



**S B O R N Í K P Ř E D N Á Š E K**

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

10. - 11. ČERVNA 2004  
NOVÉ MĚSTO NA MORAVĚ  
SKALSKÝ DVŮR

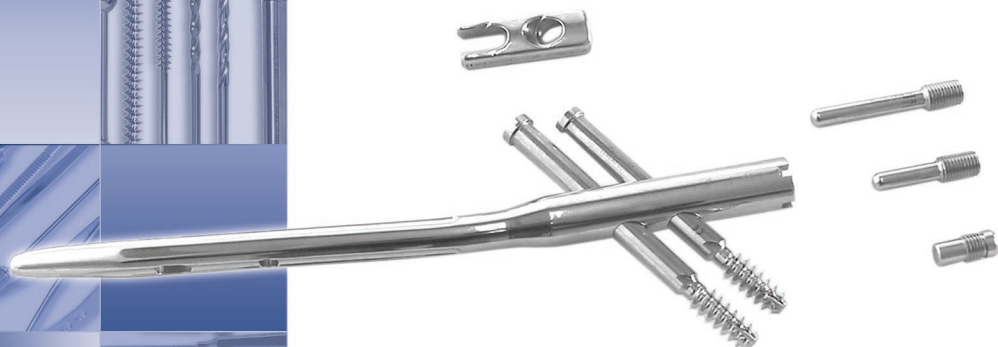


MEDIN, a.s.  
Vlachovická 619  
592 31 Nové Město na Moravě  
Česká republika  
[www.medin.cz](http://www.medin.cz)

---

## HŘEB REKONSTRUKČNÍ KRÁTKÝ

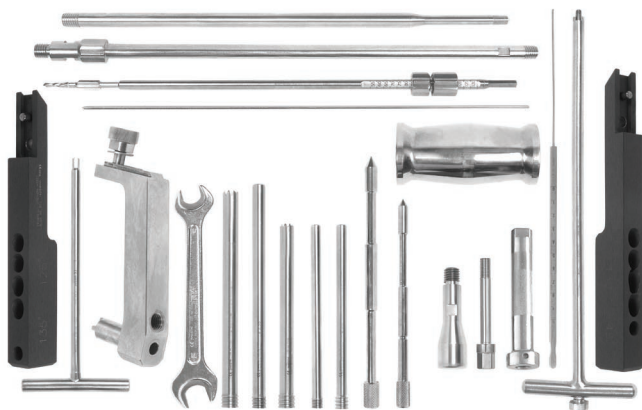
---



---

## INSTRUMENTÁRIUM

---



---

Prodej ČR  
tel.: 566 684 327-8  
fax: 566 684 384  
e-mail: [prodej@medin.cz](mailto:prodej@medin.cz)

Export SR  
tel.: 00420 566 684 332  
fax: 00420 566 684 385  
e-mail: [export@medin.cz](mailto:export@medin.cz)

Vážené kolegyně, kolegové, přátelé,

je mně ctí na tomto místě poděkovat všem, kteří projeví zájem svou aktivní účastí zajistit odborný program našeho „Setkání“. Dále si dovoluji poděkovat firmám a přátelům z našeho regionu, dále vystavujícím firmám a řediteli fi MEDIN, a.s. ing. Vladislavu Ostrejšovi, MBA za podporu, bez které by se toto sympozium nemohlo konat. Současně vyjadřuji díky všem svým spolupracovníkům z chirurgického oddělení za pomoc při organizaci.

Proč je na titulní straně Sborníku „Vyřezávání kamene bláznů“ Pietra Bruegela st. ze 16. století? Doba je hektická – snad bude vyobrazená operace celosvětově úspěšná!

Jiří Šustáček





9.00 – 9.30 hod **SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ – SÁL „A“**

9.30 – 11.00 hod **I. ČÁST ODBORNÉHO PROGRAMU A1**

**Předsednictvo: S. Haruštiak, K. Novák, P. Pařko, J. Šustáček**

**1. Haruštiak S.:**

*(NÚT a RCh Bratislava)*

Požiadavky UEMS na postgraduálne študium chirurgie

**2. Pařko P.:**

*(III. chirurgická klinika FN Motol, Praha)*

Některé aktuální problémy současné české chirurgie

**3. Novák K.:**

*(Chirurgické oddělení, Beroun)*

Kam směřuje všeobecná chirurgie v českých zemích?

**4. Havlíček K.:**

*(Chirurgická klinika, Pardubice)*

Pohled do budoucnosti české chirurgie

**5. Šustáček J.:**

*(Chirurgické oddělení, Nové Město na Moravě)*

Co na to provinční chirurg?

11.00 – 11.15 hod **PŘESTÁVKA**

11.15 – 12.30 hod **II. ČÁST ODBORNÉHO PROGRAMU A2**

**Předsednictvo: J. Bartko, D. Miřtuna, L. Nováček**

**6. Chalupník Š., Čapov I., Žák J., Reška M., Diviš P.:**

*(I. chirurgická klinika FN u sv. Anny, Brno)*

Význam měření nitrobřišního tlaku – naše zkušenosti

**7. Uher T., Zítka R.:**

*(Bakeřova nemocnice, Brno)*

Artroskopická náhrada předního zkříženého vazů

**8. Záleřák B., Tošenovský P.:**

*(Oddělení plastické a estetické chirurgie FN, Olomouc,  
Chirurgické oddělení ÚVN, Praha)*

Řešení traumatických defektů dolní končetiny v podmínkách chronické kritické končetinové ischémie

**9. Kempný T., Vřeský B., Němeček J., Rozprým M., Hándlová M.:**  
*(Centrum plastické chirurgie a chirurgie ruky FNŠP, Ostrava)*  
Mikrochirurgické rekonstrukce palce

**10. Mištuna D. a kol:**  
*(Chirurgická klinika, Martin)*  
Poruchy mikrocirkulácie při CVI

12.30 – 14.00 hod PŘESTÁVKA NA OBĚD

14.00 – 15.00 hod **III. ČÁST ODBORNÉHO PROGRAMU A3**

**Předsednictvo: J. Konečný, J. Smetka, P. Šlauf**

**11. Jaroš E., Příborský J., Chobola M., Rešlová T., Šimáková E., Eliáš P.:**  
*(Chirurgická klinika, Gynekologicko-porodnická klinika, Fingerlandův ústav patologie, RTG klinika FN, Hradec Králové)*  
Divertikulární choroba rekta

**12. Čierny M., Ochmann J., Vlachová H., Vrastyák J.:**  
*(Úrazová nemocnice, Brno)*  
Laparoskopie v bariatrické chirurgii

**13. Lehotský L., Šalapa M., Lukáč I.**  
*(Chirurgické oddelenie FNŠP Ružinov, Bratislava)*  
Sterkorálna perforácia hrubého čreva

**14. Šlauf P., Bartoška P.:**  
*(Chirurgická klinika IPVZ, I. LF UK, FN Bulovka, Praha)*  
Přední sfinkteroplastika a levatoroplastika v léčbě anální inkontinence: Hodnocení funkčních a klinických výsledků

16.30 hod odjezd do Horácké galerie v Novém Městě na Moravě

20.00 hod **SPOLEČENSKÝ VEČER V HOTELU SKALSKÝ DVŮR**

**Název:** Požiadavky UEMS na postgraduálne študium chirurgie

**Autor:** Haruštiak S.

**Pracovišťa:** NÚT a RCh, Bratislava

**Přednosta:** prof. MUDr. Svetozar Haruštiak, DrSc.

**Anotace:** vyžadovaná přednáška

**Název:** Některé aktuální problémy současné české chirurgie

**Autor:** Pařko P.

**Pracoviřtě:** III. chirurgická klinika FN Motol, Praha

**Přednosta:** Prof. MUDr. Pavel Pařko, DrSc.

**Anotace:** vyřádaná přednáška



**Název:** Kam směřuje všeobecná chirurgie v českých zemích?

**Autor:** Novák K.

**Pracoviště:** Chirurgické oddělení, Beroun

**Přednosta:** prof. MUDr. Karel Novák, DrSc.

**Anotace:** Autor navazuje na dva úvodníky z Rozhledů v chirurgii (č. 6/2003 a č. 2/2004), v nichž je diskutována otázka, zda všeobecná chirurgie je mrtvá. Osobně v této polemice zastával stanovisko, že tomu tak není. Je diskutována atomizace, ale současně i rozšiřování všeobecné chirurgie v minulosti a otázka změn v oboru od roku 1990. Autor je názoru, že pouhá modernizace operačních metod ještě nemá znamenat vyčleňování nových disciplin z oboru (miniinvazivní chirurgie, chirurgická intenzivní péče). Stejně tak ambulantní a jednodenní chirurgie není novou disciplínou, nýbrž stále jen nedílnou součástí chirurgie všeobecné.

Na těchto zásadách nemůže nic měnit nepořádek v systému zdravotnictví ani rozdílné ekonomické podmínky, v nichž jednotlivá pracoviště a jedinci chirurgii pěstují. Zdravá konkurence se změnila v nezdravý boj o pacienta (a peníze) mezi všemi pracovišti a specializacemi chirurgie navzájem. Za nezdravý jev považuje autor rovněž ukrajování tradičních součástí všeobecné chirurgie odborníky jiných medicínských disciplin (mamologie, operace štítné žlázy, základní traumatologie apod.). Autor nevěří, že postavení všeobecné chirurgie může zlepšit Česká lékařská komora a spíše věří v Českou chirurgickou společnost ČLS JEP, pokud ovšemlepší systém své práce, vytyčí priority oboru a bude se více řídit potřebami terénu.

**Název:** Pohled do budoucnosti české chirurgie

**Autor:** Havlíček K.

**Pracoviště:** Chirurgická klinika, Pardubice

**Přednosta:** doc. MUDr. Karel Havlíček, CSc.

**Anotace:** vyžádaná přednáška

**Název:** Co na to provinční chirurg?

**Autor:** Šustáček J.

**Pracoviště:** Chirurgické oddělení, Nové Město na Moravě

**Přednosta:** Prim. MUDr. Jiří Šustáček

**Anotace:** vyžádaná přednáška

**Název:** Význam měření nitrobřišního tlaku - naše zkušenosti

**Autor:** Chalupník Š., Čapov I., Žák J., Reška M., Diviš P.

**Pracoviště:** I. chirurgická klinika FN u sv. Anny, Brno

**Přednosta:** Prof. MUDr. J. Wechsler, CSc.

**Anotace:** V posledním desetiletí přibývá důkazů, že zvýšení nitrobřišního tlaku je jedním ze základních patofyziologických mechanismů, který limituje perfuzi/metabolismus splachnických orgánů a přispívá tak ke zvýšené frekvenci pooperačních komplikací. V experimentu bylo prokázáno, že zvýšení IAP  $> 15$  mmHg způsobuje řadu břišních i vzdálených komplikací, jejichž tíže roste se vzrůstající hodnotou IAP. Negativní vliv byl prokázán na prokrvení splachnických orgánů na úrovni makro (a. mesenterica superior, a. hepatica, v. portae) i mikrocirkulace (střevní mukóza, mikrocirkulace v játrech). Rostoucí IAP způsoboval i zhoršení prokrvení laparotomické rány. IAH má i negativní vliv na orgány uložené mimo břišní dutinu - je jedním z důležitých patofyziologických mechanismů porušené funkce ledvin i celkové oběhové instability. IAH snižuje poddajnost hrudní stěny a tak negativně ovlivňuje plicní mechaniku. Zvýšený nitrobřišní tlak může negativně působit i na výši tlaku intrakraniálního. Z výše uvedeného vyplývá, že je vhodné sledování IAP, protože již poměrně nízké hodnoty IAP ( $> 12$  mmHg) se zdají být nezávislým faktorem ICU a nemocniční mortality.

