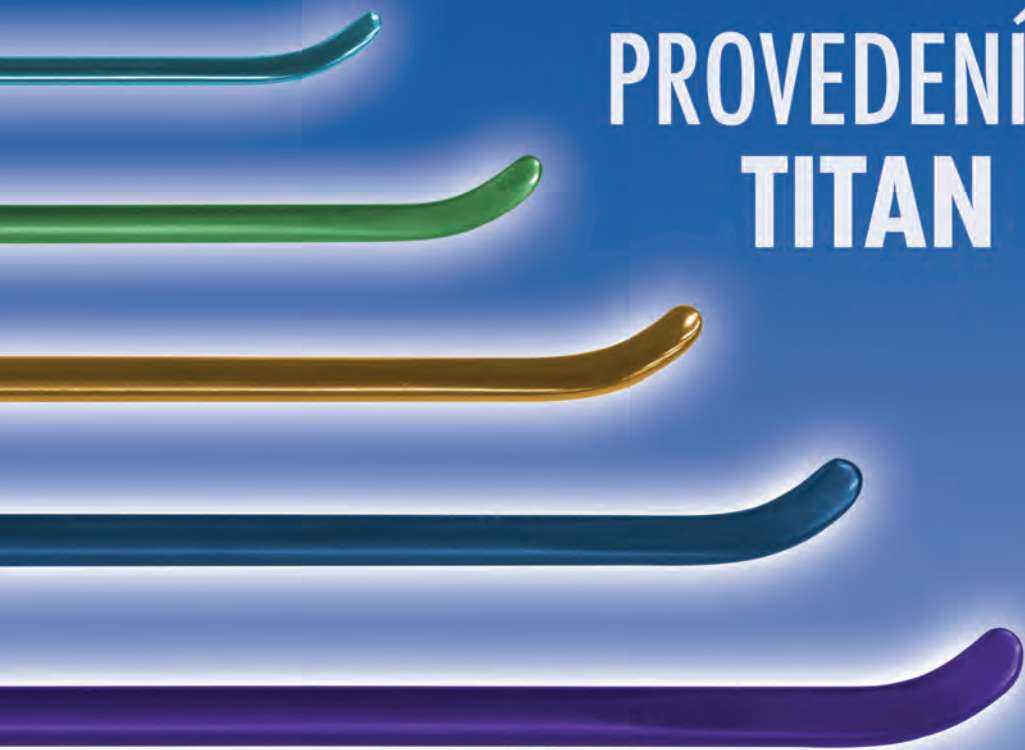
S B O R N Í K P Ř E D N Á Š E K

**VIII. SETKÁNÍ
ČESKÝCH A SLOVENSKÝCH CHIRURGŮ
NA MORAVĚ**

12. - 13. KVĚTNA 2005
NOVÉ MĚSTO NA MORAVĚ
SKALSKÝ DVŮR



**HŘEBY
ELASTICKÉ
PROVEDENÍ
TITAN**



**BAREVNĚ ODLIŠENÉ PRŮMĚRY
2,0 • 2,5 • 3,0 • 3,5 • 4,0 mm**

Vážení účastníci „VIII. setkání českých a slovenských chirurgů na Moravě“, tento sborník přednášek opět vychází jen díky tradičnímu generálnímu sponzorovi – české, novoměstské firmě MEDIN, a.s. Proto si na tomto místě dovoluji poděkovat za příkladnou spolupráci a poprosit pana generálního ředitele Ing. Vladislava Ostrejše, MBA o úvodní slovo a informace o firmě.

Jiří Šustáček

Vážené dámy, vážení pánové, milí přátelé,

dovolte, abych Vám jménem firmy MEDIN, a.s. Nové Město na Moravě poděkoval za aktivní účast na tradiční odborné akci, jakou setkání českých a slovenských chirurgů na Moravě bezesporu je.

Chtěl bych Vám popřát nejen mnoho hezkých setkání s přáteli a kolegy, ale i hodně nových profesních informací a příjemný pobyt v tomto koutku naší malebné Českomoravské vrchoviny.

Vladislav Ostrejš



Programový přehled

ČTVRTEK 12. KVĚTNA 2005

SEKCE A

SEKCE B

9.00 hodin – sál A
zahájení sjezdu

A1

9.30 – 12.15 hodin

B1

9.30 – 11.00 hodin

přestávka

oběd

B2

11.15 – 12.30 hodin

oběd

A2

13.15 – 15.00 hodin

B3

14.00 – 15.15 hodin

16.30 hodin
odjezd do Nového Města na Moravě
kulturní program

20.00 hodin
hotel Skalský Dvůr
společenský večer

PÁTEK 13. KVĚTNA 2005

SEKCE A

A3

9.00 – 11.00 hodin

11.15 hodin – sál A
zakočení sjezdu

9.00 - 9.30 **SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ - SÁL „A“**

9.30 - 12.15 **I. ČÁST ODBORNÉHO PROGRAMU A1**

Předsednictvo: Chrenko V., Hruban B., Nováček L.

- 1. Schützner J., Pařko P.:**
(III. chirurgická klinika 1. LF UK, Praha, FN Motol)
Pohled všeobecného chirurga na chirurgii mléčné žlázy
- 2. Novák J., Kořaková Š.:**
(Chirurgické oddělení Nemocnice, Přerov)
Mamární onkochirurgie z pohledu okresního pracoviště
- 3. Chromý M., Louda V., Haloun K., Matějka M.:**
(Chirurgické oddělení Nemocnice, České Budějovice a.s.)
Operační léčba karcinomu prsu a screeningová mamografie
- 4. Fait V., Chrenko V.:**
(Masarykův onkologický ústav, oddělení chirurgické onkologie, Brno)
Sentinelová biopsie u karcinomu prsu
- 5. Heroková J., Zonča P.:**
(Vítkovická nemocnice blahoslavené Marie Antoníny)
Sentinelová uzlina u karcinomu prsu a její aktuální kontroverze
- 6. Adamčík L., Czudek S., Ševela R.:**
(Nemocnice Podlesí a.s., Třinec, NsP v Novém Jičíně)
Naše zkušenosti s léčbou nádoru prsu
- 7. Peř J., Brunčák P., Mahmoud Z.:**
(Chirurgické oddělení NsP, Lučeneć)
Naše 10-ročné zkušenosti s chirurgickou léčbou karcinomu prsníka
- 8. Jedlička V., Peřtál A., Doležel J., Čapov I.:**
(I. chirurgická klinika FN u sv. Anny, Brno)
Plicní metastazektomie u pokročilého karcinomu prsu:
klinický význam
- 9. Hruban B., Pistulka J., Špička P.:**
(Chirurgické oddělení Nemocnice, Prostějov)
Management nehmatných lézí prsu
- 10. Fait V., Chrenko V.:**
(Masarykův onkologický ústav, oddělení chirurgické onkologie, Brno)
Konzervativní výkonu u karcinomu prsu

- 11. Gatěk J., Čecháček M., [2], Zajíc J., [3], Dudešek B., [1], Duben J., [1], Hnátek L., [1], Musil T., [1]:**
(Chirurgické oddělení Nemocnice Atlas Zlín [1], Onkologické odd. Fakultní nemocnice Olomouc [2], Radioterapie Holešov [3])
Lokální recidivy u karcinomu prsu po konzervativní terapii s následnou radiací a boostem
- 12. Lúčan J., Mištuna D., Mazuch J., Mikolajčík A., Šutiak L., Kajo K.:**
(I. chirurgická klinika JLF a MFN Martin, Ústav patologické anatomie JLF a MFN, Martin)
Ca prsníka u muža
- 13. Kašpar M., Čapov I., Říčková H.:**
(I. chirurgická klinika FN u sv. Anny, Brno, FEMMA s.r.o)
Mamotom, vakuová biopsie z prsu - další možnost verifikace suspektního nálezu v prsu
- 14. Kopecká P., Kopecký J., Šilhánová E., Plevová P.:**
(Mamocentrum FEMINA s.r.o. Ostrava, ZSF Ostravské university, Odd. lék. genetiky FnsPO, RTK FnsPO)
Geneticky podmíněné karcinomy prsu - prevence, léčba
- 15. Červinka V., Šťastný K., Havlíček K., Nechvátal L., Vaňásek J., Pavlíková E., Hácová M.:**
(Chirurgické oddělení nemocnice Pardubice)
Novinky v mamologii
- 16. Šťastný K., Matyáš J., Červinka J., Havlíček K.:**
(Chirurgické oddělení nemocnice Pardubice)
Paravertebální blok v operativě prsu

12.15 - 13.15 Oběd

13.15 - 15.00 **II. ČÁST ODBORNÉHO PROGRAMU A2**

Předsednictvo: Konečný J., Krejsta J., Šustáček J.

- 17. Šustáček J., Blahák P., Šolcová D., Borský J., Ondrová A.:**
(Chirurgické, interní, ORL oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě)
Zpráva o stavu thyreo chirurgie na našem oddělení
- 18. Kysučan J., Vyhnánek J., Mocňáková M.:**
(II. chirurgická klinika FN, Olomouc)
Komplikace chirurgie štítné žlázy

- 19. Mocňáková M., Vyhnánek J., Kysučan J.:**
(II. chirurgická klinika FN, Olomouc)
Neurostimulace n. laryngeus recurrens při thyreoidektomii
- 20. Vyhnánek J., Mocňáková M., Kysučan J.**
(II. chirurgická klinika FN, Olomouc)
Reoperace na štítné žláze, jejich komplikace
- 21. Piš K., Zonča P., Klimeš V.:**
(Chirurgické a traumatologické oddělení, MN Ostrava)
Naše zkušenosti s chirurgií příštítných tělísek
- 22. Jaroš E., Maršík L., Příborský J., Chobola M.:**
(Chirurgická klinika FN Hradec Králové, Lékařská fakulta UK, Hradec Králové)
Perforace divertiklu u divertikulózy tenkého střeva, kazuistika
- 23. Váňa J., Johanes R.:**
(Chirurgické oddelenie NsP, Žilina)
Perforácie hrubého čreva
- 24. Mokry M., Hanzel J., Hornák J.:**
(Chirurgické oddelenie NsP, Zlaté Moravce)
Poranenia rektosigmy

16.30

odjezd do Horácké galerie v Novém Městě na Moravě

20.00

SPOLEČENSKÝ VEČER V HOTELU SKALSKÝ DVŮR



Název: Pohled všeobecného chirurga na chirurgii mléčné žlázy

Autor: Schützner J., Pafko P.

Pracoviště: III. chirurgická klinika 1. LF UK, Praha, FN Motol

Přednosta: prof. MUDr. Pavel Pafko, DrSc.

