



SBORNÍK PŘEDNÁŠEK

IX. SETKÁNÍ ČESKÝCH A SLOVENSKÝCH CHIRURGŮ NA MORAVĚ

17. - 18. KVĚTNA 2007
NOVÉ MĚSTO NA MORAVĚ
SKALSKÝ DVŮR



ÚHLOVĚ STABILNÍ DLAHY



PROVEDENÍ OCEL A TITAN

Kolegyně a kolegové, milí přátelé,

je již tradicí, že vždy ještě před „Setkáním“ vydáváme soubor anotací přednášek, za účelem Vaší rychlé a vyčerpávající orientace v odborném programu symposia. Již podeváté se tohoto úkolu s úspěchem zhošťuje firma MEDIN, a.s., Nové Město na Moravě, která je letos poprvé také naším spolupořadatelem. Za opakované hodnotné a kvalitní zpracování „Sborníku“ jí patří náš obdiv a dík.

Jiří Šustáček



Vážené dámy, vážení pánové, milí přátelé,

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

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

Ing. Vladislav Ostrejš, MBA

*generální ředitel MEDIN, a.s.
Nové Město na Moravě*



IX. setkání českých a slovenských chirurgů na Moravě

Toto sympozium se koná pod záštitou prezidenta Slovenské chirurgické společnosti **prof. MUDr. Petera Kothaje, Ph.D.**

ČESTNÉ PŘEDSEDNICTVO

prof. MUDr. Peter Kothaj, Ph.D.	prezident Slovenské chirurgické společnosti, přednosta chirurgické kliniky, Nemocnice F. D. Roosevelta, Banská Bystrica
MUDr. Zdeněk Kadlec	ředitel Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace
Dr. Radslav hrabě Kinský	imunolog, Žďár nad Sázavou
Ing. Vladislav Ostrejš, MBA	generální ředitel MEDIN, a.s., Nové Město na Moravě
Zdeňka Marková	starostka Nového Města na Moravě
Ing. Josef Zvěřina	emeritní generální ředitel MEDIN, a.s., Nové Město na Moravě

ODBORNÁ TÉMATA SJEZDU

17. května 2007

sekce A: **Chirurgie břišních kýl bez ohledu na věk a lokalizaci**

sekce B: **Traumatologie měkkých tkání a skeletu bérce**

18. května 2007

sekce A: **Varia**

sekce B: **Neobvyklé komplikace v traumatologii**

Programový přehled

Koordinátor sekce A
MUDr. Jiří Šustáček

Koordinátor sekce B
MUDr. Dobroslav Novák

ČTVRTEK 17. KVĚTNA 2007

SEKCE A

SEKCE B

9.00 hodin – sál A
zahájení sjezdu

A1

9.30 – 12.15 hodin

B1

9.30 – 12.30 hodin

oběd

oběd

A2

13.00 – 15.00 hodin

B2

13.30 – 15.00 hodin

16.15 hodin
odjezd do Předklášteří u Tišnova
kulturní program

20.00 hodin
hotel Skalský Dvůr
společenský večer

PÁTEK 18. KVĚTNA 2007

SEKCE A

SEKCE B

A3

9.00 – 11.00 hodin

B3

9.00 – 11.00 hodin

11.30 hodin – sál A
zakočení sjezdu

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

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

Předsednictvo: S. Czudek, F. Horálek, R. Johanes, J. Olejník

- 1. Czudek S., Adamčík L., Škrovina M., Duda M.:**
(JG Mendel Oncological Centre, Nový Jičín)
Břišní kýly 2007 – celosvětové zkušenosti
- 2. Johanes R., Adamov R., Váňa J., Žáček M.:**
(Chirurgické oddelenie NsP, Žilina)
Laparoskopické inguinálne hernioplastiky v Žiline a na Slovensku
- 3. Bízík I., Johanes R., Adamov R., Váňa J.:**
(Chirurgické oddelenie NsP, Žilina)
Vývoj a trendy v riešení inguinálnej hernie na chir. odd. NsP Žilina v r. 1997 – 2006
- 4. Šustáček J., Jenerál P.:**
(Chirurgické oddělení Nemocnice, Nové Město na Moravě)
PHS a UHS – naše zkušenost
- 5. Davinič V., Lang J., Dragún J.:**
(Chirurgické oddelenie NsP, Skalica)
Liečba pacienta s inkarcerovanou herniou na našom pracovisku
- 6. Matloch J., Říha D., Czudek S., Branný J., Stryja J., Otaševič A., Mec V.:**
(Nemocnice Podlesí a.s., Třinec, Centrum cévní a miniinvazivní chirurgie)
Je plastika tříselné kýly banální operací?
- 7. Smetka J., Okáč V., Bíla M., Nenička Z.:**
(Nemocnice Kyjov, p.o., chirurgie)
Srovnání metodiky TAPP a TEP
- 8. Roxer, Verner, Šulc:**
(Chirurgické oddělení, Oblastní nemocnice Mladá Boleslav)
Naše zkušenosti TEP

- 9. Jeřábek J., Čapov I., Vlček P., Chalupník Š., Reška M., Novotný T.:**
(I. Chirurgická klinika MU, FN u sv. Anny, Brno)
Fixace sítěk lepidlem při TAPP plastice tříselné kýly
- 10. Okoličány R., Prochotský A., Biath P., Příbelský M.:**
(II. Chirurgická klinika LF UK, FNŠP Bratislava)
Neobvyklá komplikácia operácie inguinálnej hernie
- 11. Niesner P.:**
(Chirurgické oddělení SZZ, Krnov)
Apendicitis herniaria perf. s překvapivým hist. nálezem
- 12. Olejník J., Kulíšek F., Tíbenský I.:**
(Chirurgická klinika SZU, FNŠP Bratislava, pracovisko akad. L. Déreza)
K problematice parastomálních herní
- 13. Lúčan J., Mištuna D., Mazuch J., Huľo E.:**
(I. Chirurgická klinika JLF UK a MFN, Martin)
Parastomálna hernia permagna

12.15 - 13.00 Oběd

13.00 - 15.00 **II. ČÁST ODBORNÉHO PROGRAMU A2**

Předsednictvo: Š. Durdík , B. Hruban, J. Mazuch, J. Smetka

- 14. Mazuch J., Mištuna D., Lúčan J., Huľo E.:**
(I. Chirurgická klinika JLF UK a MFN, Martin)
Rozsiahle hernie steny dutiny brušnej
- 15. Hruban B., Tomeček J., Wdowka K.:**
(Chirurgické oddělení Nemocnice, Prostějov)
Hernia ventralis incisionalis – 15-leté zkušenosti
- 16. Kettner R.:**
(Chirurgické oddělení Klaudianova nemocnice, Mladá Boleslav)
Laparoskopické řešení ventrálních kýl

- 17. Huťan M., Zelenák J., Šalapa M., Huťan M. ml.:**
(IV. Chirurgická klinika LFUK a FNSP Bratislava, pracovisko Ružinov)
Skúsenosti s plastikou ventrálnych hernií podľa Chevrela s „on lay“ prolénovou sieťkou
- 18. Škultéty J.:**
(Klinika onkologickém chirurgie LF UK a OÚ sv. Alžbety, Bratislava)
Komplikácie po aplikácii sieťky pri liečbe recidivujúcej ventrálnej hernie
- 19. Novotný T.*, Buček J.*, Kříž Z.*, Jeřábek J.** , Vojtíšek B.***:**
(* II. Chirurgická klinika, ** I. Chirurgická klinika, *** Klinika zobrazovacích metod, FN u sv. Anny, Brno a Lékařská fakulta MU, Brno)
Řešení 8. recidivy incisionální kýly u pacienta s rozsáhlým defektem břišní stěny – kazuistika
- 20. Šimo J., Vrtík L., Dolník J.:**
(I. Chirurgická klinika FN, Bratislava)
Hernia v jazve jako komplikácia pri cievnej rekonštrukcii na aorte
- 21. Čech, Sankot:**
(Chirurgické oddělení Nemocnice, Vsetín)
Velká incisionální kýla – zkušenosti s plastikou on lay mesh
- 22. Kavečanský M., Zábavníková M., Toncr I., Belák J., Voltér J.:**
(Klinika plastickej, rekonštrukčnej a estetickej chirurgie a II. Chirurgická klinika, FN L. Pasteura, Košice)
Rekonštrukcie veľkej hernie v jazve pomocou použitia koriového transplantátu
- 23. Buček J., Novotný T., Jeřábek J.:**
(II. Chirurgická klinika FN u sv. Anny, Brno)
Retromuskulární plastika kýly v jizvě podle Rivese
- 24. Molnár T.:**
(Chirurgické oddělení Forlife n.o., Komárno)
Jednodobá liečba supraumbilikálnej hernie in cicatrice a venter pendulus

25. Sotona O., Toman J., Dvořák D.:
(Chirurgické oddělení Nemocnice, Litomyšl)
Řešení tříselních kýl na našem pracovišti

16.15 odjezd do Předklášteří u Tišnova

20.00 **SPOLEČENSKÝ VEČER V HOTELU SKALSKÝ DVŮR**



Název: Břišní kýly 2007 – celosvětové zkušenosti

Autor: Czudek S., Adamčík L., Škrovina M., Duda M.