**Název:** Artroskopická náhrada předního zkříženého vazů

**Autor:** Uher T., Zítka R.

**Pracoviště:** Bakešova nemocnice, Brno

**Přednosta:** Doc. MUDr. Tomáš Skříčka

**Anotace:** Autoři popisují metodu artroskopické náhrady předního zkříženého vazů technikou dle Howella, prezentují soubor 488 ooperovaných pacientů, zabývají se výsledky a porovnávají výhody této metody s metodami ostatními.

**Název:** Řešení traumatických defektů dolní končetiny v podmínkách chronické kritické končetinové ischémie

**Autor:** Zálešák B., Tošenovský P.

**Pracoviště:** Oddělení plastické a estetické chirurgie FN, Olomouc, chirurgické oddělení ÚVN, Praha

**Přednosta:** Prim. MUDr. Pavel Hartl

**Anotace:** Autoři prezentují postup a výsledky kombinovaného makro a mikrovaskulárního výkonu v léčbě posttraumatických defektů končetiny postižené kritickou ischémií.

**Název:** Mikrochirurgické rekonstrukce palce

**Autor:** Kempný T., Vřeský B. ,Němeček J., Rozprým M., Hándlová M.

**Pracoviště:** Centrum plastické chirurgie a chirurgie ruky FN sP Ostrava

**Přednosta:** prim. MUDr. Bronislav Vřeský

**Anotace:** Ve své přednášce se autoři zabývají jednotlivými možnostmi rekonstrukce palce za použití mikrochirurgických technik. Vlastní funkční výsledek není jediným faktorem úspěšné rekonstrukce. Rekonstruovaný palec by měl splňovat i estetické požadavky rekonstrukce. S těmito kritérii se mohou srovnávat pouze složité mikrochirurgické rekonstrukce, které zachovávají původní šířku nehtu, umožňují částečnou hybnost palce a současně na noze zanechávají minimální stopy po odběru laloku. S těmito přísnými kritérii jsou ve shodě metodiky wrap around flapu dle Morrisona, twisted two toes nebo bilateral lengthening dle Fouchera. Rozebírána je vlastní zkušenost s metodou twisted two toes a jejím porovnání s metodikou přenosu II. prstce a metodou wrap around flapu.

**Název:** Poruchy mikrocirkulácie při CVI

**Autor:** Mištuna D.

**Pracoviště:** Chirurgická klinika, Martin

**Přednosta:** Doc. MUDr. D. Mištuna, PhD.

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



**Název:** Divertikulární choroba rektu

**Autor:** Jaroš E., Příborský J., Chobola M., Rešlová T., Šimáková E., Eliáš P.

**Pracoviště:** Chirurgická klinika, gynekologicko-porodnická klinika, Fingerlandův ústav patologie, RTG klinika FN, Hradec Králové

**Přednosta:** Prof. MUDr. Zbyněk Vobořil, DrSc.

**Anotace:** Statistický významný vzestup výskytu divertikulární choroby tlustého střeva. Kazuistika raritní lokalizace divertikulární choroby v rektu.

**Název:** Laparoskopie v bariatrické chirurgii

**Autor:** Čierny M., Ochmann J., Vlachová H., Vrstýák J.

**Pracoviště:** Úrazová nemocnice, Brno

**Přednosta:** MUDr. P. Zelníček, CSc.

**Anotace:** Rostoucí výskyt a neúspěšná konzervativní léčba obezity vedou k rozvoji bariatrické chirurgie, zejména miniinvazivním přístupem. Laparoskopická adjustabilní bandáž žaludku je vysoce specializovaná operace, která umožňuje dosáhnout požadované redukce váhy u pacientů s těžkou obezitou. bez závažných perioperačních komplikací za předpokladu správné selekce, striktního dodržení mezinárodně akceptovaných kritérií a doporučených postupů před a po operaci. Autoři poukazují na komplexnost problematiky léčby obezity, nutnost celoživotní dispenzarizace pacientů a na nutnost interdisciplinární spolupráce.

**Název:** Sterkorálna perforácia hrubého čreva

**Autor:** Lehotský Ľ, Šalapa M., Lukáč I.

**Pracovišťe:** Chirurgické oddelenie FNŠP Ružinov

**Přednosta:** Primár MUDr. Huťan M., CSc.

**Anotace:** V prednáške definujeme pojem sterkorálnej perforácie hrubého čreva ako: perforácia hrubého čreva spôsobená tlakovou nekrózou skybalami. Diagnóza musí spĺňať nasledovné podmienky:

1. Perforačný otvor je okrúhly alebo ovoidný s priemerom väčším ako 1 cm a leží antimerzenteriálne
2. Fekalómy - skybalá sa nachádzajú v hrubom čreve, vytláčajú sa cez perforačný otvor, alebo sa nachádzajú aj voľne v brušnej dutine

3. Histologicky ide o tlakovú nekrózu alebo vred a chronickú zápalovú infiltráciu okolo miesta perforácie

Sterkorálna perforácia je zriedkavé ochorenie. Uvádzame kazuistiky pacientov liečených na našom chirurgickom oddelení. V liečbe preferujeme resekciu postihnutej časti hrubého čreva bez obnovenia kontinuity, bez primárnej anastomózy, dôkladnú toiletú, laváž dutiny brušnej, agresívnu antibiotickú liečbu.

**Název:** Přední sfinkteroplastika a levatoroplastika v léčbě anální inkontinence: Hodnocení funkčních a klinických výsledků

**Autor:** Šlauf P., Bartoška P.

**Pracoviště:** Chirurgická klinika IPVZ a I. LF UK, FN Bulovka, Praha

**Přednosta:** prof. MUDr F. Antoš CSc.

**Anotace:** Cílem studie bylo zhodnotit klinické a funkční výsledky po přední sfinkteroplastice a levatoroplastice.

Od srpna 1999 do září 2003 byla provedena odložená či pozdní přední rekonstrukce svěračů pro anální inkontinenci u 32 pacientů ve věkovém rozmezí 24 - 69 let. Etiologicky se jednalo o poporodní komplikace, stav po chirurgii anorekta, nebo kombinaci obou příčin a idiopatickou inkontinenci. Délka trvání inkontinence před chirurgickou intervencí se pohybovala v rozmezí 2 měsíců až 19 let. U většiny pacientů byla použita overlap technika a přední levatoroplastika. Šest pacientů mělo protektivní kolostomii. Endoanální ultrasonografie byla provedena u všech pacientů před operací. U pacientů, u nichž nebyl identifikován defekt svěračů bylo provedeno vyšetření latence terminální motorické odpovědi n. pudendalis. Před operací i po rekonstrukci byla u všech pacientů provedena anální manometrie. V hodnocení výsledků bylo použito St. Mark s a Pescatori skóre inkontinence. Spokojenost pacientů byla hodnocena dle Likert skóre.

U 28 pacientů (87,5%) byly výsledky hodnoceny jako úspěšné (plná kontinence nebo zlepšení kontinence) a u 4 pacientů (12,5%) byla rekonstrukce neúspěšná.

9.00 – 9.30 hod **SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ – SÁL „A“**

9.30 – 10.45 hod **I. ČÁST ODBORNÉHO PROGRAMU B1**

**Předsednictvo: D. Novák, T. Pešl, J. Strmeň**

**15. Pešl T., Havránek P.:**

*(Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a FTNsP, Praha-Krč)*

Poranění proximálního humeru u dětí

**16. Strmeň J., Turčan A., Suchý R.:**

*(Chirurgické oddelenie, Il'ava)*

Externá fixácia fraktúry chirurgického krčku humeru)

**17. Vronský R., Pleva L., Mayzlík J., Kopáček I.:**

*(Oddělení centrálního příjmu, Traumatologické centrum FN sP, Ostrava)*

Komplikace osteosyntézy zlomeniny pažní kosti zevní fixací

**18. Novák D., Dvorský R.:**

*(Chirurgické oddělení, Nové Město na Moravě)*

Antegrádní hřebování implantátem Medin pro proximální zlomeninu humeru

**19. Košťálek V., Hruban B., Navrátil I.:**

*(Chirurgické oddělení Nemocnice, Prostějov)*

Akromioklavikulární dysjunkce – operační řešení

10.45 – 11.00 hod **PŘESTÁVKA**

11.00 – 12.30 hod **II. ČÁST ODBORNÉHO PROGRAMU B2**

**Předsednictvo: J. Mayzlík, J. Podlaha, V. Vaculík**

**20. Podlaha J., Leypold J., Gregor Z., Dvořák M.:**

*(II. chirurgická klinika MU Brno, FN u sv. Anny)*

Subclavian steal syndrom

**21. Novák D., Šotola B.:**

*(Chirurgické oddělení, Nové Město na Moravě)*

Fatální průběh zlomeniny proximálního humeru s rupturou a. axillaris a multiorgánové selhání

- 22. Petriščák Š., Sopilko P.:**  
*(Ortopedicko traumatologická klinika MFN, Martin)*  
SLAP lézie ramena
- 23. Sopilko P., Petriščák Š.:**  
*(Ortopedicko traumatologická klinika MFN, Martin)*  
Lézia rotátorovej manžety
- 24. Chroustovský J., Malušek P.**  
*(Ortopedické oddělení, Nové Město na Moravě)*  
Přední traumatická luxace ramena – arthroskopická stabilizace
- 25. Vlachová H.:**  
*(Úrazová nemocnice Brno):*  
Syndrom karpálního tunelu a jeho vztah k traumatu horní končetiny

12.30 – 13.30 hod PŘESTÁVKA NA OBĚD

13.30 – 15.00 hod **III. ČÁST ODBORNÉHO PROGRAMU B3**

**Předsednictvo: J. Mazuch, L. Pleva, E. Šonský**

- 26. Habal P., Šimek J., Novotný J.:**  
*(Kardiologická a Radiologická klinika LF UK a FN Hradec Králové)*  
Problematika diagnostiky a chirurgické léčby pneumotoraxu
- 27. Šimo J., Durdík Š., Žiak P., Malinovský P.:**  
*(I. chirurgická klinika FN, Bratislava)*  
Bodná rana trachey – kazuistika
- 28. Bruk V., Němec P., Dočekal B., Brát R.:**  
*(Kardiologická klinika FN Olomouc, Kardiologické centrum Ostrava)*  
Poranění srdce ošetřená na moravských kardiologických pracovištích
- 29. Šonský E., Hledík E., Vašina T., Krupková Z., Matějovský Z.**  
*(Chirurgická klinika IPVZ, Radiodiagnostická klinika IPVZ, Ortopedická klinika IPVZ, ARO FN Bulovka, Praha)*  
Příčiny peroperačních komplikací u traumatizovaných pacientů z pohledu všeobecného a cévního chirurga

**30. Lukáč L., Pleva L., Mayzlík J.:**

*(Traumatologické centrum a chirurgická klinika FNŠP,  
Ostrava)*

Poranění srdce u polytraumat

**31. Mazuch J., Mištuna D., Lúčan J.:**

*(Chirurgická klinika, Martin)*

Přidružené poranění při rupturách bránice (2 kazuistiky)

**32. Vejvoda M., Ninger V., Koreček Z.:**

*(Chirurgické oddělení Nemocnice, Chrudim)*

Peroperačně zjištěná dvouetážová fraktura femoru  
– změna taktiky léčby

16.30 hod

odjezd do Horácké galerie v Novém Městě na Moravě

20.00 hod

**SPOLEČENSKÝ VEČER V HOTELU SKALSKÝ DVŮR**



**Název:** Poranění proximálního humeru u dětí

**Autor:** Peřl T., Havránek P.

**PracoviřtĚ:** Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a FTNSP, Praha Krĉ

**Přednosta:** prof. MUDr. Petr Havránek, CSc.

**Anotace:** Cíl studie:  
zhodnocení způsobů léčby poranění proximálního humeru u dětí v průběhu desetiletého období (1992 až 2001) na našem pracoviřti.

**Materiál a metody:**

za období deseti let (1992 až 2001) jsme ošetřili 297 dětí se skeletálním poraněním proximálního humeru (51 % fyzárních poraněních a 49 % metafyzárních zlomenin). Soubor jsme rozdělili do dvou pětiletých období (1992 až 1996 a 1997 až 2001). Hodnotili jsme změnu terapeutického přístupu k těmto poraněním. Zaměřili jsme se hlavně na dislokovaná poraněních s ohledem na jejich stabilitu po zavřené repozici. Sdružená poraněních a polytraumata byla vyloučena ze souboru.