Anotace: Autoři se zabývají problematikou chirurgie mléčné žlázy z pohledu jak historie, tak současnosti. Tradičně chirurgie prsu probíhala a probíhá na chirurgických pracovištích. V posledních letech přibývá pacientek operovaných na gynekologii. Pohled chirurgů i senologů je v podstatě stejný. Zásadní názor na týmovou spolupráci prosazují a podporují jak chirurgové, tak senologové. Práce musí být týmová, v mamárním týmu je zastoupen chirurg, onkolog, gynekolog. V současné době onemocnění prsů přibývá. Autoři kladou důraz na včasnou diagnostiku onemocnění prsu. Autoři se zabývají problematikou chirurgie mléčné žlázy z pohledu jak historie, tak současnosti. Tradičně chirurgie prsu probíhala a probíhá na chirurgických pracovištích. V posledních letech přibývá pacientek operovaných na gynekologii. Pohled chirurgů i senologů je v podstatě stejný. Zásadní názor na týmovou spolupráci prosazují a podporují jak chirurgové, tak senologové. Práce musí být týmová, v mamárním týmu je zastoupen chirurg, onkolog, gynekolog. V současné době onemocnění prsů přibývá. Autoři kladou důraz na včasnou diagnostiku onemocnění prsu.

Název: Mamární onkochirurgie z pohledu okresního pracoviště

Autor: Novák J., Kožaková S.

Pracoviště: chirurgické oddělení Nemocnice Přerov

Přednosta: Prim. MUDr. Petr Vojáček, CSc.

Anotace: Autoři prezentují problematiku léčby karcinomu prsu z pohledu okresního pracoviště. Analysují současné trendy v diagnostice a terapii karcinomu prsu, uzavírají, že i pracoviště regionálního významu je schopno provádět kvalitní mamární onkochirurgii. Nezbytným předpokladem pro dosažení dobrých výsledků je odpovídající zhodnocení medicínské závažnosti maligního onemocnění prsu, kvalitní mezioborová spolupráce a patřičné technické vybavení pracoviště.

Název: Operační léčba karcinomu prsu a screeningová mamografie

Autor: Chromý M., Louda V., Haloun K., Matějka M.

Pracoviště: Chirurgické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.

Přednosta: MUDr. V. Louda

Anotace: Screeningová mamografie je zobrazovací metodou, od jejíhož rutinního užití se očekává dramatické zvýšení záchyty časných stadií karcinomu prsu a tím i zlepšení přežívání pacientek. V naší studii jsme provedli srovnání operativy karcinomu prsu v roce 2001, před zavedením screeningu, a v roce 2004, kdy již screening byl prováděn rutinně. Vyhodnocujeme, jaké byly výsledky záchyty časných stadií. Naše pracoviště poskytuje operační servis spádově pro okres Č. Budějovice a nadstavbově pro zbytek Jihočeského kraje.

V roce 2001 jsme provedli pro karcinom prsu operační zákrok u 62 pacientek, z tohoto počtu bylo 52 % výkonů prs šetřících. Záchyt tumoru byl v 81 % po klinické manifestaci, tj. nálezu bulky v prsu samotnou pacientkou, v 19 % se jednalo o výsledek screeningové mamografie, indikované nejčastěji před nasazením hormonální substituční léčby.

V roce 2004 vzrostl počet výkonů na 123, z toho bylo 60 % prs šetřících. Záchyt po klinické manifestaci byl v 52 %, podíl screeningové mamografie na záchyty vzrostl na 48 %.

Medián velikosti tumoru v resekátech činil v roce 2001 20 mm, v roce 2004 17 mm v obou skupinách, z toho ve skupině klinické manifestace 20 mm, ve skupině screeningu 15 mm.

Pokud se týká výskytu časných stadií karcinomu, stadium pT1a jsme nezaznamenali v žádné skupině, pT1b v r. 2001 3x, tj. ve 4,8 %, v roce 2004 se toto stadium vyskytlo 11x, z toho 9x ve skupině screeningu. Záchyt stadia pT1b tedy zavedením screeningu stoupl na 9 % celkového počtu tumorů.

Podíl pokročilých tumorů T3-4 činil v roce 2001 39 %, v roce 2004 27 %. Překvapením bylo screeningově zjištěných 7 tumorů stadia T3, tj. 5,5 % z celkového počtu tumorů bylo velikosti 5 cm a více, a nebylo palpováno při vyšetření.

Závěr: Vliv screeningové mamografie na vzestup operativy karcinomu prsu je nepochybný.

Zvýšení podílu časných tumorů, byť v případě stadia pT1b dvojnásobné, není takové, jaké jsme očekávali, nicméně snížení velikosti tumoru v okamžiku záchyty je v souboru patrné.

Podíl tumorů stadia T3 zjištěných až při screeningové mamografii svědčí o stále nízké úrovni preventivního fyzikálního vyšetřování prsů.

Název: Sentinelová biopsie u karcinomu prsu

Autor: Fait V., Chrenko V

Pracoviště: Masarykův onkologický ústav, oddělení chirurgické onkologie

Přednosta: prof. MUDr. Rostislav Vyzula, CSc. - ředitel

Anotace: Sentinelovou biopsii lze právem považovat za jeden z nejvýznamnějších pokroků v onkochirurgii posledních desetiletí.

Naše pracoviště navázalo na své zkušenosti v sentinelových biopsiích u maligního melanomu zavedením této techniky do denní praxe i u karcinomu prsu.

Soubor tvoří více než 500 pacientek, v rámci prezentace bude demonstrován stav ke konci dubna 2005.

Nejasné jsou prozatím indikace v případě pacientek po neoadjuvantní chemoterapii, pro diskuzi je vhodná též otázka indikace sentinelových biopsií u neinvazivního karcinomu.

Název: Sentinelová uzlina u karcinomu prsu a její aktuální kontroverze

Autor: Heroková J., Zonča P.

Pracoviště: Vítkovická nemocnice blahoslavené Marie Antoníny

Přednosta: Chmelo J.

Anotace: Cíl: Biopsie sentinelové uzliny je standardní metoda v diagnosticko-terapeutickém algoritmu léčby karcinomu prsu. Výtěžnost z biopsie dle literárních údajů u multidisciplinárního týmu představuje více než 95 %. Autoři prezentují aktuální kontroverze v souvislosti se sentinelovou uzlinou.

Materiál a metoda: V současné době jsou diskutovány především následující problémy:

1. Kombinace radioisotopu a patentní modří a jejich peritumorální a subdermální injekce mohou zvýšit úspěšnost identifikace sentinelové uzliny
2. Předoperační lymfoscintigrafie je více užitečná v detekci uzliny v povodí a. mammaria interna, i když toto má spíše výzkumný charakter
3. Intraoperační diagnóza sentinelové uzliny je nutná, protože pacienti s pozitivní uzlinou mohou být ihned léčeni disekcí axily, avšak jak histologie na zmrzlo, tak otisková cytologie mají limitace při detekci mikrometastáz.
4. Mikrometastázy sentinelové uzliny (0,2-2,0mm) mohou mít prognostickou důležitost a mohou být diagnostikovány prokrájením preparátu v 200 mikronových intervalech.
5. Biopsie sentinelové uzliny může být indikována u pacientů s velkým nebo vysokým rizikem DCIS
6. Výtěžnost biopsie sentinelové uzliny po předoperační chemoterapii je stále zvažována.

Autoři rozebírají tyto problémy na vlastním souboru 171 pacientek s biopsií sentinelové uzliny

Výsledek: Řešení kontrovezí vedlo ke zlepšení diagnózy a zpracování sentinelové uzliny.

Závěr: Každá nová metoda s sebou přináší kontroverze. Tyto kontroverze nejsou handicapem, ale přispívají k dalšímu rozvoji dané metody a zkvalitnění péče o pacienty.

Název: Naše zkušenosti s léčbou nádoru prsu

Autor: Adamčík L., Czudek S., Ševela R.

Pracoviště: Podlesí a.s. Třinec, NsP v Novém Jičíně

Přednosta: MUDr. Czudek Stanislav, CSc.

Anotace: Omlouváme se.

Autor sdělení neposkytl ve stanoveném termínu text abstrakta.

Název: 10-ročné skúsenosti s operáciami prsníka pre karcinóm

Autor: Pelč J., Brunčák P., Mahmoud Z.

Pracovišťe: Chirurgické odd. NsP Lučenec, Slovensko

Přednosta: MUDr. Brunčák Peter

Anotace: Autori referujú výsledky chirurgickej liečby malígnych ochorení prsníka na chirurgickom oddelení NsP v Lučenci v rokoch 1994 – 1998 a 1999 – 2003.

V prvom 5 ročnom období operovali 121 pacientov. Abláciu vykonali 83 krát tj. 68,5 % a prsník zachovné operácie 38krát tj. 31,5 %. Priemerný vek pacientiek s abláciou bol 63,4 roka a po quadrantektómii 51,3 roka. Včasné pooperačné komplikácie pri quadrantektómii boli 2,6 % a po ablácii prsníka 10 %.

V druhom 5 ročnom období operovali 165 pacientov pre malígne ochorenie prsníka. Abláciu vykonali 102krát tj. 61,8 % a prsník zachovné operácie 63krát tj. 38,2 %.

Název: Plicní metastazektomie u pokročilého karcinomu prsu: klinický význam.

Autor: Jedlička V., Peštál A., Doležel J., Čapov I.

Pracoviště: I. chirurgická klinika FN u sv. Anny, Pekařská 53, 656 91 Brno

Přednosta: Doc. MUDr. Ivan Čapov, CSc.

Anotace: Plicní metastázy karcinomu prsu jsou považovány za onemocnění s velmi nepříznivou prognózou. Metastazektomie plicních metastáz může nabyt na větším významu díky vyšší účinnosti multimodální terapie metastazujícího karcinomu prsu v posledních letech. V přednášce prezentujeme review z dostupné literatury s přihlédnutím k vlastním zkušenostem. Nejdůležitějším zdrojem poznatků o chirurgickém odstranění plicních metastáz maligních onemocnění je mezinárodní registr plicních metastáz (international registry of lung metastases). V datech z uvedeného registru publikovaných Friedelem (2002) jsou výsledky plicních metastazektomií následující: 5 let přežívá 38 % pacientů, 10 let 22 % pacientů. Uvedená data by měla být povzbuzením k aktivnějšímu léčebnému přístupu u vybraných skupin žen trpících pokročilým nádorovým onemocněním.

Název: Management nehmavných lézí prsu

Autor: Hruban B., Pistulka J., Špička P.

Pracoviště: Chirurgické oddělení Nemocnice, Prostějov

Přednosta: Prim. MUDr. Bohumil Hruban, CSc.

Anotace: Omlouváme se.
Autor sdělení neposkytl ve stanoveném termínu text abstrakta.

Název: Konzervativní výkonu u karcinomu prsu

Autor: Fait V., Chrenko V.

Pracoviště: Masarykův onkologický ústav, oddělení chirurgické onkologie

Přednosta: prof. MUDr. Rostislav Vyzula, CSc - ředitel

Anotace: Konzervativní výkonu jsou u karcinomu prsu považovány za standard při nepřítomnosti závažné kontraindikace.

Kontraindikace jsou absolutní a relativní, za absolutní kontraindikaci lze považovat pouze multicentrický výskyt až již invazivní nebo neinvazivní složky.

V průběhu času vznikla řada typů konzervativních výkonů a poněkud nejednoznačné názvosloví.