Pracoviště: J. G. Mendel Oncological Centre, Nový Jičín

Primář: MUDr. Stanislav Czudek, PhD.

Anotace: Autoři jsou členy EHS-European Hernia Society a AHS-American Hernia Society. Pravidelně se celosvětových chirurgických akcí s problematikou kýl zúčastňují. Organizovali Kongres European Hernia Society Praha 2004 s účastí více než 1000 chirurgů z 56 zemí světa. Budou předneseny poslední zkušenosti a novinky v oblasti kýl břišních z Kongresu EHS a AHS v Aténách, 6.–9. květen 2007, kde mají autoři vyzvané přednášky. Je to poslední sdělení po téměř 10 000 operacích břišních kýl. Od roku 2005 se totiž celý tým přesunul do Onkologického centra JG Mendela v Novém Jičíně a zabývá se onkolo-chirurgickou problematikou.

Název: Laparoskopické inguinálne hernioplastiky v Žiline a na Slovensku

Autor: Johanes R., Adamov R., Váňa J., Žáček M.

Pracovište: Chirurgické oddelenie NsP, Žilina

Primár: MUDr. Rastislav Johanes

Anotace: Autori prezentujú svoje výsledky v laparoskopických hernioplastikách, s ktorými začali v roku 1993. Pôvodne sporadická operácia sa zapojením väčšieho počtu chirurgov oddelenia stala dominantnou a v súčasnosti sa takto riešia 2/3 pacientov. Celkovo je v súbore 350 laparoskopických inguinálnych hernioplastík. Recidívy sú pod 2 percentá a sú z 80 % v počiatku zavádzania techniky. Autori popisujú niektoré technické a ekonomické aspekty operácie. Taktiež pri klasických operáciách dominujú beznapätové sieťkové plastiky. Situácia na Slovensku je zatiaľ trochu iná, čo vyplýva zo štúdií Sekcie endoskopickéj chirurgie Slovenskej chirurgickej spoločnosti, ktorú spracoval autor. Je však tendencia k zlepšeniu, čomu napomáhajú workshopy s touto tématikou.

Název: Vývoj a trendy v riešení inguinálnej hernie na chirurgického oddelenia NsP Žilina v r. 1997 - 2006

Autor: Bízik I., Johanes R., Adamov R., Váňa J.

Pracovištie: Chirurgické oddelenie NsP, Žilina

Primár: MUDr. Rastislav Johanes

Anotace: V prednáške zhodnocujeme výsledky operačného riešenia inguinálnych hernií na chir. odd. NsP Žilina za posledných 10 rokov, t.j. v ére plného rozvoja laparoskopickej chirurgie. Prezentujeme používanie jednotlivých plastík na našom pracovisku v tomto období i s rozborom event. komplikácií vrátane recidív ochorenia. Touto prácou sa zároveň chceme zamyslieť nad rozsahom využitia laparoskopickej herniotómie v podmienkach všeobecnej chirurgie s povinnosťou ošetrovať i akútne stavy a edukovať mladých chirurgov.

Název: PHS a UHS – naše zkušenosti

Autor: Šustáček J., Jenerál P.

Pracoviště: Chirurgické oddělení Nemocnice Nové Město na Moravě

Primář: MUDr. Milan Maleček

Anotace: Autor v krátkém sdělení uvádí výsledky plastik třísla metodami PHS a UHS na svém pracovišti. Upozorňuje na výhody těchto metod s ohledem na možné komplikace a výskyt recidiv.

Název: Liečba pacienta s inkarcerovanou herniou na našom pracovisku

Autor: Davinič V., Lang J., Dragún J.

Pracovištie: Chirurgické oddelenie NsP Skalica

Primár: MUDr. Vladimír Davinič

Anotace: V našej prednáške prezentujeme súbor 96 pacientov s inkarcerovanou herniou za obdobie 10 rokov. Zameriame sa na diagnostiku a liečbu pacientov s inkarcerovanou herniou rôznej lokalizácie, operačné postupy používané na našom pracovisku vzhľadom na klinický a peroperačný nález, faktory ovplyvňujúce prognozu pacientov. Cieľom je poukázať na to, že jedine neotáľanie v diagnoste, včasná chirurgická liečba, intenzívna pre- a postoperačná starostlivosť môžu zlepšiť výsledky.

Název: Je plastika tříselné kýly banální operací?

Autor: Matloch J., Říha D., Czudek S., Branný J., Stryja J., Otaševič A., Mec V.

Pracoviště: Nemocnice Podlesí a.s., Třinec, Centrum cévní a miniinvazivní chirurgie

Primář: MUDr. Daniel Říha

Anotace: Autoři ve svém sdělení uvádějí postupné změny metod laparoskopického řešení tříselných kýl a rozebírají rozsáhlý soubor, který čítá 6785 pacientů operovaných od začátku 90. let minulého století až po současnost v Nemocnici Podlesí Třinec. Zamýšlejí se nad různými komplikacemi, které byli nuceni řešit a hledají možnosti snížit jejich výskyt.

Název: Srovnání metodiky TAPP a TEP

Autor: Smetka J., Okáč V., Bíla M., Nenička Z.

Pracoviště: Chirurgické oddělení Nemocnice Kyjov, p.o., Kyjov

Primář: MUDr. Jan Smetka

Anotace: Srovnání metodiky TAPP a TEP v Nemocnici Kyjov.

Název: Naše zkušenosti TEP

Autor: Roxer, Verner, Šulc

Pracoviště: Chirurgické oddělení, Oblastní nemocnice Mladá Boleslav

Primář: MUDr. Tomáš Verner

Anotace: Naše zkušenosti s hernioplastikou TEP. Statistika, výhody, komplikace, video.

Název: Fixace sítěk lepidlem při TAPP plastice tříselné kýly

Autor: Jeřábek J., Čapov I., Vlček P., Chalupník Š., Reška M., Novotný T.

Pracoviště: I. Chirurgická klinika MU, FN u sv. Anny, Brno

Přednosta: prof. MUDr. Ivan Čapov, CSc.

Anotace: Laparoskopická plastika tříselné kýly je oceňována pro nízké procento recidiv, možnost brzkého návratu k plné aktivitě a nízký pooperační diskomfort. Prolongovaná pooperační neuralgie je nepříjemná komplikace pro pacienta i chirurga, bývá dávana do souvislosti s použitím staplerů při fixaci sítěk a dle různých autorů její výskyt kolísá od 0,5 do 14 %. V našem sdělení informujeme o zkušenostech s použitím chirurgického lepidla k fixaci meshe při TAPP operaci tříselné kýly. Demonstrována operační technika, důraz na rozsah preperitoneální disekce, velikost sítěk, použitý materiál (light weight mesh), způsob aplikace lepidla.

Použití chirurgického lepidla k fixaci sítěk při TAPP plastice tříselné kýly je z našeho pohledu technicky nenáročný postup umožňující netraumatické ukotvení meshe i v lokalizacích pro staplery anatomicky nevhodných.

Název: Neobvyklá komplikácia operácie inguinálnej hernie

Autor: Okoličány R., Prochotský A., Biath P., Príbelský M.

Pracovište: II. Chirurgická klinika LF UK, FNŠP Bratislava

Přednosta: Prof. MUDr. J. Pechan, CSc.

Anotace: Operácie inguinálnych hernií sa považujú za bežnú chirurgickú rutinu. Často sa zverujú do rúk elévov chirurgie, lebo sa považujú za súčasť ich edukačného procesu. Keď sa po vyše 30-ročnej chirurgickej praxi zamyslíme nad tým, ako sme inguinálne hernie operovali v štádiu našej chirurgickej mladosti a dnes, reálna sebareflexia nami niekedy až zatrasie. To však neznamená, že aj skúsený chirurg nemôže mať pri operáciách inguinálnych hernií určitú incidenciu komplikácií, počnúc ranovou infekciou, až po recidívu hernie. Sterkorálna fistula po operácii inguinálnej hernie je však skutočne raritou a pri prehľade literatúry v Medline sme ju ani vôbec nenašli. Nám sa to však prihodilo a chceme sa s touto neobvyklou komplikáciou, ale zároveň aj reálnou hrozbou s vami podeliť.

Název: Appendicitis herniaria perforata s překvapivým histologickým nálezem

Autor: Niessner P.

Pracoviště: Chirurgické oddělení SZZ, Krnov

Primář: MUDr. Petr Niessner

Anotace: Kazuistika pacienta akutně přijatého k operaci pro uskřínutou skrótální kýlu, s peroperačním nálezem gangrenózní perforované appendicitidy s cirkumskriptní peritonitidou a pooperačním histologickým zjištěním primárního karcinomu appendixu.

Název: K problematike parastomálnych hernií

Autor: Olejník J., Kulíšek F., Tibenský I.

Pracoviště: Chirurgická klinika SZU, FNŠP Bratislava, pracovisko akad. L. Déřera

Přednosta: Doc. MUDr. Juraj Olejník, PhD.