**Výsledky:**

- V prvním období (1992 až 1996) byla nedislokovaná poraněních (63 %) léčena konzervativně. Z dislokovaných poraněních byla všechna léčena zavřenou repozicí, stabilní poraněních po repozici byla nadále léčena konzervativně. Nestabilní fyzární poraněních pak byla retinována v sádrové spici humeru v pivotální poloze s velmi dobrými výsledky (30 %). Pouze pět pacientů (14 %) bylo léčeno osteosyntézou pro irreponibilní poraněních (O.R.I.F.). Nestabilní metafyzární zlomeniny byly léčeny v tříhové sádrové obvazu (41 %) a pouze ve dvou případech (12 %) irreponibilních zlomenin byla provedena osteosyntéza (O.R.I.F.).
- Ve druhém období (1997 až 2001) byla rovněž všechna nedislokovaná poraněních léčena konzervativně (63 %). Z dislokovaných poraněních byla všechna léčena zavřenou repozicí a stabil-



ní poranění byla i nadále léčena konzervativně. Nestabilní fyzární poranění byla léčena převážně osteosyntézou (45 %) a to C.R.I.F. ve 14 případech a O.R.I.F. (u irreponibilních poranění) ve dvou případech. Spika humeru v pivotální poloze byla užita pouze ve třech případech z počátku tohoto období (8 %). U metafyzárních zlomenin byla osteosyntéza (C.R.I.F.) použita u 12 pacientů (60 %) a v jednom případě nereponibilní zlomeniny byla užita O.R.I.F. (5 %). Hanging část nebyl v tomto období již použit vůbec.

Závěr:

za celé desetileté období se nezměnil konzervativní způsob léčby nedislokovaných a po zavřené repozici stabilních skeletálních poranění. Nestabilní skeletální poranění byla ve druhém pětiletém období léčena převážně zavřenou repozicí a perkutánní osteosyntézou (E.S.I.N. atyp.), která nahradila sádrovou spiku humeru v pivotální pozici, event. tíhový sádrový obvaz humeru. Otevřená repozice a osteosyntéza (O.R.I.F.) byla vyhrazena pouze pro zavřenou metodou nereponovatelných skeletálních poranění (při interpozici měkkých tkání).

**Název:** Externá fixácia fraktúry chirurgického krčku humeru

**Autor:** Strmeň J., Turčan A., Suchý R.

**Pracoviště:** Chirurgické oddělení, Iľava

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

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

**Název:** Komplikace osteosyntézy zlomeniny pažní kosti zevní fixací

**Autor:** Vronský R., Pleva L., Mayzlík J., Kopáček I.

**Pracoviště:** Oddělení centrálního příjmu, Traumatologické centrum, FNŠP Ostrava

**Přednosta:**

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

**Název:** Antegrádní hřebování implantátem Medin pro proximální zlomeninu humeru

**Autor:** Novák D., Dvorský R.

**Pracoviště:** Chirurgické oddělení, Nové Město na Moravě

**Přednosta:** Prim. MUDr. Jiří Šustáček

**Anotace:** Autoři hodnotí své zkušenosti s řešením proximálních humerálních zlomenin hřebem. Tyto operace provádějí od ledna 2003 ve shodě s literaturou a zkušenostmi z jiných pracovišť i jinými implantáty. Hlavní indikace jsou 2-úlomkové zlomeniny v chirurgickém krčku, zvláště u starších pacientů a zlomeniny přecházející z oblasti collum chirurgicum distálně. V těchto indikacích je užití hřebu přínosem proti dlahové technice.

**Název:** Akromioklavikulární dysjunkce - operační řešení

**Autor:** Košťálek V., Hruban B., Navrátil I.

**Pracoviště:** Chirurgické oddělení, Prostějov

**Přednosta:** Prim. MUDr. B. Hruban, CSc.

**Anotace:** Autoři se ve svém sdělení zabývají vývojem metod operačního řešení akromioklavikulární dysjunkce za 25 let prováděných na chirurgickém oddělení Prostějov. Podrobněji rozebírají posledních 5 let, kdy bylo ošetřeno 68 poranění pomocí vstřebatelných materiálů.

**Název:** Subclavian steal syndrom

**Autor:** Podlaha J., Leypold J., Gregor Z., Dvořák M.

**Pracoviště:** II. chirurgická klinika MU Brno, FN u sv. Anny

**Přednosta:** Doc. MUDr. J. Leypold, CSc.

**Anotace:** Cílem práce je shrnutí dosavadních zkušeností pracoviště při operacích pro subclavian steal syndrom. Prosazujeme anestezii se zachovalou vigilitou a mobilitou pacienta, favorizujeme transpozice tepen oproti implantacím protéz. Hlavním rysem těchto přístupů je snaha o zvýšení bezpečnosti výkonu.

**Název:** Fatální průběh zlomeniny proximálního humeru s rupturou a. axillaris

**Autor:** Novák D., Šotola B.

**Pracoviště:** Chirurgické oddělení, ARO, Nové Město na Moravě

**Přednosta:** Prim. MUDr. Jiří Šustáček, Doc. MUDr. Jiří Bonaventura, CSc.

**Anotace:** Autoři dokumentují úraz 78-letého pacienta, kde při RTG běžné zlomenině chirurgického krčku humeru došlo k postižení a. axillaris. Hemorhagický šok vedl k oběhovému selhání, přes operační revizi se suturou tepny se prohlubuje hemokoagulační rozvrat a multiorgánové selhání. Po 24 hodinách exitus. Dodatečně zjištěna předchozí antikoagulační léčba Warfariem, kterou pacient při odběru anamnesy popřel.

**Název:** SLAP lézie ramena

**Autor:** Petriščák Š., Sopilko P.

**Pracoviště:** Ortopedicko traumatologická klinika MFN, Martin, Slovensko

**Přednosta:** Doc. MUDr. Jozef Masár, PhD

**Anotace:** SLAP lézie ramena nie sú zriedkavým nálezom v našom klinickom materiáli. Vyskytujú sa predovšetkým u „over head“ športovcov. V našej praxi používame klasifikáciu SLAP lézií podľa Snydera. V diagnostike je suverénnou metódou artroskopia, pri ktorej SLAP lézie ošetrujeme rozlične podľa ich typu.



**Název:** Lézia rotátorovej manžety

**Autor:** Sopilko P., Petriščák Š.

**Pracovišťe:** Ortopedicko traumatologická klinika MFN, Martin, Slovensko

**Přednosta:** Doc. MUDr. Jozef Masár, PhD

**Anotace:** Lézia rotátorovej manžety je častým úrazovým alebo degeneratívnym stavom u ťažko pracujúcich alebo športovcov. Používame klasifikáciu podľa Asociácie amerických chirurgov ramena a lakťa. Diagnostika je založená na klinickom vyšetrení a pomocných zobrazovacích metódach. Lézie manžety riešime prevažne otvorenou operačnou cestou.

**Název:** Přední traumatická luxace ramena - arthroskopická stabilizace

**Autor:** Chroustovský J., Malušek P.

**Pracoviště:** Ortopedické oddělení, Nové Město na Moravě

**Přednosta:** Prim. MUDr. Pavel Bělehrádek

**Anotace:** Arthroscopická stabilizace po traumatické přední glenohumerální luxaci představuje miniinvazivní metodu ošetření tohoto poranění. Cílem přednášky je zhodnocení souboru operovaných pacientů a stanovit kritéria a indikace pro tuto léčbu. Jako kontrolní soubor byly zvoleny 2 skupiny pacientů se stejnou dobou sledování a věkem, kdy 1. skupina byla léčena konzervativně a 2. skupina otevřenou Bankartovou technikou.

Arthroscopickou stabilizaci jsme provedli u 23 pacientů s věkovým limitem do 30 let. Průměrná doba sledování po operaci byla 18 měsíců. Kontraindikací této metody ošetření byly kostní Hill - Sachsův defekt, luxační zlomeniny, předchozí operace ramene, multidirekcionální a zadní nestabilita a kompletní ruptura rotátorové manžety. ASK ošetření zahrnovalo diagnostiku poranění, provedení abrasy okraje glenoidu na krvácející kost, mobilizaci labra včetně glenohumerálních vazů a fixací za pomoci Mitek Gil kotev a PDS 1 - 0 stehu. Průměrně byly aplikovány 3 kotvy.

Pooperačně bylo rameno fixováno na 3 - 4 týdny v Desaultově obvazu s následnou rehabilitací.

Pooperačně jsme hodnotili výsledky dle Rowe score. V 78 % bylo dosaženo výborného výsledku, v 7 % dobrého, v 8 % uspokojivého a v 7 % špatného výsledku. Průměrné omezení zevní rotace v 90 abdukci bylo 6,7 %.

Počet redislokací v námi sledovaném souboru (8,7 %) odpovídá udávaným literárním hodnotám (1 - 40 %). Vysoké riziko pro redislokaci představují kontaktní sporty. Omezení zevní rotace bylo nižší než v kontrolní skupině operovaných otevřenou Bankartovou technikou při stejné době sledování. Vysoké procento redislokace se vyskytuje též u pacientů léčených konzervativně (65 %).

Arthroscopická metoda ošetření traumatické přední glenohumerální luxace a následné instability Wolfovou metodou snižuje počet relaxací při minimálním omezení hybnosti ramene po operaci. Je nutný správný výběr s ohledem na věk a aktivitu pacienta.

**Název:** Syndrom karpálního tunelu a jeho vztah k traumatu horní končetiny

**Autor:** Vlachová H.

**Pracoviště:** Úrazová nemocnice, Brno

**Přednosta:** MUDr. Petr Zelníček, CSc.

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

**Název:** Problematika diagnostiky a chirurgické léčby pneumotoraxu

**Autor:** Habal P., Šimek J., Novotný J.\*

**Pracoviště:** Kardiochirurgická a Radiologická klinika\* LF UK a FN Hradec Králové

**Přednosta:** Prof. MUDr. J. Dominik, DrSc.

**Anotace:** Pneumotorax je přítomnost vzduchu mezi listy viscerální a parietální pleury. Vzduch v pleurální dutině poruší negativní tlak umožňující trvalé rozepnutí plicní tkáně. Pokud je tento mechanismus narušen, dojde k částečnému nebo úplnému kolapsu plicního křídla v závislosti na množství srůstů plicní tkáně s hrudní stěnou. Kolabovaný úsek je vyřazen z ventilace i perfúze, a to vyvolá rozvoj dechové nedostatečnosti. Vše může vyústit v respirační a oběhové selhání. Patofyziologický děj je ovlivněn velikostí zkolabovaného úseku, velikostí kompenzačních mechanismů organismu a rychlostí vzniku onemocnění. Historicky první zmínka o tomto onemocnění pochází z 18. století od Boerhaava a první popis spontánního pneumotoraxu uvádí v 19. století Itard (1).

Pneumotorax dělíme na otevřený, uzavřený a tenzní. Z etiologického hlediska dělíme na :

a) **úrazový** - až v 12% při poranění hrudníku, bývá jak u poranění penetrujícího, tak i nepenetrujícího (zlomeniny žeber nebo barotrauma) (2,4).

b) **neúrazový** - nelze opomenout skupinu iatrogenních PNO, které vznikají při kanylaci centrální žíly, výskyt se udává až v 10 % v závislosti na velikosti PEEPu u ventilovaného pacienta, naproti tomu u neventilovaných je vznik 5x nižší (2). Může vzniknout při plicní punkci, častěji u punkcí diagnostických než terapeutických a vzniká též u diagnostických transtorakálních biopsií plic.

Výskyt po punkcích se udává až okolo 54 % (5). V sledovaném období na našem pracovišti byl do 16%, nutnost hrudní drenáže byla 4 %, přičemž výtěžnost metody byla 62 % (5,6).

