

S B O R N Í K P Ř E D N Á Š E K

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

11.–12. KVĚTNA 2017
NOVÉ MĚSTO NA MORAVĚ
SKALSKÝ DVŮR



NÁSTROJE PRO ENDOSKOPII

- laparoskopické nástroje resterilizovatelné
- nástroje pro miniinvazivní chirurgii
- ke sterilizaci rozložitelné na tři části
- vybaveny konektorem HF pro monopolární koagulaci
- ergonomická držadla s/bez západky nebo kombinace

OPTIKY A KABELY PRO ENDOSKOPII

- endoskopické optiky rigidní pro všechny obory
- autoklávovatelné při 134 °C
- speciální nerezová ocel FINUX se zvýšenou odolností
- safírové sklo na distálním i proximálním konci endoskopu

Vážení účastníci, „XIX. Setkání“,

dostává se Vám do rukou svým číslem odpovídající Sborník přednášek a věříme, že bude dobrým průvodcem a pomocníkem ve Vaší orientaci, které sdělení ze všech tří sekcí našeho symposia si v daném čase zvolíte.

Velmi děkujeme všem aktivním účastníkům, kteří s přihláškou anotaci zaslali a současně se omlouváme za ty, kteří tak k naší lítosti neučinili.

Jsme vděční všem autorům a spoluautorům, kteří svou aktivní účastí vyplní a zajistí odborný program této tradiční chirurgické akce.

Pevně doufáme, že všichni účastníci budou odborně i společensky uspokojeni.

za organizační výbor

Jiří Šustáček

*emeritní primář chirurgického oddělení nemocnice v Novém Městě na Moravě
předseda Spolku lékařů České lékařské společnosti J.E.Purkyně v Novém Městě na Moravě
čestný člen ČCHS a SCHS, člen čestné rady výboru ČCHS*



XIX. setkání českých a slovenských chirurgů na Moravě

XIX. Setkání českých a slovenských chirurgů na Moravě 2017 se koná pod záštitou ministra zdravotnictví České republiky JUDr. Ing. Miloslava Ludvíka, MBA.

Mezinárodní sympozium se koná pod garancí Výboru České chirurgické společnosti České lékařské společnosti J. E. Purkyně, Výboru Slovenskej chirurgickej spoločnosti, Výboru České společnosti pro úrazovou chirurgii ČLS JEP, Výboru Slovenskej spoločnosti pre úrazovú chirurgiu, Výboru české společnosti chirurgie ruky a Výboru Slovenskej spoločnosti chirurgie ruky.

POŘADATELÉ

ČESKÁ CHIRURGICKÁ SPOLEČNOST ČESKÉ LÉKAŘSKÉ SPOLEČNOSTI J. E. PURKYNĚ
SLOVENSKÁ CHIRURGICKÁ SPOLOČNOSŤ
ČESKÁ SPOLEČNOST PRO ÚRAZOVOU CHIRURGII ČLS JEP
SLOVENSKÁ SPOLOČNOSŤ PRE ÚRAZOVÚ CHIRURGIU
ČESKÁ SPOLEČNOST CHIRURGIE RUKY
SLOVENSKÁ SPOLOČNOSŤ CHIRURGIE RUKY
ČESKÁ LÉKAŘSKÁ SPOLEČNOST J. E. PURKYNĚ – SPOLEK LÉKAŘŮ
V NOVÉM MĚSTĚ NA MORAVĚ
CHIRURGICKÉ ODDĚLENÍ NEMOCNICE NOVÉ MĚSTO NA MORAVĚ, P. O.

ČESTNÉ PŘEDSEDNICTVO

prof. MUDr. Zdeněk Kala, CSc.	<i>Předseda České chirurgické společnosti ČSL JEP</i>
prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc.	<i>Emeritní předseda České chirurgické společnosti ČSL JEP</i>
prof. MUDr. Jozef Radoňak, CSc.	<i>prezident Slovenskej chirurgickej spoločnosti</i>
doc. MUDr. Karel Havlíček, CSc.	<i>člen Revizní komise výboru České chirurgické společnosti ČLS JEP</i>
doc. MUDr. Igor Čižmář, Ph.D.	<i>předseda výboru České společnosti pro úrazovou chirurgii a člen výboru ČCHS</i>
prof. MUDr. Peter Šimko, CSc.	<i>Člen výboru Slovenskej spoločnosti pre úrazovú chirurgiu</i>
prim. MUDr. Alena Schmoranzová	<i>předseda České společnosti chirurgie ruky</i>
doc. MUDr. Silvia Vajcziková, Ph.D.	<i>předseda Slovenskej spoločnosti chirurgie ruky</i>
Ing. Milan Ettel	<i>generální ředitel MEDIN, a.s., Nové Město na Moravě</i>
Dr. Constantin hrabě Kinský	<i>zámek, Žďár nad Sázavou</i>
JUDr. Věra Palečková	<i>ředitelka Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.</i>

XIX. setkání českých a slovenských chirurgů na Moravě

ORGANIZAČNÍ VÝBOR

MUDr. Jiří Šustáček

prim. MUDr. Jiří Toman

MUDr. Roman Dvorský

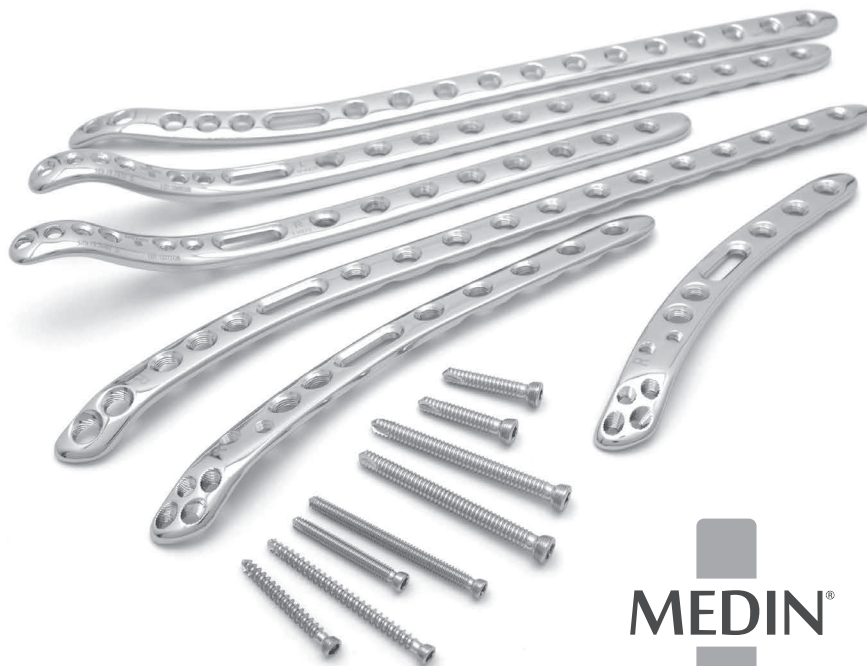
Milena Běhounková

Jaroslava Kubíková

GENERÁLNÍ PARTNER SETKÁNÍ CHIRURGŮ

MEDIN, a.s.

vývoj, výroba a prodej lékařských nástrojů a implantátů



Programový přehled

koordinátor sekce A prim. MUDr. Jiří Toman	koordinátor sekce B MUDr. Roman Dvorský	koordinátor sekce C MUDr. Radim Krejčí
---	--	---

ČTVRTEK 11. KVĚTNA 2017		
SEKCE A	SEKCE B	SEKCE C
<p>9.00–9.45 hodin sál A – ZAHÁJENÍ SETKÁNÍ čestné předsednictvo Vyzvané přednášky společně pro všechny sekce pracovní předsednictvo: F. Antoš, M. Ryska J. Šustáček</p>		
<p>předsednictvo: Š. Durdík, K. Havlíček, J. Škultéty, J. Toman</p>	<p>předsednictvo: J. Bartoníček, I. Čížmář, R. Dvorský, P. Šimko</p>	<p>předsednictvo: T. Hellmuth, R. Lhotský, J. Paroulek, A. Schmoranzová</p>
10.00–11.30 hodin A1–A4	10.00–12.15 hodin B1–B11	10.00–11.30 hodin C1
11.30–13.00 hodin přestávka, oběd	12.15–13.00 hodin přestávka, oběd	11.30–12.30 hodin přestávka, oběd
<p>předsednictvo: R. Gurlich, J. Krajničák, J. Křížan, P. Pařko</p>	<p>předsednictvo: M. Kítka, P. Kopačka, T. Pešl, L. Pleva</p>	<p>předsednictvo: D. Kachlík, T. Kluka, R. Krejčí, S. Vajcziková</p>
13.00–14.30 hodin A5–A9	13.00–14.45 hodin B12–B19	12.30–14.45 hodin C2–C10
13.00–15.00 hodin – Krbový salonek PŘEDOPERAČNÍ PLÁNOVÁNÍ TESTOVÁNÍ VÝVOJOVÉ VERZE APLIKACE	Krbový salonek PRAKTICKÁ UKÁZKA VYBRANÝCH TRAUMATOLOGICKÝCH SYSTÉMŮ MEDIN	
15.15 hodin – odjezd autobusů od hotelu 16.00–18.30 hodin Zámek Žďár nad Sázavou KULTURNÍ PROGRAM	16.00–19.30 hodin –Skalský dvůr TENISOVÝ TURNAJ	
20.00 hodin – hotel Skalský Dvůr SPOLEČENSKÝ VEČER		

PÁTEK 12. KVĚTNA 2017	
SEKCE A	SEKCE B
<p>předsednictvo: R. Krajničák, J. Mazuch, A. Prochotský, J. Smékalová</p>	<p>předsednictvo: P. Nestrojil, R. Pikula, J. Pílný, F. Vyhnaněk</p>
9.30–11.30 hodin A10–A15	9.30–11.30 hodin B20–B27
11.45 hodin – sál A – zakončení setkání	

9.00–9.45 **SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ – SÁL A**

Vyzvané přednášky

předsednictvo: F. Antoš, M. Ryska, J. Šustáček

Hodnocení kvality chirurgické činnosti

M. Ryska

Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN Praha

Je něco nového v postgraduálním vzdělávání v chirurgii ?

F. Antoš

Chirurgická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a FN Na Bulovce Praha

SEKCE A

10.00–11.30 **I. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE A**

předsednictvo: S. Durdík, K. Havlíček, J. Škultéty, J. Toman

A1 Úskalí laparoskopických operací

K. Havlíček

Chirurgická klinika Pardubická krajská nemocnice

A2 Komplikácie pri laparoskopickej liečbe v oblasti kardie

J. Škultéty, J. Sekáč, M. Huťan, A. Mifkovič, L. Mičulík

ll.chir. klinika LF UK a UNB v Petržalke, Bratislava

A3 Análna inkontinencia po nízkych resekcích konečníka laparoskopickým a klasickým prístupom

J. Kotoč, J. Gatěk, B. Dudešek, A. Vrzgula, R. Krajničák

Chirurgické oddělení Nemocnice ATLAS a.s. Zlín, Chirurgická klinika LF UPJŠ, Nemocnica Košice-Šaca

A4 Liečba komplikácií Crohnovej choroby v ére miniinvazívnej chirurgie

T. Vasilenko, A. Vrzgula, V. Pribula, R. Krajničák, M. Mýtnik

Chirurgická klinika UPJŠ LF, Nemocnica Košice – Šaca a.s., 1. súkromná nemocnica, člen skupiny AGEL

11.30–13.00 **přestávka, oběd**

13.00–14.30 **II. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE A**

předsednictvo: R. Gürlich, J. Krajničák, J. Křížan, P. Pařko

- A5 **Laparoskopické operace nádorů tlustého střeva, komplikace.**
M. Kobza
Chirurgické oddělení Nemocnice České Budějovice a.s.
- A6 **Da Vinci asistovaná léčba karcinomu rekta – vlastní analýza komplikací**
D. Langer, J. Kalvach, I. Tučková, M. Ryska
Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN Praha
- A7 **Krvácenie z brušnej steny pri laparoskopii.**
R. Krajničák, A. Vrzgula, V. Pribula, T. Vasilenko, M. Mýtnik
*Chirurgická klinika UPJŠ LF, Nemocnica Košice - Šaca a.s. 1. súkromná nemocnica
Člen skupiny AGEL*
- A8 **Komplikace laparoskopické hernioplastiky**
R. Pěček, R. Kyzlink, V. Hříba, K. Gajdošíková
Úrazová nemocnice v Brně – odd. klinické chirurgie
- A9 **Naše zkušenosti s endoskopickými extraperitoneálními operacemi (TEP) tříselné kýly**
L. Tomala, M. Hykl, Z. Vojkůvka, J. Zdebský
Chirurgické oddělení NsP Karviná-Ráj

16.00–18.30 **KULTURNÍ PROGRAM**

20.00 **SPOLEČENSKÝ VEČER – HOTEL SKALSKÝ DVŮR**

Název: **Úskalí laparoskopických operací**

Autor: **K. Havlíček**

Pracoviště: Chirurgická klinika Pardubická krajská nemocnice

Přednosta: doc. MUDr. Jiří Šiller, Ph.D.