Anotace: Východisko: Parastomálna hernia patrí k závažným problémom chirurgie, ktorá ani doteraz nie je jednotne definovaná. Jej incidencia sa pohybuje nad 50 % pacientov, pričom incidencia s klinickou symptomatológiou je vyššia ako 30 %. Pri konštrukcii stómie sa udávajú predilekčné faktory vedúce k vzniku parastomálnej hernie: umiestnenie vo vzťahu k m. rectus, predoperačné vymeranie uloženia, veľkosť, spôsob fixácie o fasciu, akútna/elektívna operácia, typ stómie (ileostómia/kolostómia, axiálna/terminálna). Ani jeden z týchto faktorov sa zatiaľ nepotvrdil ako dominantný, ostáva len jednoznačne zvyšujúca incidencia parastomálnej hernie súvisiaca s rastúcim časovým intervalom od vytvorenia stómie. V súčasnosti sa diskusia vedie: 1) k prevencii vzniku hernie použitím sieťky pri vytvorení stómie; 2) v troch spôsoboch operácie – lokálnou plastikou fascie, použitím sieťky pri plastike, relokáciou stómie; 3) v operačnom prístupe k defektu rôznymi umiestneniami incízie pri laparotómii, alebo laparoskopickom prístupe.

Klinický materiál: V práci sa prezentujú výsledky pracoviska z obdobia 2002–2006, kde u 167 pacientov s vytvorenou stómiou sa zistila klinicky symptomatická parastomálna hernia v 12 prípadoch (7,2 %). Z 12 prípadov polovica pacientov odmietla operáciu a u 6 pacientov sa vykonala operačný výkon eliminujúci stomálne herniu, pričom sa podľa úvahy operujúceho chirurga použil každý z akceptovaných spôsobov riešenia – lokálna plastika fascie, polypropylénová sieťka na zadnú stenu pošvy priameho svaly, relokácia stómie.

Odborný prehľad: Podľa údajov v písomníctve recidíva parastomálnej hernie podľa zvoleného spôsobu sa pohybuje v 20 – 50 % prípadov, po plastike fascie je vyššia bez relokácie stómie, extraperitoneálne použitie protetickej sieťky objektívne redukuje počet recidív, pričom sa ale objavujú aj práce uvádzajúce najnižší počet recidív pri relokácii stómie. Množstvo recidív je nižšie pri stómii tenkého čreva, výhody laparoskopického prístupu oproti laparotómii sa doteraz neobjektivovali. V súčasnosti sa rutinne do arzenálu dostala aj technika intraperitoneálneho „onlay“ umiestnenia polytetrafluoretylénovej (ePTFE) sieťky. Jedinou metódou znižujúcou počet parastomálnych hernií v randomizovaných štúdiách je profylaktické použitie protetickej sieťky pri primárnom vytvorení stómie.

Výsledky a záver: Výsledky v našom súbore, samozrejme podmienenom malými číslami, v intervale 30 (5-49 mesiacov) sú nezvyčajne optimistické – bez zistenej recidívy hernie pri operačnom riešení parastomálnej hernie. V súčasnosti stomaporaďňa kliniky navštevuje 80 pacientov vrátane 6 pacientov, ktorí odmietli operačnú liečbu parastomálnej hernie a pri využití kombinácie protetickej pomoci „up to date“ sú subjektívne spokojní. Z nášho pohľadu považujeme v súčasnosti ako aktuálnu úvahu o zavedení profylaktického použitia protetickej sieťky pri vytvorení stómie v skupine elektívnych výkonov a v selektovaných prípadoch laparoskopické riešenie parastomálnej hernie.

Název: Parastomálna hernia permagna

Autor: Lúčan J., Mištuna D., Mazuch J., Huľo E.

Pracovištie: I. chirurgická klinika JLF UK a MFN, Martin

Přednosta: Prof. MUDr. Dušan Mištuna, PhD.

Anotace: Parastomálna hernia je najčastejšia komplikácia stómie. Vyskytuje sa až v 50 %. Väčšinou je hernia asymptomatická a postupuje sa konzervatívne. Stačí špeciálny brušný pás. Pri symptómoch je indikovaná operácia. Sú viaceré možnosti chirurgickej liečby parastomálnych hernií. Patrí k nim lokálna chirurgická rekonštrukcia fasciálna alebo s pomocou sieťky. Prístup je extraperitoneálny alebo intraperitoneálny. Pri veľkých herniách sa doporučuje transpozíciastómie a plastika brušnej steny. V poslednom období je možná aj laparoskopická korekcia. Pretože incidencia recidív je vysoká, najdôležitejšia je prevencia parastomálnej hernie, ktorá spočíva v dobre umiestnenej a urobenej stómii. Autori prezentujú kazuistiku pacienta s obrovskou parastomálnou herniou, ktorú operovali 23. 10. 2003 s dobrým dlhodobým výsledkom.

Název: Rozsiahle hernie steny dutiny brušnej

Autor: Mazuch J., Mištuna D., Lúčan J., Huľo E.

Pracovištie: I. Chirurgická klinika JLF UK a MFN, Martin

Přednosta: Prof. MUDr. Dušan Mištuna, PhD.

Anotace: Chirurgická liečba rozsiahlych hernií s eventráciou čriev do podkožia siahajúcich až na stehno je stále aktuálna a pre chirurga náročná. Situáciu často komplikuje morbidná obezita a pooperačné problémy po repozícii útrob. Základom liečebného úspechu je predoperačná redukcia hmotnosti, perfektná operačná rekonštrukcia a plastika defektu steny dutiny brušnej.

Název: Hernia ventralis incisionalis – 15-leté zkušenosti

Autor: Hruban B., Tomeček J., Wdowka K.

Pracoviště: Chirurgické oddělení Nemocnice Prostějov

Primář: MUDr. Bohumil Hruban

Anotace: Autoři v práci analyzují sestavu 419 pacientů, kteří byli na chirurgickém odd. v Prostějově operováni v období 1991-2005 s dg Hernia ventralis incisionalis. Pozornost věnují faktorům, které ovlivňují vznik kýly v jizvě, zdůrazňují nezbytnost dodržování moderních zásad augmentace stěny břišní i diferencovaného přístupu při volbě vhodného typu sítky. Uvádějí dlouhodobé výsledky zjištěné kontrolním vyšetřením.

Název: Laparoskopické řešení ventrálních kýl

Autor: Kettner R.

Pracoviště: Chirurgické oddělení Klaudianova nemocnice, Mladá Boleslav

Primář: MUDr. Tomáš Verner

Anotace: Naše zkušenosti s laparoskopickou technikou on lay mesh při řešení ventrálních kýl, statistika, výhody, komplikace.

Název: Skúsenosti s plastikou ventrálnych hernií podľa Chevrela s „on lay“ prolénovou sieťkou.

Autor: Huťan M., Zelenák J., Šalapa M., Huťan M. ml.

Pracovište: IV. chirurgická klinika LFUK a FNŠP Bratislava, pracovisko Ružinov

Přednosta: Doc. MUDr. Martin Huťan, CSc.

Anotace: Ventrálna hernia sa často používa ako synonymum „hernie v jazve“. Iní autori (Zimmerman a Adson) v roku 1953 definovali, že ventrálna hernia sa vzťahuje na všetky protrúzie brušného obsahu cez anterolaterálny abdominálny val inak ako cez inguinálny alebo umbilikálny otvor.

Bez ohľadu na definíciu, najmä hernie väčšieho rozsahu zostávajú terapeutickým problémom s počtom recidív udávaných od 4,5 % až do 49 % , čo je podľa Lichtensteina neprijateľné. Veľký počet odporúčaných operačných metód len dokladá počet neúspechov a poukazuje na skutočnosť, že asi neexistuje optimálna metóda. Viaceré metódy kombinujú rekonštrukciu brušnej steny so spevnením autoplastickým alebo alloplastickým materiálom, z ktorých sa v súčasnosti najviac používajú rôzne typy syntetických sieťok.

Autori na ich pracovisku používajú v rekonštrukcii ventrálnych hernií modifikovanú metódu podľa Chevrela , ktorá spočíva v relaxačných incíziách predného listu priamych brušných svalov s ich preklopením (niekedy označovaná ako plastika podľa Napalkova – Chorvátha – Rozholda). Predný list pošvy priamych brušných svalov je tvorený prolénovou sieťkou, prišitou po obvode a v strede nerezorbovateľným materiálom. Pred používaním sieťky autori na ich pracovisku používali koriový transplantát (plastika podľa Rehna).

Operujú v ATB clone, za prísnych aseptických podmienok s dôrazom na exaktnú hemostázu. Do podkožia vkladajú 2 Redonove drény. Pred prebudením pacienta nakladajú tlakovú abdominálnu bandáž a pooperačne ordinujú 3-4 dňový kludový režim s podávaním nízkomolekulárnych heparínov.

Popísaným spôsobom operovali 85 pacientov v rokoch 2005-2006. Jednalo sa o 32 mužov a 52 žien s incikatrckými, supraumbilikálnymi a epigastrickými herniami. V bezprostrednom pooperačnom období sledovali výskyt serómov, abscesov a hematómov, ako i nekróz. Na zistenie pooperačného stavu rozposlali dotazníky, ktoré v čase anotácie sa vyhodnocovali. V diskusii rozoberajú výhody a nevýhody uvedenej plastiky .

Název: Komplikácie po aplikácii sieťky pri liečbe recidivujúcej ventrálnej hernie

Autor: Škultéty J.