Spontánní pneumotorax může být primární, který vzniká z plného zdraví hlavně u mladých vysokých mužů, poměr muži k ženám je 6 : 1, častá je rodinná zátěž. Naopak sekundární pneumotorax se vyskytuje ve vyšších věkových skupinách, poměr muži : ženám není tak významný, ale i zde je u mužů výskyt vyšší. Na vzniku se podílí celá řada chorob jako např. chronická obstrukční plicní nemoc, intersticiální plicní procesy, pravostranná srdeční dekompenzace apod. Výskyt se prudce zvyšuje u těžkých kuřáků, je až 100x vyšší než u nekuřáků (3).

Nejčastějším příznakem je prudká bolest v zádech, různý stupeň dušnosti, suchý dráždivý kašel a stavy úzkosti. Diagnostika se opírá o anamnézu, fyzi-

kální vyšetření a rtg snímek plic v předozadní a bočné projekci. CT vyšetření patří již k metodám cíleným, např. k diagnostice plicních bul nebo parciálních plicních kolapsů.

Na Kardiochirurgické klinice LF UK a FN v Hradci Králové jsme v období 1999 - 2003 léčili celkem 101 nemocných. Z nich bylo 32 s primárním spontánním pneumotoraxem nebo s pneumotoraxem, kde jsme příčinu neodhalili. V této skupině nemocných jsme provedli VATS u 22 pacientů, 8 jsme léčili hrudní drenáží a u 2 jsme museli provést torakotomii jako nutnou konverzi pro technickou chybu chirurga či anesteziologa. 69 nemocných bylo s jiným typem pneumotoraxu (úrazový, iatrogenní, recidivující). V této skupině jsme 52 nemocných

léčili hrudní drenáží, 9 VATS a u 8 jsme provedli torakotomii. Průměrná doba hrudní drenáže u pacientů neoperovaných byla 8,5 dne, po operaci 4,5 dne, doba hospitalizace bez operace byla 9,5 dne, u operovaných 5 dní. Zaznamenali jsme 21 recidiv PNO, 12 recidiv bylo stejnostranných, 9 druhostranných. Recidivy byly jak z našeho pracoviště, tak i z jiných pracovišť. V sledovaném období jsme měli 4 nemocné s recidivou PNO léčené primárně na KCH klinice. Recidivu stejnostrannou po chirurgické intervenci jsme neměli. V tomto období jsme ještě u dalších 180 nemocných prováděli hrudní drenáž. Tito nemocní byli léčení především ve spolupráci s Plicní klinikou LF UK a FN Hradec Králové a Léčebným ústavem Albertinum Žamberk.

Ve sdělení ukazujeme algoritmus léčby na KCH klinice. Ke konzervativní léčbě přistupujeme u pacientů s primárním spontánním pneumotoraxem při první atace a u pacientů s iatrogenním pneumotoraxem. Při traumatickém pneumotoraxu postupujeme dle situace. Pokud stav nenutí z jiného důvodu např. pro krvácení k chirurgické intervenci, volíme konzervativní postup hrudní drenáže a observaci stavu.

Operační řešení volíme u recidiv, a to již u I. recidivy primárního spontánního PNO a u sekundárních PNO, pokud není kontraindikace výkonu.

Chirurgická technika je individuální. U spontánních PNO je vždy primární VATS, kdy lze proces nejen dobře diagnostikovat, ale i odstranit příčinu úniku vzduchu (plicní buly). Klasickou torakotomii užíváme kromě konverze výkonu u sekundárních PNO, když musíme provést resekci více plicních bul, či provést volumreduktivní operaci. Tyto výkony doplňujeme vždy pleurektomií nástěnné pleury minimálně v rozsahu úniku vzduchu z postižené plíce a dále provádíme abradi pleury. Tkáňová lepidla neužíváme. Individuálně dle stavu plicní tkáně aplikujeme biotalek. K chirurgické revizi indikujeme nemocné s hrudní drenáží trvá-li únik vzduchu déle jak 7 dní. Důležitým faktorem indikace chirurgické intervence je zda se plicní tkáň na rtg snímcích rozvíjí či nikoliv. V případě, že se nerozvíjí, indikujeme torakotomii, protože často pak musíme k dokonalému rozepnutí plicní tkáně provést dekortikaci povrchu. Závěrem lze říci, že pneumotorax je náhlá hrudní příhoda a příznivý efekt léčby velmi závisí na časně diagnóze a adekvátní terapii. Musíme však konstatovat, že někdy pozdní diagnózu ovlivní pacient sám, někdy ale i primární lékařské vyšetření.

**Název:** Bodná rana trachey - kazuistika

**Autor:** Šimo J., Durdík Š., Žiak P., Malinovský P.

**Pracoviště:** I. chirurgická klinika FN, Bratislava

**Přednosta:** Doc. MUDr. Peter Labaš, CSc.

**Anotace:** Autori prezentují případ bodnej rany krku 34 ročného bezdomovce, privezeného na kliniku rýchlou zdravotníckou službou v prešokovom stave, v ebriete. U pacienta prítomné hemoptoe aspirovanej krvi, mierne dyspnoe, hypotenzia, tachykardia. Po zabezpečení žilového prístupu prevoz na operačnú sálu, kde vykonaná toaleta operačného poľa. Cez ranu, ktorá bola lokalizovaná šikmo v strednej čiare a pretínala 3 prstence trachey zavedená v lokálnej anestéze tracheostomická kanyla, odsatá krv, pacient uvedený do celkovej anestézy, v ktorej tracheostomická kanyla extrahovaná, vykonaná orotracheálna intubácia. Potom vykonaná revízia bodnej rany, hemostáza poraneného istmu štítnej žľazy, karotídy intaktné. Zadná stena trachey s poranenou sliznicou, bez penetrácie. Po revízii a hemostáze sa rozhodujeme pre zavedenie tracheostomickej kanyly, sutúra rany. pooperačnom období bez komplikácií, pacient prevezený na špecializované pracovisko, kde po 5 dňoch tracheostómia zrušená, rana sa zahojila per primam.

**Název:** Poranění srdce ošetřená na moravských kardiologických pracovištích.

**Autor:** Bruk V., Němec P., Dočekal B., Brát R.

**Pracoviště:** Kardiologická klinika FN Olomouc, Kardiologické centrum Ostrava

**Přednosta:** Doc. MUDr. Petr Němec, CSc.

**Anotace:** Poranění srdce patří mezi nejzávažnější úrazy. Rozhodující pro přežití nemocného je rychlost, s jakou je poranění ošetřeno. Příčinou bývá nejčastěji sebevražedný úmysl, kriminální čin či nešťastná náhoda. V nejlepším případě se jedná o poranění osrdečníku, závažnější je poranění svaloviny srdeční neperforující či poranění věnčité tepny, fatální bývá perforující poranění srdeční stěny či srdečních chlopní. V přednášce je rozebráno 7 případů poranění srdce ošetřených na kardiologických pracovištích v Olomouci, Ostravě a Brně.

<b>Název:</b>	Příčiny peroperačních komplikací u traumatizovaných pacientů z pohledu všeobecného a cévního chirurga
<b>Autor:</b>	Šonský E., Hledík E., Vašina T., Krupková Z., Matějovský Z.
<b>Pracoviště:</b>	Chirurgická klinika IPVZ , Radiodiagnostická klinika IPVZ, Ortopedická klinika IPVZ, ARO FN Bulovka, Praha
<b>Přednosta:</b>	prof. MUDr F. Antoš, CSc., prof. MUDr J. Bohutová, DrSc., prof. MUDr. P. Dungal, DrSc., MUDr T. Beran
<b>Anotace:</b>	<p>Peroperačními komplikacemi v traumatologii nerozumíme výhradně komplikace při operacích na traumatizovaném skeletu, ale rovněž peroperační komplikace při postižení dutinových orgánů, orgánů retroperitonea a samozřejmě také u skupiny pacientů polytraumatizovaných.</p> <p>Peroperační komplikace u těchto stavů mají své logické příčiny, ale bohužel také důsledky, které jsou mnohdy fatální. Ve svém sdělení se zaměřujeme na pokus o rozbor obecných příčin těchto komplikací, jak je vidí všeobecný a cévní chirurg. Ze systematického hlediska rozdělujeme předmět našeho zájmu podle lokalizace, rozsahu a možnosti terapie komplikací operací takových traumat. Příbuzné skupiny příčin těchto nežádoucích příhod jsou dokumentovány na typických kazuistikách. Kazuistiky pak také ukazují možnosti nápravy, ale také složitost těchto reoperací a nezřídka jejich jen málo povzbudivé výsledky.</p>



**Název:** Poranění srdce u polytraumat

**Autor:** Lukáč L., Pleva L., \*Mayzlík J., \*\*Škorpil J.

**Pracoviště:** Traumatologické centrum FNŠP Ostrava, \*Chirurgická klinika FNŠP Ostrava, \*\*Kardiochirurgické centrum FNŠP Ostrava

**Přednosta:** Doc. MUDr. Leopold Pleva, CSc.

**Anotace:** Autoři ve svém sdělení uvádějí kazuistiku poranění srdce u polytraumatu a upozorňují na diagnostickou obtížnost tohoto poranění.

**Název:** Pridružené poranenia při ruptúrach bránice (2 kazuistiky)

**Autor:** Mazuch J., Mištuna D., Lúčan J.

**Pracoviště:** Chirurgická klinika, Martin

**Přednosta:** Doc. MUDr. D. Mištuna, PhD.

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

**Název:** Peroperačně zjištěná dvouetážová fraktura femoru - změna taktiky léčby

**Autor:** Vejvoda M., Ninger V., Koreček Z.

**Pracoviště:** Chirurgické oddělení Nemocnice, Chrudim

**Přednosta:** prim. MUDr Vladimír Ninger PhD.

**Anotace:** Dle úrazového rtg snímku celého femoru patrná jen fraktura diafysy femoru, indikována OS femorálním hřebem, peroperačně zjištěna ipsilaterální bazicervikální fraktura, peroperační konverze na rekonstrukční hřeb.

9.00 – 10.45 hod **I. ČÁST ODBORNÉHO PROGRAMU A4**

**Předsednictvo: F. Antoš, R. Johanes, V. Visokai**

- 33. Visokai V., Lipská L, Trubac M., Bergmann P.:**  
*(Chirurgická klinika 1. LF UK a FTNSP, Praha)*  
Dispenzarizace nemocných po operaci pro kolorektální karcinom
- 34. Brunčák P., Pelč J., Malatínek J., Cseri J., Takáč R.:**  
*(Chirurgické oddelenie NsP Lučenec)*  
Dlhoročné skúsenosti s akútnym subtotálnymi kolektómiami pre ileus pre karcinom Í. kolonu
- 35. Huťan M., Šalapa M., Potičný V., Lukáč I.:**  
*(Chirurgické odd. FNSP Ružinov, Bratislava)*  
K otázkam rekonštrukcie po Hartmannovej operácii
- 36. Lúčan J., Mištuna D., Mikolajčík A., Šutiak L., Stiegler P.:**  
*(I. chirurgická klinika JLF UK a MFN, Martin)*  
Kvalita života stomikov na Slovensku
- 37. Antoš F., Šerclová Z., Glibert Z., Vítěk P., Skála M.:**  
*(Chirurgická klinika, FN Bulovka, Praha)*  
Kombinovaný onkochirurgický postup u primárních a sekundárních nádorů peritonea
- 38. Váňa J., Johanes R., Šolek R.:**  
*(Chirurgické oddelenie NsP, Žilina)*  
Pseudomyxom peritonea
- 39. Johanes R., Šolek R., Váňa J., Haľko V.:**  
*(Chirurgické oddelenie NsP, Žilina)*  
Onkochirurgia GIT-u na našom oddelení