Anotace: Rozvoj laparoskopických technik a metod je neodvratitelný. Znovu se vrací zavádění a rozšiřování robotických postupů. Přínos obojího je zřejmý. Obě metody znamenají mnoho výhod, mají však svá úskalí, která je nutno pojmenovat, z nich vyplývajících neúspěchů se nejen poučit, ale do budoucna vyvarovat. Hlavní výhodou a základním předpokladem každého operačního zákroku musí být prospěch pacienta a z něho vyplývající bezpečné provedení výkonu. To se někdy vzhledem ke stále vysokému počtu komplikací ne úplně vždy daří. Stále se vyskytující počty neúspěchů je nutné rozdělit na nevhodné indikace, technické chyby a špatné postupy. Každý, kdo operuje laparoskopicky by měl zvládnout klasický způsob operování. Bez těchto znalostí je každá kvalifikace chirurga neúplná až nedostatečná. Některé operace jinak než klasickým způsobem nelze provést, nebo je nelze úspěšně laparoskopicky dokončit. Zde je nutné najít přesnou hranici v přesné indikaci, zvolit metodu přinášející bezpečí a nakonec dobrý výsledek. Někdy je to velmi obtížné. Neúspěchy končí většinou smrtí. Pouze v menším počtu případů znamenají kromě dlouhého trvání nemoci a velkého utrpení trvalé poškození zdraví. Stávají se tak příčinou různých trestních oznámení a stížností, řešených soudy, na úrovni nemocnic, krajů, ministerstva zdravotnictví a orgánů ČLK. Posuzování jednotlivých postupů je velmi obtížné a při srovnání předložených závěrů různých znalců často kontroverzní. Zákon sice umožňuje hodnocení ex ante, nikoli ex post, vychází z předpokladů EBM, ale má možnost pouze jednoznačného vyjádření. Postup je buď lege artis, neboli podle současných znalostí umění lékařského, nebo non lege artis, což označuje postup chybný. Někdy je mezi těmito krajními hodnotami cesta velmi úzká a prostor velice malý. Chybí možnost připustit chybu, dříve způsob označovaný jako vitiumartis. Právní řád, ale ani ČLK ho neuznává. Systém pojištění lékařů při neúspěšně provedené operaci, pokud vůbec nějaký najdeme, neodpovídá současným potřebám. Vznikají tak situace, které nemají přijatelné východisko. Některá poškození, poranění a chyby jsou častější a začínají se již pravidelně opakovat. Spočívají v traumatických lézích okolních, ale i vzdálenějších struktur mechanickým a termickým poraněním. Většinou se nepoznají, někdy ani poznány v průběhu operace být nemohou. To však neplatí už v pooperačním průběhu, kdy výkon, po němž může jít pacient za krátkou dobu domů, je provázen bolestmi, teplotami, patologickou břišní symptomatologií a změnami celkového stavu. Většinou málokdo přiměřeně reaguje, nebo je reakce velmi pozdní.

K názornosti je připojeno několik informací z hodnocených kasuistik. Týkají se nevhodné indikace k laparoskopickému přístupu, mechanických a termických poranění žaludku, duodena, tenkého a tlustého střeva, cévních poranění. Hlavní nedostatky spočívají v opožděné diagnostice, problematickém řešení, hlavně v opomenutí varovných, někdy až alarmujících příznaků.

A2

Název: **Komplikácie pri laparoskopickej liečbe v oblasti kardiie**

Autor: **J. Škultéty, J. Sekáč, M. Huťan, A. Mifkovič, L. Mičulík**

Pracovište: II.chir.klinika LF UK a UNB v Petržalke, Bratislava

Přednosta: doc. MUDr. Ján Škultéty, CSc.

Anotace: Autori sa zaoberajú, na základe u nich reoperovaných pacientov, závažnými komplikáciami po laparoskopickej liečbe na iných chirurgických pracoviskách a centrách.

A3

Název: **Análna inkontinencia po nízkych resekciách konečníka laparoskopickým a klasickým prístupom**

Autor: **J. Kotoč, J. Gatěk, B. Dudašek, A. Vrzgula, R. Krajničák**

Pracovište: Chirurgické oddělení Nemocnice ATLAS a.s. Zlín, Chirurgická klinika LF UPJŠ, Nemocnica Košice-Šaca

Primář / doc. MUDr. Jiří Gatěk, Ph.D. / MUDr. Andrej Vrzgula, PhD.

Přednosta:

Anotace: Po nízkkej resekcii konečníka sa vzhľadom na lokalizáciu tumoru a anatomické pomery v malej panve môže vyskytnúť análna inkontinencia rôzneho stupňa. Autori porovnali nárast análnej inkontinencie u pacientov operovaných laparoskopickým a klasickým prístupom v dvoch centrách kolorektálnej chirurgie. Takisto sa vyhodnotili najvýznamnejšie rizikové faktory (demografické, peroperačné i pooperačné) vedúce k vzniku análnej inkontinencie.

Název:	Liečba komplikácií Crohnovej choroby v ére miniinvazívnej chirurgie
Autor:	T. Vasilenko, A. Vrzgula, V. Pribula, R. Krajničák, M. Mýtnik
Pracovište:	Chirurgická klinika UPJŠ LF, Nemocnica Košice – Šaca a.s., 1. súkromná nemocnica, Člen skupiny AGEL
Přednosta / Primář:	MUDr. Andrej Vrzgula, PhD. / MUDr. Vít Pribula
Anotace:	<p>Crohnova choroba je chronické nešpecifické zápalové ochorenie tráviaceho traktu s typickým segmentálnym alebo multisegmentálnym postihnutím, prevažne oblasti terminálneho ilea, hrubého čreva, ale aj perianálnej oblasti a regionálneho lymfatického systému. Ochorenie sa najčastejšie vyskytuje medzi 15. až 30. rokom života, druhý vrchol je medzi 60. až 80. rokom života. Chirurgická liečba nastupuje pri zlyhaní konzervatívnej terapie alebo pri komplikáciách ochorenia.</p> <p>Cieľom chirurgickej liečby je zamedzenie výskytu komplikácií a zlepšenie kvality života pacientov. Autori prezentujú päťročný súbor pacientov s Crohnovou chorobou, ktorí boli operovaní na Chirurgickej klinike UPJŠ LF, Nemocnice Košice – Šaca a.s. 1. súkromnej nemocnice a porovnávajú klasický a miniinvazívny prístup pri liečbe týchto pacientov. Na základe získaných výsledkov a údajov z odbornej literatúry, autori preferujú pri liečbe pacientov s Crohnovou chorobou laparoskopický prístup. Autori tiež prezentujú svoje skúsenosti so SILS technikou, ktorá predstavuje bezpečnú alternatívu tradičnej viacportovej laparoskopie a pri liečbe pacientov s Crohnovou chorobou môže zaujať významné postavenie.</p>

A5

Název: **Laparoskopické operace nádorů tlustého střeva, komplikace**

Autor: **M. Kobza**

Pracoviště: Chirurgické oddělení Nemocnice České Budějovice a.s.

Primář: MUDr. Petr Pták Ph.D.

Anotace: *ÚVOD:*

V posledních 20 letech po jasné dominanci miniinvasivního přístupu při operacích žlučníku a bráničních kýl se laparoskopické techniky stále více uplatňují i při operacích tlustého střeva (1,2), i když v této oblasti není nástup tak rychlý a je stále předmětem mnoha diskusí na odborných fórech.

U chirurgické léčby nádorových onemocnění tlustého střeva přirozeně zůstává klíčovou onkologická radikalita výkonu a přežívání pacientů. Redukce pooperačních komplikací, zkrácení období rekonvalescence po operaci, zachování močové kontinence a sexuálních funkcí, které zlepšují pooperační kvalitu života pacientů, jsou sice sekundárním, ale velmi důležitým faktorem.

MATERIÁL A METODY, VÝSLEDKY:

Na chirurgickém oddělení v Českých Budějovicích jsou laparoskopické operace tlustého střeva prováděny od října roku 2006. Z celkového počtu pacientů s tumorem tlustého střeva a konečníku je laparoskopickou metodou prováděno v posledních letech kolem až 38% výkonů. Ve sdělení prezentujeme výsledky souboru 186 operovaných pacientů (37 žen a 49 mužů), ve věkovém rozmezí 33–84 let. Nejčastějším výkonem byla pravostranná hemikolektomie, pak resekce sigmatu, amputace a resekce rekta. V časném pooperačním období jsme nezaznamenali úmrtí. Ve sdělení je dále prezentována problematika komplikací a jejich řešení, zejména anastomotického leaku(4).

ZÁVĚR:

Laparoskopické operace nádorů kolorekta jsou bezpečnou technikou a staly se metodou volby při jejich řešení. Komplikace a onkologická radikalita je srovnatelná s otevřenou metodou (3,5).

Literatura:

- Jacobs M, Verdeja JC, Goldstein HS. Minimally invasive colon resection (laparoscopic colectomy). Surg. Laparosc. Endoscopy 1991; 3: 144-50
- Dulucq J-L, Wintringer P, Stabilini C, Mahanja A. Laparoscopic rectal resection with anal sphincter preservation for rectal cancer. Surg Endosc, 2005; 19: 1468-1474
- Lezoche E, Feliciotti F, Paganini AM, et al. Laparoscopic vs open hemicolectomy for colon cancer. Surg Endosc 2002, 16: 596-602.
- Rullier E, Laurent c, Garrelon JL, Michel P, Saric J, Parnelx M. Risk factors for anastomotic leakage after resectio of rectal cancer. Br J Surg. 1998; 85: 355-358.
- Lacy AM, Garcia – Valdecasas JC, Delgado S, et al. Laparoscopy – assisted colectomy versus open colectomy for treatment of non – metastatic colon cancer: a randomised trial. Lancet 2002, 359, 2224-9.

Název:	Da Vinci asistovaná léčba karcinomu rekta – vlastní analýza komplikací
Autor:	D. Langer, J. Kalvach, I. Tučková, M. Ryska
Pracoviště:	Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN Praha
Přednosta:	Prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc.
Anotace:	<p>ÚVOD: Od počátku třetího milénia je patrna robotizace miniinvazivních výkonů v mnoha chirurgických oborech. V posledních letech je publikována robotická asistence i při léčbě karcinomu konečníku.</p> <p>METODA: Soubor tvoří 55 nemocných s karcinomem rekta (KR), kteří v období 1/2014–12/2016 podstoupili radikální roboticky asistovanou operaci, po které byl získaný resektát zpracován na základě Quirkeho principu. Jedná se o analýzu údajů, které byly během 3 let prospektivně získávány. Sledovali jsme krevní ztrátu, dobu operace, dokončenost výkonu miniinvazivně. Z komplikací jsme sledovali výskyt anastomotického leaku. Použili jsme deskriptivní aritmetickou metodu. Výsledky jsme porovnávali s literárními údaji.</p> <p>VÝSLEDKY: Během 3 let (2014–2016) jsme na Chirurgické klinice 2. LF UK a ÚVN Praha pro KR s pomocí robotického systému ošetřili 55 nemocných: 39 mužů a 16 žen, u kterých byl nativní preparát protokolárně zpracován dle Quirkeho metodiky. Průměrný věk souboru pacientů činil 62,5 let (33–80 let). V pooperačním období jsme zaznamenali chirurgické komplikace u 13 (23,6%) operovaných. V šesti případech si komplikace vyžádaly operační léčbu. Anastomotický leak byl identifikován u 5 (13,5%) pacientů. U 1 (1,8%) pacientů byla potvrzena pozitivita pCRO. Průměrná krevní ztráta byla 130 ml (0–500 ml). 250 min. byla průměrná doba trvání operačního výkonu. Všechny výkony byly dokončeny miniinvazivně. Žádný nemocný nezemřel.</p> <p>ZÁVĚR: Dlouhodobého přežívání nemocných s KR lze potenciálně dosáhnout radikálním odstraněním nádoru při splnění kvalitativních podmínek. Obávanou chirurgickou komplikací je anastomotický leak. Tato závažná komplikace byla v našem souboru zaznamenána u 13,5% nemocných, což odpovídá literárním údajům. Optimálních výsledků je dosahováno při kvalitní mezioborové spolupráci.</p>

A7

Název: Krvácenie z brušnej steny pri laparoskopii.

Autor: R. Krajničák, A. Vrzgula, V. Pribula, T. Vasilenko, M. Mýtnik

Pracovište: Chirurgická klinika UPJŠ LF, Nemocnica Košice – Šaca a.s. 1. súkromná nemocnica Člen skupiny AGEL

Přednosta / MUDr. Andrej Vrzgula, PhD. / MUDr. Vít Pribula.

Primář:

Anotace: Krvácenie z brušnej steny pri laparoskopii nie je častou komplikáciou. Vyskytuje sa v rozmedzí 0,25–0,6% u laparoskopicky operovaných pacientov. Vzniká poranením cievnych štruktúr počas výkonu pri zakladaní Veressovej ihly alebo pri zakladaní trokárov. Ideálne je, ak sa krvácenie objektivizuje a ošetrí peroperačne, no občas sa môže stať, že je nerozpoznané a vynúti si urgentnú operačnú revíziu v pooperačnom období.

Autori na pracovisku operujú laparoskopicky od roku 1993 a vykonávajú širokú paletu operačných výkonov. Prezentujú prípady krvácania z brušnej steny zistené peroperačne a predkladajú možnosti ich ošetrovania peroperačne laparoskopicky. Pri zistení krvácania v pooperačnom období je však obvyčajne pri rozvoji hypovolemického šoku nevyhnutná klasická revízia s ošetrením krvácajúcej cievy. V súlade s údajmi z odbornej literatúry záverom konštatujú a vyzdvihujú dôležitosť použitia vhodného typu trokárov, ich správneho rozmiestnenia, peroperačné kontrolovanie možného krvácania z oblasti trokárov, či iných transperitoneálnych vstupov do dutiny brušnej. Zvlášť kladú dôraz na pooperačný monitoring rizikových skupín pacientov, ktorých v súčasnej dobe pri použití stále širšieho spektra antikoagulantov a antiagregancií príbúda.

A8

Název: Komplikace laparoskopické hernioplastiky

Autor: R. Pěček, R. Kyzlink, V. Hříba, K. Gajdošíková

Pracovište: Úrazová nemocnice v Brně – odd. klinické chirurgie

Primář: prim. MUDr. Radim Kyzlink

Anotace: Téma přednášky je zaměřeno na výčet možných komplikací laparo-hernioplastiky doplněné o konkrétní kazuistiky několika pacientů ze souboru Úrazové nemocnice.