Autoři představují spektrum výkonů, tak jak je používáno v MOÚ, s důrazem na jejich indikace a především na spolupráci s dalšími obory, především s radiodiagnostikou a radioterapií.

Název:	Lokální recidivy u karcinomu prsu po konzervativní terapii s následnou radiací a boostem
Autor:	Gatěk J. (1), Čecháček M. (2), Zajíc J. (3), Dudešek B. (1), Duben J. (1), Hnátek L. (1), Musil T. (1)
Pracoviště:	Chirurgické oddělení Nemocnice Atlas Zlín (1), Onkologické oddělení fakultní nemocnice Olomouc (2), Radioterapie Holešov (3)
Přednosta:	

Anotace: Cíl: Časný karcinom prsu léčený konservativním chirurgickým výkonem s následnou radiací je nyní běžný způsob léčení. Mnohé studie prokázaly, že dlouhodobé výsledky (období mezi relapsem choroby a celková doba přežití) je stejná jako po mastektomii. Konservativní terapie byla přijata na alternativa mastektomie pro vybranou skupinu pacientek. Mnohé studie prokázaly, že převážná část lokálních recidiv je v oblasti kavity po excisi tumoru. Smysl radiční terapie je snížit procento lokálních recidiv. Brachyterapie boostem, která následuje po ozáření celého prsu by měla mít efekt v lokální kontrole choroby. Cílem naší retrospektivní studie bylo zjistit množství lokálních recidiv po konzervativní terapii následované radiací celého prsu a boostem do operačního lůžka.

Materiál a metoda: V období od 1. 12. 1998 a 30. 6. 2004 na chirurgickém oddělení nemocnice Atlas ve Zlíně bylo operováno pro časný karcinom prsu konzervativním chirurgickým výkonem s následnou radiací prsu a boostem do lůžka po resekci tumoru 143 pacientek.

U všech byly histologicky prokázány negativní resekční okraje. Minimální resekční hranice od okraje nádoru byla 1,0 cm. Pokud hranice byla menší byla provedena reresekce. Lůžko tumoru bylo označeno klipy. Po výkonu byl prs ozářen laterálním paprskem. Boost byl aplikován do lůžka tumoru po ukončení zevní radiace. Značení lůžka klipy je pro zaměření brachyterapie výhodné. K brachyterapii bylo použito 9 jehel Ir-192. Následně byla pouze chemoterapie nasazena u 36 pacientek, kombinace chemoterapie a hormonální terapie u 56 případů. Samostatná hormonální terapie byla použita u 31 pacientek a bez následné terapie bylo 20 pacientek.

Výsledky: Věk 143 pacientek se pohyboval od 25 do 82 roků v čase. Medián sledování je 32 měsíců. Charakteristika souboru. Histologie: Infiltrující duktální karcinom 114, infiltrující lobulární karcinom 6, medulární karcinom 6, DCIS 10 a další 7. Velikost tumoru: TIS 10, pT1a 1x, pTb28x, pTc 55x, pT2 44x, pT3 5x. Stav uzlin: pN0 81x, pN1 59x, pN2 3x. Stage: 0 1x, I 58x, IIA 56x, IIB 24x, IIIA 4x. Lokální recidiva v prsu byla u 5 případů, což představuje 3,49 %. Vzdálené metastázy byly u 3 případů (2,09 %). Ve skupině 143 pacientek jsme registrovali 3x úmrtí na základní chorobu.

Závěr: Konzervativní terapie, s mikroskopicky prokázanými negativními okraji, následovaná kombinací radioterapie celého prsu a operačního lůžka boostem snižuje riziko lokální recidivy.

Název: Ca prsníka u muža

Autor: Lúčan J., Mištuna D., Mazuch J., Mikolajčík A., Šutiak L., Kajo K.

Pracovišťe: I. Chirurgická klinika JLF a MFN Martin
Ústav patologickej anatómie JLF a MFN Martin

Přednosta: prof. MUDr. Dušan Mištuna, PhD, prof. MUDr. Lukáš Plank, CSc.

Anotace: Ca prsníka u muža je ochorením staršieho veku, výnimočne sa vyskytuje u mladších mužov. Tvorí 0,6 - 0,9 % všetkých ca prsníka, t.j. vyskytuje sa 100 krát menej než u žien. V etiológii majú dôležitú úlohu estrogény. Histologicky prevažuje duktálny invazívny ca. Lokálny nález je často pokročilý, v 15 % bývajú prítomné vzdialené MTS už pri prvom vyšetrení. Liečba je chirurgická - mastektómia s axilárnou lymfonodektómiou s následnou rádioterapiou, chemoterapiou a hormonoterapiou. Prežívanie sa za posledné roky nemení, 50% prežíva 5 rokov, 23 % 10 rokov.

Na I. Chirurgickej klinike v Martine za posledných 15 rokov (1990 - 2004) urobili celkom 1.484 operácií pre choroby prsníka, z toho bolo 74 (5 %) mužov. Benígnych ochorení bolo 959 (64,6 %), z toho 72 (7,5 %) u mužov. Malígnych ochorení bolo 525 (35,4 %), z toho u 2 mužov (0,4 %).

Autori v práci podrobne prezentujú dve kazuistiky ca prsníka u muža.

Název: Mamotom, vakuová biopsie z prsu -další možnost verifikace suspekčního nálezu v prsu

Autor: Kašpar M., Čapov I., Říčková H.

Pracoviště: I. chirurgická klinika FNUSA Brno ,FEMMA s.r.o.

Přednosta: Doc Dr Ivan Čapov CSc

Anotace: Autoři ve své práci shrnují zkušenosti z ročního používání mamotomu při diagnostikování nehmavných suspekčních lézí prsu. V roce 2003 provedli 86 vakuových biopsií prsu. Popisují pozitiva použití mamotomu (ambulantní výkon, bez nutnosti celkové anestezie, mini-invazivita, časová nenáročnost, přesnost), ale uvádějí i nevýhody vakuové biopsie (cena, bolestivost, možné komplikace). Z práce vyplývá, že vakuová biopsie prsu mamotomem se stává významným nástrojem moderní mamologické diagnostiky, zejména u pacientů s nehmavnými lézemi prsu ,která v budoucnosti má potenciál nahradit diagnostickou chirurg. extirpaci v CA.

Název: Geneticky podmíněné karcinomy prsu – prevence, léčba

Autor: Kopecká P., Kopecký J., Šilhánová E., Plevová P.

Pracoviště: Mamocentrum FEMINA s.r.o. Ostrava, ZSF Ostravské university, Odd. lék. genetiky FnsPO, RTK FnsPO

Přednosta: Doc. MUDr. J. Kopecký, DrSc.

Anotace: Výskyt nádorových onemocnění prsů v ČR stále stoupá. Podle Národního onkologického registru v r. 1999 nově onemocnělo 5.013 pacientů oproti r. 1998 nárůst +8,4 %, oproti r. 1989 + 44 %. Významný podíl má i Moravskoslezský kraj, kde za posledních 5 let stoupl počet onemocnění ze 480 na 542, nárůst + 12 %. Dědičně podmíněná nádorová onemocnění prsů tvoří přibližně 5-10 % nově diagnostikovaných onemocnění. Na jejich vzniku se ve více než polovině případů podílejí mutace genů BRCA1 (52 %), BRCA2 (32 %). U 16 % se jedná o dědičný syndrom podmíněný jiným genem. Geneticky podmíněná nádorová onemocnění prsů se vyskytují častěji, dříve než ve 45ti letech, dříve než sporadické formy onemocnění, jejichž incidence narůstá s věkem. Zavedený mamografický screening nemůže proto tuto skupinu zahrnout a konečně byl včasná diagnostika již manifestního onemocnění je vlastně jen prevencí sekundární.

Protože komplexní program o tuto skupinu vysoce rizikových pacientů není dosud plně zaveden v klinické praxi, cílem naší studie bylo vytvořit algoritmus klinického a genetického vyšetřování, genetického testování a komplexní péče u pozitivně testovaného jedince, založené na multidisciplinární spolupráci. A dále vytvořit tým erudovaných specialistů systematicky se zabývajících touto problematikou.

Materiál a metodika: Za poslední rok bylo ambulantně vyšetřeno 3176 pacientů, většinou dispenzarizovaných pro symptomatické nenádorové onemocnění prsů. Z nich 42 (1.32 %) splňovalo indikační kritéria pro genetickou konzultaci a případně genetické testování. Nabídku genetické konzultace doposud využilo 17 probandů (1 muž), zatím váhá 22 a 3 probandi odmítli (1 muž). Protokolární postup před prediktivním testem zahrnuje opakovanou konzultaci genetika, případně i dalších odborníků (plastický chirurg, gynekolog a další). Genetické testování proběhlo u 11 probandů, plánováno je u dalších dvou a ostatní čtyři jsou ponechání i v evidenci /zatím nelze test realizovat/. Výsledek je zatím u 3 s negativním spektrem mutací BRCA 1 a 2. U jednoho je však heredita tak zřejmá, že vzorek byl odeslán do zahraničí k realizaci vyšetření možných dalších mutací.

Závěr: Péči o nemocné s hereditární formou karcinomu prsů lze rozšířit o provedení radikálnějšího výkonu (mastektomie) a zvážit profylaktickou mastektomii kontralaterálního prsu, preferenci chirurgické kastrace před kastrací radiační nebo medikamentózní a rozšíření dispenzárních schémat o stanovení markru Ca 125 a ultrazvukových vyš. (TVUZ) v šestiměsíčních intervalech. U žen s Ca ovarii doplnit dispenzarizaci o MG 1x ročně společně s markry CEA a Ca 15.3 1x za 6 měsíců. Pro dispenzární sledování zdravých žen-nosiček mutace BRCA1 a BRCA2 a pro zdravé muže - nosiče mutace BRCA1 a BRCA2 jsou doporučena speciální schémata, umožňující včasnější rozpoznání incipientní léze již od věku 20 resp. 21 let. Nicméně dispenzarizace je čekáním na vznik nádorového onemocnění. Možností primární prevence je prevence chirurgická a chemoprevence. Zkušenosti zahraničních odborníků jednoznačně prokazují přínos genetického testování u vybraných skupin populace, prodloužení délky života a ekonomickou efektivitu pokud je realizována profylaktická chirurgická léčba. Tématika bude rozvedena v přednášce, seznam literatury u autorů.

Název: Novinky v mamologii

Autor: Červinka V., Šťastný K., Havlíček K., Nechvátal L., Vaňásek J.,
Pavlíková E., Hácová M.

Pracoviště: Chirurgické oddělení nemocnice Pardubice

Přednosta:

Anotace: Omlouváme se.
Autor sdělení neposkytl ve stanoveném termínu text abstrakta.

Název: Paravertebrální blok v operativě prsu

Autor: Karel Šťastný, Voytek Bosek, Vladimír Červinka, Karel Havlíček, Pavel Turnovský

Pracoviště: Ústav zdravotnických studií Univerzity Pardubice, Chirurgická klinika Krajské Nemocnice Pardubice, H. Lee Moffitt Cancer Center and Research Institute Tampa, Florida, USA

Přednosta: Prof. MUDr. A. Pellant, DrSc.; Doc. MUDr. K. Havlíček, CSc.