10.45 – 11.00 hod **PŘESTÁVKA**

11.00 – 12.30 hod **II. ČÁST ODBORNÉHO PROGRAMU A5**

**Předsednictvo: M. Huťan, J. Všetíček, J. Žaloudík**

- 40. Danninger F., Šebo R., Peterský D., Rác Š.:**  
*(Chirurgická klinika SZU, FNSP akad. L. Dérera, Bratislava)*  
Skúsenosti s RFA v liečbe nádorov pečene

- 41. Pazdro A., Pařko P., Smejkal M., Polanecký O., Hladík P.:**  
*(III. chirurgická klinika FN Motol, Praha)*  
Všeobecný chirurg a karcinom jícnu
- 42. Diviš P., Čapov I., Chalupník Š., Ruber V., Wechsler J., Žák J.:**  
*(I. chirurgická klinika FN u sv. Anny, Brno)*  
GIST-naše zkušenosti
- 43. Gorbunov E. A., Wechsler J., Stašek T., Tomin A. S., Solodun L. D.:**  
*(I. chirurgická klinika LF MU FN u sv. Anny, Brno, Výzkumný onkologický ústav prof. N. N. Petrova, St. Peterburg, Ruská Federace)*  
Významné prognostické faktory v souboru 283 nemocných po operaci pro adenokarcinom žaludku
- 44. Duben J., Gatěk J., Dudašek B., Haša E., Hnátek L.:**  
*(Chirurgické oddělení Nemocnice Atlas a.s., Zlín)*  
Lymfatické mapování a koncept sentinelové uzliny u operace kolorektálního karcinomu
- 45. Všetřček J., Vraspír V., Vyskočil L.:**  
*(Chirurgické oddělení Nemocnice Milosrdných bratřů, Brno)*  
Hranice operability karcinomu kolorekta
- 46. Žaloudík J., Dušek L., Vyzula R.:**  
*(Masarykův onkologický ústav a Centrum biostatistiky a analýz MU, Brno)*  
Analýza výsledků péče o nemocné s operabilním karcinomem kolon a rekta v ČR 1990-99

12.45 hod

**SLAVNOSTNÍ ZAKONČENÍ SJEZDU – SÁL „A“**

OBĚD

**Název:** Dispenzarizace nemocných po operaci pro kolorektální karcinom

**Autor:** Visokai V., Lipská L., Trubac M., Bergmann P.

**Pracoviště:** Chirurgická klinika 1. LF UK a FTNšP, Praha

**Přednosta:** Visokai V.

**Anotace:** Na chirurgické klinice 1. LF UK a FTNšP bylo v období od 1992 do 2004 operováno 942 pacientů pro kolorektální karcinom. Autoři předkládají přínos a výsledky desetiletého sledování operovaných a prezentují metodiku dispenzarizace založenou na kombinaci vyšetření TU markerů, UZ a CT vyšetření, kolonoskopii a RTG plic v daných intervalech závislých na časovém odstupu od operace.

Celkem operovaných 942 nemocných

RO resekce 606

Sledováno 503

Relaps 105

RO reresekce 40

Ztraceno z evidence 103

V dlouhodobém sledování je 503 nemocných.

Cílem sledování radikálně operovaných nemocných s KRCa je včasný záchyt recidivy onemocnění nebo nově vzniklých metastáz s možností jejich radikálního odstranění. Ve sledovaném souboru byly u 105 pacientů prokázány metastázy, nebo recidiva základního onemocnění a u 40 nemocných bylo možno provést radikální chirurgickou léčbu. Z toho do dnešního dne je 30 takto operovaných nemocných bez známek progresu základního onemocnění.

Dalším přínosem sledování je průkaz nově vytvořených polypů a možnost opakovaných polypektomií. U 59 nemocných byly provedeny polypektomie adenomových polypů a u 25 nemocných byly prokázány duplitní malignity.

Ze všech 503 sledovaných pacientů umožnilo včasné stanovení diagnózy preventivně nebo terapeuticky zasáhnout u 114 nemocných.

**Název:** Dlhoročné skúsenosti s akútnymi subtotálnymi kolektomiami pre ileus pre karcinom ľ. kolonu

**Autor:** Brunčák P., Pelč J., Malatinec J., Cseri J., Takáč R.

**Pracovišťe:** Chirurgické oddelenie NsP Lučenec, Slovensko

**Přednosta:** prim. MUDr. Peter Brunčák

**Anotace:** Autori referujú o svojich skúsenostiach s akútnymi subtotálnymi a totálnymi kolektomiami pre akútny ilus hrubého čreva na podklade karcinómu ľ. kolonu, ktoré vykonávajú od r. 1991. Doteraz vykonali 57 týchto operácií, najmladší pacient mal 11 a najstarší 95 rokov, vždy bola vykonaná primárna anastomóza čreva bez kolostomie. Pooperačne zaznamenali v 4/7% prípadoch dehiscenciu anastomozy. Pooperačná mortalita do 30 dní činí 5/8,8%.

Na základe svojich skúsenosti ako aj z prehľadu z literatúry túto metodu pri riešení akútneho ileu hrubého čreva považujú za metodu voľby.

**Název:** K otázkam rekonštrukcie po Hartmannovej operácii

**Autor:** Huťan M., Šalapa M., Potičný V., Lukáč I.

**Pracoviště:** Chirurgické oddělení FNŠP Ružinov, Bratislava

**Přednosta:** Prim. MUDr. M. Huťan, CSc.

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



**Název:** Kvalita života stomikův na Slovensku

**Autor:** Lúčan J., Mištuna D., Mikolajčík A., Šutiak L., Stiegler P.

**Pracoviště:** I. chirurgická klinika JLF UK a MFN, Martin

**Přednosta:** Doc. MUD. Dušan Mištuna, PhD.

**Anotace:** Napriek rozvoju moderných chirurgických techník založenie stémie patrí aj dnes medzi základné a nenahraditeľné výkony v chirurgii. Cieľom operácie je predĺženie života, ale dôležitým kritériom úspešnosti liečby je kvalita živoat. Incidencia stomikův (kolostomikův, ileostomikův, urostomikův) na Slovensku je 1500. Približná prevalencia je 8 - 9 tisíc stomikův. Stómia je vážnym zásahom do života človeka. Snaha o úspešné začlenenie do bežného života viedla k vzniku klubov stomikův. Slovenské združenie stomikův - SLOVILCO bolo založené 14. 10. 1991. Združuje 31 ILCO klubov sotmikův, ktoré tvoria základnú organizačnú jednotku. Autori vpráci podrobne rozoberajú, čo všetko prispieva k zlepšeniu kvality života slovenských stomikův.

**Název:** Kombinovaný onkochirurgický postup u primárních a sekundárních nádorů peritonea.

**Autor:** Antoš F., Šerclová Z., Glibert Z., Vítek P., Skála M.

**Pracoviště:** Chirurgická klinika, FN Bulovka, Praha

**Přednosta:** Prof. MUDr F. Antoš, CSc

**Anotace:** Peritoneální malignity mohou být buď primární (např. peritoneální maligní mezo-teliom), nebo metastatické. Primární nádory jsou velmi vzácné, zatímco metastatické, pocházející z různých nádorů orgánů dutiny břišní či retroperitonea jsou nepoměrně častější.

Peritoneální diseminace nádorů byla a stále je považována (na rozdíl např. od metastatického postižení jater či plic) za terminální a neléčitelné stadium nádorového onemocnění. Léčení i těchto nádorů a hlavně hledání cest jak nádorovému rozsevu zabránit je jednou z výzkumných a aplikačních priorit nového chirurgického oboru - onkochirurgie. Metoda (Sugerbekerova koncepce) jejíž modifikaci jsme na našem pracovišti zavedli spočívá v kompletním chirurgickém odstranění nádoru s vědomím, že nádorové buňky uvolněné během operačního výkonu se mohou implantovat na rozsáhlém povrchu peritonea a způsobit tím jeho diseminaci, která se v určitém (obvykle blízkém) časovém horizontu projeví jako karcinomatóza. Této implantaci nádorových buněk brání druhá část kombinované léčby - peroperační intraabdominální hypertermická chemoterapie (IPHC). Kombinace těchto dvou léčebných principů přináší první úspěchy, zatímco izolované používání jedné či druhé metody úspěšné nebylo.

V letech 1999 - 2002 jsme za podpory IGA MZČR (grant č. 6807-3) na našem pracovišti ošetřily tímto způsobem 53 pacientů, 8 pacientů s dg. pseudomyxom peritonea event. mezoteliom, 20 nemocných pro pokročilý kolorektální karcinom, 4 pro ureteliální nádory, 10 nemocných pro gynekologický původ diseminovaného karcinomu, 3 nemoc-

ní pro různé Ca (žaludek, žlučník, kloakogenní Ca) a u 8 nemocných byla provedena pouze hypertermická laváž.

#### Výsledky:

Průměrná délka operačního výkonu byla 9,8 hod. (5 - 15 hod.). Pooperační období bylo zatíženo vysokou frekvencí pooperačních komplikací, zejména septických a 16 % nemocných bylo nutné reoperovat. Z toho vyplývá dlouhá doba hospitalizace nemocných (prům. 36 dní, 9 - 133 dnů). Ve skupině, u které bylo možné provést radikální operaci (21 pp.) , přežívá 62 % nemocných bez recidivy a 2 (9,5 %) nemocní zemřeli bez souvislosti s nádorovým onemocněním. 5 nemocných zemřelo do 4 měsíců od operace (23 %). U neradikálně operované skupiny (21 pp.) jsou výsledky podstatně horší, zemřelo 43 % nemocných.

Střední doby přežití (vyjádřené jako medián doby přežití) jsou 33,1 měsíců u radikálních operací a 12,1 měsíců u neradikálních operací ( $p = 0,048$ ). Medián doby do recidivy je 26,8 měsíců u radikálních operací a 7,0 měsíců u neradikálních operací ( $p = 0,034$ ).

#### Závěr:

Operace nádorů, které diseminují po peritoneu, jsou kombinovaným chirurgicko-onkologickým postupem technicky možné. Postup se jeví jako nejvhodnější pro nemocné s dg. pseudomyxom a mesotheliom peritonea, dále pak kolorektální karcinom a nádory povahy gynekologické. Nevhodnými se zatím jeví být nádory uroepiteliální. Z operace mají větší prospěch nemocní, u kterých byla tato radikální, ale i tam, kde nebylo možné docílit úplné cytoredukce lze zaznamenat delší přežívání, prakticky srovnatelné s pacienty paliativně operovanými bez peritoneální diseminace.

**Název:** Pseudomyxom peritonea

**Autor:** Váňa J., Johanes R., Šolek R.

**Pracoviště:** Chirurgické oddelenie NsP Žilina

**Přednosta:** MUDr. Rastislav Johanes

**Anotace:** V kazuistike autori opisujú svoje skúsenosti s liečbou pacienta s raritnou diagnózou Pseudomyxomom peritonea. Ochorenie sa prvýkrát prejavilo 7 rokov po appendektómii pre mukokélu appendixu difúznym tumoróznym rastom v dutine brušnej. Vďaka opakovaným agresívnym chirurgickým prístupom pacient prežival 54 mesiacov.