Název:	Naše zkušenosti s endoskopickými extraperitoneálními operacemi (TEP) tříselné kýly
Autor:	L. Tomala, M. Hykl, Z. Vojkůvka, J.Zdebský
Pracoviště:	chirurgické oddělení NsP Karviná-Ráj
Primář:	MUDr. Martin Bartoň.
Anotace:	<p>Na našem pracovišti provádíme endoskopické, extraperitoneální operace (TEP) tříselné kýly od června 2012. Do konce roku 2016 jsme provedli 232 těchto výkonů. Soubor jsme hodnotili do června 2014 retrospektivně. Od července 2014 probíhá na našem oddělení klinická prospektivní studie srovnávající 2 modifikace sítěk použitých při plastice kýly. Studie probíhá dosud. Pacienty kontrolujeme po roce od operace. Pokud se nedostaví na kontrolu do 2 let, telefonicky je kontaktujeme, zveme na kontrolu a zjišťujeme, zda nedošlo ke komplikacím. Máme kontroly pacientů i po 4 letech od operace. Zaznamenali jsme 4 recidivy. Nezaznamenali jsme žádnou neuralgii po roce, která by vyžadovala léčbu. U 20 % pacientů byla zaznamenána bolestivost třísla, pocit cizího tělesa, které po pár měsících vymizí. Po roce jsme zaznamenali pobolívání v třísle u dvou pacientů. U 28 pacientů se vyskytnul, většinou s několikátýdenním odstupem od operace, serom. Většina seromů samovolně regredovala. Pouze 2x jsme byli nuceni serom po 3 měsících punktovat na ambulanci s trvalým vymizením rezistence. Punktovali jsme 2x velký hematom v oblasti třísla podél průběhu semenného provazce. Jelikož je soubor pacientů v učební křivce operatérů zaznamenali jsme signifikantní snížení operačního času s narůstajícím počtem výkonů.</p>

HŘEB FEMORÁLNÍ RETROGRÁDNÍ

- ▶ umožňuje osteosyntézu zlomenin distálního femuru typu A a C podle AO klasifikace
- ▶ odlehčený cílič s RTG průhlednými rameny
- ▶ distální i proximální jistění pomocí cíliche
- ▶ nejdálší zajišťovací šroub zesílený na průměr 6,5 mm
- ▶ titanové provedení

MEDIN®

NOVÁ
GENERACE

HŘEB TIBIÁLNÍ PROXIMÁLNÍ

- ▶ nové provedení hřebu s možností proximálního jistění čtyřmi šrouby v kondylární části
- ▶ umožňuje osteosyntézu metafýzy, diafýzy a některých jednoduchých interkondylických zlomenin proximální a distální tibe
- ▶ ocelové a titanové provedení
- ▶ odlehčený cílič s RTG průhlednými rameny

NOVÁ
GENERACE

Náhrady kloubů a šlach ruky

Náhrada baze

I. metakarpu palce ruky

- necementované provedení
- kombinovaný titanový porézní povrch doplněný vrstvou hydroxyapatitu
- dřík v šesti velikostech
- hlavice ve čtyřech velikostech



Titanový porézní povrch s vrstvou hydroxyapatitu

- makroporézní vrstva
- prorůstá kostní tkáně do labyrintu porézního povrchu
- nástriek hydroxyapatitu
- vrstvy jsou nanášeny plazmovou technikou

Náhrada CMC kloubu palce ruky

- silikon Nusil



Náhrada prstního kloubu

- silikon Nusil
- Endoprotéza je určena k náhradě metakarpofalangeálního (MCP) a interfalangeálního (PIP) kloubu
- sedm velikostí



Dočasná náhrada šlachy

- silikon Nusil
- Implantát je určen k dočasné náhradě šlachy flexoru ruky
- Ø 3; 4; 5 a 6 mm
- délky 120; 180 a 220 mm



Silikon Nusil

materiál je určen pro dlouhodobou implantaci uvnitř organismu člověka, své mechanické vlastnosti si zachovává po celou dobu implantace

SEKCE B

10.00–12.15 **I. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE B**

předsednictvo: J. Bartoníček, I. Čižmář, R. Dvorský, P. Šimko

- B1 Perspektivy úrazovej chirurgie**
P. Šimko
KÚCH LF SZU, Bratislava
- B2 Klinická anatomie hlezna**
J. Bartoníček
Klinika ortopedie 1. LF UK a ÚVN Praha
- B3 Přístupy k pilonu – kazuistiky**
R. Krejčí
Chirurgické oddělení Nemocnice Nové Město na Moravě
- B4 Komplikácie po poraneniach pilónu a členka**
M. Kítka
Klinika úrazovej chirurgie, Košice
- B5 Hřebování distální tibie**
K. Holub, A. Křiváček, P. Kopačka
Oddělení úrazové chirurgie Nemocnice České Budějovice
- B6 Naše zkušenosti s léčením zlomenin distálního bérce u dětí a dospívajících**
R. Vronský¹, I. Kopáček²
*1) Fakultní nemocnice Ostrava, Oddělení centrálního příjmu
2) Fakultní nemocnice Ostrava, Traumatologické centrum*
- B7 Zlomeniny pilonu tibie – krátké shrnutí problematiky a naše zkušenosti**
H. Kristianová, M. Sedlář, K. Chrz
I. chirurgická klinika VFN Praha
- B8 Adolescentní zlomeniny distálního bérce**
A. Křiváček, K. Holub, P. Kopačka
Oddělení úrazové chirurgie Nemocnice České Budějovice
- B9 Osteosyntéza zlomenin distálního bérce**
P. Kvasnička, V. Rak, R. Pikula
Klinika Úrazové chirurgie FN Brno

B10 Zlomeniny krčku talu léčené perkutánně zavedenými šrouby

R. Veselý, R. Suchomel, M. Kelbl

*Klinika traumatologie LF MU, Úrazová nemocnice v Brně***B11 Poranění chrupavky talu**

F. Svatoš, R. Bartoška, Z. Klézl

*Ortopedicko-traumatologická klinika FNKV Praha*12.15–13.00 **přestávka, oběd**13.00–14.45 **II. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE B**

předsednictvo: M. Kitka, P. Kopačka, T. Pešl, L. Pleva

B12 Fyzární poranění hlezniho kloubu u dětí: didaktické a diagnosticko terapeutické schéma

T. Pešl, M. Kučerová, J. Hendrych, P. Havránek

*KDCHT 3. LF UK, Thomayerova nemocnice, Praha Krč***B13 Luxační zlomeniny hlezna – stále nevyřešený problém**

J. Bartoníček

*Klinika ortopedie 1. LF UK a ÚVN Praha***B14 omluvena****B15 Maisonneuve zlomenina hlezna**

R. Suchomel, R. Veselý, K. Gajdošíková

*Úrazová nemocnice v Brně***B16 Naše skúsenosti s transfixáciou komplikovaných zlomenín členka Kirchnerovými drôťmi**

M. Suchý, D. Sukovský, A. Kulan, P. Kuchtanin

*Chirurgicko – traumatologické oddelenie Nemocnica Snina s.r.o., SR***B17 Miniinvazivní přístupy v traumatologii nohy**

V. Rak, P. Kvasnička

*Klinika úrazové chirurgie FN Brno***B18 Zhodnocení souboru ASKP asistované OS patní kosti**

I. Čížmář

*Traumacentrum FN Olomouc***B19 Vliv jednotlivých typů osteosyntézy na pooperační stabilitu fraktury patní kosti**

K. Gajdošíková, R. Veselý, R. Suchomel, R. Pěček

*Úrazová nemocnice Brno, Klinika traumatologie*17.00–18.30 **KULTURNÍ PROGRAM**20.00 **SOPOLEČENSKÝ VEČER – HOTEL SKALSKÝ DVŮR**

B1Název: **Perspektívy úrazovej chirurgie**Autor: **P. Šimko**

Pracoviště: KÚCH LF SZU, Bratislava

Přednosta: Prof. MUDr. Peter Šimko, CSc.

Anotace: -

B2Název: **Klinická anatomie hlezna**Autor: **J. Bartoníček**

Pracoviště: Klinika ortopedie 1. LF UK a ÚVN Praha

Přednosta: Prof. MUDr. Jan Bartoníček, DrSc

Anotace: -

B3Název: **Přístupy k pilonu – kazuistiky**Autor: **R. Krejčí**

Pracoviště: Nemocnice Nové Město na Moravě, chirurgické oddělení

Primář: MUDr. Jiří Toman

Anotace: -

B4

Název:	Komplikácie po poraneniach pilónu a členka
Autor:	M. Kitka
Pracovišťe:	Klinika úrazovej chirurgie, Košice
Přednosta:	prof. MUDr. Miroslav Kitka, Ph.D.
Anotace:	<p>Autor dokumentuje súbor pacientov, ktorí utrpeli poranenia pilónu a podrobili sa operačnej liečbe. Prezentuje klientske výsledky niektorých komplikácií v priebehu liečby fraktúr pilónu a niektorých komplikácií po poraneniach členka.</p> <p>Pilón tibie je pomerne riziková zóna dolnej končatiny, kde sa pomerne často vyskytujú otvorené fraktúry.</p> <p>Distálna časť predkolenia je mikrobiálne viac zamorená oproti proximálnym častiam končatiny s hojnou koncentráciou gram-negatívnej flóry. Zvlášť závažnou skutočnosťou je aj pomerne slabšia vaskularizácia u starších pacientov a diabetikov. V súvislosti s vyššie uvedeným treba potvrdiť, že najčastejšími komplikáciami v priebehu hojenia skeletu v tejto oblasti sú pseudoartrózy a infekcie. Autor prezentuje niektoré komplikácie a poukazuje na možnosti liečby</p>

B
čt**B5**

Název:	Hřebování distální tibie
Autor:	K. Holub, A. Křiváček, P. Kopačka
Pracovišťe:	Oddělení úrazové chirurgie Nemocnice České Budějovice a.s.
Primář:	MUDr. Pavel Kopačka
Anotace:	–

B6

Název: **Naše zkušenosti s léčením zlomenin distálního bérce u dětí a dospívajících**

Autor: **R. Vronský¹, I. Kopáček²**

Pracoviště: 1) Fakultní nemocnice Ostrava, Oddělení centrálního příjmu
2) Fakultní nemocnice Ostrava, Traumatologické centrum

Primář: doc. MUDr. Leopold Pleva, CSc.²

Anotace: Zlomeniny bérce se podílejí u dětí a dospívajících 15% na všech skeletálních poraněních. Zlomeniny distálního bérce mají specifickou problematiku danou anatomii distálního bérce – fyzárními růstovými chrupavkami. V letech 2002 – 2016 jsme ošetřovali 368 dětských pacientů ve věku 1–16 let pro zlomeniny bérce. Hospitalizovali jsme 266 dětí (72,3%). Operovali jsme 191 dětí (51,9%, 71,8% – hospitalizovaných). Zlomeniny distálního bérce jsme diagnostikovali u 88 dětí, tzn. ve 23,8% všech zlomenin bérce a u 33,1% hospitalizovaných. Fyzární poranění jsme pak zaznamenali u 66 (75%) pacientů s poraněním distálního bérce.

Terapie zahrnuje konzervativní i operační metody.

Konzervativní terapie spočívá v zavřené repozici v celkové anestezii a sádrové fixaci. Tuto metodu jsme použili u 21 pacientů.

Operovali jsme 66 pacientů. Z operačních metod upřednostňujeme miniinvasivní postupy. Osteosyntézu doplňujeme sádrovou fixací na 3–4 týdny. Výjimkou jsou pacienti ošetřeni zevním fixátérem, který odstraňujeme až po zhojení zlomeniny.

VÝSLEDKY:

Až na ojedinělé PIN infekty u zevních fixátérů jsme v našem souboru nezaznamenali komplikace.

ZÁVĚR:

Naším sdělením jsme chtěli upozornit na specifika ošetřování zlomenin distálního bérce u dětí a dospívajících.

B7

Název: **Zlomeniny pilonu tibie – krátké shrnutí problematiky a naše zkušenosti**

Autor: **H. Kristianová, M. Sedlář, K. Chrz**

Pracoviště: I. chirurgická klinika VFN Praha

Přednosta: prof. MUDr. Zdeněk Krška, DrSc.

Anotace: Autoři se ve své přednášce věnují jedné z delikátních částí traumatologie pohybového aparátu – zlomeninám pilonu tibie. Prezentují současné metody léčby a vlastní zkušenosti s těmito metodami.

B8

Název:	Adolescentní zlomeniny distálního bérce
Autor:	A. Křiváček, K. Holub, P. Kopačka
Pracoviště:	Oddělení úrazové chirurgie Nemocnice České Budějovice a.s.
Primář:	MUDr. Pavel Kopačka
Anotace:	–

B9

Název:	Osteosyntéza zlomenin distálního bérce
Autor:	P. Kvasnička, V. Rak, R. Pikula
Pracoviště:	Klinika Úrazové chirurgie FN Brno
Přednosta:	Doc. MUDr. Michal Mašek, CSc.
Anotace:	V přednášce popisujeme postup při ošetřování pacientů s dislokovanými zlomeninami distálního bérce na našem pracovišti. Otevřené a všechny komplikované, především intraartikulární zlomeniny způsobené absorpcí větší množství energie s ohroženou vitalitou měkkých tkání stabilizujeme vždy akutně zevním fixátorem s pozdější konverzí na vnitřní osteosyntézu. K nejčastěji používaným operačním metodám patří osteosyntéza mediální či anterolaterální anatomicky tvarovanou LCP dlahou. Podle typu zlomeniny je možná i intramedulární osteosyntéza hřebem Expert, případně miniosteosyntéza pomocí šroubů a Ki. drátů. Při vysokém riziku pooperačních komplikací vzhledem ke stavu měkkých tkání lze v indikovaných případech zlomeninu ponechat k definitivnímu zhojení na zevním fixátoru. Zevní fixaci též využíváme jako stabilizaci i při infekčních komplikacích, pokud není skelet dostatečně zhojen. Součástí přednášky je několik kazuistik námi léčených pacientů.

B
čt

B10

Název: Zlomeniny krčku talu léčené perkutánně zavedenými šrouby

Autor: R. Veselý, R. Suchomel, M. Kelbl

Pracoviště: Klinika traumatologie LFMU, Úrazová nemocnice v Brně

Přednosta: doc. MUDr. Libor Paša, Ph.D.

Anotace: Hodnotíme soubor 21 pacientů operovaných v Úrazové nemocnici v Brně v letech 2009–2014. Všichni utrpěli zlomeninu krčku hlezenní kosti a byli léčeni zavřenou repozicí a perkutánní fixací šrouby. V souboru bylo 5 žen a 16 mužů. Průměrný věk pacientů byl 38 let (18–56 let). Tři zlomeniny (14,3 %) byly otevřené. Vždy se však jednalo o otevřenou zlomeninu I. typu podle Gustilovy klasifikace s ránou do 1 cm. Zlomeniny byly klasifikovány podle Hawkinsovy klasifikace. Osm pacientů (38,1 %) jsme hodnotili jako typ I, jedenáct pacientů (52,4 %) jako typ II a dva pacienty (9,5 %) jako typ III (TAB 1). Všem pacientům bylo po základních vyšetřeních na urgentním příjmu provedeno CT vyšetření včetně 3D rekonstrukce a byli indikováni k operačnímu výkonu. Pod rtg zesilovačem byly do hlavičky a těla talu zavedeny Kirschnerovy dráty a joystick technikou byla provedena repozice s následnou fixací 3,5 nebo 4,5 mm kanylovanými šrouby. Průměrná doba sledování pacientů byla 32 měsíců (21–42 měsíců). V průběhu sledování došlo ke zhojení u všech zlomenin. Průměrný čas zhojení byl 15,5 týdnů (13–19 týdnů). Průměrné AOFAS skóre bylo 82,3 bodů (69–96 bodů).