Pracovišťe: Klinika onkologickej chirurgie LF UK a OÚ sv. Alžbety, Bratislava

Přednosta: Doc. MUDr. Ján Škultéty, CSc.

Anotace: Autor poukazuje na niektoré komplikácie pri liečbe recidivujúcich ventrálnych hernií. Dôraz kladie na výber sieťky, správne lôžko aplikovanej sieťky a na adekvátnu operačnú techniku pri použití sieťky v liečbe veľkých ventrálnych prietrží brušnej steny.

Název: Řešení 8. recidivy incisionální kýly u pacienta s rozsáhlým defektem břišní stěny – kazuistika

Autor: Novotný T.*, Buček J.*, Kříž Z.*, Jeřábek J.**, Vojtíšek B.***

Pracoviště: * II. Chirurgická klinika, ** I. Chirurgická klinika, *** Klinika zobrazovacích metod, FN u sv. Anny, Brno a Lékařská fakulta MU, Brno

Přednosta: Doc. MUDr. Zdeněk Gregor, CSc.

Anotace: Prezentujeme kazuistiku 51letého muže s 8. recidivou incisionální kýly a její řešení. Jedná se o pacienta po operaci pseudocysty pankreatu dle Jedličky následované 8 operacemi pro kýlu v jizvě v průběhu 3 let. Na příkladu našeho pacienta bychom rádi poukázali na velmi omezené možnosti řešení kýl u těchto pacientů a nutnosti včasné indikace biomechanicky účinných mesh-plastik u recidiv kýl, které jako jediné mohou snížit počet těchto obtížně řešitelných stavů.

Název: Hernia v jazve ako komplikácia pri cievnej rekonštrukcii na aorte

Autor: Šimo J., Vrtík L., Dolník J.

Pracovište: I. chirurgická klinika FN, Bratislava

Přednosta: Doc. MUDr. Peter Labaš, CSc.

Anotace: Incidencia hernií v jazve v závislosti od výkonu môže dosahovať až 15 % pri primooperáciách, pri reoperáciách môže stúpnuť až na 20 %. Predispozíciou je infekcia v rane, vek pacienta nad 70 rokov, obezita, primárna slabosť brušnej steny, obštrukčné pľúcne ochorenia, užívanie určitých skupín liekov (napr. kortikoidov) a operácie vyžadujúce rozsiahle laparotómie. Riešenie je chirurgické: 1. sutura, 2. plastika prekrytím anatomických vrstiev, 3. plastika implantátmi - sieťky a 4. plastika autológnyimi štepami.

Abdominálna fáza cievnych rekonštrukcií na aorte môže byť komplikovaná zmenami v brušnej dutine, ktoré vznikli po predchádzajúcich operáciách. Ich dôsledkom bývajú často vzniknuté adhézie medzi vnútrobrušnými orgánmi v retroperitoneu, vplyvom retrakčných procesov zmena polohy vnútrobrušných orgánov a hernie v jazve, ktorých riešenie je často náročné a vyžaduje si dostatok skúseností v abdominálnej chirurgii.

Autori prezentujú 2 kazuistiky pacientov, u ktorých abdominálna fáza cievnej rekonštrukcie bola komplikovaná predchádzajúcimi operáciami.

Kazuistika 1: 48 ročný pacient, u ktorého bola pred 8 rokmi vykonaná endarterektómia aorty a AIC s následnými plastikami brušnej steny pre herniu v jazve, naposledy s implantáciou sieťky, bol prijatý pre Lerischov syndróm. Po vyšetrení bol indikovaný aortobifemorálny bypass. počas operácie bolo nutné

preťať implantovanú sieťku a následne vykonať rozsiahlu adhéziolyzu tenkého čreva a omenta. Po otvorení retroperitonea bol prekvapujúci nález trombotizovanej a retrahovanej aorty a oboch ilických artérií, ktoré boli uložené v tvrdých zrastoch, ktoré sťažovali preparáciu aorty a následné vytvorenie tunela v retroperitoneu pre umiestnenie ramien aortobifemorálneho bypassu. Po ťažkej preparácii našitie proximálnej a distálnych anastomóz prebehlo štandardne. po uzavretí retroperitonea sme brušnú stenu uzavreli s ponechaním sieťky, ktorej okraje sme prekryli na spôsob Mayovej plastiky.

Kazuistika 2: 56 ročná pacientka, obézna, po prechádzajúcich operáciách – appendectomia, hysterectomia, ovariectomia, resekcia sigmy pre neoplazmu s rozsiahlou herniou v jazve bola hospitalizovaná pre ischemický syndróm DK, aortografiou zistená obliterácia AIC a AIE vpravo a stenózy na AIC a AIE vľavo. V anamnéze udávala aj poruchy pasáže v zmysle chronickej obštipácie. Bola indikovaná implantácia aortobifemorálneho bypassu. V abdominálnej fáze sme resekovali rozsiahly herniový vak akrétnej hernie, vykonali sme pomerne náročnú adhéziolyzu tenkého a hrubého čreva s odstránením dvoch vnútrobrušných herniových vakov v oblasti sigmy a céka. Potom vykonaný štandardný aortobifemorálny bypass. Po uzavretí retroperitonea sme brucho uzavreli plastikou podľa Maya.

Plastiky brušnej steny môžu byť často len časťou iného operačného výkonu. Preto ich zvládnutie musí byť súčasťou všeobecnej výbavy chirurga aj v nadstavbových odboroch.

Název: Velká incisionální kýla – zkušenosti s plastikou on lay mesh

Autor: Čech, Sankot

Pracoviště: Chirurgické oddělení Nemocnice Vsetín

Primář: MUDr. Sankot

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

Název: Rekonštrukcie veľkej hernie v jazve pomocou použitia koriového transplantátu

Autor: M. Kavečanský, M. Zábavníková, I. Toncr, J. Belák, J. Voltér

Pracoviště: Klinika plastickej, rekonštrukčnej a estetickej chirurgie a II. Chirurgická klinika, FN. L. Pasteura, Košice

Přednosta: MUDr. M. Zábavníková, PhD.

Anotace: V liečbe veľkých prietrží v jazve sa väčšinou používa Mayo plastika, vzhľadom k určitému percentu recidív sa pri riešení využívajú aj iné rekonštrukčné metódy. V spolupráci medzi II. Chirurgickou klinikou a Klinikou plastickej, rekonštrukčnej a estetickej chirurgie FN. L. Pasteura Košice sa v liečbe extrémne veľkých prietrží v jazve využíva plastika s použitím koriového transplantátu. Inou metódou je využitie syntetickej náhrady – Prolenovej sieťky. V práci prezentujeme súbor pacientov za obdobie rokov 2002 – 2006 a porovnanie jednotlivých rekonštrukčných riešení.

Název: Retromuskulární plastika kýly v jizvě podle Rivese

Autor: Buček J., Novotný T., Jeřábek J.

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

Přednosta: Doc. MUDr. Z. Gregor, CSc.

Anotace: Na II. chirurgické klinice FN u sv. Anny v Brně bylo od února 2004 do února 2007 (36 měsíců) odoperováno celkem 82 pacientů s kýlou v jizvě metodou retromuskulární plastiky podle Rivese (retromuscular sublay mesh). U všech pacientů byla provedena plastika kýly vzniklé po střední laparotomii (HSL, DSL). K plastice byla použita polypropylenová síťka Pro-lene ve 40 případech a light-weight síťka Ultrapro či Vypro v 37 případech (dále byla ve 3 případech použita síťka CHS 100 a dvakrát síťka Biomesh). Síťka byla uložena mezi přímý sval břišní a zadní list pochvy přímého svalu břišního s překrytím síťky okrajem fascie minimálně 5 cm ve všech směrech. Průměrná velikost použité síťky byla 315 cm². Doba sledování je od 1 měsíce do 3 let. U 2 pacientů byla zjištěna recidiva (míra rekurence je tedy 2,44 %) – v obou případech pod dolním okrajem síťky. Z ranných komplikací byly zaznamenány 2 nekompletní dehiscence rány, řešené resuturou. Nebyla zaznamenána ani jedna infekce síťky či nutnost její explantace.

Název: Jednodobá liečba supraumbilikálnej hernie in cicatrice a venter pendulus

Autor: Molnár T.

Pracovištie: Chirurgické oddelenie Forlife n.o., Komárno

Primár: MUDr. Gustáv Škodáček

Anotace: Kazuistika 43 ročného pacienta s recid. supraumbilikálnou herniou u ktorého bola zároveň prevedená dermolipektómia s trasnpozíciou umbilika. Cieľom prezentácie je poukázať na výhodu jednodobého riešenia uvedených diagnóz, dokumentované fotografiami v elektronickej podobe a videom z DVD.

Název: Řešení tříselných kýl na našem pracovišti

Autor: Sotona O., Toman J., Dvořák D.

Pracoviště: Chirurgické oddělení Nemocnice Litomyšl

Primář: MUDr. Dalibor Dvořák

Anotace: Omlouváme se.

Autor sdělení neposkytl ve stanoveném termínu text abstrakta.