**Název:** Onkochirurgia GIT-u na našom oddelení

**Autor:** Johanes R., Šolek R., Váňa J., Haľko V.

**Pracovišťe:** Chirurgické oddelenie NsP Žilina

**Přednosta:** MUDr. Rastislav Johanes

**Anotace:** Autori rekapitulujú obdobie 10 rokov 1993 - 2003 v chirurgii onkologických oddelení v tráviacom trakte. Zhodnocujú prínos nových techník, predoperačnej diagnostiky, štádiovosti a pooperačného managementu pacienta

**Název:** Skúsenosti s RFA v liečbe nádorov pečene

**Autor:** Danninger F., Šebo R., Peterský D., Rác Š.

**Pracovišťe:** Chirurgická klinika SZU, FNsP akad. L. Déreera, Bratislava

**Přednosta:**

**Anotace:** RFA je termokoagulačná metóda deštrukcie nádorového tkaniva. V dvojročnom období od 13. 3. 2002 - 14. 4. 2004 sme na Chirurgickej klinike SZU, FNsP akad. L. Déreera v Bratislave liečili 40 pacientov s primárnym, alebo metastatickým postihnutím pečene. Na RFA sme použili prístroj firmy tyco Radionics s pulzným rádiovým generátorom o výkone 2000 mA, 0-200 W, 480 kHz, s chladenou aplikačnou elektródou. Podľa veľkosti nádorového ložiska sme použili buď jedhrotovú elektródu s rádiom ablácie 3 cm, alebo cluster elektródu - 3 hrotovú elektródu s rádiom účinku 5 - 6 cm. Za indikáciu na aplikáciu RFA sme považovali:

- somaticky nevhodných pacientov na resekčnú liečbu
- primárne a sekundárne nádory pečene nevhodné na chirurgickú liečbu (anatomická lokalizácia, závažné sprievodné ochorenie pečene - cirhóza)
- priemer ložísk < 5-7 cm, počet ložísk < 5. Toto si vyžiadalo viacero aplikácií v jednom sedení, alebo opakované sedenia
- ideálne ložisko < 3 cm - dosiahli sme radikálne odstránenie ložiska 1 aplikáciou
- RFA sme použili ako doplnok resekcie pečene

Kontraindikáciou RFA bola:

- diseminácia malígneho procesu, či už extrahepatálna, alebo intrahepatálna (viac ložísk ako 5)

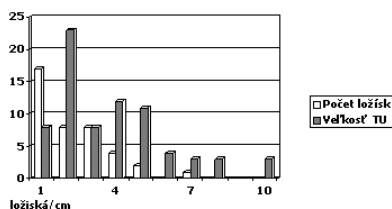
Výsledky: V uvedenom období sme u 40 pacientov RFA aplikovali 5x perkutánne pod USG, alebo CT kontrolou, u 16 pacientov išlo o samotnú peroperačnú aplikáciu RFA (otvorene, alebo laparoskopicky) s per operačnou USG kontrolou. U 19 pacientov bola RFA súčasťou resekčného výkonu na pečeni, alebo doplnkom iného chirurgického výkonu v dutine brušnej. Najčastejšou etiológiou malígneho procesu v pečeni bol kolorektálny karcinóm (20x), HCC (8x), cholangio Ca a Ca cholecysty (6x) a iné typy malignít (6x). Pri-

emerne sme pri jednej operácii pomocou RFA deštruovali 1,8 ložiska. Počet a veľkosť ložísk je na grafe.

Pooperačné komplikácie: 15x mali pacienti v bezprostrednom pooperačnom období febrility, ktoré pri vylúčení iného zdroja sme považovali za rezorbčné. Bezprostredne po operácii sme 1x riešili enterokutánnu fistulu, ale nie ako dôsledok koagulačnej nekrózy, ale adheziolýzy po predchádzajúcich operáciách. V neskoršom pooperačnom období sme vykonali 2x drenáž abscesu pečene pod CT kontrolou. 3x sme pozorovali generalizáciu procesu 2-6 mesiacov od aplikácie (Ca cholecystae, cholangio Ca, Ca prostatae). Pooperačný exitus v sledovanom súbore sme nezaznamenali.

Počet a veľkosť ložísk v pečeni

n=40 operácií



Počet a veľkosť ložísk u ktorých bola vykonaná RFA.

Sledovanie po výkone: Každý pacient po aplikácii RFA mal po 2 mesiacoch spravené kontrolné CT vyšetrenie s i.v. kontrastom za účelom zhodnotenia účinnosti liečby. V prípade nutnosti bolo aplikované ďalšie sedenie RFA. V prvom roku po výkone sme pacientov sledovali každé 3 mesiace s CT vyšetrením, v ďalšom období len USG vyšetrením a v prípade suspektného nálezu sa až doplnilo CT vyšetrenie s kontrastom.

Záver: RFA považujeme za účinný doplnok, alebo alternatívu chirurgickej liečby nádorov pečene pri dodržaní v predchádzajúcom uvedených indikácii a kontraindikácii. Optimálna je aplikácia u kolo- rektálneho karcinómu, prípadne u iných nádorov s nižším stupňom malignity. Na základe našich skúseností ju nepovažujeme za dostatočne účinnú liečbu pri veľkosti nádorov nad 5 cm, kde má skôr paliatívny charakter. Pri počte ložísk nad 5 je vysoký predpoklad diseminácie malígneho procesu. Vzhľadom k biologickej aktivite cholangiocelulárneho Ca a nádoru žlčníka, s rýchlym sklonom k diseminácii, ju u týchto tumorov považujeme taktiež za vysoko paliatívnu.

**Název:** Všeobecný chirurg a karcinom jícnu

**Autor:** Pazdro A., Pafko P., Smejkal M., Polanecký O., Hladík P.

**Pracoviště:** III. chirurgická klinika FN Motol, Praha

**Přednosta:** Prof. MUDr. P. Pafko, DrSc.

**Anotace:** V tomto sdělení chtějí autoři, na základě svých zkušeností, upozornit na uskalí včasné diagnostiky, základního předoperačního vyšetřovacího schematu a indikací k operačnímu řešení, včetně jejich shrnutí.



**Název:** GIST - naše zkušenosti

**Autor:** Diviš P., Čapov I., Chalupník Š., Ruber V., Wechsler J., Žák J.

**Pracoviště:** I. chirurgická klinika FN U Sv. Anny, Brně

**Přednosta:** prof. MUDr. Jan Wechsler, CSc.

**Anotace:** V naší práci předložíme skupinu našich pacientů s GIST. V části diagnostické ukážeme současné možnosti diagnostiky, nejčastější klinické projevy a možnosti léčby těchto nádorů. V přehledu histologických klasifikací budeme dokumentovat dělení GIST, poukážeme i na obtížné klinické hodnocení. Na fotografiích budou předvedeny histologické i makroskopické obrazy

<b>Název:</b>	Významné prognostické faktory v souboru 283 nemocných po operaci pro adenokarcinom žaludku
<b>Autor:</b>	Gorbunov E. A.*, Wechsler J.*, Stašek T.*, Tomin A. S.***, Solodun L. D.**
<b>Pracoviště:</b>	*I. chirurgická klinika LF MU FN u sv. Anny v Brně, **Výzkumný onkologický ústav prof. N. N. Petrova, St. Peterburg, Ruská Federace
<b>Přednosta:</b>	prof. MUDr. Jan Wechsler, CSc.
<b>Anotace:</b>	<p>ÚVOD: I když v posledních letech došlo ke snížení incidence adenokarcinomu žaludku, zůstává prognosa tohoto onemocnění nepříznivá. Cílem předložené studie bylo zhodnotit vliv některých klinicko-patologických faktorů na přežití souboru 283 nemocných operovaných pro adenokarcinom žaludku v období let 1990 - 1997.</p> <p>MATERIÁL A METODA: Pravděpodobnosti přežití různých skupin nemocných byly stanoveny pomocí Kaplan-Meierovy metody. Výsledky byly analyzovány retrospektivně a hodnoceny jednorozměrnou analýzou (log-rank test). Průměrný věk nemocných v době operace byl 64,7 let, 64,3 % souboru tvořili muži. Totální gastrektomie byla provedena u 54,1 % nemocných, distální subtotální resekce u 23,3 %, proximální subtotální resekce u 4,9 %, paliativní spojková operace u 11,0 %, explorativní laparotomie u 6,7 % nemocných.</p> <p>VÝSLEDKY: Celkové pětileté přežití činilo 18,4 %. Statistická analýza prokázala, že prognosticky významnými faktory jsou věk (<math>p=0,034</math>), úbytek váhy (<math>p=0,014</math>), nález palpačně hmatného tumoru na břicho (<math>p=0,010</math>), snížené předoperační hodnoty hemoglobinu (<math>p=0,042</math>) a albuminu (<math>p=0,018</math>), lokalizace tumoru (<math>p&lt;0,001</math>) a jeho velikost (<math>p&lt;0,001</math>), makroskopický vzhled tumoru dle Borrmannovy klasifikace (<math>p=0,028</math>), histologický typ dle Laurénovy klasifikace (<math>p=0,044</math>), histopatologický grading (<math>p=0,001</math>), stadium onemocnění dle TNM klasifikace (<math>p&lt;0,00001</math>), hloubka prorůstání do stěny žaludku (<math>p&lt;0,00001</math>), stav lymfatických uzlin (<math>p&lt;0,00001</math>), nález vzdálených metastáz (<math>p&lt;0,00001</math>), typ provedené operace (<math>p&lt;0,003</math>) a její cíl, t.j. kurativní, paliativní nebo neléčebný (<math>p&lt;0,0001</math>).</p> <p>ZÁVĚR: Stadium onemocnění, hloubka prorůstání do stěny žaludku, metastatické postižení uzlin, nález vzdálených metastáz a radikalita operace jsou hlavními prognostickými faktory souvisejícími s přežitím nemocných po operaci pro adenokarcinom žaludku. Uvedené výsledky budou následně použity k vytvoření prognostického systému založeného na principu umělých neuronálních sítí, umožňujícího komplexní posouzení analyzovaných faktorů.</p>

**Název:** Lymfatické mapování a koncept sentinelové uzliny u operace kolorektálního karcinomu

**Autor:** Duben J., Gatěk J., Dudešek B., Haša E., Hnátek L.

**Pracoviště:** Chirurgické oddělení Nemocnice Atlas a.s., Zlín

**Přednosta:** prim. MUDr. Jiří Gatěk Ph.D.

**Anotace:** Na našem oddělení provádíme ročně okolo 40 - 60 resekčních výkonů na kolon.

V našem sdělení rozebereme pacienty z období 1/2002- 4/2004 u nichž byla během výkonu aplikována technika lymfatického mapování s použitím peritumorálně injikované patentní modře (Patente blue). V souboru je 32 pacientů, u kterých byl možný resekční výkon.

**TECHNIKA LYMFATICKÉHO MAPOVÁNÍ:** Po otevření břišní dutiny šetrně uvolňujeme colon ze srůstů a připravujeme střevo s radix mezokolon či mezorektum k vysokému podvazu. Poté aplikujeme 1- 2 ml Patentblue peritumorálně (nad a pod tumor) subserosně. Pokud se jedná o nízký tumor rekta pak provádíme peroperační rektoskopii a barvíme opět peritumorálně. Sledujeme postup modré barvy v mezokolon a první zbarvené uzliny (pokud to anatomická konfigurace mezokolon dovoluje) značíme klipem nebo stehem k následné preparaci. Po 5 minutách podvazujeme cévy mezokolon a dokončujeme resekční výkon. Mezokolon preparujeme a oddělujeme zvlášť modře zbarvené uzliny a nenabarvené uzliny vždy podle etází. Uzliny dělíme zjednodušeně na 3 etáže: peri a pararektální - I, intermediární - II a centrální - III. Takto ošetřený preparát kolon a uzlin odesíláme na histopatologické vyšetření.

**VÝSLEDKY:** Hodnotili jsme počty zbarvených lymfatických uzlin, celkový počet vyšetřených uzlin. V další fázi jsme si stanovili vyšetřovací protokol k vyšetření sentinelových uzlin a hodnotili jsme distribuci metastáz ve zbarvených lymfatických uzlinách zjednodušeně ve třech etážích mesocolon: SI - SIII. V našem souboru jsme vyšetřili u 32 pacientů celkem 409 uzlin. Positivních bylo 56 lymfatických uzlin u 17 pacientů. Falešnou negativitu vyšetřených sentinelových uzlin jsme zaznamenali u 5 pacientů.

**ZÁVĚR:** Technika lymfatického mapování je jednoduchá a levná a významně zvyšuje počet vyšetřených lymfatických uzlin a zvyšuje přesnost stagingu onemocnění. Ve světě již se etablovala technika sentinelové uzliny, která je uznávána jako velmi přesná, která umožňuje podrobnější vyšetření uzlin a tím zpřesnění stagingu onemocnění. Detekuje mikrometastázy jejichž vliv na dlouhodobé přežití pacientů je nyní celosvětově předmětem výzkumu.