Název: **Poranění chrupavky talu**

Autor: **F. Svatoš, R. Bartoška, Z. Klézl**

Pracoviště: Ortopedicko-traumatologická klinika FNKV

Přednosta: Prof. MUDr. Martin Krbec, CSc.

Anotace: *KEYWORDS:*

Osteochondral fracture, Cultivated Chondrocytes, Artificial Cartilage, Mocart Score

INTRODUCTION:

Acute or chronic chondral defects on talus are relatively rare but very challenging to treat. They lead to oedema, pain, restricted range of motion and to the end of sport activities in young patients. Authors describe their own way how to treat them and they show us the results of this treatment.

OBJECTIVES:

The objective is to find optimal treatment method of talar chondral lesions. To find an algorithm of solving all the problems in the joint. They also try to define age range for indication to operation and to find most beneficial defect classification.

METHODS:

In the treatment of cartilage defect authors use techniques of cultivated chondrocytes and artificial cartilage implants like Chondrotissue, TruFit, Biomatrix and CaReS-1S. They also use older methods like mosaic plastic, spongialisation and drilling by Ficat.

RESULTS:

All the patients were followed months and years by clinical examinations and MRI. Findings were objectively manifested by Mocart score and on MRI scans.

CONCLUSIONS:

Cartilage defect is the problem of young active generation. Method of cultivated chondrocytes was well accepted and the results in Mocart score were very good. On the other side this method is very expensive and need two stage procedure. Authors found that also other methods using artificial cartilage are well tolerated by patients and long term results are good. They also saw that during implementation of new methods like cultivated chondrocytes and artificial cartilage older procedures were left.

B12

Název: **Fyzární poranění hlezenního kloubu u dětí: didaktické a diagnostické terapeutické schéma**

Autor: **T. Pešl, M. Kučerová, J. Hendrych, P. Havránek**

Pracoviště: KDCHT 3. LF UK, Thomayerova nemocnice, Praha Krč

Přednosta: prof. MUDr. Petr Havránek, CSc.

Anotace: Poranění růstové ploténky distálního konce tibie a fibuly u dětí představuje širokou škálu úrazů od těch méně závažných až po ty nejzávažnější. Zatím co v traumatologii dospělých již existuje klasifikační schéma, které má jasné diagnostické terapeutické konsekvence (klasifikace AO), v dětské skeletální traumatologii takové schéma doposud neexistuje. Používá se buď klasické anatomické schéma Salterovo a Harrisovo, či patogenetické schéma Diasovo. Ani jedno z nich ale nemá diagnostické terapeutické výstupy. Verze klasifikace AO, určená pro dětský věk je, speciálně pro hlezenní kloub, velmi složitá, nepřehledná a rovněž nemá diagnostické terapeutické výstupy. Na základě rozboru našeho klinického materiálu jsme hledali, a snad i našli, cestu k jednoduchému a funkčnímu schématu, které umožní určit jak adekvátní diagnostický, tak i terapeutický algoritmus.

B13

Název: **Luxační zlomeniny hlezna – stále nevyřešený problém**

Autor: **J. Bartoníček**

Pracoviště: Klinika ortopedie 1. LF UK a ÚVN Praha

Přednosta: Prof. MUDr. Jan Bartoníček, DrSc.

Anotace: –

B14

Omluvena

B15

Název:	Maisonneuve zlomenina hlezna
Autor:	R.Suchomel, R. Veselý, K. Gajdošíková
Pracoviště:	Úrazová nemocnice v Brně
Primář:	doc. prim. MUDr. Radek Veselý, Ph.D.
Anotace:	Autoři ve své prezentaci rozebírají obecné principy diagnostiky a léčení zlomenin a osteoligamentozních poranění v oblasti hlezenného kloubu se zaměřením na Maisonneuve zlomeninu, která představuje specifický typ poranění v této lokalitě. Jedná se o zlomeninu proximální části fibuly vznikající přeneseným mechanismem při poranění hlezenného kloubu s rupturou tibiofibulární syndezmozy a interoseální membrány v kombinaci se zlomeninou mediálního maleolu či rupturou deltového vazy. Je prezentován vlastní soubor pacientů ošetřených pro dané poranění v Úrazové nemocnici v Brně v letech 2014-2016 a sdělení je doplněno několika kazuistikami.

B16

Název:	Naše skúsenosti s transfixáciou komplikovaných zlomenín členka Kirchnerovými drôtmí
Autor:	M. Suchý, D. Sukovský, A. Kulan, P. Kuchtanin
Pracoviště:	Chirurgicko-traumatologické oddelenie Nemocnica Snina s.r.o., SR
Primář:	MUDr. Kulan Andrej
Anotace:	Nestabilné zlomeniny členka patria medzi závažné poranenia pohybového aparátu, postihujúce kostné i väzivové štruktúry členkového kĺbu. Vo väčšine prípadoch sú indikované k včasnému operačnému riešeniu. Pokiaľ je z dôvodov celkových, alebo lokálneho stavu mäkkých tkanív nutný odklad definitívnej osteosyntézy, môže byť transfixácia Kirchnerovými drôtmí využitá k dočasnej stabilizácii reponovaného členka do doby odloženej operácie, umožňujúca ošetrovanie mäkkých tkanív. Autori práce prezentujú svoje skúsenosti za obdobie rokov 2003–2016.

B17

Název:	Miniinvazivní přístupy v traumatologii nohy
Autor:	V. Rak, P. Kvasnička
Pracoviště:	Klinika úrazové chirurgie FN Brno
Přednosta:	Doc. MUDr. Michal Mašek, CSc.
Anotace:	Vzhledem k možnostem instrumentace v traumatologii a možným komplikacím v této oblasti, klademe stále větší důraz na miniinvazivitu při operování jednoduchých i komplexních poranění nohy, využití peroperační i předoperační diagnostiky.

B
čt

B18

Název: **Zhodnocení souboru ASKP asistované OS patní kosti**

Autor: **I. Čižmář**

Pracoviště: Traumacentrum FN Olomouc

Primář: doc. MUDr. Igor Čižmář, Ph.D.

Anotace: Artroskopicky asistovaná osteosyntéza intraartikulárních zlomenin patní kosti je jednou z vhodných metod řešení tohoto typu poranění. Výhodou je především exaktní kontrola kongruence subtalárního kloubu, což je jeden z rozhodujících faktorů výsledků léčby. Autoři ve svém sdělení prezentují zhodnocení výsledků souboru pacientů, kteří byli operováni zmíněnou metodou ve FN Olomouc mezi lety 2008–2014. Celkem 47 pacientů s průměrným follow-up dva roky bylo retrospektivně zhodnoceno skórovacími systémy AOFAS a MFS v komparaci s rtg nálezy včetně srovnávacích snímků zdravé končetiny. Operovány byly zlomeniny typu Sanders II. a III. nejčastěji syntézou pomocí kombinace perkutánně zavedených kanylovaných šroubů a Kirschnerových drátů. Výsledky potvrzují, že kombinace minimálně invazivního přístupu a přesné repozice kloubní plochy přináší dobré výsledky jak radiologické, tak hlavně stran komfortu a spokojenosti pacientů.

B19

Název: **Vliv jednotlivých typů osteosyntézy na pooperační stabilitu fraktury patní kosti**

Autor: **K. Gajdošíková, R. Veselý, R. Suchomel, R. Pěček**

Pracoviště: Úrazová nemocnice Brno, Klinika traumatologie

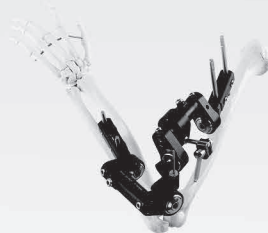
Primář: Doc. MUDr. Radek Veselý, Ph.D.

Anotace: Patní kost je největší a zároveň nejčastěji úrazem poškozenou kostí v oblasti nártu, jež má nemalý vliv na stabilitu a komfort při chůzi. Vzhledem k velké ploše, jež zaujímají kloubní chrupavky, se intraartikulární fraktury vyskytují přibližně v 75 % zlomenin patní kosti. I drobná inkongruence kloubní plochy vede k rozvoji artrózy a značné bolestivosti s dlouhodobou pracovní neschopností s ekonomickými důsledky. Proto je při terapii fraktury kladen důraz na důslednou repozici a její adekvátní stabilizaci. Cílem přednášky je seznámit posluchače s výsledky pozorování stability jednotlivých typů osteosyntézy fraktury kalkanea v odstupu času.

Zevní fixátory

UNI-FIX

Svorkový modulární zevní fixátor
pro fixaci všech dlouhých kostí a pánve



PH-FIX

Stavebnicový zevní fixátor pro
fixaci všech dlouhých kostí a pánve



PH-FIX XRT

RTG transparentní stavebnicový zevní fixátor
pro fixaci všech dlouhých kostí a pánve



Hybridní stabilizátor

Zevní fixátor kombinující UNI-FIX
či PH-FIX s karbonovým kruhem



MP-FIX

Stavebnicový zevní fixátor pro fixaci
zlomenin ruky, zápěstí a předloktí.



SEKCE C

10.00–11.30 **I. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE C**

C1 ROUND TABLE: : Chirurgické léčení chronických onemocnění ruky

A. Schmoranzová, T. Hellmuth, R. Lhotský, J. Paroulek
Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou

11.30–12.30 **přestávka, oběd**

12.30–14.30 **II. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE C**

předsednictvo: D. Kachlík, T. Kluka, R. Krejčí, S. Vajcziková

C2 Současné anatomické názvosloví ruky

D. Kachlík, J. Miletín, T. Herma, V. Musil, D. Neumanová, M. Mazura, B. Blanková,
R. Turyna, V. Báča
*Ústav anatomie 2. LF UK a 3. LF UK Praha; Katedra zdravotnických oborů VŠPJ Jihlava;
ÚPMD Praha*

C3 Operační přístup do karpometakarpového kloubu palce ve vztahu k průběhu ramus superficialis nervi radialis: anatomická studie s klinickými aplikacemi

T. Herma, O. Volný, J. Sklenský, J. Miletín, A. Kantorová, E. Horváthová, K. Michková,
V. Báča, D. Neumanová, D. Kachlík
Ústav anatomie 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy Praha

C4 Nestabilita CMC kloubu palce ruky

J. Pilný
Nemocnice Nové Město na Moravě, ortopedické oddělení

C5 Benígne a maligne ochorenia rúk.

T. Kluka
MEDI-EKO, s.r.o. Košice + LF UPJŠ Košice

C6 Benígný nádory ruky, taktika chirurgickej liečby

J. Cigaňák, T. Cigaňák, J. Konečný, E. Kozár
MANUS-MED, ONE DAY SURGERY UNIT Prievidza

C7 Proximální karpektomie

P. Korpa, P. Dráč, I. Čižmář
Traumatologické oddělení FN Olomouc

C8 Nové způsoby léčby Dupuytrénovej kontraktúry

T. Kluka

*MEDI-EKO, s.r.o. Košice + LF UPJŠ Košice***C9 Operácia syndrómu karpálneho tunela endoskopicky z 1 portu**

J. Cigaňák, T. Cigaňák, J. Konečný, E. Kozár

*MANUS-MED, ONE DAY HAND SURGERY UNIT Prievidza***C10 Symptomatické intraosseální ganglion os trapezium – case report a revize literatury**

J. Kovařík, P. Dráč

*Oddělení traumatologie Fakultní nemocnice Olomouc*16.00–18.30 **KULTURNÍ PROGRAM**20.00 **SPOLEČENSKÝ VEČER – HOTEL SKALSKÝ DVŮR**

C1

Název: **ROUND TABLE: Chirurgické léčení chronických onemocnění ruky**

Předsednictvo: **A. Schmoranzová, T. Hellmuth, R. Lhotský, J. Paroulek**

Pracoviště: Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou

ROUND TABLE 10.00–11.30

C2

Název: **Současné anatomické názvosloví ruky**

Autor: **D. Kachlík, J. Miletín, T. Herma, V. Musil, D. Neumanová, M. Mazura, B. Blanková, R. Turyna, V. Báča**

Pracoviště: Ústav anatomie 2. LF UK a 3. LF UK Praha; Katedra zdravotnických oborů VŠPJ Jihlava; ÚPMD Praha

Přednosta / prof. MUDr. David Kachlík, Ph.D.; doc. MUDr. Václav Báča, Ph.D.;

Primář: doc. MUDr. Jaroslav Feyreisl, CSc.

Anotace: *GRANTOVÁ PODPORA: PROGRES Q37*

Poslední revize anatomického názvosloví z roku 1998 i poslední revize neuroanatomického názvosloví z roku 2017, vydané Mezinárodní asociací anatomických společností (InternatioanlFederationofAssociationsofAnatomists), se bohužel ve všech termínech struktur ruky nekryjí s chirurgickou terminologií, vydanou Mezinárodní federací společností pro chirurgii ruky (International FederationofSocietiesforSurgeryofthe Hand – IFSSH) v roce 1970 a revidovanou v roce 2001. První zmíněná je členěná podle anatomických kapitol (kosti, klouby, svaly, jednotlivé orgánové soustavy, součásti oběhového soustavy, centrální a periferní nervová soustava, smysly a kůže), jednotlivé kapitoly obsahují termíny v latině a angličtině a je volně dostupná na <http://www.unifr.ch/ifaa/Public/EntryPage/ViewSource.html>. Druhá zmíněná se skládá z pěti kapitol: anatomie, funkce, klinického hodnocení, léčby a atlasu povrchové anatomie a pohybů ruky; a jednotlivé kapitoly obsahují příslušné termíny v pěti jazycích: latinsky, anglicky, německy, francouzsky a španělsky. Anatomie zahrnuje struktury předloktí, zápěstí i ruky. Poslední revize byla zveřejněna v roce 2001 a volně dostupná na <http://www.ifssh.info/TerminologyOfHandSurgery.html>. Naše sdělení přináší přehled nesrovnalostí a poukazuje na rozdíly mezi oběma používanými terminologiemi.