PEVNÉ LAPAROSKOPY



MINIMÁLNĚ
INVAZIVNÍ
DIAGNÓZA A TERAPIE

ESCAD
MEDICAL



PEVNÉ CYSTOSKOPY



MINIMÁLNĚ
INVAZÍVNÍ
DIAGNÓZA A TERAPIE

ESCAD
MEDICAL

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

9.30 - 12.30 **I. ČÁST ODBORNÉHO PROGRAMU B1**

Předsednictvo: P. Janata, M. Mašek, L. Pleva

26. Štefánci V., Tisovský P.,

(I. Ortopedicko – traumatologická klinika, Bratislava – Ružinov)
Operačná liečba zlomenín predkolenia (bérce)

27. Burget F., Kudrna K.:

(I. Chirurgická klinika VFN, Praha)
Poranění bérce – zhodnocení výsledků, léčba a kazuistika

28. Kraus J., Sedlář M.:

(I. Chirurgická klinika VFN, Praha)
Profil hřebu v závislosti na etáži zlomeniny

29. Košťálek V., Hruban B., Navrátil I.:

(Chirurgické oddělení Nemocnice, Prostějov)
Osteosynthesa diaphysárních a supramalleolárních zlomenin bérce

30. Janata P.:

(Chirurgické oddělení Oblastní nemocnice, Jičín)
Operační léčba zlomenin distální tibie na našem pracovišti

31. Poprac A., Kotrus P., Lukačko:

(Oddelenie úrazovej chirurgie a ortopédie FN, Nitra)
Riešenie otvorených zlomenín predkolenia na našom pracovisku za 5 ročné obdobie

32. Diviš P., Reška M., Konečný J., Dvořák Z.:

(I. Chirurgická klinika FN u sv. Anny, Brno)
Kombinované řešení komplikované otevřené zlomeniny distálního bérce – kazuistika

33. Rošák M., Molčanyi T., Kitka M., Tomáš O., Zábavníková M.:
(KÚCH Košice)

Možnosti použití metody V.A.C. při otevřených zlomeninách predkolenia

- 34. Spudich J., Rybář F.:**
(Chirurgické oddělení Nemocnice, Most)
Poranění měkkých tkání jako limitující faktor léčby poranění bérce
- 35. Reška M., Diviš P., Konečný J.:**
(I. Chirurgická klinika FN u sv. Anny, Brno)
Naložení turniketu při primárním ošetření otevřené zlomeniny bérce – kazuistika
- 36. Vaculík V., Klócs P.:**
(Klinika úrazovej chirurgie a urgentnej mediciny, Prešov)
Prolongovaná liečba zlomeniny distálnej tibie (kazuistika)
- 37. Vlach J., Bousek R., Snášel J.:**
(Chirurgické oddělení Nemocnice Boskovice s.r.o.)
Škoda Octavia RS – kuriózní úraz – záhada pro znalce
- 38. Mašek M., Ruber V., Vojtaník P.:**
(Klinika úrazové chirurgie LF MU a FN, Brno)
Výtěžnost artroskopicky asistované osteosyntézy zlomenin tibiálního plateau
- 39. Uher T., Otáhal M., Rak V.:**
(Klinika úrazové chirurgie LF MU a FN, Brno)
Přínos artroskopie v algoritmu ošetření poranění dolního konce bérce
- 40. Novák D.:**
(Chirurgické oddělení Nemocnice Nové Město na Moravě)
Nitrodřeňová osteosyntéza dospívajících. Jsou indikace pro zajištěný hřeb?

12.30 - 13.30 oběd

13.30 - 15.00 II. ČÁST ODBORNÉHO PROGRAMU B2

Předsednictvo: J. Mayzlík ,V. Vaculík, J. Vlach

- 41. Habal P., Šimek J.:**
(Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové a Fakultní nemocnice v Hradci Králové: Kardiochirurgická klinika)
Možnosti léčby hrudních komplikací

- 42. Vronský R., Pleva L., Hladík M., Czerný D.:**
(Fakultní nemocnice, Ostrava)
Neobvyklé poranění stěny břichní u dítěte
- 43. Horálek F., Čierny M., Kozumplík L., Melichar V., Vrstyak J.:**
(Úrazová nemocnice Brno, chirurgické oddělení)
Poranění bránice u polytraumatu
- 44. Zábavníková M., Nabuč V., Hojstričová Z.:**
(Klinika plastickej, rekonštrukčnej a estetickej chirurgie,
FN L. Pasteura, Košice)
Jednoduchšie rekonštrukčné postupy u hryzných stratových
poraneniach na hlave
- 45. Doskočil J., Serbák M., Nekvindová P.:**
(Chirurgické oddělení, Litomyšl)
Neobvyklá komplikace při DHS
- 46. Cigaňák J., Magdin D., Šamanský R., Mladý M., Bakoš T.:**
(Úrazové oddelenie nemocnice, Bojnice, MANUS-MED
Prievidza)
Zlomeniny osteosyntetických materiálov
- 47. Burget F., Kudrna K.,**
(I. Chirurgická klinika VFN, Praha)
Neobvyklá peroperační komplikace osteosyntézy IMHS
– kazuistika

16.15 odjezd do Předklášteří u Tišnova

20.00 **SPOLEČENSKÝ VEČER V HOTELU SKALSKÝ DVŮR**

Název: Operačná liečba zlomenín predkolenia (bérce)

Autor: Štefánci V., Tisovský P.

Pracovištie: I. Ortopedicko-traumatologická klinika, Bratislava – Ružinov

Přednosta:

Anotace: Omlouváme se.

Autor sdělení neposkytl ve stanoveném termínu text abstrakta.

Název: Poranění bérce – zhodnocení výsledků léčby a kazuistika

Autor: Burget F., Kudrna K.

Pracoviště: 1. chirurgická klinika VFN, Praha

Přednosta: doc. MUDr. Jan Šváb CSc.

Anotace: Zhodnocení výsledků léčby zlomenin bérce na 1. chirurgické klinice VFN za období 1995-2004 a dvě zajímavé kazuistiky způsobené při úrazu na motocyklu.

Název: Profil hřebu v závislosti na etáži zlomeniny

Autor: Kraus J., Sedlář M.

Pracoviště: I. Chirurgická klinika VFN, Praha

Přednosta: Doc. MUDr. Jan Šváb CSc.

Anotace: Autoři na základě vlastních zkušeností a souboru pacientů demonstrují užití nitrodřevových hřebů o různém průřezu při řešení zlomenin berce.

Název: Osteosynthesa diaphysárních a supramalleolárních zlomenin bérce

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

Pracoviště: Chirurgické oddělení Nemocnice, Prostějov

Primář: MUDr. Bohumil Hruban CSc.

Anotace: Autoři referují o 81 případech zlomenin diaphysy a supramalleolární oblasti bérce ošetřených na chirurgickém oddělení Nemocnice Prostějov v letech 1997 – 2006. Zabývají se indikací k hřebové a dlahové osteosynthese. V souboru ošetřených pacientů sledují frekvenci výskytu compartment sy.

Název: Operační léčba zlomenin distální tibie na našem pracovišti

Autor: Janata P.

Pracoviště: Chirurgické oddělení, Oblastní nemocnice Jičín, a.s.

Primář: MUDr. Libor Etlaiš

Anotace: Autor podává přehled operací zlomenin distální tibie (bérce) v okresní (oblastní) nemocnici. Na chirurgickém oddělení bylo od roku 1995 odoperováno 38 zlomenin distální tibie, klasifikace poranění dle AO 43 XX. Použito metody zevní fixace (7), dlahové osteosyntézy (24) a nitrodřeňového hřebování (7). V případě deprese kloubní plochy vysoké riziko poúrazové arthrozy, zvýšeno při otevřeném poranění.

Název: Riešenie otvorených zlomenín predkolenia na našom pracovisku za 5 ročné obdobie

Autor: Poprac A., Potrus P., Lukačko

Pracovištie: Oddelenie úrazovej chirurgie a ortopedie FN Nitra

Primár: Prof. MUDr. Lohnert, CSc.

Anotace: Autori hodnotia 53 otvorených zlomenín predkolenia od 1. 1. 2002 do 31. 12. 2006 z celkového počtu 447 odoperovaných zlomenín predkolenia. Podľa klasifikácie Gustilo-Andersena je v repertoári použitie zaisteného klinca u typu I. U typu II-III používame fixátor Modus, Prospan, alebo Pinless firmy Synthes.

Název: Kombinované řešení komplikované otevřené zlomeniny distálního bérce-kazuistika

Autor: Diviš P., Reška M., Konečný J., Dvořák Z.

Pracoviště: I. chirurgická klinika FN u sv. Anny v Brně

Přednosta: prof. MUDr. Ivan Čapov, CSc.

Anotace: Autoři popisují kazuistiku muže, přijatého po pádu z výše 2 m, provedeno ošetření komplikované otevřené zlomeniny distálního bérce nejprve trakcí, dále zevní fixací, po zhojení nutný lalokový přenos. V postupu ošetření je kladen důraz na interdisciplinární možnosti v prostředí FN, nezbytné pro řešení komplikovaných úrazů.

Název: Možnosti použitia metódy V.A.C pri otvorených zlomeninách predkolenia.

Autor: Rošák M., Molčanyi T., Kitka M., Tomáš O., Zábavníková M.