**Název:** Hranice operability karcinomu kolorekta

**Autor:** Všetíček J., Vraspír V., Vyskočil L.

**Pracoviště:** chirurgické oddělení Nemocnice Milosrdných bratří, Brno

**Přednosta:** MUDr. Josef Všetíček, PhD.

**Anotace:** Ve sdělení autoři hodnotí na souboru pacientů operovaných v letech 1996-2001 výsledky terapie radikálně operovaných, ale také pacientů operovaných extenzivně pro šíření tumoru mimo postižený orgán a nemocných řešených paliativně. Poukazují na možnosti operace recidiv karcinomu kolorekta.

<b>Název:</b>	Analýza výsledků péče o nemocné s operabilním karcinomem kolon a rekta v ČR 1990-99
<b>Autor:</b>	Žaloudík J., Dušek L., Vyzula R.
<b>Pracoviště:</b>	Masarykův onkologický ústav a Centrum biostatistiky a analýz MU, Brno
<b>Přednosta:</b>	Doc. MUDr. Rostislav Vyzula, CSc.
<b>Anotace:</b>	<p>Národní onkologický registr vedený v ČR celoplošně od sedmdesátých let umožňuje ve spojení se softwarovým nástrojem SVOD (Systém pro vizualizaci onkologických dat) a GIS (grafický informační systém) poměrně spolehlivé analýzy hlavních ukazatelů kvality onkologické péče, a to jak v rámci celé republiky a krajů, tak i na pracovištích hlásících podstatné počty případů s danou diagnózou. Přestože dosud chybí povinnost i ochota, ostatně i poptávka, pracoviště prezentovat kvalitativní výsledky své péče o onkologicky nemocné, bude tlak narůstat jak z EU v rámci požadavku ekvity a průkazného HTA (health technology assesment), tak i v rámci akcí České onkologické společnosti a bodů 4 a 5 recentně přijatého Národního onkologického programu. Na diagnózách karcinomu tlustého střeva a konečniku s aktualizací na operabilní stadia a léta 1990-99 demonstrujeme principy HTA v onkologii, nástroj SVOD a možnosti jejich využití v souvislosti s chirurgickou léčbou těchto velmi častých nádorových onemocnění. Kromě anonymizované analýzy přežití nemocných podle klinických stádií jak v celku, tak i s ohledem na pracoviště členěná podle počtu řešených případů, také dokumentujeme přínos adjuvantních metod léčby v našem prostoru, neboť tzv. léčebné standady se dosud opíraly pouze o zahraniční zjištění. Analýza ukazuje také značné rezervy v dosud stále vysokém počtu neurčených klinických stádiích onemocnění a tím i zpochybnitelnost léčebného postupu v takových případech, ovšem i rezervy v tak zásadním diagnostickém parametru jakým je histologická verifikace nádorového onemocnění. S ohledem na specifika operačních výkonů, ovšem i nově zjišťovanou úspěšnost předoperační konkomitantní radiochemoterapie karcinomu rekta nebude již do budoucna možno v analýzách obě diagnózy směšovat jako tzv. kolorektální karcinom. Prezentace s aplikací na dvě chirurgicky frekventní onkologické diagnózy - karcinom tlustého střeva a karcinom konečniku - má ovšem demonstrovat principy a nástroj HTA použitelné napříč onkologickými diagnózami.</p>

9.00 – 10.45 hod **I. ČÁST ODBORNÉHO PROGRAMU B4**

**Předsednictvo: J. Mergancová, R. Rindoš, P. Vojáček**

**47. Brychta I., Štencl J., Olejník J., Hladík M.:**

*(Chirurgická klinika SZU, Bratislava)*

Aspiračná biopsia a peroperačná histológia: ich spoľahlivosť v posudzovaní malignity u nodóznej strumy

**48. Davinič V., Skladan M., Lang J., Papp A.:**

*(Chirurgické oddelenie, Skalica)*

Operačná taktika a význam perioperačnej histologizácie pri operáciach maligných strum

**49. Klein J., Král V., Bohanes T., Neoral Č., Kolek V., Koutná J.:**

*(I. chirurgická klinika LF UP a FN, Olomouc)*

Operační řešení nádorů bifurkace trachey

**50. Rindoš R., Piovarčí D., Hamžík J., Havelka V., Láska M.:**

*(Centrum hrudní chirurgie, Vyšné HÁgy)*

Chirurgická liečba pľúcneho karcinoidu

**51. Bohanes T., Klein J., Král V., Neoral Č., Szkorupa M., Tichý T.:**

*(I. chirurgická klinika LF UP a FN, Olomouc)*

Detekce sentinelové uzliny u pľučného karcinomu pomocí patentní modří a její klinický význam

**52. Klein J., Král V., Neorač Č., Bohanes T., Szkorupa M., Kolek V.:**

*(I. chirurgická klinika LF UP a FN, Olomouc)*

Rozšířené pľuční resekce po indukční chemoterapii

**53. Vojáček P., Procházka V.:**

*(Chirurgické oddelenie Nemocnice Přerov, II. interní klinika FN, Olomouc)*

Pravostranná duodenopankreatektomie po resekci B II

10.45 – 11.00 hod **PŘESTÁVKA**

11.00 – 12.30 hod **II. ČÁST ODBORNÉHO PROGRAMU B5**

**Předsednictvo: I. Čapov, P. Jandík, M. Janík**

- 54. Janík M.:**  
(*Podunajské Biskupice*)  
Neoadjuvantná chemoterapia při NSCLC z pohľadu chirurga
- 55. Čapov I., Wechsler J., Žák J., Reška M., Diviš P., Chalupník Š., Ruber V.:**  
(*I. chirurgická klinika FN u sv. Anny, Brno*)  
Naše zkušenosti s diagnostikou kostních mikrometastáz u operovaných nemocných s NSCLC
- 56. Durdík Š., Malinovský P., Žiak P., Šimo J.:**  
(*I. chirurgická klinika FN a LF UK, Bratislava*)  
Bowenov karcinóm – chirurgická liečba
- 57. Panuška D., Ježík J. st., Jurkovičová J.:**  
(*Chirurgické oddelenie, Zvolen*)  
MTS tumory nadobličiek – pokladané za primárne
- 58. Jandík P., Mergancová J., Vobořil Z., Ryška A., Hadži, Nikolov D., Vrmínská H.:**  
(*Chirurgická klinika, Hradec Králové*)  
Neobvyklá patologie mužského prsu
- 59. Šťastný K., Rothröckel P., Červinka V., Nechvátal L., Hácová M.:**  
(*Chirurgická klinika, Pardubice*)  
Spolupráce chirurga a histopatologa v diagnostice sentinelové uzliny
- 60. Šťastný K., Červinka V., Vyhnánková I., Pavlíková E., Hácová M., Vaňásek J.:**  
(*Chirurgická klinika, Pardubice*)  
Sentinelová uzlina v léčbě karcinomu prsu
- 61. Mergancová J., Jandík P., Vobořil Z., Vacel Z., Hadži, Nikolov D.:**  
(*Chirurgická klinika, Hradec Králové*)  
Metastázy maligního melanomu

12.45 hod

**SLAVNOSTNÍ ZAKONČENÍ SJEZDU – SÁL „A“**

OBĚD

**Název:** Aspiračná biopsia a peroperačná histológia: ich spoľahlivosť v posudzovaní malignity u nodóznej strumy

**Autor:** Brychta I., Štencl J., Olejník J., Hladík M.

**Pracovište:** Chirurgická klinika SZU, Bratislava

**Přednosta:** Doc. MUDr. Olejník Juraj, PhD

**Anotace:** Prítomnosť uzla v laloku štítnej žľazy vzbudzuje vždy podozrenie na malignitu. Pri rozhodovaní o indikácii operácie nodóznej strumy a rozlíšení benígneho uzla od malígneho má najdôležitejšie postavenie tenkoihlová aspiračná biopsia s cytologickým vyšetrením. Ďalším faktorom, ktorý ovplyvňuje rozhodovanie chirurga pri operácii nodóznej strumy je peroperačná histológia zo zmrazeného rezu. Na väčšine pracovísk sa vykonáva rutinne, diskutovaná je však jej nutnosť v prípade adekvátnej aspiračnej biopsie.

V retrospektívnej štúdii autori vyhodnotili diagnostickú spoľahlivosť aspiračnej biopsie a peroperačnej histológie u nodózných strúm porovnaním obidvoch vyšetrení s definitívnou histológiou na súbore 214 pacientov, u ktorých sa vykonali obidve vyšetrenia. Karcinóm bol u nich zistený definitívnou histológiou v 54 prípadoch. Výsledné hodnoty pre aspiračnú biopsiu a peroperačnú histológiu v súbore nodózných strúm boli nasledovné: senzitivita 72 % vs 65 %, špecificita 85 % vs 99 % a celková diagnostická presnosť 81 % vs 90 %. Vzhľadom na to, že suspektné nálezy boli klasifikované ako pozitívne, autori považujú senzitivitu aspiračnej biopsie v uvedenom súbore za nízku. Dôvodom je nepresné hodnotenie, teda nedostatočné rozlišovanie medzi malígnymi nálezmi a nálezmi suspektnými z malignity a z toho vyplývajúce vysoké percento falošne pozitívnych výsledkov. Preto je potrebná presnejšia klasifikácia pozitívnych nálezov. Pokiaľ pracovisko zaoberajúce sa chirurgiou štítnej žľazy nemá skúsenosti s dostatočne vysokou diagnostickou presnosťou aspiračnej biopsie, pri nodóznej strume je potrebné vykonávať aj peroperačnú histológiu pre jej vysokú špecificitu.



**Název:** Operační taktika a význam perioperační histologizace při operacích maligních strum

**Autor:** Davinič V., Skladan M., Lang J., Papp A.

**Pracoviště:** Chirurgické oddělení, Skalica

**Přednosta:** Prim. MUDr. Vladimír Davinič

**Anotace:** Autori vo svojej prednáške popisujú techniku a taktiku totálnej strumektomie pre malignitu a sledujú záchytnosť malignity pri perioperačnej histologizácii zo zmrazeného rezu aj pri neistom náleze punkčnej citológie a ostatných dostupných predoperačných vyšetreniach.

**Název:** Operační řešení nádorů bifurkace trachey

**Autor:** Klein J., Král V., Bohanes T., Neoral Č., Kolek V., Koutná J.

**Pracoviště:** I. chirurgická klinika LF UP a FN Olomouc

**Přednosta:** prof. MUDr. V. Král, CSc.

**Anotace:** Resekce trachey představuje přibližně pouze 1 % ze všech plicních resekcí. Počet nemocných, u nichž je tento výkon proveden, není proto velký. Obecně medián přežití těchto nemocných nepřekračuje 3 roky, letalita tohoto výkonu bývá uváděna mezi 10 a 29 procenty.

Autoři ve svém sdělení referují případy dvou nemocných ze souboru celkem 7 nemocných, u nichž byl na I. chirurgické klinice v Olomouci chirurgicky řešen karcinom, postihující bifurkaci trachey. Popisované dva případy se vyznačovaly netypickým pooperačním průběhem. Jsou komentovány technické provedení výkonu a anaestezie.

Závěr: Resekce bifurkace trachey je náročný operační výkon, vyžadující velmi dobrou spolupráci s anesteziologem a pneumologem v indikaci i vlastním provedení výkonu, jakož i v pooperačním období.

**Název:** Chirurgická liečba pľúcneho karcinoidu

**Autor:** Rindoš R., Piovarči D., Hamžík J., Havelka V., Láska M.

**Pracovišťe:** Centrum hrudní chirurgie, Vyšné Hágy

**Přednosta:** MUDr. Rudolf Rindoš

**Anotace:** Pľúcny karcinoid napriek predchádzajúcim klasifikáciám, radia-  
cim ho medzi benígne tumory pľúc zaraďujeme dnes medzi  
malignity. Autori vo svojej prednáške v skratke rekapitulujú pro-  
blematiku pľúcneho karcinoidu a jeho výbornú prognózu quad  
sanationem dokumentujú na vlastnom súbore viac než 90 prí-  
padov od r. 1989. Potvrdzujú, že typický karcinoid je nádor  
s viac ako 95 % prežívaním, naopak atypický karcinoid len 70 %  
a menej. Fajčenie s najväčšou pravdepodobnosťou nemá na  
prognózu ochorenia väčší vplyv.