Anotace: Se zvyšujícím se důrazem na kvalitu života pacientů a užíváním miniinvasivních zákroků lze větší měrou využívat i šetrnějších způsobů anestezie. Při provádění konzervativních chirurgických výkonů na prsu a axile jsme s úspěchem zavedli anestezii paravertebrálním blokem.

Paravertebrální blok dovoluje provést biopsii sentinelových uzlin a následný konzervativní chirurgický zákrok na prsu, eliminuje nevýhody a možné komplikace celkové anestezie, zkracuje dobu drahé hospitalisace a snižuje riziko nosokomiální infekce. Komplikace metody (alergie na anestetikum, dechový útlum, pneumothorax) jsou vzácné.

Na Chirurgické klinice Krajské nemocnice Pardubice jsme tuto metodu zavedli v září 2004. Zatím jsme úspěšně provedli v paravertebrálním bloku 12x biopsii sentinelových uzlin a parciální mastektomii. Při paravertebrálním bloku aplikuje anesteziolog pod příčné výběžky obratlů C7-Th4, laterálně 3 cm od střední čáry do hloubky cca 5 cm, 5 ml 0,5 % Bupivacainu. Nástup anestezie je za 10-20minut, pooperační analgezie přetrvává 3-6 hodin, výrazně se snižuje potřeba analgetik, aplikace může být provedena na předsáli. Anestezii dobře snášejí i starší a polymorbidní ženy. Možnost provádět zákroky v rámci one day surgery. Komplikace po anestezii jsme na našem malém souboru neměli.

Paravertebrální blok je u výkonů na prsu metodou volby. Je šetrnější k pacientce a přináší cost benefit zkracováním doby hospitalizace.

Název: Zpráva o stavu thyreo chirurgie na našem oddělení

Autor: Šustáček J., Blahák P., Šolcová D., Borský J., Ondrová A.

Pracoviště: Chirurgické, interní, ORL oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě

Přednosta: Prim. MUDr. Jiří Šustáček

Anotace: Autoři ve svém sdělení krátce referují vývoj thyreo chirurgie v našem ústavu s přihlédnutím k aspektům endokrinologickým, interním a ORL. Zdůrazňují nezbytnost TTE, přísná a striktní kritéria, která dodržují při verifikaci a vizualizaci NLR ev. příštítných tělísek a v závěru uvádí podstatné zlepšení výsledků operační terapie po zavedení těchto kritérií.

Název: Komplikace chirurgie štítné žlázy:

Autor: Kysučan J., Vyhnánek J., Mocňáková M.

Pracoviště: II. chirurgická klinika FN, Olomouc

Přednosta: Prof. MUDr. Miloslav Duda, DrSc.

Anotace: Operační výkony na štítné žláze nesou jak obecná, tak i svá specifická rizika. Na souboru 780 pacientů operovaných v letech 2002-2004 na II. chirurgické klinice FN Olomouc autoři popisují tyto nejčastější komplikace, jejich včasnou diagnostiku a léčbu. Cílem je nalézt co nejšetrnější operační postupy se snahou snížit výskyt komplikací na minimum.

Název: Neurostimulace n. laryngeus recurrens při thyreoidektomii

Autor: Mocňáková M., Vyhnanek J., Kysučan J.

Pracoviště: II. chirurgická klinika FN, Olomouc

Přednosta: Prof. MUDr. Miloslav Duda, DrSc.

Anotace: Identifikace a detekce NLR je vždy při operaci štítné žlázy klíčovým okamžikem. Ztížena je při recidivách a reoperacích, při Hashimotově thyreoiditidě či velkých strumách. Neurostimulace NLR je přesná, bezpečná metoda, časově nenarůstá, bez rizik pro pacienta i operátora, jednoznačně označí průběh a celistvost nervu. Doufáme, že se při zlepšení ekonomické situace zdravotnictví stane metodou rutinní, běžně používanou.

Název: Reoperace na štítné žláze , jejich komplikace

Autor: Vyhnánek J., Mocňáková M., Kysučan J.

Pracoviště: II. chirurgická klinika FN, Olomouc

Přednosta: Prof. MUDr. Miloslav Duda, DrSc.

Anotace: Reoperace na štítné žláze patří mezi rizikové operační výkony s možností vzniku zejména časných pooperačních komplikací. Jejich výskyt je ovlivněn obtížným výkonem v důsledku změněných topografických poměrů v dané lokalitě. Důvod množství reoperací, která i v současnosti není zanedbatelné, vidíme především a méně radikálním primárním výkonu. Příčinou byla chybná indikace rozsahu výkonu nebo nedostatečné technické provedení. Nejobávanejší komplikací stále zůstává poškození NLR s následnou parézou hlasivek. Významnou prevencí poranění NLR vidíme v metodě neurostimulace nervu, kterou jsme letos zavedli do praxe.

Název: Naše zkušenosti s chirurgií příštitných tělísek

Autor: Piš K., Zonča P., Klimeš V.

Pracoviště: Chirurgické a traumatologické oddělení, MN Ostrava

Přednosta: Piš K.

Anotace: Omlouváme se.
Autor sdělení neposkytl ve stanoveném termínu text abstrakta.

Název: Perforace diverticulozy tenkého střeva zaměněna za appendicitidu, kazuistika.

Autor: Jaroš E., Maršík L., Příborský J, Chobola M.

Pracoviště: Chirurgická klinika FN Hradec Králové, Lékařská fakulta UK v Hradci Králové

Přednosta: Prof. MUDr. Zbyněk Vobořil, DrSc.

Anotace: Kazuistika pacientky operována jako akutní appendicitida s příznaky peritonitidy, kdy příčinou byla perforace vícečetné divertikulozy jejunu s perforací jednoho z divertiklu. Jedná se o ojedinělou příčinu peritonitidy.

Název: Perforácie hrubého čreva

Autor: Váňa J., Johanes R.

Pracovištie: Chirurgické oddelenie NsP Žilina, Slovensko

Přednosta: Rastislav Johanes

Anotace: Autori analyzujú súbor pacientov operovaných pre diagnózu perforácie hrubého čreva. Hodnotia výsledky s ohľadom na stupeň závažnosti peritonitídy hodnotenej podľa Mannheim Peritonitis Index a podľa spôsobu použitej operačnej liečby. V závere konštatujú jednoznačnú tendenciu k použitiu jednoetapových operačných výkonov.

Název: Poranenia rektosigmy

Autor: Mokrý M., Hanzel J., Horňák J.

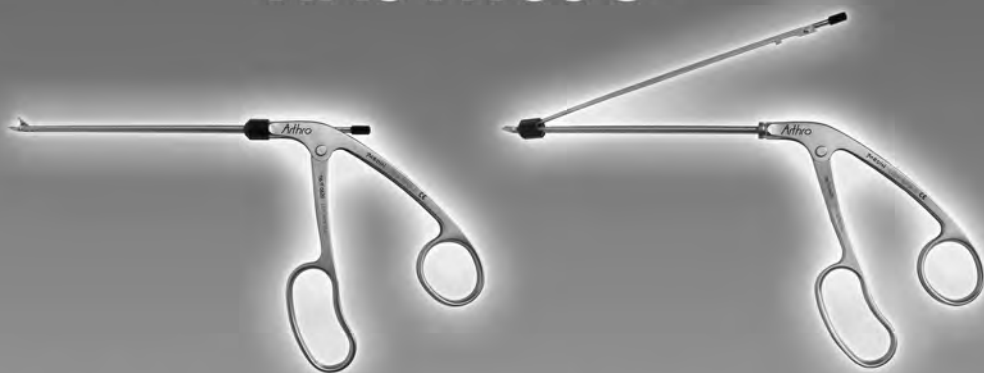
Pracoviště: Chirurgické oddelenie NsP, Bernolákova 4, 953 00 Zlaté Moravce

Přednosta: MUDr. J. Hanzel

Anotace: Autori v práci rozoberajú poranenia rektosigmy v podmienkach NsP I. typu, možnosti ošetrenia jednodobé, ev. viacdobé ošetrenie, v závislosti od charakteru úrazu. Výsledky ošetrenia sú porovateľné so súčasnými štatistikami.



NOVÁ ŘADA ARTROSKOPICKÝCH NÁSTROJŮ



PŘESNÝ STŘIH • PLYNULÝ CHOD • POHODLNÉ DRŽENÍ
KONSTRUKCE UMOŽŇUJÍCÍ DOKONALÉ MYTÍ NÁSTROJŮ

9.00 - 9.30 **SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ - SÁL „A“**

9.30 - 11.00 **I. ČÁST ODBORNÉHO PROGRAMU B1**

Předsednictvo: Penjak J., Rousek M., Strmeň J.

25. Novák D., Jenerál P.:

(Chirurgické oddělení Nemocnice, Nové Město na Moravě)
Klasifikace AO v oblasti loketního kloubu

26. Krejčí R., Novák D.:

(Chirurgické oddělení Nemocnice, Nové Město na Moravě)
Operační přístupy k loketnímu kloubu

27. Kovalčík S., Štefánek L., Haranta P., Molitor J., Orlovský K.:

(Traumatologie, Žilina)
Taktika operací suprakondylických zlomenin humeru
v dětském věku

28. Penjak J., Sedláček J., Vlach J.:

(Chirurgické oddělení Nemocnice a.s., Bruntál)
Léčení poranění distálního humeru u dětí a dospělých
v našem souboru pacientů

29. Strmeň J., Turčan A.:

(Chirurgické oddelenie, Ilava)
Jupiterova operácia zlomenín distálnej metafýzy humeru

30. Novák D.:

(Chirurgické oddělení Nemocnice, Nové Město na Moravě)
Jaká poloha pro perkutánní osteosyntézu distálního humeru?

31. Strmeň J., Turčan A.:

(Chirurgické oddelenie, Ilava)
Je transkondylická zlomenina dětského humeru crux chirurgorum?

11.00 - 11.15 PŘESTÁVKA

11.15 - 12.30 **II. ČÁST ODBORNÉHO PROGRAMU B2**

Předsednictvo: Čavojec P., Šonský E., Vaculík V.

32. Dvorský R., Novák D.:

(Chirurgické oddělení Nemocnice, Nové Město na Moravě)
Resorbovatelné implantáty pro zlomeniny v oblasti lokte

- 33. Mudrák I., Stránska M., Gémeš P.:**
(Ortopedicko-traumatologická klinika, MFN Martin)
Využitie Herbertovej skrutky pri fraktúrach hlavičky rádia
- 34. Mantič M., Pavlas R.:**
(Chirurgie II, Nemocnice Jihlava)
Komplikované poranění lokte - kazuistika
- 35. Šucha R., Karol A., Vaculík V., Kováč P., Vrabec J.:**
(Oddelenie všeobecnej a úrazovej chirurgie NsP Sv. Jakuba, Bardejov n.o.)
Cievna komplikácia suprakondylovej zlomeniny humeru - kazuistika
- 36. Šonský E., Hledík E., Malkus T., Kašpar M.:**
(Chirurgická, Radiodiagnostická a Ortopedická klinika IPVZ
- Bulovka, Praha)
Trauma horní končetiny spojené se závažnou cévní lézí

12.30 -14.00 OBĚD

14.00 - 15.15 **III. ČÁST ODBORNÉHO PROGRAMU B3**

Předsednictvo: Novák D., Mazuch J., Vlach J.