Název:	Operační přístup do karpometakarpového kloubu palce ve vztahu k průběhu ramus superficialis nervi radialis: anatomická studie s klinickými aplikacemi
Autor:	T. Herma, O. Volný, J. Sklenský, J. Miletín, A. Kantorová, E. Horváthová, K. Michková, V. Báča, D. Neumanová, D. Kachlík
Pracoviště:	Ústav anatomie 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy Praha
Přednosta:	doc. MUDr. Petr Zach CSc.
Anotace:	<p><i>ÚVOD:</i></p> <p>Ramus superficialis nervi radialis (RSNR) je senzitivní nerv pro laterální polovinu hřbetu ruky. Navzdory vysoké obezřetnosti během chirurgických zákroků jsou opakovaně popisována jeho peroperační poškození při různých výkonech, jejichž následkem je rozvoj pooperační neuritidy, výpadků senzitivního cití, atd. Přes tyto skutečnosti je popis jeho průběhu a variací v literatuře omezen na několik vybraných klinických aplikací, zatímco přímý operační přístup do articulatio carpometacarpalis pollicis (ACMP) při léčbě artrózy nebo terapii intraartikulárních zlomenin bývá zcela opomenut. Cílem práce bylo tedy určit nejbezpečnější operační přístup k ACMP vzhledem k průběhu větví RSNR.</p> <p><i>METODIKA:</i></p> <p>Vypitvali jsme 165 končetin z materiálu anatomických ústavů ČR a SR (79 levých a 86 pravých). Topografické poměry v oblasti přístupu k ACMP jsme zdokumentovali fotograficky, následně jsme na končetiny připevnili průhledné fólie a zakreslili orientační body – šlachy musculus abductor pollicis longus (MAPL), musculus extensor pollicis brevis (MEPB) a musculus extensor pollicis longus (MEPL), dále processus styloideus radii, okraj prvního metakarpu – a větvení ramus superficialis nervi radialis. Takto vzniklá schémata jsme přenesli na milimetrový papír a porovnali vhodnost řezu ve třech místech – podél šlach MAPL a MEPB, podél šlachy MEPL a uprostřed mezi nimi. Řez jsme předpokládali 2 cm proximálně i distálně od štěrbin kloubu.</p> <p><i>VÝSLEDKY:</i></p> <p>Z dostupných dat jsme vyvodili následující závěry: ve 107 ze 165 případů (65 %) je řez bezpečný podél společně běžících šlach MAPL a MEPB, v 54 ze 165 (36 %) ve střední čáře a ve 13 ze 165 (8 %) podél šlachy MEPL.</p> <p><i>ZÁVĚR:</i></p> <p>Ze zjištěného rozložení variací větvení RSNR lze předpokládat snížení pooperačních komplikací v případě využití přímého rovného řezu podél šlachy MEPB. Oproti ostatním možným místům řezu má tento výrazně nižší pravděpodobnost výskytu nervových větví a považujeme jeho využití za metodu volby.</p>

C4Název: **Nestabilita CMC kloubu palce ruky**Autor: **J. Pilný**

Pracoviště: Nemocnice Nové město na Moravě, ortopedické oddělení

Primář: doc. MUDr. Jaroslav Pilný

Anotace: Nestability karpometakarpálního kloubu /CMC/ palce ruky vznikají v důsledku hypermobility kloubů a následného přetěžování, nebo v důsledku pourazové poškození vazů. Pokud není včas nestabilita léčena, vede k rozvoji risartrózy. Pacienti v případech nestability udávají bolesti kořenového kloubu palce a omezení až nemožnost úchopu, jako např. otevření PET lahve. K ošetření bylo popsáno jak artroskopické ošetření /shrinkage kloubního pouzdra/, tak otevřené /operace dle Littler-Eatona/. Autor referuje svoje výsledky s oběma metodami.

Soubor obsahuje 67 ošetřených CMC kloubu palce ruky /45 ženy, 22 muži/ průměrného věku 26 roků. U 15 pacientů šlo o pourazový stav a u 52 u stavů při hypermobilitě. U 14 pacientů byla provedena synovektomie a shrinkage kloubního pouzdra s fixací na 6 týdnů. U 53 pacientů pak byla provedena operace dle Littler-Eatona. Pacienti byli hodnoceni po 2 letech. U pacientů s artroskopickým ošetřením / byli indikováni jen pacientky při hypemobilitě/ bylo po 2 letech 71 % bez obtíží a 29 % pacientů s obtížemi, které je neomezovali v běžné činnosti. Špatné výsledky jsme nezaznamenali. U pacientů, kde byla provedena operace dle Littler-Eatona bylo 74 % pacientů bez obtíží, 19 % pacientů a obtížemi neomezující běžnou denní činnost a 7 % pacientů s obtížemi omezujících běžnou činnost. Z komplikací jsme zaznamenali 2 přechodnou parézu kožní větve n. radialis, ve dvou případech komplexní regionální bolestivý syndrom. U dvou pacientek bylo nutné stav řešit interpoziční artroplastikou CMC kloubu.

Při obtížích na palcové straně zápěstí a ruky je třeba myslet na nestabilitu CMC kloubu zvláště u mladých jedinců, kde jsou RTG nálezy pro risartrózu negativní. Pokud se vyskytnou je vhodné je operačně řešit buď artroskopicky či otevřenou metodou. V případech artrotických změn nejsou tyto operace indikovány.

Název:	Benígne a malígne ochorenia rúk
Autor:	T. Kluka
Pracoviště:	oddělení: MEDI-EKO, s.r.o. Košice + LF UPJŠ Košice
Přednosta:	MUDr. Teodor Kluka, PhD.
Anotace:	<p><i>KLÚČOVÉ SLOVÁ:</i> Tumory ruky, malígne tumory ruky, benígne tumory ruky.</p> <p><i>ÚVOD:</i> Incidenca benígnych a malígnych tumorov ruky je v porovnaní s ostatnými časťami relatívne nízka, napriek tomu musíme byť schopní rozlíšiť medzi typickými benígnymi nálezmi od život alebo končatinu ohrozujúcimi malígnymi ochoreniami.</p> <p><i>METODIKA:</i> V práci sme použili vlastné materiály benígnych aj malígnych lézií. Klinická prezentácia malígnych ochorení môže byť podobná tým benígnym, preto je nevyhnutné im venovať veľkú dávku pozornosti. Aj benígne tumory môžu byť lokálne deštruktívne a obmedzovať funkciu ruky.</p> <p><i>ZÁVER:</i> Liečba tumorov je primárne chirurgická ale v manažmente je nutný multimodálny prístup zahŕňajúc chemoterapiu aj rádioterapiu. Vo vhodných prípadoch je možná záchrana končatiny ale odstránenie ochorenia by malo byť primárnym cieľom pred zachovaním funkcie.</p> <p><i>KEY WORDS:</i> Hand tumours, malignant hand tumours, benign hand tumours.</p> <p><i>INTRODUCTION:</i> The incidence of both benign and malignant tumours in the hand is relatively low in comparison with other locations despite the fact we must be able to distinguish benign finding from life or limb-threatening malignant diseases.</p> <p><i>METHODS:</i> The clinical presentation may be similar to benign lesions therefore it is necessary to pay attention. Even benign tumours can be locally destructive and compromise hand function.</p> <p><i>CONCLUSION:</i> The management of these tumours is primarily surgical. Limb salvage surgery may be applied though eradication of disease should be the primary goal rather than preservation of function. A multimodal approach is necessary for appropriate management including chemotherapy and radiotherapy.</p>

C6

Název: **Benígny nádory ruky, taktika chirurgickej liečby**

Autor: **J. Cigaňák, T. Cigaňák, J. Konečný, E. Kozár**

Pracovište: MANUS-MED, ONE DAY SURGERY UNIT, Prievidza

Přednosta: MUDr. Jaroslav Cigaňák, PhD.

Anotace: Nádory ruky a zápästia môžu vzniknúť z ktoréhokoľvek ich tkaniva – kože, muskuloskeletárneho systému, nervov a cievneho aparátu. Z didaktického hľadiska a následnej chirurgickej liečby je vhodné delenie na nádory kostné, nádory mäkkých tkanív a nádory kože. Podľa rôznych údajov viac ako 98 % nádorov je benígnych: ganglion, obrovskobunkový nádor šľachových pošiev, pyogenný granulom, enchondrom, kostná cysta, lipóm, fibróm, kapilárny haemangiom, glomus tumor, epidermálna inklúzna cysta, hamartomy, neurofibrom a zriedkave i ďalšie tumory. Autori referujú 10-ročné skúsenosti s ošetrením benígnych tumorov ruky. Často extirpácia tumorov ruky – v snahe zachovať dokonalý senzomotorický systém ruky a taktiež i jej plnú funkciu – nie je pre chirurga jednoduchá. Možné mikroskopické reziduá i benígnych tumorov môžu byť príčinou recidívy, preto je vhodné pacientov sledovať ešte aspoň 1 rok po operácii.

C7

Název: **Proximální karpektomie**

Autor: **P. Korpa, P. Dráč, I. Čižmář**

Pracovište: Traumatologické oddělení FN Olomouc

Primář: Doc. MUDr. Igor Čižmář, Ph.D.

Anotace: R Proximální karpektomie je technicky poměrně jednoduchým výkonem, který je prováděn především při pokročilém kolapsu zápěstí následkem SL nestability nebo pakloubu člunkové kosti. Umožňuje alespoň částečné zachování pohybu v zápěstí a svalové síly, ale na druhou stranu radikálně a nevratně zasahuje do anatomických poměrů a kinematiky karpu. Autoři ve svém sdělení prezentují zhodnocení výsledků souboru pacientů s provedenou proximální karpektomií ve FN Olomouc mezi lety 2002–2015.

Název:	Nové spôsoby liečby Dupuytrénovej kontraktúry
Autor:	T. Kluka
Pracovište:	MEDI-EKO, s.r.o. Košice + LF UPJŠ Košice
Přednosta:	MUDr. Teodor Kluka, PhD.
Anotace:	<p><i>KLÚČOVÉ SLOVÁ:</i> Dupuytrénova kontraktúra, fasciectomy, injekčná fasciotómia, kolagenáza.</p> <p><i>ÚVOD / CIEĽ:</i> Autor v práci poukazuje na novú metódu riešenia pokročilého štádia Dupuytrénovej kontraktúry (ďalej len DK) injektovateľnou kolagenázou clostridium histolyticum a jej porovnanie s klasickou otvorenou fasciectomy. V súčasnosti liečba DK pozostáva zo štyroch postupov: 1. ihlová fasciotómia, 2. otvorená fasciectomy, 3.- otvorená dermofasciectomy + VTK a 4. injektovateľnou kolagenázou clostridium histolyticum. Táto metóda sa radí medzi nechirurgické, alebo miniinvazívne.</p> <p><i>METODIKA:</i> Pri aplikácii nie je potrebná anestéza, kolagenáza sa aplikuje do zhrubnutého vlákna priamo a nechá sa pôsobiť cca 24 hodín. Na druhý deň je pacient vystavený extenzii prsta (ov) v lokálnej anestéze s následnou ruptúrou vlákna – vlákien. Výhodnejšia forma je postihnutie len MCP kĺbov, menej ak sú prítomné pruhy aj v PIP kĺboch. Doporučená dávka je 0,25 ml roztoku pre MCP kĺby a 0,20 ml pre PIP kĺby. Niektorí lekári dávajú dlahu pooperačne, niektorí nie.</p> <p><i>DISKUSIA:</i> Za cca 2,5 roka odkedy podávame túto injekčnú formu riešenia DK sme mali cca 30 - 35 pacientov, u všetkých došlo k plnej extenzii prstov. Zaznamenali sme len jednu alergickú reakciu, avšak nevieme či na dezinfekčnú látku, lokálne anestetikum alebo samotnú kolagenázu.</p> <p><i>ZÁVER:</i> Výhoda: krátky čas operácie aj rekonvalescencie – pri klasickej fasciectomy je čas plnej možnej záťaži ruky cca 3 mesiace, u injekcii cca 3 dni, čo je veľmi výhodné u aktívnych ľudí v produktívnom veku, nie je rana (a následne ani jazva), nie je potrebná RHB, krátkodobá alebo žiadna PNS. Nevýhoda: cena, možnosť recidívy (?), popisovaná alergická reakcia. Najväčší počet injekcií u jedného pacienta v našej štúdií boli štyri injekcie do oboch rúk.</p> <p><i>Literatúra:</i> – David Gilpin and all : Injectable Collagenase Clostridium Histolyticum: A New Nonsurgical Treatment for Dupuytren's Disease, J Hand Surg 2010;35A:2027–2038. © 2010 – Hurst LC, Badalamente MA, Hentz VR, et al. Injectable collagenase clostridium histolyticum for Dupuytren's contracture. N Engl J Med 2009; 361:968-79. – Súhrn charakteristických vlastností lieku – podrobné informácie o tomto lieku sú dostupné na internetovej stránke Európskej liekovej agentúry http://www.ema.europa.eu/. – D. Warwick and all, Collagenase Clostridium histolyticum in patients with Dupuytren's contracture: results from POINT X, an open-label study of clinical and patient-reported outcomes, The Journal of Hand Surgery (European Volume)1–9 © The Author(s) 2014</p>

C9

Název: **Operácia syndrómu karpálneho tunela endoskopicky z 1 portu**

Autor: **J. Cigaňák, T. Cigaňák, J. Konečný, E. Kozár**

Pracovište: MANUS-MED, ONE DAY HAND SURGERY UNIT, Prievidza

Přednosta: MUDr. Jaroslav Cigaňák, PhD.