**Název:** Detekce sentinelové uzliny u plicního karcinomu pomocí patentní modři a její klinický význam

**Autor:** Bohanes T., Klein J., Král V., Neoral Č., Szkorupa M., Tichý T.

**Pracoviště:** I. chirurgická klinika LF UP a FN, Olomouc

**Přednosta:** prof. MUDr. V. Král, CSc.

**Anotace:** Názory na význam a nejvhodnější způsob lymfadenektomie u nemalobuněčného karcinomu plic nejsou dosud jednotné. Metoda identifikace a biopsie sentinelové uzliny, ověřená dosud u některých jiných tumorů, představuje i u plicního karcinomu slibnou alternativu či přinejmenším doplněk dosud užívaných postupů.

V rámci prospektivní nerandomizované studie, probíhající ve FN Olomouc v letech 2000-2003, byla provedena identifikace sentinelové uzliny u 48 pacientů s nemalobuněčným plicním karcinomem s využitím lymfatického mapování pomocí patentní modři. Sentinelová uzlina byla identifikována u 40 nemocných (83,3 %), falešná negativita sentinelové uzliny byla zjištěna ve 3 případech (7,5 %).

Závěr: Studie prokázala klinickou využitelnost metody identifikace a biopsie sentinelové uzliny u nemalobuněčného plicního karcinomu pomocí patentní modři. Spolehlivost detekce se při jisté zkušenosti s technikou blíží výsledkům detekce sentinelové uzliny pomocí radionuklidu. Klinický význam metody však musí být ještě ověřen na rozsáhlejších souborech nemocných.

**Název:** Rozšířené plicní resekce po indukční chemoterapii

**Autor:** Klein J., Král V., Neoral Č., Bohanes T., Szkorupa M., Kolek V.

**Pracoviště:** I. chirurgická klinika LFUP a FN, Olomouc

**Přednosta:** prof.MUDr. V. Král, CSc.

**Anotace:** Důvodem rozšířených plicních resekcí bývá lokální růst nádoru ve smyslu invaze nádoru do mimoplicních struktur, které je nutno v zájmu dosažení kompletní resekce odstranit v jedné době nejlépe en-bloc spolu s primárním nádorem. Přestože nejběžnější indikací indukční terapie u plicního karcinomu je prokázané lymfogenní metastazování do stejnostranných event. druhostranných uzlin mediastina (stadium N2 resp. N3 dle TNM), důvodem nasazení neoadjuvantní terapie je v případech předpokladu rozšířených resekcí právě prorůstání nádoru do okolních orgánů, které signalizuje otevření nových, nepřirozených cest možného lymfogenního a hematogenního rozsevu a tedy podstatně vyšší riziko selhání samotné chirurgické terapie.

V letech 1995 – 2002 jsme provedli 15 rozšířených plicních resekcí po předchozí indukční terapii u nemocných ve stadiu IIB IIIA nemalobuněčné plicní rakoviny (NSCLC). 30-denní letalita byla nulová, zaznamenali jsme dvě raritní komplikace, pooperační morbidita byla přijatelná.

Závěr: Předpokladem dobrých dlouhodobých výsledků po rozšířených plicních resekcích pro karcinom je vyčerpávající staging, co nejdokonalejší predikce chování tumoru po operaci a minimum chirurgických komplikací. Nasazení neoadjuvantní terapie před resekcí nemusí zvyšovat riziko chirurgických komplikací a navíc může příznivě ovlivnit prognózu nemoci

**Název:** Pravostranná duodenopankreatektomie po resekcii B II

**Autor:** Vojáček P., Procházka V.

**Pracoviště:** Chirurgické oddělení Nemocnice, Přerov, II. interní klinika FN, Olomouc

**Přednosta:** prim. MUDR. Petr Vojáček, CSc, prof. MUDR. Jiří Ehrmann, CSc

**Anotace:** Pravostranná duodenopankreatektomie zcela nepochybně patří k nejnáročnějším chirurgickým výkonům. Zatímco její resekcí část je víceméně daná, rekonstrukční část výkonu má obrovské množství modifikací, ve světě se jich nyní používá přes 60. My jsme se dostali u brnemocného s karcinomem Vaterské papily do situace, kdy po resekcii B II jsme nemohli použít osvědčený typ rekonstrukce, ale využili jsme s výhodou stávající situaci v břiše. S tímto asi raritním případem se chirurg setkává tak zřídka, že se dá pochybovat o možnostech získání větších zkušeností, proto nabízíme možné (a úspěšné) řešení.

**Název:** Neoadjuvantná chemoterapia při NSCLC z pohľadu chiurga

**Autor:** M. Janík

**Pracoviště:** Klinika hrudnej chirurgie, Podunajské Biskupice

**Přednosta:**

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

**Název:** Naše zkušenosti s diagnostikou kostních mikrometastáz u operovaných nemocných s NSCLC

**Autor:** Čapov I., Wechsler J., Žák J., Reška M., Diviš P., Chalupník Š., Ruber V.

**Pracoviště:** I. chirurgická klinika, FN u sv. Anny, Brno

**Přednosta:** Prof. MUDr. Jan Wechsler, CSc.

**Anotace:** Kostní dřeň hodnocena u 59 operovaných nemocných s NSCLC (stádia I-IIIa). Hodnotili 2 patologové nezávisle na sobě. V uvedeném souboru byly kostní mikrometastázy (pozitivní CK buňky) nalezeny v 10 případech (16,9 %). Sporné nálezy (cytokeratinpozitivní, ale buňky necharakteristické morfolgie pro primární tumor) byly pozorovány v dalších 17 případech (28,8 %). Celý soubor je hodnocen z pohledu pohlaví, věku, dle T a N faktoru, gradingu, stagingu. Při statistickém zhodnocení se na hranici statistické významnosti jevila přítomnost CK+ bb. u adenokarcinomů. Statisticky významně odlišné pořadí vykazovaly nálezy gradingu. Výsledky studie velmi zajímavé. Připraven další záměr s vyšetřováním CK+bb. u sentinelových uzlin časných stádií NSCLC.



**Název:** Bowenov karcinóm - chirurgická liečba

**Autor:** Durdík Š., Malinovský P., Žiak P., Šimo J.

**Pracovište:** I. Chirurgická klinika FN a LFUK, Bratislava

**Přednosta:** Doc. MUDr. Peter Labaš, CSc.

**Anotace:** Bowenov karcinóm je zriedkavý nádor epidermoidného charakteru vyskytujúci sa prevažne na koži trupu a dolných končatín a perigenitálnej a perineálnej oblasti.

V práci autori rozoberajú kazuistiku pacientky - dojičky kráv s Bowenovým tumorom v perianálnej oblasti.

Súčasným trendom liečby Bowenovho karcinómu v tejto lokalite je chirurgický radikálny výkon. V tých oblastiach sa dosahujú dobré výsledky podávaním CHT 5-FU.

V anamnéze je Bowenov karcinóm asociovaný s kontaktom s arzénom v mladšom veku.

Histologická diagnóza bola stanovená s menšími rozpakmi po opätovnom prehodnotení nálezu.

**Název:** MTS tumory nadobličiek - pokladané za primárne

**Autor:** Panuška D., Ježík J. st., Jurkovičová J.

**Pracoviště:** chirurgické oddělení, Zvolen

**Přednosta:**

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

**Název:** Neobvyklá patologie mužského prsu

**Autor:** Jandík P., Mergancová J., Vobořil Z., Ryška A., Hadži, Nikolov D., Vrmínská H.

**Pracoviště:** Chirurgická klinika, Hradec Králové

**Přednosta:** Prof. MUDr. Zbyněk Vobořil, DrSc.

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

**Název:** Spolupráce chirurga a histopatologa v diagnostice sentinelové uzliny

**Autor:** Šťastný K., Rothröckel P., Červinka V., Nechvátal L., Hácová M.

**Pracoviště:** Chirurgická klinika, Pardubice

**Přednosta:** Doc. MUDr. K. Havlíček, CSc.

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

**Název:** Sentinelová uzlina v léčbě karcinomu prsu

**Autor:** Šťastný K., Červinka V., Vyhnánková I., Pavlíková E., Hácová M., Vaňásek J.

**Pracoviště:** Chirurgická klinika, Pardubice

**Přednosta:** Doc. MUDr. K. Havlíček, CSc.

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

**Název:** Metastázy maligního melanomu

**Autor:** Megancová J., Jandík P., Vobořil Z., Vacek Z., Hadži, Nikolov D.

**Pracoviště:** Chirurgická klinika, Hradec Králové

**Přednosta:** Prof. MUDr. Zbyněk Vobořil, DrSc.

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

**Název:** Komplexní poranění pažního pletence

**Autor:** Pleva L., Mayzlík J.\*, Madeja R.

**Pracoviště:** Traumatologické centrum FNŠP, \*Chirurgická klinika FNŠP, Ostrava

**Přednosta:** Doc. MUDr. Leopold Pleva, CSc.

**Anotace:** Komplexní poranění pažního pletence je závažným problémem úrazové chirurgie. Jedná se nejen o poranění skeletální, ale i přidružené poranění nervově-cévní ve většině případů s těžkými poúrazovými následky. Autoři ve svém sdělení uvádějí soubor pacientů ošetřených s tímto poraněním na Traumatologickém centru FNŠP Ostrava se zaměřením na řešení akutních a pozdních komplikací.

**Název:** Využití kombinace metody „damage control“ s podáním Novosevenu v traumatologii

**Autor:** Šír M., Pleva L., Demel J.

**Pracoviště:** Traumatologické centrum FNŠP Ostrava

**Přednosta:** Doc. MUDr. Leopold Pleva, CSc.

**Anotace:** Autoři ve svém sdělení uvádějí své zkušenosti při ošetření život ohrožujícího krvácení metodou „Damage control“ spojenou s následnou aplikací Novosevenu. V prvním případě se jednalo o těžké krvácení v retroperitoneu traumatického původu u warfarinizovaného pacienta a ve druhém případě šlo o střelné poranění obou laloků jater s průstřelem žaludku.



**Název:** Humeroskapulárna instabilita

**Autor:** Látal J., Demovič R., Lupták V.

**Pracoviště:** Klinika úrazovej chirurgie FNŠP Dérera, Bratislava

**Přednosta:** prof. MUDr. J. Látal, CSc.

**Anotace:** Autori prezentujú svoje výsledky s chirurgickou liečbou instabilít humeroskapulárneho kľbu.

**Název:** Trojročné prežívanie u pacientov po D2 resekciách karcinómu žalúdka

**Autor:** Palaj J., Konečný J., Kukla K., Petráš L.

**Pracovišťe:** Chirurgické oddelenie NsP Bojnice

**Přednosta:** J. Konečný

**Anotace:** Na chirurgickom oddelení Bojnice bolo do roku 2004 vykonaných 33 D2 operácií pre karcinóm žalúdka. V prvom období 1999-2001 bolo operovaných 18 pacientov u ktorých bolo priemere odstránených 37,5 lymfatických uzlín na 1 operáciu. Perioperačná mortalita bola nulová, morbidita bola 22 %. Do teraz exitovalo 7 z 18 pacientov do teraz prežíva 11 (62,2 %).











# CHIRURGICKÉ ODDĚLENÍ

NEMOCNICE NOVÉ MĚSTO NA MORAVĚ, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE





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

[www.medin.cz](http://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](mailto:prodej@medin.cz)

Export SR  
tel.: 00420 566 684 332  
fax: 00420 566 684 385  
e-mail: [export@medin.cz](mailto:export@medin.cz)