- 37. Habal P., Šimek J., Novotný J.:**
(Kardiochirurgická klinika, Radiologická klinika LF UK a FN Hradec Králové)
Algoritmy léčby hrudních úrazů
- 38. Reška M., Diviš P., Kábela M.:**
(I. chirurgická klinika, FN u sv. Anny, Brno)
Naše zkušenosti s PFN Medin
- 39. Krejčí R., Novák D.:**
(Chirurgické oddělení Nemocnice, Nové Město na Moravě)
Zlomeniny femoru - naše postupy a výsledky
- 40. Malinovský P., Martinec A., Durdík Š., Hrbatý B., Žiak P.:**
(Traumatologické oddelenie I. chirurgickej kliniky FNŠP a
Lekárskej Fakulty Univerzity Komenského, Bratislava)
Efektívna rekonštrukcia mediálneho kolaterálneho ligamenta
kolenného kĺbu
- 41. Mazuch J., Mištuna D., Hul'o E., Gatialová K.:**
(I. chirurgická klinika, Jesseniova lekárska fakulta UK, Martin)
Venózný tromboembolizmus v chirurgii a traumatológii

42. Šimo J., Durdík Š.:

(I. chirurgická klinika FNŠP, Bratislava)

Pacient liečený antikoagulanciami - aktuálny problém
v traumatológii

16.30 odjazd do Horácké galerie v Novém Městě na Moravě

20.00 **SPOLEČENSKÝ VEČER V HOTELU SKALSKÝ DVŮR**



Název: Klasifikace AO v oblasti loketního kloubu

Autor: Novák D., Jenerál P.

Pracoviště: Chirurgické oddělení Nemocnice, Nové Město na Moravě

Přednosta: Prim. MUDr. Jiří Šustáček

Anotace: Autoři se ve svém sdělení zamýšlí nad potřebou klasifikací. V materiálu z posledních 2 let charakterizují zlomeniny v oblasti distálního humeru a uvádějí klinické případy.

Název: Operační přístupy k loketnímu kloubu

Autor: Krejčí R., Novák D.

Pracoviště: Chirurgické oddělení Nemocnice, Nové Město na Moravě

Přednosta: Prim. MUDr. Jiří Šustáček

Anotace: V přednášce autoři krátce uvádějí přehled základních, běžně používaných a atypických, méně známých přístupů k loketnímu kloubu, které sami používají k řešení poranění a jiných afekcí v této lokalitaci.

Název: Taktika operácií suprakondylických zlomenín humeru v detskom veku

Autor: Kovalčík S., Štefánek L., Haranta P., Molitor J., Orlovský K.

Pracoviště: Traumatológia Žilina

Přednosta: Orlovský K.

Anotace: Na súbore pacientov oddelenia traumatológie v Žiline prezentujeme taktiku operačnej liečby u suprakondylických zlomenín humeru u detí.

Repozícia a perkutánna osteosyntéza K - drôťmi je metódou voľby. Venujeme sa zhodnoteniu jej optimálnej konfigurácie vzhľadom k mechanickej stabilite, prítomnosti iatrogénnej lézie n. ulnaris a ďalším komplikáciám.

Porovnávame perioperačné rtg nálezy a následný rtg i klinický obraz u týchto zlomenín so zdôraznením efektívnosti laterálneho prístupu perkutánnej osteosyntézy.

Název: Léčení poranění distálního humeru u dětí a dospělých v našem souboru pacientů.

Autor: Penjak J., Sedláček J., Vlach J.

Pracoviště: Chirurgické oddělení Nemocnice, a.s., Bruntál

Přednosta: MUDr. Jiří Sedláček

Anotace: Dislokované zlomeniny distálního humeru u dospělých a dětí a jejich léčení řadíme do oblasti urgentní traumatologie. Přesná repozice zlomeniny a její definitivní stabilizace v celkové anestézii pod rtg zesilovačem nesnesou odklad. Na našem pracovišti jsme v letech 2000 – 2004 ošetřili celkem 115 zlomenin distálního humeru u pacientů starších 15 let a 48 dětí do 15 let.

U dětí do 15 let bylo z celkového počtu 48 operováno 28 dětí, 16 dětí jsme léčili konzervativním způsobem a 4 děti jsme primárně odeslali na vyšší pracoviště do Traumacentra FNŠP Ostrava (ve dvou případech se jednalo o inverované suprakondylické zlomeniny s primárním neurologickým postižením). Autoři v další části přednášky se zabývají taktikou urgentní léčby poranění distální části humeru u dospělých a u dětí zvláště. U dětí preferují konzervativní způsob léčby. Pokud se nedaří po repozici v celkové anestézii spolehlivě retinovat zlomeninu, tak indikují okamžitou operaci v těžké anestézii. Preferují miniinvasivní typ osteosyntézy, a to perkutánním zavedením Kirschnerových drátů do humeru po dokonalé repozici zlomeniny. Uvedenou metodou ošetřili všechny zlomeniny mladých pacientů vlastního souboru pracoviště.

U poranění v dospělém věku, zvláště u seniorů, se autoři setkávají převážně se zlomeninami tříštivého, dislokovaného charakteru. Nezřídka se jedná o diakondylické a transkondylické tříštivé zlomeniny.

V některých případech, jak autoři demonstrují na rtg dokumentaci, jsou nuceni přistoupit k otevřené osteosyntéze dlahou. Při léčení zlomenin s použitím vnitřní osteosyntézy využívají šrouby a dlahy. Nevyhýbají se zevní osteosyntéze. Nejčastěji použili u svého souboru pacientů perkutánní zavedení Kirschnerových drátů jako miniinvasivní typ osteosyntézy. Při použití vnitřní osteosyntézy dle charakteru, lokality a typu zlomeniny, a s ohledem na stav měkkých tkání v poraněné v oblasti, používají různé operační přístupy ke zlomenině, včetně dorzálního přístupu k distálnímu humeru.

Přednáška je doplněná bohatou rtg dokumentací s výsledky funkčního léčení.

Název: Jupiterova operácia zlomenín distálnej metafýzy humeru

Autor: Strmeň, Turčan A.

Pracovištie: Chirurgické oddelenie, Ilava

Přednosta: h. Doc. MUDr. Juraj Strmeň, PhD, FAOI

Anotace: Podobne jako v prípade detských zlomenín, autori popisujú operačný postup při triestivých intraartikulárných zlomeninách distálnej metafýzy humeru, podľa priateľa jedného z autorov – Dr. Jesse B. Jupitera zo svetoznámej Massachusetts General Hospital v Bostone. Zadným prístupom po odpolení olekranu je možné riešiť aj tie najkomplikovanejšie zlomeniny.

Název: Jaká poloha pro perkutánní osteosyntézu distálního humeru?

Autor: Novák D.

Pracoviště: Chirurgické oddělení Nemocnice, Nové Město na Moravě

Přednosta: Prim. MUDr. Jiří Šustáček

Anotace: Autor ukazuje možné oblasti perkutánních technik a charakterizuje osteosyntézu distálního humeru v supinační a pronáční poloze. Jako šetrnější a bezpečnější metodu preferuje polohu pacienta na břiše.

Název: Je transkondylická zlomenina detského humeru crux chirurgorum?

Autor: Strmeň J., Turčan A.

Pracoviště: Chirurgické oddelenie, Ilava

Přednosta: h. Doc. MUDr. Juraj Strmeň, PhD, FAOI

Anotace: Od roku 1992 sa začala na našom oddelení nová éra ošetrovania najťažších detských zlomenín v prvej dekáde života dieťaťa s píkcom okolo 6 roku - transkondylických zlomenín humeru. Osvojili sme si operačnú liečbu navrhnutú Kaye E. Wilkinsom z Children's Hospital v San Antoniu v Texase. Popisujeme jednoduchý, ale racionálny repositiončný a operačný spôsob riešenia už nie pre nás „nepříjemných a obávaných“ zlomenín.

Název: Resorbovatelné implantáty pro zlomeniny v oblasti lokte

Autor: Dvorský R., Novák D.

Pracoviště: Chirurgické oddělení Nemocnice, Nové Město na Moravě

Přednosta: Prim. MUDr. Jiří Šustáček

Anotace: Omlouváme se.
Autor sdělení neposkytl ve stanoveném termínu text abstrakta.

Název: Využitie Herbertovej skrutky pri fraktúrach hlavičky rádia

Autor: Mudrák I., Gémeš P., Stránska M.

Pracoviště: Ortopedicko-traumatologická klinika, MFN Martin

Přednosta: Doc. MUDr. Masár J., PhD.

Anotace: V našej prednáške,by sme chceli poukázať na praktické využitie Herbertovej skrutky pri frakturach hlavičky rádia. Herbertovú skrutku používame na našej klinike od septembra 2001. Okrem hlavnej indikácie použitia skrutky pri fraktúrach a pseudoartrózach ossis scaphoidei, sme použili Herbertovú skrutku v šiestich prípadoch fraktúry hlavičky rádia. Hlavný význam použitia vidíme v možnosti anatomickej repozície s fixáciou skrutkou bez nutnosti jej extrakcie, rýchlej rehabilitácii a následnej rekonvalescencii pacientov.

Název: Komplikované poranění lokte - kazuistika

Autor: Mantič M., Pavlas R.

Pracoviště: Chirurgie II, Nemocnice Jihlava

Přednosta:

Anotace: Kazuistika pacienta N. V. 48 let pojednává o průběhu léčby komplikovaného poranění loktě. Volba léčebných postupů a typu osteosyn-
tezy s ohledem na stav měkkých tkání a charakteru poranění. Shr-
nutí výsledků léčby včetně volby op. postupů a vzniku časných a
pozdních komplikací.

Název: Cievna komplikácia suprakondylovej zlomeniny humeru - kazuistika

Autor: Šucha R., Karol A., Vaculík V., Kováč P., Vrabec J.

Pracoviště: oddelenie všeobecnej a úrazovej chirurgie NsP Sv. Jakube Bardejov n.o.

Přednosta: primár MUDr. Karol Anton

Anotace: Kazuistika sa týka poranenia a.brachialis pri dislokovanej suprakondylovej zlomenine humeru u dieťaťa. Pacient prijatý na od. všeob. a úraz. chir. NsP Bardejov, tu diagnostikovaná zlomenina ako aj cievne komplikácie, boli zjavné už pred repozíciou. Následne vykonaná repozícia a osteosyntéza Kirschnerovými drôťmi. Aj po repozícii a op. nehmatné pulzácie na predlaktí, preto vykonané USG vyšetrovanie ciev a ďalšia terapia pacienta konzultovaná cestou traumatologického odd. a odd. cievnej chirurgie FNŠP Prešov. Tu vykonané angiografické vyšetrovanie a následne cievny rekonštrukčný výkon. Pacient t.č. v starostlivosti ambulantného traumatológa.