Anotace: Karpálny tunel je stabilná anatomická jednotka ruky a zápästia, cez ktorú ide 9 extrinsických flexorov prstov ruky so šlachovými pošvami a n. medianus. Discízia ligamentum carpi transversum (LCT, seu retinaculum flexorum) je doteraz jedinou uznávanou chirurgickou operačnou metódou liečby syndrómu canalis carpi. Jej cieľom je rozšíriť fixné rozmery canalis carpi a zrušiť útlak n. medianus a tak umožniť jeho regeneráciu. Otvorená operácia idúca cez volárnu časť kože flexorovej zóny IV s úplnou discíziou všetkých troch častí LCT umožňuje i dokonalú revíziu všetkých škrutkúr canalis carpi s dobrou kontrolou nervus medianus a jeho vetiev a jeho deliberáciu. Pooperačná rekonvalescencia je však pri takomto veľkom prístupe zdĺhavá, s častejším výskytom pooperačných komplikácií a vyšším rizikom vzniku aj pillar scar pain syndrómu. V posledných desaťročiach preto môžeme prirodzene pozorovať inklináciu chirurgov k minimálne invazívnym technikám z menších incízií, k endoskopickej discízii LCT metódou single portal (sec. Agee) alebo two portals (sec. Chow) alebo dokonca k subkutánnej discízii LCT pod ultrasonografickoú kontrolou. Extrafokálne metódy teda pravé túto zónu bezprostredného impigementu n. medianus na retinaculum flexorum riešia tak, že operačný prístup volia presne mimo kožu nad retinaculum flexorum. Pretínajú teda iba retinaculum flexorum, nad ktorým zostávajú ešte 4 nedotknuté vrstvy: cutis, podkožný tuk, prechod šlachy tendinis palmaris longus v palmárnu aponeurózu a subpalmárna tuková vrstva nad discidovaným retinaculum flexorum. K extrafokálnym metódam patria endoskopické metódy carpal tunnel release: single portal (sec. Agee) a two portals (sec. Chow) a extrafokálne metódy neendoskopické. Neendoskopické metódy carpal tunnel release z jednej miniincízie vedenej proximálne od zóny IV alebo distálne riskujú neúplnú discíziu retinaculum a teda aj neúplnú dekompresiu n. medianus. Autori referujú skúsenosti aj s endoskopickou technikou operácie syndrómu karpálneho tunela iba z jedného portu. Incízia je vedená priečne v kutánnej línii obyčajne v linea carpi volaris distalis medzi šlachami flexor carpi radialis a palmaris longus, odsúvame radiálne variabilnú kutánnu vetvu n. medianus k thenaru, pretíname longitudinálne distálnu časť fascia antebrahii volaris distalis a incipientný úsek retinaculum flexorum. Pokračujeme v preparácii jemne natupo prísne ponad komprimovaný n. medianus a tesne popod strechu retinaculum flexorum tupým zahnutým peňom (alebo aj tupou sondou) mierne ulnárne distálne až za retinaculum flexorum pod kožu stredného dľaňového priestoru flexorovej zóny III. Do takto predpripraveného priestoru aplikujeme jemne 30-stupňovú 2,7mm optiku s vysunovateľným spätným skalpelom. Prísne pod kamerou kontrolujeme strechu ligamentum carpi transversum (LCT) až do podkožia stredného dľaňového priestoru flexorovej zóny III. Po bezpečnej verifikácii štruktúr aj endoskopicky vysúvame spätný sklapel a discidujeme pri vizuálnej endoskopickej kontrole spätným skalpelom všetky tri časti ligamentum carpi transversum. Kompletnosť discízie LCT kontrolujeme opäť endoskopicky. Pooperačný priebeh je u pacientov zreteľne ľahší. V súbore prvých 150 operácií sme vážnejšiu komplikáciu nezaznamenali.

Název:	Symptomatické intraosseální ganglion os trapezium – case report a revize literatury
Autor:	J. Kovařík, P. Dráč
Pracoviště:	Oddělení traumatologie Fakultní nemocnice Olomouc
Primář:	doc. MUDr. Igor Čížmář, PhD.
Anotace:	Intraosseální ganglion bylo popsáno takřka na všech karpálních kostech a představuje málo častou příčinu chronických bolestí zápěstí. V naší kazuistice představujeme raritní nález symptomatického intraosseálního ganglia os trapezium a zhodnocení dostupné literatury.

SEKCE A

9.30–11.30 III. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE A

předsednictvo: R. Krajničák, J. Mazuch, A. Prochotský, J. Smékalová

A10 **Miesto onkologickej chirurgie v SR**

Š. Durdík, D. Dyttert, M. Sabol, J. Palaj, V. Marek, R. Donát
Klinika onkologickej chirurgie LF UK a OUSA Bratislava

A11 **Chirurgia venózných aneuryziem**

J. Mazuch¹, F. Rusnák², V. Kovács³, T. Pavlusová⁴, Z. Červená¹, J. Mazuchová⁵
1) *Chirurgická klinika JLF UK a UN Martin*
2) *Klinika cievej chirurgie, Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok*
3) *Oddelenie cievej chirurgie NsP Lučenec,*
4) *Ambulancia dermatovenerológie a estetickej medicíny Lučenec*
5) *Ústav lekárskej biológie JLF UK v Martine*

A12 **Anastomóza – najrizikovejší faktor ezofagektómie**

J. Sekáč, J. Škultéty, L. Mičulík, M. Huťan, I. Majeský, A. Sekáčová
II. chirurgická klinika, Univerzitná nemocnica Bratislava

A13 **Karcinom prsu u mužů**

J. Smékalová, J. Brázdil, I. Hladká, J. Bureš
Nemocnice Nové Město na Moravě, chirurgické, patologické, radiologické oddělení, oddělení nukleární medicíny

A14 **Pseudomyxoma peritonei a mucinózní tumory apendixu**

J. Brázdil
Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace, Patologicko-anatomické oddělení

A15 **Antikoagulačná terapia u chirurgického pacienta**

L. Mičulík, J. Škultéty, J. Sekáč, A. Prochotský, P. Koudelka
II. chirurgická klinika LFUK a UNB, Nemocnica sv. Cyrila a Metoda Bratislava

11.45 **ZAKONČENÍ SETKÁNÍ**

A10

Název:	Miesto onkologickej chirurgie v SR
Autor:	Š. Durdík, D. Dyttert, M. Sabol, J. Palaj, V. Marek, R. Donát
Pracovište:	Klinika onkologickej chirurgie LF UK a OUSA Bratislava
Přednosta:	prof. MUDr. Štefan Durdík Ph.D., MHA
Anotace:	–

A11

Název:	Chirurgia venózných aneuryziem
Autor:	J. Mazuch¹, F. Rusnák², V. Kovács³, T. Pavlusová⁴, Z. Červená¹, J. Mazuchová⁵
Pracovište:	1) Chirurgická klinika JLF UK a UN Martin 2) Klinika cievnej chirurgie, Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok 3) Oddelenie cievnej chirurgie NsP Lučenec 4) Ambulancia dermatovenerológie a estetickej medicíny Lučenec 5 Ústav lekárskej biológie JLF UK v Martine, Slovenská republika
Přednosta / Primář:	Prof. MUDr. Július Mazuch, DrSc. 1 , Prim. MUDr. František Rusnák 2, Prim. MUDr. Vladimír Kovács, PhD. 3 , Prim. MUDr. Tatiana Pavlusová 4
Anotace:	<p>Venózne aneurizmy (VA) sú na rozdiel od arteriálnych aneuryziem zriedkavé. O venózných aneurizmach hovoríme vtedy, ak je ich priemer 1,5-krát väčší ako normálny lúmen cievy v príslušnej lokalite. Po makroskopickej stránke rozlišujeme vretenovité (fuziformné) a vakovité (sakulárne) VA.</p> <p>Z mikroskopického hľadiska poukazujú histopatologické vyšetrenia na stratu elastických a svalových vlákien žilovej steny s jej následným oslabením.</p> <p>Z hľadiska lokalizácie sa môžu VA vyskytnúť v ktorejkoľvek časti venózneho systému. Na končatinách môžu byť VA lokalizované v hĺbkovom, alebo povrchovom venóznom systéme. VA sú častejšie na dolných končatinách.</p> <p>VA môžu byť symptomatické alebo asymptomatické a môžu dosiahnuť rôzne veľkosti. Symptomatické VA môžu byť spojené s bolesťou a tlakom v rôznych lokalitách, intestinálnym krvácaním alebo tromboembolickou komplikáciou.</p> <p>Autori popisujú a demonštrujú vlastné klinické prípady VA, ktoré chirurgicky riešili. Väčšina VA bola lokalizovaná na končatinách a často súvisela aj s varikóznou chorobou dolných končatín, angiodyspláziami a venóznymi homotransplantátmi. Každá VA sa môže komplikovať krvácaním a trombózou.</p> <p>Radikálna chirurgická liečba je predpokladom dobrých dlhodobých výsledkov.</p>

A12

Název:	Anastomóza – najrizikovejší faktor ezofagektómie
Autor:	J. Sekáč, J. Škultéty, L. Mičulík, M. Huťan, I. Majeský, A. Sekáčová
Pracovište:	II. chirurgická klinika, Univerzitná nemocnica Bratislava
Primár:	Doc. MUDr. Ján Škultéty, CSc.

Anotace:	<p>ÚVOD: Vytvorenie bezpečnej a trvácnej anastomózy na pažeráku – bez leaku resp. následnej strikúry je pre chirurga veľkou výzvou.</p> <p>CIEĽ PRÁCE: Cieľom tejto prednášky je stručný prehľad jednotlivých možností vytvorenia anastomózy na pažeráku na základe literárnych zdrojov a taktiež na základe skúseností z nášho pracoviska.</p> <p>METÓDY: Tradičné ručné našitie anastomózy ponúka uspokojivé výsledky s nižšími finančnými nákladmi avšak na úkor dlhšieho operačného času. Na našom pracovisku u pacientov s karcinómom pažeráku používame najčastejšie cirkulárny stapler s našitím esofagogastr oanastomózy end to side.</p> <p>ZÁVER: V súčasnosti nie je možné na základe našich skúseností, ale aj na základe literárnych zdrojov uprednostňovať ručne našitú anastomózu pred mechanickou a naopak. Ale treba pripomenúť, že našitie anastomózy na pažerák vyžaduje špeciálne odborné znalosti a praxe.</p>
----------	---

Název:	Karcinom prsů u mužů
Autor:	J. Smékalová, I. Hladká, J. Brázdil, J. Bureš
Pracoviště:	chirurgické oddělení ,radiodiagnostické oddělení,oddělení patologicko anatomické, oddělení nukleární medicíny nemocnice Nové Město na Moravě
Primář:	MUDr. Jiří Toman, MUDr. Jan Brázdil, MUDr. Aleš Bílek, MUDr. Jaroslav Bureš
Anotace:	<p>ÚVOD A CÍL: Karcinom prsu u mužů(MBC=Male Breast Cancer) je vzácné onemocnění. Poměr ženských a mužských karcinomů se udává přibližně 100:1. Incidence však neustále narůstá, byť mortalita vykazuje v posledních letech stagnaci. Cílem této práce je zmapovat četnost mužských karcinomů operovaných na našem pracovišti, ale zejména zvýšit povědomí o této relativně raritní diagnóze u mužů.</p> <p>METODIKA: Naše nemocnice disponuje specializovaným multidisciplinární týmem, který se věnuje problematice karcinomu prsu od samotných začátku chirurgie v nemocnici v Novém Městě na Moravě. Mammární screening na Vysočině má nejvyšší celorepublikovou účast. Kraj Vysočina dobře organizuje populační screening zhoubných nádorů a je zapojen do celoevropského CCCN. V roce 2017 se rozšíří diagnostika v kraji Vysočina o rezonanci prsu právě na našem pracovišti. Sledované období pro MBC je od roku 2012 do února 2017.</p> <p>Sentinelovou uzlinu značíme v jednodenním protokolu. Nehmatná ložiska cílíme stereotakticky pod UZ kontrolou. Mammograf /Selenia Dimension/ je v současné době jeden z nejmodernějších a pracuje s tomosyntezou. Provádíme peroperačně vyšetření sentinelové uzliny. Extirpát odesíláme stranově značen na specimen. Je snaha eliminovat další anestezie, dodržet parametrické standarty pro onkochirurgii.</p> <p>VÝSLEDKY: Z období posledních 5 let na našem pracovišti je sledováno a léčeno 7 mužů. 70 % má levostranné postižení, 60 % histologicky přítomen invazivní duktální karcinom. Chirurgická léčba je stejně jako u žen složena z výkonu na prsu a z výkonu na uzlinách. Další chirurgické metody dříve užívané v léčbě MBC jako orchiektomie, adrenalektomie nebo hypophysectomie jsou dnes považovány za obsolentní a byly nahrazeny hormonální medikamentozní léčbou.</p> <p>ZÁVĚR: Technické možnosti, ale i vědecké poznatky současné doby podstatným způsobem změnily práci chirurga. Přes všechny pokroky farmakoterapie i radioterapie zůstává chirurgická léčba zásadní modalitou v léčbě zhoubných nádorů prsu. Multioborový přístup u karcinomu prsu je klíčový. Cílem sdělení je zvýšit povědomí o karcinomu prsu u mužů.</p>

A14

Název: Pseudomyxoma peritonei a mucinózní tumory apendixu

Autor: J. Brázdil

Pracoviště: Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace, Patologicko-anatomické oddělení

Primář: prim. MUDr. Jan Brázdil

Anotace: Pseudomyxoma peritonei je definován jako rozsev mnohotných uzlíků gelatinózního vzhledu na viscerálním i parietálním peritoneu, provázený hromaděním hlenovitého obsahu v peritoneální dutině („gelatinózní ascites“). Tento popisný termín v sobě zahrnuje patologické procesy s různou prognózou, které v naprosté většině případů souvisí s rupturou mucinózního tumoru apendixu. Proto klasifikace pseudomyxoma peritonei úzce souvisí s klasifikací mucinózních tumorů apendixu. Autor ve svém sdělení prezentuje přehled mucinózních tumorů apendixu diagnostikovaných na patologicko-anatomickém oddělení Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace, v posledních 10 letech se zvláštním zaměřením na novou diagnostickou jednotku low-grade apendikální mucinózní neoplasie, jejího výskytu a biologického chování.

Název: **Antikoagulačná terapia u chirurgického pacienta**

Autor: **L. Mičulík, J. Škultéty, J. Sekáč, A. Prochotský, P. Koudelka**

Pracovište: II. chirurgická klinika LFUK a UNB, Nemocnica sv. Cyrila a Metoda Bratislava

Přednosta: doc. MUDr. Ján Škultéty, CSc.

Anotace: Manažment antikoagulačnej terapie u chirurgických pacientov je vždy vážnou klinickou výzvou. Na jednej strane ohrozuje pacienta zvýšené riziko tromboembolických príhod počas doby prerušenia terapie, no na druhej strane je operačný výkon pod clonou antikoagulancií v terapeutických dávkach zaťažený zvýšeným rizikom nadmerného krvácania. Dosiahnuť krehkú rovnováhu medzi znížením rizika tromboembolizmu a prevenciou nadmerného perioperačného krvácania je pre ďalší osud pacienta rozhodujúce.