Pracoviště: KÚCH Košice

Přednosta: Prof. MUDr. M. Kitka PhD

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

Název: Poranění měkkých tkání jako limitující faktor léčby poranění bérce

Autor: Spudich J., Rybář F.

Pracoviště: Chirurgické oddělení Nemocnice Most

Primář: MUDr. S. Štembera

Anotace: Autoři ve sdělení shrnují dosavadní zkušenosti ze svého pracoviště v léčení poranění skeletu a měkkých tkání bérce. Ohlížejí se i krátce k metodě prvotně odsunutého ošetření ran bývalého primáře chir. oddělení v Mostě F. Krtičky. Taktika ošetření je dána mimo jiné i etází poranění bérce. Správné ošetření poranění měkkých tkání je jednou ze základních podmínek úspěchu v léčbě zlomenin bérce.

Název: Naložení turniketu při primárním ošetření otevřené zlomeniny bérce-kazuistika

Autor: Reška M., Diviš P., Konečný J.

Pracoviště: 1. chirurgická klinika, FN u svaté Anny, Brno

Přednosta: Prof. MUDr. I. Čapov, CSc

Anotace: Na ambulanci naší kliniky byl RZP bez lékaře přivezen mladý pacient, účastník autonehody, který utrpěl otevřenou zlomeninu bérce. Na místě nehody byl ošetřen zdravotníkem, který pro krvácení z místa zlomeniny přiložil kramerovu dlahu a škrtidlo nad kolenem. Po příjezdu na ambulanci byla postižená končetina distálně od turniketu cyanotická, chladná, s anestezií dorsa a planty. Hybnost pouze prstů ve smyslu plantární flexe. I přes okamžité sejmutí turniketu dochází rychle k rozvoji bul, výraznému otoku a bolestivosti, vzestupu IFP a poruchám prokrvení při rozvíjejícím se postischemickém kompartment syndromu. Po akutně provedené fasciotomii dochází ke zlepšení prokrvení končetiny i zlepšení neurologického nálezu, v laboratoři i klinicky však nastupují známky rhabdomyolýzy v postižené oblasti. Po zvládnutí kompartment syndromu byla provedena stabilní osteosyntéza, po operaci časná rehabilitace. Defekt po fasciotomiích byl řešen ve spolupráci s klinikou plastické a estetické chirurgie. Pacient je nyní ve sledování naší ambulance, skelet je zhojen, rehabilitací dosaženo téměř plného obnovení funkce postižené končetiny. Cílem kazuistiky je poukázat na to, že při nedodržení pravidel může naložením škrtidla dojít k vážnému poškození pacienta.

Název: Prolongovaná liečba zlomeniny distálnej tibiie (kazuistika)

Autor: Vaculík V., Kľoc P.

Pracovištie: Klinika úrazovej chirurgie a urgentnej medicíny, Prešov

Přednosta: Vaculík Vlastimil

Anotace: V našej prezentácii sa jedná o pacienta s trieštivou intraartikulárnou zlomeninou distálnej tibiie, ktorá bola riešená operatívne. Sprievodný diabetes mellitus a infekcia mäkkých tkanív komplikovali úspech liečby, ktorá presiahla obdobie troch rokov a vyžiadala si opakované operácie.

Název: Škoda Octavia RS – kuriózní úraz – záhada pro znalce

Autor: Vlach J., Bousek R., Snášel J.

Pracoviště: Chirurgické oddělení Nemocnice Boskovice s.r.o.

Primář: MUDr. Jan Vlach

Anotace: Mediálně sledovaná dopravní nehoda. Patnáctiletý mladík sražen na silnici osobním automobilem, vymrštěn přes střechu vozidla, propadl přes zadní sklo do zavazadlového prostoru. Z nepochopitelných důvodů řidičem auta vyhozen s těžkým poraněním v odlehlém lese. Dominantní poranění – oboustranné zlomeniny tibie – v hraniční indikaci ošetřeny UTN, Titan-Medin.
Průběh hojení 4 měsíce od úrazu více než uspokojivý narozdíl od stavu vyšetřování nehody a potrestání řidiče.

Název: Výtěžnost artroskopicky asistované osteosyntézy zlomenin tibiálního plateau

Autor: Mašek M., Ruber V., Vojtaník P.

Pracoviště: Klinika úrazové chirurgie LF MU a FN Brno

Přednosta: Doc. MUDr. Michal Mašek, CSc.

Anotace: Pro artroskopicky asistovanou osteosyntézu horního konce tibie jsou indikovány nekomplikované zavřené zlomeniny, eventuálně otevřené zlomeniny I. st., klasifikované podle AO B1, B2 a B3 se zachovalou laterální kortikou. Diagnostiku provádíme akutně do 24 hod. Základem jsou RTG snímky ve dvou vzájemně kolmých projekcích (při AP projekci je paprsek skloněn 10st. kaudálně). Za nezbytné považujeme vyšetření CT. MRI doplňujeme při podezření na poranění měkkých struktur. Terapie spočívá v artroskopicky asistovaném operačním výkonu pod kontrolou skiaskopie, provedeném do 24 hod. Bezkrvnost není nezbytná. Eventuální elevaci ze vzdálené trepanace dle potřeby doplňujeme autospongioplastikou. Ke stabilizaci používáme minimálně 2 šrouby kanalizovaného typu. Součástí léčby je časná rehabilitace včetně použití motorové dlahy. Základními podmínkami je schopnost pacienta aktivně spolupracovat, stabilní typ osteosyntézy a stabilní ASK skupina. V roce 2006 jsme ošetřili 55 zlomenin horního konce holenní kosti. Z toho bylo 32 řešeno ASK asistovanou osteosyntézou. Průměrná doba hojení činila 8 týdnů. Kov extrahujeme individuálně. Komplikace: hojení p.s.i. 2x, hluboká tromboflebitida 1x, hlubokou infekci ani selhání osteosyntézy jsme nezaznamenali.

Resumé: Výhodou ASK asistované osteosyntézy je miniinvazivní operační výkon s možností exaktní diagnostiky a anatomické repoze. Současně umožňuje ošetření měkkých struktur kolena. Další výhodou je zachování primárního hematomu, minimalizace bolesti a zkrácení celkové doby léčení. Možnost okamžité aktivní rehabilitace přispívá k dobrému funkčnímu výsledku. Ekonomický aspekt artroskopického řešení také není zanedbatelný.

Název: Přínos artroskopie v algoritmu ošetření poranění dolního konce bérce

Autor: Uher T., Otáhal M., Rak V.

Pracoviště: Klinika úrazové chirurgie LF MU a FN Brno

Přednosta: Doc. MUDr. Michal Mašek, CSc.

Anotace: Poranění skeletu i měkkých tkání dolního konce bérce je v traumatologii velmi časté. Zaměřili jsme se na algoritmus vyšetření a ošetření těchto poranění. Standardně provádíme klinické vyšetření, RTG, UZV, CT, MRI či MRA podle rozsahu a závažnosti poranění. Artroskopie je indikována u akutních i chronických lezí. To nám umožňuje dosažení precizní diagnostiky a včasné a exaktní léčby s využitím miniinvasivních postupů. Přínos pro pacienty vidíme především ve zkrácené době hospitalizace, rekonvalescence a rehabilitace. Dobré výsledky jsou dosaženy koncentrací těchto pacientů na pracoviště s nepřetržitou artroskopickou službou a vysokou frekvencí těchto výkonů.

Název: Nitrodřeňová osteosyntéza dospívajících. Jsou indikace pro zajištěný hřeb?

Autor: Novák D.

Pracoviště: Chirurgické oddělení Nemocnice Nové Město na Moravě

Primář: MUDr. Milan Maleček

Anotace: Na pracovišti autora jsou diafyzární zlomeniny tibie řešeny téměř výlučně nitrodřeňovou osteosyntézou. Děti jsou indikovány k metodě ESIN nebo konzervativní terapii. Pro dospívající vidí autor i vhodné použití zajištěného hřebu. Indikace jsou zvláště při tříštivých nestabilních zlomeninách u robustních a obézních pacientů. Sledování růstu kosti v oblasti proximální epifyzární ploténky je nutností.

Název: Možnosti léčby hrudních komplikací

Autor: Habal P., Šimek J.

Pracoviště: Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové a Fakultní nemocnice v Hradci Králové: Kardiochirurgická klinika

Přednosta: Doc. MUDr. J. Harrer, PhD.

Anotace: Cílem sdělení bylo na kazuistikách připomenout, že i hrudní chirurgové se občas podílejí na komplexní péči o nemocné. Náš soubor je různorodý s věkovým rozpětím 22–91 let (průměr 61,75 let). Tvoří ho jednak nemocní po úspěšné KPR, jednak v závažném stavu z mnoha příčin, kteří jsou podrobováni v rámci intenzivní péče invazivním vyšetřovacím nebo terapeutickým úkonům.

1. skupinu tvoří 3 nemocní po úspěšné KPR. U dvou vznikla dechová nedostatečnost, jejíž příčinou byla nestabilní hrudní stěna při blokových zlomeninách žeber a sternu po nepřímé srdeční masáži. U dalšího došlo ke kominutivní zlomenině sternu, poraněná mammární artérie způsobila levostranný hemotorax a přivedla nemocného až do hemoragického šoku.