Název: Trauma horní končetiny spojené se závažnou cévní lézí

Autor: Šonský E., Hledík E., Malkus T., Kašpar M.

Pracoviště: Chirurgická, Radiodiagnostická a Ortopedická klinika IPVZ-Bulovka

Přednosta: Prof. MUDr F. Antoš, CSc.

Anotace: Jenom malá část poranění horní končetiny bývá sdružena se závažnou cévní lézí, manifestující se ischemií nebo život ohrožujícím krvácením. Přesto tyto stavy představují určitý terapeutický a někdy i diagnostický problém

Autoři podávají přehled ošetřených poranění cév horních končetin za posledních pět let a zásady jejich ošetření v jednotlivých etážích ilustrují popisem typických kazuistik.

Název: Algoritmy léčby hrudních úrazů

Autor: Habal P., Šimek J., Novotný J.

Pracoviště: Kardiochirurgická klinika, Radiologická klinika 1. LF UK a FN Hradec Králové

Přednosta:

Anotace: Autoři ve svém sdělení rozebírají možnosti poranění hrudníku. Nárůstem automobilizmu a extrémních sportů, při kterých hrozí zejména pády z výšky, vzrůstá výskyt tupých poranění hrudníku a orgánů hrudní dutiny. V našich zeměpisných šířkách nedochází zatím k nárůstu stělného a bodného poranění.

Tupá, nepenetrující poranění hrudníku se podílejí až na 25 % úmrtí při dopravních nehodách. U nemocných, kteří přežijí bezprostředně úrazový děj, je velké riziko hlavně dechových komplikací. Při špatné diagnostice a opožděné léčbě se poraněný hrudník výraznou měrou podílí na vzniku dechové a oběhové nedostatečnosti.

Autoři rozebírají jednotlivé typy poranění od prosté zlomeniny žeber, sternu až po kombinace blokových zlomenin žeber se zlomeninou sternu, či blokových zlomenin žeber a kompresivních zlomenin obratlů. Tato závažná poranění hrudní stěny jsou často příčinou dechových a oběhových komplikací v pouřazové době.

Kromě poranění hrudní stěny, diagnostiky a možnosti léčby, popisují další typ úrazů, jako jsou kontuze a lacerace plicního parenchymu. První typ poranění většinou vyžaduje jen observaci a konzervativní léčbu, naproti tomu lacerace plic často vyžaduje nejen léčbu hrudní drenáží pro přítomný pneumotorax a hemotorax, ale často i některé resekční typy plicních operací. Velice závažné a zrádné je poranění trachey a bronchů. U ruptury trachey a hlavních bronchů většinou diagnostika problém nečiní, protože bývá přítomný velký mediastinální a podkožní emphyém s těžkou dechovou nedostatečností. Problematická může ale být diagnostika a léčba při rupturách segmentárních bronchů, kdy se vyléčí pneumotorax a ruptura se zhojí jizvou způsobující stenozu, za kterou dochází ke vzniku atelektázy a zánětlivých komplikací. Opakované plicní infekty se často léčí, aniž by se vědělo o kauzální příčině a až retrospektivně se zjistí hrudní úraz v minulosti

Zvláštní, vysoce závažná, jsou poranění sestupné aorty při deceleračním střihném úrazovém ději. Tyto úrazy jsou až v 85 % případů smrtelné při úplné ruptuře v místě istmu aorty. U nemocných, kteří se dostanou do odborné péče, přichází v dnešní době jako kauzální terapie zavádění endostentů, což je doména invazivních radiologů. V závěru autoři zmiňují, že při tupém poranění účinkem vysoké kinetické energie na přední stěnu hrudníku může dojít i k poranění srdce, někdy tato poranění mohou být maskována jiným typem bolesti při polytraumatizmu. Při kontúzi srdce mohou vzniknout různé typy anytmí, někdy se poranění projeví jen laboratorně vzestupem srdečních enzymů, které imitují akutní koronární příhodu. Terapie je vždy konzervativní. Zcela výjimečně, většinou jako úraz neslučitelný s přežitím, může dojít i k ruptuře srdeční komory nebo poranění závěsného chloppenního aparátu srdce.

Diagnostickým problémem může být ruptura bránice při kompresi dutiny břišní, či hrudní. Komplikace většinou způsobí orgán, který je rupturou herniován z břišní dutiny, v 98 % je lokalizována ruptura vlevo.

Od roku 1998 do roku 2004 na Kardiochirurgické klinice LF UK a FN v Hradci Králové celkem jsme ošetřili 197 nemocných s různými typy tupých poranění hrudníku, z nichž 55 (28%) jsme operovali. Z velkých statistik plyne, že nárůst operačního řešení u tupých úrazů hrudníku je zjevný, v minulosti se operačně řešilo jen asi 5 % poranění, nyní se chirurgicky léčí okolo 15-20 %.

Název: Naše zkušenosti s PFN Medin

Autor: Reška M., Diviš P., Kábela M.

Pracoviště: 1. chirurgická klinika, FN u sv. Anny, Pekařská 53, Brno

Přednosta: Doc. MUDr. Ivan Čapov, CSc

Anotace: S metodou řešení zlomenin proximálního konce stehenní kosti pomocí krátkého rekonstrukčního hřebu fy. Medin jsme na naší klinice začali koncem roku 2004. V souboru pacientů jsou zahrnuty všechny věkové skupiny, nejstarší pacient má 98 let. Z dosavadních výsledků je zřetelný kvalitativní posun oproti DHS, lepší komfort pro pacienta, možnost časnější rehabilitace a v neposlední řadě i ekonomický efekt.

Název: Zlomeniny femoru - naše postupy a výsledky

Autor: Krejčí R., Novák D.

Pracoviště: Chirurgické oddělení Nemocnice, Nové Město na Moravě

Přednosta: Prim. MUDr. Jiří Šustáček

Anotace: Zlomeniny femuru patří mezi poranění závažná, mnohdy až život ohrožující. S rozvojem automobilismu a stárnutím populace se zvyšuje počet jak nízké, tak i vysokoenergetických poranění femuru. V přednášce uvádíme přehled jednotlivých typů zlomenin femuru a indikační kritéria použitých implantátů na našem pracovišti. Za posledních 5 let jsme na našem pracovišti ošetřili kolem 450 zlomenin femuru.

Název: Efektívna rekonštrukcia mediálneho kolaterálneho ligamenta kolenného kĺbu

Autor: Malinovský P., Martinec A., Durdík Š., Hrbatý B., Žiak P.

Pracovišť: Traumatologické oddelenie I. chirurgickej kliniky FNsP a Lekárskej Fakulty Univerzity Komenského, Bratislava

Přednosta:

Anotace: Autori prezentujú v práci vlastný materiál 87 pacientov riešený po úraze mediálneho kolaterálneho ligamenta, rozdelených do 3 skupín. V A skupine sú zaradení pacienti ktorý boli artroskopicky riešení do 7 dní od úrazu, v B skupine pacienti oepraovaní do 1 mesiaca od úrazu s pretrvávajúcou laxitou až instabilitou mediálneho kolaterálneho ligamenta a v C skupině boli zaradení pacienti ktorí neboli operovaní a boli riešení konzervatívne s imobilizáciou a následnou fyzioterapiou. V práci popisujú techniku artroskopicky asistovanej perkutánnej rekonštrukcie biovstrebateľnými stehmi. V závere porovnávajú výsledky jednotlivých skupín, pričom priaznivejšie výsledky boli dosiahnuté u skupiny operovaných pacientov (do 7 dní aj do 1 mesiaca), v prípade rozhodnutia operačného riešenia by mala byť operácia realizovaná čím skor s adekvátnym skrátením pooperačnej rekonvalescencie.

Název: Venózný tromboembolizmus v chirurgii a traumatologii

Autor: Mazuch J., Mištuna D., Huřo E., Gatialová K.

Pracoviště: I. chirurgická klinika, Jesseniova lékařská fakulta UK, Martin

Přednosta:

Anotace: Omlouváme se.
Autor sdělení neposkytl ve stanoveném termínu text abstrakta.

Název: Pacient liečený antikoagulanciami - aktuálny problém v traumatológii

Autor: Šimo J., Durdík Š.

Pracovišťe: I. chirurgická klinika FNsP, Bratislava

Přednota:

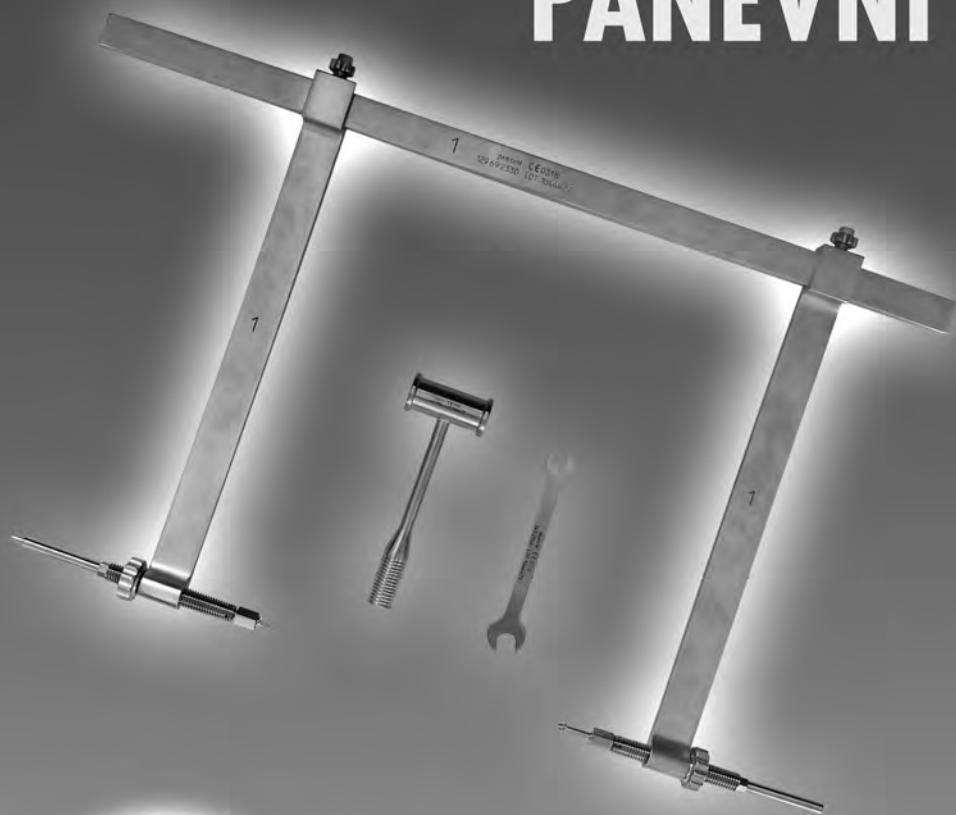
Anotace: V posledných rokoch vzrastá počet pacientov liečených antikoagulanciami - kumarínovými preparátmi. Indikácie tejto liečby sú: 1. arytmie, 2. stavy po operácii chlopňových chýb srdca, 3. stavy po prekonej hlbkej žilovej trombóze a embólii do a. pulmonalis, 4. trombofilné stavy.