V prednáške uvádzame kazuistiku 62-ročného pacienta, chronicky warfarinizovaného pre perzistentnú fibriláciu predsiení, operovaného uregentne pre perforovanú akútnu apendicitídu verifikovanú predoperačne CT vyšetrením. V čase operácie bol warfarín vysadený menej ako 24 hodín, predoperačne konzultovaný hematológ s odporúčením podania vit. K a možnosti operačného výkonu. Realizovaná bola laparotomická apendektómia, laváž a drenáž dutiny brušnej. Skorý pooperačný priebeh bol bez komplikácií, postupne navyšovaná dávka LMWH pre základné ochorenie. Pre hmatnú rezistenciu brušnej steny v okolí operačnej rany realizované CT vyšetrenie na 4. pooperačný deň, s nálezom objemného hematómu prednej brušnej steny, okrem toho nález parciálnej segmentálnej trombózy v. portae a väčšinovej trombózy vena mesenterica superior.

V spolupráci s hematológom a cievnyim chirurgom, za prísneho monitorovania USG nálezu a krvného obrazu upravujeme denne dávku LMWH podľa aktuálneho nálezu. Vzhľadom na priaznivý klinický stav pacienta nebola revízia pre hematóm prednej brušnej steny nutná. Pacient bol v stabilizovanom stave prepustený na 16. pooperačný deň do ambulantnej starostlivosti. Kontrolné USG vyšetrenie bolo vykonané 35 dní po prepustení s nálezom kompletnej regresie trombózy v portálnom riečisku, ako aj výraznej regresie hematómu prednej brušnej steny.

SEKCE B

9.30–11.30 **III. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE B**

předsednictvo: P. Nestrojil, R. Pikula, J. Pilný, F. Vyhnánek

B20 Benefity inovovaného systému žebních dlah Medin, operační postup

F. Vyhnánek¹, D. Jírava², M. Očadlík², M. Šáber³, P. Michal³

1) Traumatologické centrum Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

2) Chirurgická klinika 3. Lékařská fakulta UK a FN Královské Vinohrady, Praha

3) Medin, a.s., Nové Město na Moravě

B21 Akcesorní cerkláž u hřebování zlomenin proximálního femoru

P. Janata, J. Kovář

Chirurgické oddělení ON Jičín, a.s.

B22 Funkcia končatín a CT obraz distrakčního regenerátu po 19-27 letech po ich liečeni

J. Krajničák, R. Krajničák, Š. Dečo

Chirurgická klinika UPJŠ LF, Nemocnica Košice-Šaca a.s. 1. súkromná nemocnica Člen skupiny AGEL

B23 Peroneální paréza a její řešení transpozicí M. tibialis posterior

J. Pilný

Nemocnice Nové Město na Moravě, ortopedické oddělení

B24 Poranění rad. nervu u zlomenin diafýzy humeru

R. Pikula, M. Chovanec, M. Flek, M. Krτίčka, D. Ira

Klinika úrazové chirurgie TC FN Brno

B25 Využitie podtlakového odsávania z rany jednorazovým prenosným systémom PICO (Smith Nephew) na liečbu rán po zlomeninách

J. Barinka¹, A. Szaboová¹, P. Šimko²

KUCH UNB SZU Bratislava

1) Klinika úrazovej chirurgie LF SZU a UN Bratislava,

2) Anatomický ústav LF UK, Anatomický ústav LF SZU, Bratislava

B26 Je hřebování zlomenin femuru vždy optimální?

P. Nestrojil

Klinika úrazové chirurgie LF MU a TC FN Brno

B27 Extrakorporální syntéza tříštivých zlomenin hlavičky radia

J. Kraus, V. Šorelová

I. Chirurgická klinika VFN Praha

11.45

ZAKONČENÍ SETKÁNÍ

Název: Benefity inovovaného systému žeberních dlah Medin, operační postup

Autor: F. Vyhnanek¹, D. Jirava², M. Očadlík², M. Šáber³, P. Michal³

Pracoviště: 1) Traumatologické centrum Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha
2) Chirurgická klinika 3. Lékařská fakulta UK a FN Královské Vinohrady, Praha
3) Medin, a.s. Nové Město na Moravě

Přednosta: prof. MUDr. Robert Gürlich, CSc.²

Anotace: *ÚVOD:*

Metodou volby v léčbě blokované zlomeniny žeber je v poslední době častěji prováděná stabilizace hrudní stěny osteosyntézou žeber. Indikací k osteosyntéze žeber je vedle blokované zlomeniny žeber i deformita nebo defekt hrudní stěny, porucha hojení zlomeniny žebra, otevřená zlomenina žeber. Mezi benefity osteosyntézy žeber u blokované zlomeniny jsou uváděny: 1. Zkrácení doby mechanické ventilace, 2. Zkrácení doby léčení na JIP, 3. Pokles incidence ventilační pneumonie, 4. Pokles potřeby tracheostomie, 5. Zlepšení plicní funkce za měsíc po úraze, 6. Zlepšení kontroly bolesti. K osteosyntéze žeber lze použít metalické dlahy typu Judetovy dlahy, anatomické dlahy a dlahy intramedulární. Recentně se začínají používat absorbovatelné dlahy. Na základě zkušenosti s použitím Judetovy dlahy při stabilizaci zlomenin žeber byla ve spolupráci s vývojovým oddělením firmy Medin a.s. provedena inovace žeburních dlah Judetova typu.

MATERIÁL, METODA:

V průběhu posledních 3 let byla konstruována inovovaná žeburní dlah včetně nástrojového oddělení firmy Medin a.s. ve spolupráci s Chirurgickou klinikou FNKV. Cílem inovačního postupu bylo dosažení nových technických parametrů dlah: 1. Dostatečné tuhosti dlahy v ose žebra, 2. Pevné, avšak nedevasující uchycení dlahy kolem žebra, 3. Zmenšení masivnosti dlahy s dostatečnou pevností, 4. Vypracování techniky fixace dlahy k žeburu s použitím nového instrumentaria (Tab. 1, 2). V preklinické části byla fixace dlahy vyzkoušena na modelu hrudního koše a dále i u kadaverů. Fixace zlomeného žebra dlahou byla provedena u základních typů zlomeniny na modelu a dále i aplikována při osteosyntéze u kadavera. Instrumentarium (Obr. 1, 2) má za cíl vedle udržení repositiony zlomeniny žebra i následně přiložení dlahy k žeburu fixačními kleštěmi i před definitivním ukotvením svorek k žeburu doplněným zavedením uzamykacelných šroubů

VÝSLEDKY:

Inovovaná žeburní dlah poskytuje snadnou fixaci k žeburu pomocí doplněného instrumentaria (Tab. 3, Obr. 3). Profil dlahy je uzpůsoben profilu žebra a lze jej upravit podle jeho zakřivení a má přetvarovaná fixační ramena. Dlahy je doplněna o novou konfiguraci fixačních svorek a o možnost zajištění fixace dlahy novým typem uzamykacelných šroubů. Kortikální uzamykacelné šrouby umožní dostatečnou fixaci i při průniku šroubu pouze přední kortikální vrstvou. Eventuelní natvarování dlahy lze jednoduše provést pomocí kleští. Ukotvení fixačních svorek je adekvátně zajištěno pomocí kleští. Fixace dlahy k žeburu lze pomocí fixačních ramen dosáhnout bez komprese mezižeburních anatomických struktur. Zásadní změnou inovované Judetovy dlahy je její hmotnost, která je srovnatelná se současným trendem při konstrukci žeburních dlah určených k anatomické fixaci.

ZÁVĚR:

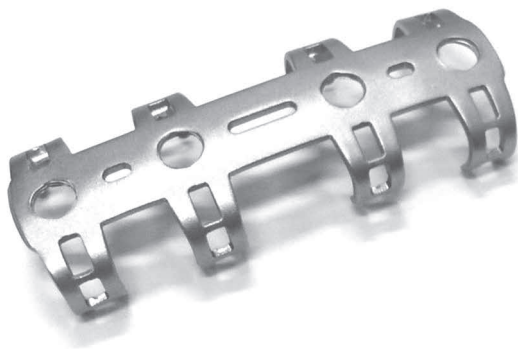
Chirurgická stabilizace vylomeného segmentu hrudní stěny u blokované zlomeniny žeber je metodou volby jako účinný postup u vybraných pacientů. Rozšíření indikačního spektra operační stabilizace zlomeniny žeber pomocí dlah u vybraných zraněných je spojeno se zlepšením respirační funkce a zkrácení doby ventilační podpory a tím i snížení počtu plicních komplikací. K rozšíření dostupnosti fixačních dlah by mělo pomoci použití inovovaných žeburních dlah Judetova typu, jejichž předností je i zjednodušení postupu při jejich fixaci.

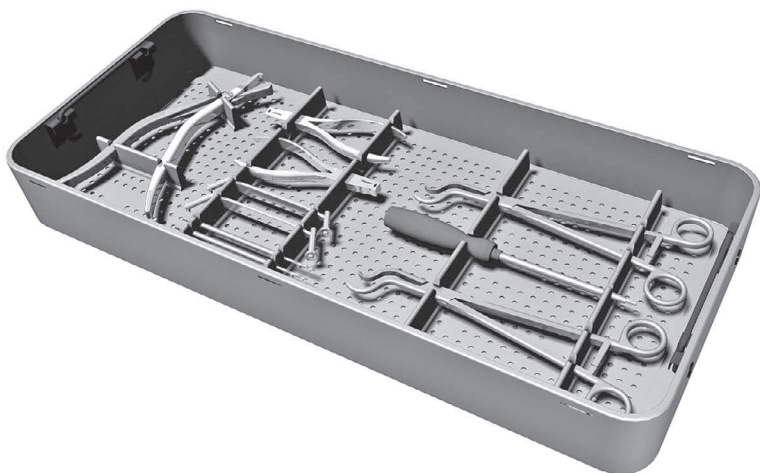
B20

Tab 1.	OPERAČNÍ TECHNIKA I.
	Standardní přístup – incize hrudní stěny / torakotomie nad zlomeninami žeber
	Svaly šetřící technika indikována k revizi tří sousedních žeber
	Mezižebří svaly jsou incidovány při horním okraji žebra v místě fraktury žebra. Incize parietální pleury umožní vizualizaci pleurální dutiny a je indikována i při zlomeninách žeber s dislokací do hrudníku
	Manipulace se zlomeným žebrem uvnitř pleurální dutiny umožní adekvátní repozici

Tab 2.	OPERAČNÍ TECHNIKA II.
	Revize hrudní dutiny (poranění interkostálních cév, plíce, nitrohrudních cév, následná cílená drenáž)
	Dlahu lze přiložit přímo na periost žebra po provedené repozici
	Zlomeniny žeber v místě torakotomie by měly být fixovány nejdříve
	Podle rozsahu vylomeného segmentu je obvykle dostatečná fixace 3.–4. žebra ve dvou liniích
	Adaptační sutura torakotomické incize

Tab 3.	INOVOVANÁ TECHNIKA FIXACE ŽEBER POMOCÍ DLAH JUDETOVA TYPU (MEDIN)
1.	Nové technické parametry dlahy: možnost ohnutí dlahy ve všech směrech, přetvarovaná fixační ramena
2.	Použití kortikálních uzamykatelných šroubů lze i jen průnikem přední kortikální vrstvou
3.	Nové instrumentarium: přidržovací, tvarovací a fixační kleště, vodící pouzdra, osazený vrták
4.	Fixace dlahy k žebru pomocí fixačních ramen: bez komprese mezižebří anatomických struktur (nerv, céva)

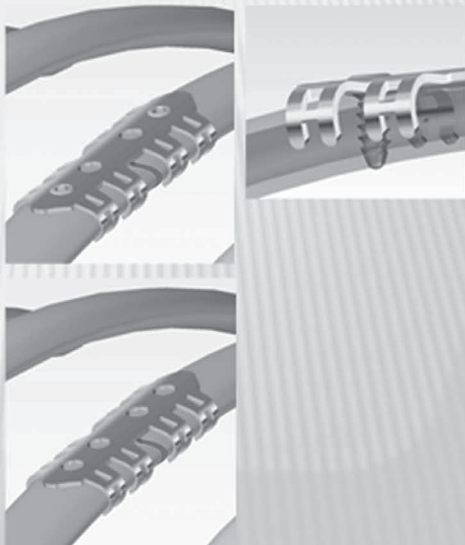
Obr 1. Inovovaná žebří dlahy Judetova typu

Obr 2. Instrumentarium k fixaci dlahy k žebru**Obr 2.** Technika fixace žeberní dlahy

TECHNIKA FIXACE ŽEBERNÍ DLAHY

Fixace dlahy v kombinaci ukotvení fixačních ramen dlahy k žebru a použití kortikálních uzamykatelných šroubů a to buď průnikem jednou nebo oběma kortikálními vrstvami žebra

Fixace dlahy ukotvením fixačních ramen dlahy k žebru



B21

Název:	Akcesorní cerkláz u hřebování zlomenin proximálního femoru
Autor:	P. Janata, J. Kovář
Pracoviště:	chirurgické oddělení ON Jičín, a.s.
Primář:	MUDr. Jan Hain
Anotace:	Autor prezentuje kazuistiku použití cerkláže u zlomenin proximálního femoru pro repozici, exaktní zavedení implantátu a zvýšení stability osteosyntézy. Jedna ze základních metod osteosyntézy s nízkými náklady doplňuje vhodně nitrodřeňové implantáty.