Časná stabilizace je nutná dříve, než dojde k rozvoji šokové plíce nebo ARDS. Ukázalo se, že indikace k chirurgické stabilizaci hrudníku v prvních dvou případech byla přínosem pro celkový další vývoj zdravotního stavu nemocných.

2. skupina je různorodá. Je tvořena řadou nemocných, kdy po punkcích hrudníku z důvodů diagnostiky, či terapie došlo ke vzniku pneumotoraxu nebo hemotoraxu. Zvláštní skupinu tvoří nemocní, u kterých po diagnostické punkci patologických ložisek v plicním parenchymu vznikl pneumotorax. Závažnějšími komplikacemi jsou případy, kdy po kanylaci centrálních žil došlo k poranění s následným vznikem hemotoraxu, či pneumotoraxu. Hemotorax při poranění žíly se daří vyléčit konzervativně hrudní drenáží, poranění podklíčkové artérie je závažné, vyžadující časnou chirurgickou intervenci. Pneumotorax, vzniklý při kanylaci podklíčkové žíly, se daří

vždy zvládnout hrudní drenáží. Chirurgickou revizí často končí případy hrudních drenáží, kdy dojde k poranění plicního parenchymu se vznikem hemotoraxu a s masivním únikem vzduchu.

Spíše raritní skupinu tvoří 3 nemocní s migrujícími cizími tělesy v pleurální dutině. V prvním případě se jednalo o tyč ze stabilizačního páteřního aparátu, která vycestovala do levé pleurální dutiny retroperitoneálním prostorem. V druhém případě se jednalo o část zavaděče v jugulární žíle, který za 17 let vcestoval do pleurální dutiny a byl příčinou opakovaných pneumonií. Snad nejraritnější je případ vcestování hrudního drénu do pleurální dutiny při špatné ošetrovatelské péči. Tato cizí tělesa se vždy podařilo užitím VTS s rtg navigací odstranit.

Závěr: Při indikaci jakékoliv invazivní diagnostické či terapeutické metody je třeba na možné komplikace pamatovat. Bohužel se často ukazuje, že indikující a vyšetření provádějící lékař není schopen vzniklé komplikace včas nejen odhalit, natož řešit.

Název: Neobvyklé poranění stěny břišní u dítěte

Autor: Vronský R., Pleva, L., Hladík, M., Czerný, D.

Pracoviště: Chirurgická klinika FN, Ostrava

Přednosta: Doc. MUDr. Jan Dostálík, CSc.

Anotace: Poranění břicha vykazují vyšší úmrtnost než poranění CNS. Díky rozvoji dopravy a adrenalinových sportů i stoupající četnost. Obecně je dělíme na zavřená a otevřená. Zatímco u otevřených nečiní diagnostika a léčba většinou obtíže, u zavřených poranění je diagnostika i přes použití moderních diagnostických metod obtížná.

V našem sdělení se zaměřujeme na poranění stěny břišní.

Podle intenzity násilí nacházíme pestrou škálu klinických obrazů od prosté kontuze až po dilaceraci stěny břišní, imitující i nitrobřišní poranění.

Uvádíme kazuistiku jednoho našeho pacienta, pětiletého chlapce poraněného padající ruční bruskou v pravém mesogastriu.

Vstupní klinický i sonografický nálezn byl nejednoznačný. Nebyly známky perif. dráždění.

V pravém mesogastriu patrný útvar 6 x 2 x 2 cm sonograficky popsán jako hematom stěny břišní.

Přes naléhání matky bylo dítě vzhledem k mechanismu úrazu (pád tělesa o hmotnosti 20 kg) hospitalizováno.

Do 24 hodin dochází k rozvoji traumatické hernie, resp. kryté ruptuře stěny břišní.

Indikována operační revize s reparací stěny břišní. Pooperační průběh bez komplikací.

Chtěli jsme naším sdělením upozornit na obtížnost diagnostiky zavřených poranění stěny břišní a nutnost pečlivého klinického sledování i při negativním sonografickém a laboratorním nálezu

Název: Poranění bránice u polytraumatu

Autor: Horálek F., Čierny M., Kozumplík L., Melichar V., Vrstyak J.

Pracoviště: Úrazová nemocnice Brno, chirurgické oddělení

Primář: MUDr. F. Horálek

Anotace: Ruptura bránice, která vzniká následkem thorakoabdominálních poranění u 3–5 % polytraumatizovaných pacientů může zapříčinit herniaci nitrobřišních orgánů do dutiny hrudní a také může způsobit závažnou kardiopulmonální insuficienci. Klinické příznaky bývají často zastřené poraněním jiných nitrobřišních orgánů či skeletu, nespoluprací pacienta, často je diagnóza stanovena se zpožděním. K včasné diagnóze je popsán diagnostický algoritmus, jsou presentovány nálezy laboratorních a pomocných vyšetření u skupiny pacientů s úrazovou brániční hernií a popsány možnosti rekonstrukce defektů a výsledky demonstrovány na skupině námi ošetřovaných pacientů.

Název: Jednoduchšie rekonštrukčné postupy u hryzných stratových poraneniach na hlave

Autor: Zábavníková M., Jabur V., Hojstričová Z.

Pracoviště: Klinika plastickej, rekonštrukčnej a estetickej chirurgie, FN L. Pasteura, Košice

Přednosta: MUDr. Marianna Zábavníková, PhD.

Anotace: Poúrazové defekty ušnice sú spôsobené najčastejšie hryzným poranením, ostrým rezným poranením, zriedkavejšie ide o tržné a zhmoždené rany, popáleniny a omrzliny. Vyskytujú sa skôr na obvode voľnej, odstávajúcej časti ušnice, bez porušenia konchy. Ak ide o stratové poranenie, kde amputovaná časť ušnice je zachovaná, možno ju pri rekonštrukcii použiť niekoľkými spôsobmi v závislosti od kvality amputovanej časti a v závislosti od časového odstupu od úrazu. Dôležitým faktorom pri výbere operačného riešenia je charakter rany na zachovanej časti ušnice.

Bežným postupom je použitie chrupavčitej kostry amputovanej časti, ktorá sa prišije k zachovanej časti ušnice a vloží do subkutánneho priestoru v susednej retroaurikulárnej oblasti. Tento spôsob rekonštrukcie však vyžaduje následné odpojenie ušnice o 6 mesiacov, podobne ako je to u rekonštrukcie ušnice pri vrodenej aplázii ušnice.

Ak sa amputovaná časť nedá použiť, nahrádza sa defekt transplantáciou chrupavčitej kostry v prirodzenom tvare stratenej časti ušnice, vymodelovanej z chrupavky rebier pacienta. Táto rekonštrukčná operácia sa plánuje až o niekoľko mesiacov, po zhojení primárnej rany a dozretí jaziev v oblasti ušnice. V kazuistike je popísaný spôsob rekonštrukcie stratového poranenia ušnice, odhryznutej psom, v jednom sedení s prišitím chrupavky amputátu k zachovanej časti a prekrytím temporoparietálnym fasciálnym lalokom a kožným transplantátom.

Název: Neobvyklá komplikace při DHS

Autor: Doskočil J., Serbák M., Nekvindová P.

Pracoviště: Chirurgické oddělení, Litomyšl

Primář: MUDr. Dvořák Dalibor

Anotace: Obsahem sdělení je komplikace při DHS. Zalomení vodícího drátu v kloubní štěrbině kyčelního kloubu. Způsob extrakce.

Název: Zlomeniny osteosyntetických materiálov

Autor: Cigaňák J., Magdin D., Šimanský R., Mladý M., Bakoš T.

Pracovište: Úrazové oddelenie nemocnice v Bojniciach, MANUS-MED Prí-
evidza, Slovensko

Primár: MUDr. R. Šimanský

Anotace: Autori v 15 ročnom súbore sumarizujú únavové zlomeniny osteosyntetických materiálov: AO dlah, Enderových klinov, Prevotových klinov, Kirschnerových drôtov, Kuntcherových klinov, skrutiek, Serklážového drôtu. Analyzujú príčiny a v drobných kazuistikách i ďalšie reosteosyntézy po týchto komplikáciách.

Název: Neobvyklá peroperační komplikace osteosyntézy IMHS – kazuistika

Autor: Burget F., Kudrna K.

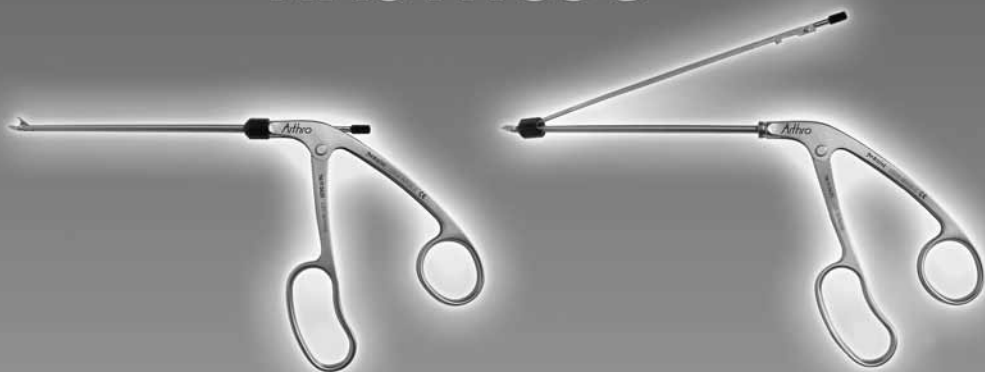
Pracoviště: 1. chirurgická klinika VFN Praha

Přednosta: doc. MUDr. Jan Šváb CSc.