Táto skupina pacientov je v prípade traumy ohrozená zvýšeným rizikom krvácania pri navodenom hypokoagulačnom stave. Zvlášť nebezpečná pre pacienta sú intrakraniálne poranenia, traumy brucha a hrudníka. Komplikácie predstavujú: 1. straty krvi, 2. útlak okolitých štruktúr, tramponáda, expanzívne chovanie hematómu, 3. nutnosť špeciálnej urgentnej prípravy pacienta na operáciu, 4. sťažaná hemostáza, 5. nutnosť podávania liekov intravenózne a subkutánne, nie intramuskulárne. V príprave pacienta na operáciu je potrebné ukončiť liečbu antikoagulanciami, prejsť na terapeutické podávanie nízkomolekulárnych heparínov v perioperačnom období. Na zrušenie účinku antikoagulancií sa používa čerstvá mrazená plazma, koncentráty koagulačných faktorov. Vitamín K má len pomocný význam, hemostatiká sú neúčinné.

Autori uvádzajú dve kazuistiky: intrakraniálne krvácanie 62 ročnej pacientky a krvácanie do brušnej steny 74 ročnej pacientky liečenej antikoagulanciami.



SVORKA PÁNEVNÍ



KE KOMPRESI PÁNVE
PŘI PORANĚNÍ PÁNEVNÍHO KRUHU

RYCHLEJŠÍ A JEDNODUŠŠÍ NASAZENÍ OPROTI ZEVNÍMU FIXÁTORU
UMOŽŇUJE VĚTŠÍ KOMPRESI V ZADNÍ ČÁSTI PÁNEVNÍHO KRUHU

9.00 - 11.00 **I. ČÁST ODBORNÉHO PROGRAMU A3**

Předsednictvo: Huťan M., Vojáček P., Vykouřil L.

43. Lehotský L.:

(Chirurgické oddelenie FNŠP, Bratislava - Ružinov)
Gastrointestinal stromal tumor žalúdka

44. Huťan M., Lukáč I., Potičný V.:

(Chirurgické oddelenie FNŠP, Bratislava - Ružinov)
Komplikácie nízkých predných resekcii rekta

45. Vojáček P., Procházka V.:

(Chirurgické oddělení Nemocnice, Přerov)
Moderní léčba choledocholitiázy

46. Vykouřil L., Kopáčová M.:

(Chirurgická klinika FN, Hradec Králové)
Jaterní metastázy karcinoidu a M. Crohn

47. Bruk V., Němec P., Steriovský A., Šimek M., Šantavý P.:

(Kardiochirurgická klinika FN, Olomouc)
Komplikace odběru radiální tepny k revaskularizaci myokardu

48. Zonča P., Piš K., Gazdík P., Lerch M., Matušek A.:

(Chirurgické a traumatologické oddělení, MN Ostrava)
Operace a operační riziko u pacientů ve věku nad 70 let

49. Pešl T., Havránek P.:

(Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a FTNŠP,
Praha - Krč)
Principy léčby Monteggiovy léze u dětí

50. Stryja J.:

(Centrum cévní a miniinvazivní chirurgie, Nemocnice
Podlesí, Třinec)
Debridement v moderní chirurgii

51. Palaj J., Petráš L., Kukla K., Tuchyňa P.:

(Chir. odd. Nemocnica Bojnice)
Synchronny karcinóm žalúdka a kolorekta

52. Novák D., Šustáček J.:

(Chirurgické oddělení Nemocnice, Nové Město na Moravě)
1. máj - lásky čas či Svátek práce? (kasuistika)

Název: Gastrointestinal stromal tumor žalúdka

Autor: Lehotský Ľ.

Pracovišťe: Chirurgické oddelenie FNSP Bratislava – Ružinov, Ružinovská 6,
826 06 Bratislava

Přednosta: primár MUDr. Martin Huřan, Csc.

Anotace: Autor sa vo svojej prednáške zaoberá výskytom tohoto zriedkavého tumoru žalúdka, jeho histopatológiou, rozdelením, diagnostikou, liečbou, dosiahnutými výsledkami pri liečbe, porovnáva ich s literárnymi údajmi

Název: Komplikácie nízkých predných resekcii rekta

Autor: Huřan M., Lukáč I., Potičný V.

Pracoviřtě: Chirurgické oddelenie FNŠP Bratislava – Ruřinov, Ruřinovská 6,
826 06 Bratislava

Přednosta: primár MUDr. Martin Huřan, Csc.

Anotace: Autori v retrospektivnej studii analyzujú 106 pacientov operovaných na ich oddelení metódou podľa Dixona. Analyzujú indikácie k operácii, výskytu lezie v rekte, endosonografickej a CT nálezov. Zasadami operacnej techniky je adekvátne prekrvenie, dostatočná mobilizácia hrubého creva, tesnosť anastomózy, ktorú doplnajú transanálnou pertubáciou. Z bezprostredných komplikácií sa vyskytla dehiscencia anastomózy u siedmich pacientov, t.j. 5,6 %, z ktorých štyria pacienti sa liečili konzervatívne a dvaja reoperáciou (axiálna ileostómia a drenáž). V diskusii predkladajú rozdielnosť názorov na predoperačnú prípravu, neoadjuvantnú terapiu, presakrálnu drenáž, ako aj na transanálnu pertubáciu.

Název: Moderní léčba choledocholitiázy

Autor: Vojáček P., Procházka V.

Pracoviště: Chirurgické oddělení Nemocnice Přerov

Přednosta: prim. MUDr. Petr Vojáček, CSc.

Anotace: V současné době existuje minimálně 7 možností jak efektivně léčit choledocholitiázu. Zároveň je zřejmé, že vzhledem ke zvyšujícímu se průměrnému věku je toto onemocnění v populaci stále častější. Prioritu v současné době hraje ERCP. Teprve při selhání této metody přicházejí v úvahu další možnosti včetně léčby chirurgické. K širšímu uplatnění se nabízí odstranění konkrementů pomocí rázové vlny. Za předpokladu splnění určité metodiky léčebného postupu můžeme dosáhnout vynikajících výsledků bez nutnosti operace, tedy s minimálním zatížením nemocných.

Název: Jaterní metastázy karcinoidu a M. Crohn

Autor: Vykouřil L, Kopáčová M.

Pracoviště: Chirurgická klinika FN, Hradec Králové

Přednosta: Prof. MUDr. Zbyněk Vobořil, DrSc.

Anotace: Polymorbidní 75letý pacient s metastatickým postižením jater karcinoidem, které zjištěno již před 6 roky (dnes tvoří více než 50 % parenchymu). Pro četné průjmy, které jsou průvodním projevem karcinoidního syndromu provedena enteroklyza, gastrokopie a koloskopie s nálezem rozsáhlého stenozujícího postižení terminálního ilea. Proto po úpravě celkového stavu indikována resekce terminálního ilea se současnou peroperační enteroskopií, která měla ozřejmit etiologii postižení střeva analýzou primární ložisko karcinoidu. Peroperační enteroskopie tenkého střeva a duodena od pyloru po Bauhinskou chlopeň primární ložisko karcinoidu nenalezla. Postižení distální části ilea v rozsahu 60 cm makroskopicky imponuje jako zánětlivé (edém, ulcerace a diaphragm-like stenozy). Provedena pravostranná hemikolektomie rozšířená o resekci asi 75 cm terminálního ilea. Ani patolog histologicky struktury karcinoidu v resekátu nenalezl a nález v ileu hodnotí jako chronickou formu Crohnovy choroby. Spolupřítomnost těchto onemocnění zvláště ve vysokém věku je dosti vzácná.

Název: Komplikace odběru radiální tepny k revaskularizaci myokardu

Autor: V. Bruk, P. Němec, A. Steriovský, M. Šimek, P. Šantavý

Pracoviště: Kardiochirurgická klinika FN Olomouc

Přednosta: Doc. MUDr. Petr Němec, CSc.

Anotace: Úvod: Tepenné štěpy v koronární chirurgii mají delší dlouhodobou průchodnost než štěpy žilní. Jedním ze snadno dostupných kvalitních štěpů je radiální tepna. Její odběr však může být spojen s výskytem neurologických či ischemických komplikací operované horní končetiny.

Materiál a metodika: Radiální tepnu jsme použili v letech 2002 – 2004 u celkem 153 nemocných. Všechny odběry proběhly peroperačně bez komplikací, během hospitalizace se vyskytly drobné neurologické obtíže jen u 2 nemocných. V únoru 2005 byli všichni nemocní obesláni dotazníkem s podrobným hodnocením možných ischemických, neurologických či ranných komplikací. Překvapením bylo, že 36 nemocných (23,5 %) udalo mírné až středně významné obtíže. U nikoho však významně nezasahovaly do běžného životního stylu, nevyžadovaly další léčení.

Závěr: Dle literárních údajů je odběr radiální tepny metodou bezpečnou, s minimálním výskytem závažných komplikací. Dle našich zkušeností se u významného počtu nemocných vyskytují obtíže, které sice neovlivňují bezprostředně životní styl nemocných, ale mohou být obtěžující. Výhodiskem může být endoskopický odběr této tepny, který chceme na našem pracovišti v brzké době zahájit.

Název: Operace a operační riziko u pacientů ve věku nad 70 let:

Autor: Zonča P., Piš K., Gazdik P., Lerch M., Matušek A.

Pracoviště: Chirurgické a traumatologické oddělení, MN Ostrava

Přednosta: Piš K.

Anotace: Cíl: Operace u pacientů ve vyšším věku jsou spojeny s vyšší morbiditou a mortalitou. Cílem naší práce je retrospektivní zhodnocení operačních indikací a výsledků elektivních a akutních operací u pacientů ve věku nad 70 let.

Materiál a metoda: Zhodnocení 1067 pacientů ve věku nad 70 let, kteří byli přijati na JIP chirurgického a traumatologického oddělení MN v Ostravě v letech 2002-2004. Tito pacienti představovali 37,6 % všech pacientů hospitalizovaných na chirurgické JIP. Celkem bylo 693 (průměrný věk 79,4 let) žen a 374 (průměrný věk 77,8 let) mužů. Z toho postoupilo 432 (40,5 %) pacientů akutní operaci, 385 (36,1 %) pacientů elektivní operaci a u 250 (23,4 %) pacientů jsme postupovali konzervativně.

Procento pacientů s komorbiditou výrazně roste s věkem, od méně než 30 % u pacientů ve věkové skupině mezi 31-40 rokem věku až po 90 % ve věkové skupině 71-80 let. Asi 30 % pacientů ve věkové skupině nad 70 let má 3 nebo více přidružených onemocnění. Emergentní operace byly nejčastěji prováděny na tlustém střevě (27 %), pro zlomeniny velkých kostí (25 %), na tenkém střevě (12 %), na břišní stěně (8 %) , na biliárním traktu (7 %), na žaludku (6 %), pro trombembolické komplikace (5 %) a další (10 %). Nejčastěji prováděnou elektivní operací byla resekce na tlustém střevě (33 %), operace pro kýly (21 %) a cholecystektomie (18 %) a další (28 %).