B22

Název:	Funkcia končatín a CT obraz distrakčného regenerátu po 19-27 rokoch po ich liečení
Autor:	J. Krajničák, R. Krajničák, Š. Dečo
Pracoviště:	Chirurgická klinika UPJŠ LF, Nemocnica Košice-Šaca a.s. 1. súkromná nemocnica Člen skupiny AGEL
Přednosta / Primář:	MUDr. Andrej Vrzgula, PhD. / MUDr. Vít Pribula
Anotace:	<p>V priebehu niekoľkých týždňov na rozhraní rokov 2016 a 2017 sme vyšetrili 3 našich bývalých pacientov pre ľahšie úrazy na liečených končatinách, ktorým sme v minulosti liečili kostné defekty pomocou distrakcie úlomkov.</p> <p>1. pacient – liečený v r. 1990 po trieštivej zlomenine predkolenia s osteomyelitickým ložiskom na tibii. Po resekovaní ložiska vznikol defekt tibie 5 cm. Vykonalí sme osteotómiu na vhodnejšom úlomku a trakciu úlomku so vznikom distrakčného regenerátu. Distrakcia trvala 60 dní. Fixátor sa ponecháva 3-5 x dlhšie ako trvala distrakcia. Nasledovala rehabilitácia.</p> <p>2. pacient – liečený po zlomenine hlavy tibie a distálnej epifýzy femuru ako 7r. Rast femuru sa zastavil a femur sa skrátil mierne nad 10 cm. Stav čiastočne kompenzovaný skoliózou. Po ukončení rastu sme v r. 1996 urobili osteotómiu a distrakciu femuru o 6 cm. Ostatný defekt je kompenzovaný skoliózou, krívanie minimálne.</p> <p>3. pacient – so stratou časti ukazováka ľavej ruky na rozhraní strednej a dolnej tretiny stredného článku. Článok predĺžený navyše asi o 1/5 zdravej dĺžky (rok 1998). Bez komplikácií, funkcia plná.</p> <p>Pacientom sme realizovali CT vyšetrenie so zameraním na miesto distrakčného regenerátu a posúdili jeho pevnosť, stabilitu, štruktúru a porovnali so zdravými časťami končatín. Na CT snímkach distrakčných regenerátov sme nenašli patologické zmeny. Pacienti sú spokojní s funkciou liečených končatín a nemajú pocit obmedzenia v bežnom živote. Jeden z nich je navyše aktívny bicyklista a lyžiar.</p>

B23

Název:	Peroneální paréza a její řešení transpozicí M. tibialis posterior
Autor:	J. Pilný
Pracoviště:	Nemocnice Nové Město na Moravě, ortopedické oddělení
Primář:	doc. MUDr. Jaroslav Pilný
Anotace:	<p>Peroneální paréza může vzniknout u dětí v důsledku DMO či jiné neurologické příčiny. U dospělých je nečastěji v důsledku traumatu či útlaku kořene nervu L5. V terapii často dominuje neurochirurgická intervence, ale přesto přetrvávající peroneální paréza může limitovat životní standard pacienta i přes intenzivní rehabilitační terapii. Autor referuje své výsledky řešení tohoto problému transpozicí šlachy m. tibialis post. Ventrálně interosseální membránou.</p> <p>Soubor čítá 14 pacientů /11 mužů, 3 ženy/ a průměrným věkem 34,2 roku operovaných s průměrným odstupem od vzniku parézy 11 měsíců /6–56 měsíců). Indikace byly stavy po zlomenině proximální tibie u 3 pacientů /22%/ stejně jako po proběhlém kompartmen syndromu, po luxacích kolena 2 pacienti /14%/, stejně jako stavy po zlomenině acetabula a herniaci ploténky a útlaku kořene L5. Jeden pacient /7%/ měl peroneální parézu po TEP kolenního kloubu a jeden po sutuře zadního rohu zevního menisku. U všech pacientů byla provedena transpozice šlachy m. tibialis posterior interosseální membránou a fixací do baze 3. metakarpu. U 5 pacientů /35%/ bylo třeba provést v jedné době prolongaci Achillovy šlachy. Po operaci byla přiložena sádrová fixace na 6 týdnů a po této době byla zahájena rehabilitace a mobilizace s ortézou. Výsledky byly zhodnoceny 6 měsíců od operace, kdy bylo jako výborný výsledek /DF hlezna nad 5°/ 57% pacientů, 36% výsledek uspokojivý /postavení 90° a DF do 5°/ a u jednoho pacienta /7%/ byl výsledek hodnocen jako špatný /jakékoli plantigrádní postavení/. Špatný výsledek byl u pacienta, kde bylo neúplné plantigrádní postavení.</p> <p>Transpozice m. tibialis posterior je efektivní metoda k řešení peroneální parézy. Pro dobrý výsledek je třeba včasná indikace a důsledná předoperační příprava /EMG/.</p>

B24

Název:	Poranění rad. nervu u zlomenin diafýzy humeru
Autor:	R. Pikula, M. Chovanec, M. Flek, M. Krტიčka, D. Ira
Pracoviště:	Klinika úrazové chirurgie TC FN Brno
Přednosta:	Doc. MUDr. Michal Mašek, CSc.
Anotace:	–

B
pá

B25

Název: **Využitie podtlakového odsávania z rany jednorazovým prenosným systémom PICO (Smith Nephew) na liečbu rán po zlomeninách**

Autor: **J. Barinka¹, A. Szaboová¹, P. Šimko²**

Pracovište: KUCH UNB SZU Bratislava
 1) Klinika úrazovej chirurgie LF SZU a UN Bratislava
 2) Anatomický ústav LF UK, Anatomický ústav LF SZU, Bratislava

Přednosta: Prof. MUDr. Peter Šimko Csc.

Anotace: Využitie podtlakového odsávania z rany je rozšírenou metódou ako liečiť komplikácie hojenia rán. Jej využitie je rozšírené prevažne formou kontinuálneho odsávania, krytie musí byť spojené z odsávacím prístrojom, pacienti musia byť hospitalizovaní na oddeleniach, ich mobilizácia je obmedzená.

V našej práci sme sa za práve preto zamerali na použitie nového jednorazového, prenosného prístroja PICO od firmy Smith Nephew, ktorý umožňuje liečbu rán aj ambulantnou formou a možnosť výrazne zlepšenie mobilizácie pacienta. Za obdobie jedného roka sme ošetrili danou metódou 8 pacientov. Krytie sme ihneď po prepustení použili iba 2x, ostatným pacientom bolo krytie použité na ranu až v neskoršom období 1 mesiac a viac od prepustenia. Danou metódou sme liečili prevažne rany vzniknuté až po vybratí stehov. Z výsledkov vyplýva že najčastejšie sme vymenili krytie 2x počas liečby, a čas medzi výmenami bol 7dní. Všetky rany sa zhojili bez ďalšieho rozvoja komplikácie, v polovici prípadov bolo ešte nutné dohorenie pomocou iných metód vlhké krytie, Iluagen krém, Activo tube, Actilite krytie. Počas liečby nedošlo ani raz k zlyhaniu systému odsávania. Všetci pacienti tolerovali danú metódu. Zo záveru vyplýva že využitie danej metódy ma veľký potenciál, ďalšie pokračovanie štúdie bude treba, vzhľadom na malý počet pacientov. Na zamyslenie ostáva výraznejšie použitie PICO v prevencii hojenia potenciálne komplikovaných rán.

Klíčové slová: podtlakové odsávanie z rany, PICO, liečba rán.

B26

Název:	Je hřebování zlomenin femuru vždy optimální?
Autor:	P. Nestrojil
Pracoviště:	Klinika úrazové chirurgie LF MU a TC FN Brno
Přednosta / Primář:	doc. MUDr. Michal Mašek, CSc., prim. MUDr. Petr Nestrojil, CSc..
Anotace:	<p>Prof. Küntscher, průkopník nitrodřeňové osteosyntézy, stanovil základní pravidla pro osteosyntézu nitrodřeňovým hřebem, která je nutné i v současné době dodržovat. Nitrodřeňové hřeby v průběhu desetiletí změnily svůj tvar, charakter a nitrodřeňové hřeby jsou používány i pro léčení metafyzárních zlomenin femuru (zlomeniny proximálního i distálního femuru). Jsou stanoveny moderní zásady pro předvrtávání dřeňové dutiny a také pro zajištění hřebů. V současné době je sortiment nitrodřeňových hřebů velmi rozsáhlý, což má za následek chybné indikace pro použití jednotlivých typů hřebů a především jejich průměru.</p> <p>Chybná indikace a následně i chybné technické provedení osteosyntézy zlomenin femuru nitrodřeňovým hřebem má za následek komplikace hojení a vede k opakovaným operačním výkonům. Dodržením správných zásad pro osteosyntézu, tedy pečlivým předoperačním plánováním je možné se těmito komplikacím vyhnout a předejít tak poruchám hojení, vytvoření pakloubů a sekundárním operačním výkonům.</p>

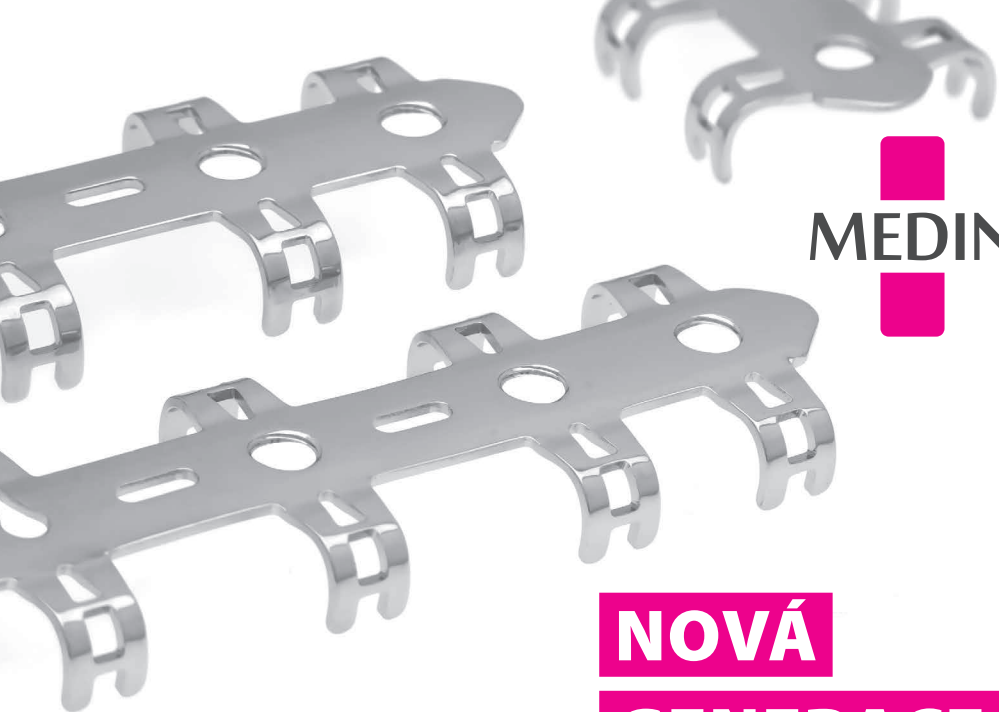
B27

Název:	Extrakorporální syntéza tříštivých zlomenin hlavičky radia
Autor:	J. Kraus, V. Šorelová
Pracoviště:	I. Chirurgická klinika VFN Praha
Přednosta:	prof. MUDr. Zdeněk Krška CSc.
Anotace:	<p>Za poslední tři roky bylo na naší klinice provedeno 22 osteosyntéz víceúložkových zlomenin hlavičky radia metodou extrakorporální syntézy v kombinaci s LCP dlažkou. U všech pacientů proběhl pooperační follow up v délce 4–12 měsíců. Výsledky pak vyhodnoceny pomocí DASH formuláře.</p>

B
pá

11.45

ZAKONČENÍ SETKÁNÍ



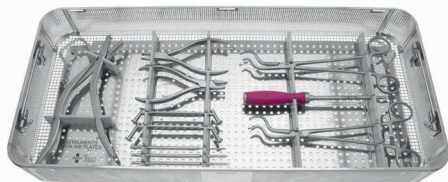
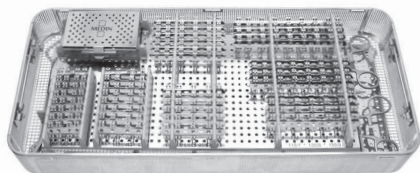
- ▶ Celý set je uložen v jednom sterilizačním koši, který má dvě patra. V jednom patře jsou uloženy instrumenty a v druhém patře jsou dlahy společně se stojánkem na šrouby. V celém uložení je dostatečný počet dlah a šroubků přibližně pro tři až pět operací.

NOVÁ

GENERACE

DLAH

ŽEBERNÍCH



- ▶ Dlahy umožňují tvarování ve všech směrech.
- ▶ Možnost zajištění dlahy fixačními rameny nebo uzamykatelnými šrouby.
- ▶ Inovované instrumentárium umožňuje jednoduché a přesné tvarování a pevné zajištění dlahy k žeburu.
- ▶ Tvarovací, fixační a přidržovací kleště zajišťují rychlou a snadnou manipulaci.
- ▶ Pouzdra s osazenými vrtáky umožňují bezpečnou přípravu otvoru pro šroub.

NOVINKA



1

**ROZVĚRAČ
BŘIŠNÍ**

2

**ROZVĚRAČ
ŽEBERNÍHO
OBLOUKU**

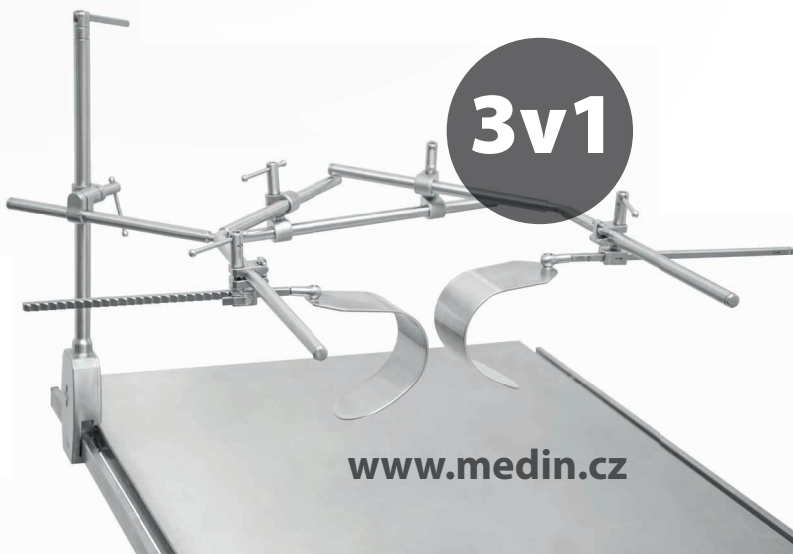
3

**ROZVĚRAČ
ROCHARD**

**UNIVERZÁLNÍ
BŘIŠNÍ**

Rozvěrač

INSTRUKČNÍ
VIDEO
www.medin.cz/video



www.medin.cz