Výsledky: Mortalita pacientů u akutních operací byla 11,4 % ve srovnání s 3,8 % mortalitou u pacientů s efektní operací. Morbidita pacientů s akutní operací dosahovala 49,7 % ve srovnání s 24 % morbiditou u pacientů s elektivní operací. Délka hospitalizace u pacientů, kteří podstoupili akutní operaci byla signifikantně delší než u pacientů, kteří podstoupili elektivní operaci.

Závěr: V případech, že srovnáváme věk a závažnost přidruženého onemocnění jakožto prognostických parametrů, je tíže nemoci mnohem lepší prediktor výsledku než věk. Pečlivé klinické hodnocení je proto zásadní v určení předoperačního rizika. Aktivity denního života, kognitivní a nutriční status a pooperační sociální podpora jsou důležitými prognostickými známkami v hodnocení. Důležité je zhodnocení kardiovaskulárních onemocnění. Velký význam má zhodnocení plicních onemocnění, protože tyto představují zásadní objem pooperačních komplikací (40 % všech komplikací a 20 % příčin úmrtí).

Název: Principy léčby Monteggiaovy léze u dětí

Autor: Peší T., Havránek P.

Pracoviště: Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a FTNSP, Praha Krč

Přednosta: prof. MUDr. Petr Havránek, CSc.

Anotace: Na našem pracovišti jsme za desetileté období ošetřili 96 dětí s diagnózou Monteggiaovy léze (dále jen ML). Pacienty jsme hodnotili podle naší nové klasifikace: stabilní ML, potenciálně nestabilní ML a nestabilní ML. Hodnotili jsme jednak procento nutných osteosyntéz v jednotlivých skupinách, jednak typy provedených osteosyntéz.

Závěrem jsme se snažili o vyslovení určitých principů, které by měla léčba ML u dětí splňovat:

1. nedislokované ML léčit konzervativně
2. stabilní dislokovaní ML po repozici léčit primárně konzervativně
3. nestabilní ML léčit primárně osteosyntézou
 - * primárně je nutné stabilizovat zlomeninu ulny, je-li tato nestabilní
 - * luxaci proximálního radia v naprosté většině případů stačí pouze zavřeně zreponovat bez nutnosti vnitřní fixace
 - * dislokované zlomeniny proximálního radia reponovat pokud možno zavřeně a osteosyntézu provést nitrodřeňově metodikou ESIN
4. potenciálně nestabilní ML léčit primárně konzervativně, v případě selhání neváhat s osteosyntézou, jejíž principy jsou stejné jako u nestabilních ML
5. pouze správná diagnostika vede ke správné léčbě, a proto i u „banálních“ zlomenin diafýzy ulny vždy provést i rtg vyšetření lokte

Název: Debridement v moderní chirurgii

Autor: Stryja J.

Pracoviště: Centrum cévní a miniinvazivní chirurgie, Nemocnice Podlesí Třinec

Přednosta: Prim. MUDr. Daniel Říha

Anotace: Historicky prvé zmínky o použití debridementu pocházejí z doby Hippokrata (asi 400 př. n. l.), který obhajoval použití kompresivní bandáže k dosažení debridementu bércových ulcerací. Zároveň popsal škodlivé účinky ponechané devitalizované tkáně na ránu. Jako první použil termín debridement Henri Francois Le Dran (1685 – 1770), který použil incizi k ulehčení drenáže rány a zmenšení napětí. Tyto myšlenky byly opuštěny po objevu antiseptiky (Lister, 1867). Teprve během I. světové války znovuprosadil Antonio Depage principy incize a excize nekrotických tkání do ošetřování ran. Současné metody debridementu umožňují modifikovat jeho provedení s ohledem na charakter rány, stav pacienta i zkušenost ošetřujícího personálu.

Cílem debridementu je odstranění mrtvé tkáně, obnovení bakteriální rovnováhy a podpora hojení rány (Sibbald et al, 2000). Kromě mechanického blokovaní hojení, rizika bakteriální kolonizace a vzniku manifestní infekce bývá nekroza také zdrojem zápachu.

Obraz nekrózy je do značné míry závislý na vlhkosti prostředí. Jako escharu označujeme suchou, černou, tuhou až rigidní nekrotickou tkáň. Ve vlhkém prostředí dochází k změknutí eschary, mění se její barva od hnědé a žluté po šedou. Přetvárá-li vlhké prostředí, eschara se rozpadá a vytváří tzv. slough – žlutou nebo šedou, vlhkou, blátivou rozvlákněnou nekrotickou tkáň adhezní ke spodině. Tento proces označujeme jako autolýza a podílejí se na něm tělu vlastní enzymy (MMPs – metaloproteinázy matrix).

Slough se může se zaměnit za žlutý fibrinový gelatinózní povlak vyskytující se na povrchních ranách. Tento fibrinový povlak podle různých studií zřejmě nezpomaluje hojení a pokusy o jeho odstranění vedou k poškození hojících se tkání.

S jistou dávkou zjednodušení můžeme metody debridementu rozdělit do 4 skupin.

1/. autolytický debridement

Je snadný, asle časově náročnější. Vlhké prostředí vede k postupnému rozpuštění nekrozy. Tento proces podporují tělu vlastní enzymy – MMPs – metaloproteinázy matrix, uvolněné v zánětlivé fázi hojení do spodiny defektu. Proces autolýzy podporují následující moderní materiály:

Filmy a hydrokoloidy udržují tělu vlastní vlhkost, debridement probíhá pomaleji.

Hydrogely – dodávají vodu nekrotické tkáni. Podle složení buď převažuje uvolňování tekutin (ideální autolýza, riziko macerace okolí) nebo absorpce tekutin z ranného sekretu. Přes uvedená pozitiva ale nelze autolytický debridement vždy

doporučit. Opatrně je třeba postupovat u defektů na podkladě ischemie, zejména u diabetiků. Rehydratace může vest k aktivaci bakteriálních spor s progresí gangreny. Proto častěji do doby, kdy bude možná revaskularizace, volíme spíše převazy se suchým krytím nebo s použitím preparátu s jodem, které vedou k vysušení nekrozy až k mumifikaci nebo autoamputaci.

2/ chemický debridement

Tato skupina chemických látek (kyselina benzoová, salicylová, chlornany) vede často k maceraci a podráždění okolní kůže, působí škodlivě na granulační tkáň a je u čistých, neinfikovaných ran kontraindikována.

Peroxid vodíku – má okamžitý baktericidní efekt, vznikající pěna odplavuje hnis, nemá však efekt na lpící nekrozy na spodině defektu a působí toxicky na granulační tkáň.

3/ enzymatický debridement

Při porovnání účinků s hydrogely bylo zjištěno, že hydrogely odlučují nekrozy rychleji než lokální enzymy. Proti jejich použití stojí cena, nutnost častých výměn pro jejich rozklad v ráně, blokáce účinku enzymů současně použitými antiseptiky apod.

Biologický debridement – larvální terapie – sterilní larvy druhu *Lucilia sericata* vylučují enzymy rozkládající nekrotickou tkáň, stimulují tvorbu granulační tkáně, působí antisepticky. Proti jejich použití stojí vysoká cena, riziko iritace a erozí epidermis v okolí defektu.

4/ mechanický debridement

Mechanický debridement představují metody:

Dry-to-wet – vlhká gáza se aplikuje na ránu, po vyschnutí adhezuje s povrchu defektu, po odstranění gáza s sebou strhává i části nekrotické tkáně a okolní zdravou tkáň. Metoda je bolestivá, nese s sebou riziko poškození pacienta současně použitými antiseptiky, gáza je schopna odlučovat zbytky bavlněných vláken do rány, nezajišťuje tepelnou ochranu rány. V Anglii se nedoporučuje.

Vysokotlaká irigace, pulsní laváže a whirlpool slouží jako pomocné metody debridementu.

Kompresní bandáže – je důležitá především u bércových ulcerací venozní etiologie. Vede k separaci nekroz bez dalšího sekundárního prostředku.

Chirurgický debridement se provádí většinou na operačním sále v anestezii, je rychlý a efektivní. Jeho cílem je úplné odstranění nekrotických tkání do zdravé, krvácející tkáně. Konzervativní ostrý debridement je možné provést na lůžku nemocného v analgosedaci. S použitím skalpela a nůžek odstraňujeme pouze nekrotické tkáně, často postupně, po etapách

V.A.C. terapie – dosahuje velmi dobrých výsledků debridementu kombinací vlhkého prostředí v ráně a podtlaku. Přesně definovaný podtlak zlepšuje prokrvení v ráně, tenzi O₂, zmenšuje intersticiální otok a výrazně snižuje bakteriální zátěž na spodině rány.

Závěr: možností, jak provést kvalitní debridement je celá řada. Je jen na rozhodnutí a zkušenosti ošetřujícího lékaře, který z postupů zvolí.

Použitá metoda pak je dobrým nástrojem v ruce profesionála.

Název: Synchronny karcinóm žalúdka a kolorekta

Autor: Palaj J., Petráš L., Kukla K., Tuchyňa P.

Pracoviště: Chir. odd. Nemocnica Bojnice

Přednosta:

Anotace: Omlouváme se.

Autor sdělení neposkytl ve stanoveném termínu text abstrakta.

Název: 1. máj – lásky čas či Svátek práce? (kazuistika)

Autor: Novák D., Šustáček J.

Pracoviště: Chirurgické oddělení Nemocnice, Nové Město na Moravě

Přednosta: Prim. MUDr. Jiří Šustáček

Anotace: Autoři na prvomájové kazuistice ukazují etapové léčení poškození dolní končetiny, kdy k záchraně končetiny bylo třeba celkem 17 operací. Výsledek dle autorů i pacienta odpovídá vynaložené námaze.



**HŘEBY
RETROGRÁDNÍ**

**REKONSTRUKČNÍ
KRÁTKÉ**



PROVEDENÍ TITAN



VII. SETKÁNÍ ČESKÝCH A SLOVENSKÝCH CHIRURGŮ NA MORAVĚ

10. - 11. ČERVNA 2004

NOVÉ MĚSTO NA MORAVĚ – SKALSKÝ DVŮR





MEDIN, a.s.
Vlachovická 619
592 31 Nové Město na Moravě
Česká republika
www.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

- ordinační nástroje
- zubní vrtáčky
- diamantované brousky
- kořenové nástroje
- nástroje pro zubní laboratoř

Zakázková výroba a oprava nástrojů

Nástroje pro veterinární lékařství

Frézy z rychlořezné oceli

Diamantové průmyslové kotouče

Diamantové nástroje všeho druhu

Prodej ČR
tel.: 566 684 327-8
fax: 566 684 384
e-mail: prodej@medin.cz

Export SR
tel.: 00420 566 684 332
fax: 00420 566 684 385
e-mail: export@medin.cz