Anotace: Neobvyklá peroperační komplikace při osteosyntéze IMHS u pacientky s pertrochanterickou zlomeninou.



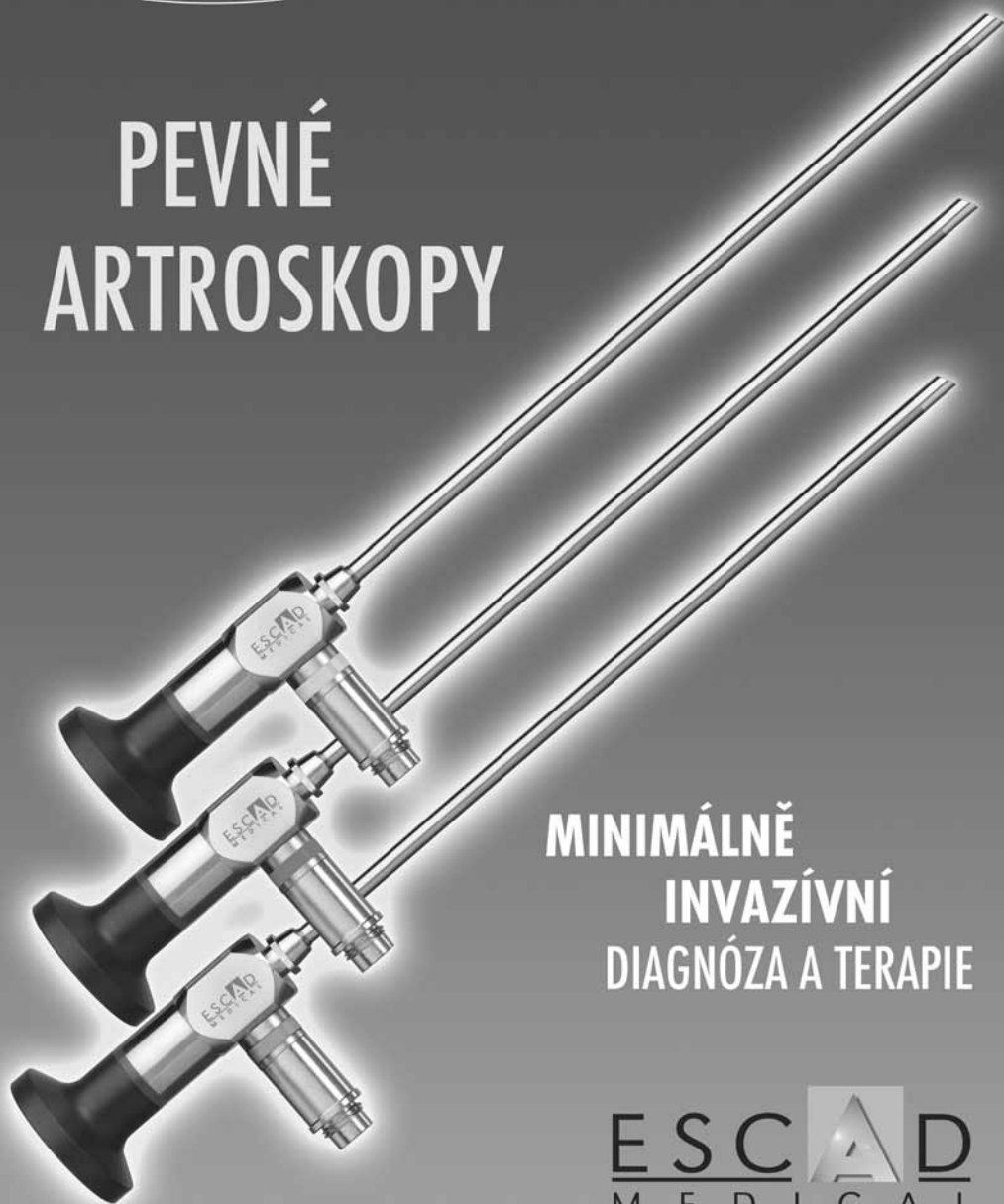
NOVÁ ŘADA ARTROSKOPICKÝCH NÁSTROJŮ



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



PEVNÉ ARTROSKOPY



MINIMÁLNĚ
INVAZÍVNÍ
DIAGNÓZA A TERAPIE

ESCAD
MEDICAL

9.00 - 11.00

I. ČÁST ODBORNÉHO PROGRAMU A3

Předsednictvo: J. Bartko, M. Huřan, P. Kothaj, J. Podlaha

48. Kothaj P.:

(Chirurgická klinika, Nemocnica F. D. Roosevelta, Banská Bystrica)

Rizikové fázy resekcie pečene

49. Nad' I., Šikula M., Sommerová K., Třeštk M.:

(Chirurgické oddělení Nemocnice TGM, Hodonín)

Kýly v portu po laparoskopických operacích

50. Sommerová K., Vychytil O., Nad' J.:

(Chirurgické oddělení Nemocnice TGM, Hodonín)

Incarcerace paracoekální kýly

51. Podlaha J., Gregor Z., Dvořák M.:

(II. Chirurgická klinika FN u sv. Anny, Brno)

Řešení infekce artifiální cévní protězy v aorto-ilickém úseku

52. Chrostek M., Hájek A.:

(Chirurgicko-traumatologické oddělení Nemocnice, Frýdek-Místek, p.o.)

Standardy a protokoly v perioperační výživě elektivně operovaných pacientů

53. Palaj J., Konečný J., Kukla K., Petráš L., Tuchyňa P., Velický R.:

(Chirurgické oddelenie Bojnice)

70 D2 resekcí pre karcinóm žalúdka

54. Rindoš R., Láska M.*, Havelka V.*, Tripský J.*, Piovarčí D.*, Habal P., Harrer J.:

(Kardiochirurgická klinika FN Hradec Králové, *Centrum hrudnej chirurgie Vyšné Hágy, SR)

Pointubačné lézie trachey

55. Durdik Š., Čamba P., Šimo J., Satko I.:

(Chirurgická klinika FNŠP, Bratislava)

Neobvyklá příčina abdominálního dyskonfortu – divertikel duodena

56. Huťan M., Kutarňa J., Huťan M. ml.:

(IV. Chirurgická klinika LFUK a FNŠP Bratislava, pracovisko Ružinov)

Niektoré aspekty liečebných postupov pri akútnej pankreatitíde

57. Prochotský A., Okoličány R., Slezák V., Biath P.:

(II. Chirurgická klinika LF UK, FNŠP Bratislava)

Lokálna excízia karcinómu rekta v ére totálnej mezorektálnej excízie (TME)

11.30

SLAVNOSTNÍ ZAKONČENÍ SJEZDU – SÁL A

Název: Rizikové fázy resekce pečene

Autor: Kothaj P.

Pracoviště: Chirurgická klinika Nemocnice F. D. Roosevelta, Banská Bystrica

Přednosta: Prof. MUDr. Peter Kothaj, PhD.

Anotace: Omlouváme se.

Autor sdělení neposkytl ve stanoveném termínu text abstrakta.

Název: Kýly v portu po laparoskopických operacích

Autor: Nad' J., Šikuda M., Sommerová K., Třeštík M.

Pracoviště: Chirurgické oddělení Nemocnice TGM, Hodonín

Primář: MUDr. O. Vychytil

Anotace: Autoři formou kazuistik prezentují problematiku vzniku kýl v portech po laparoskopických operacích a možnosti laparoskopického řešení.

Název: Incarcerace paracoekální kýly

Autor: Sommerová K., Vychytil O., Nad' J.

Pracoviště: Chirurgické oddělení Nemocnice TGM, Hodonín

Primář: MUDr. O. Vychytil

Anotace: Autoři sdělení upozornují na mimořádně vzácnou příčinu NPB v kombinaci se složitými anatomickými poměry. Rozebírají případ z hlediska anamnesy, předchozí operace, dlouhodobých obtíží, taktiky operačního výkonu, pooperačního sledování a pozdních následků operace.

Název: Řešení infekce artifiční cévní protězy v aorto-ilické úseku

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

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

Přednosta: Doc. MUDr. Zdeněk Gregor, CSc.

Anotace: Omlouváme se.

Autor sdělení neposkytl ve stanoveném termínu text abstrakta.

Název: Standardy a protokoly v perioperační výživě elektivně operovaných pacientů

Autor: Chrostek M., Hájek A.

Pracoviště: Chirurgicko-traumatologické oddělení Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o.

Primář: MUDr. Alois Hájek

Anotace: Cílem klinických standardů a protokolů je rychlé zavádění nejnovějších poznatků medicíny do klinické praxe při minimalizaci rizika pro pacienty. V současné době je formulace klinických doporučení pro oblast perioperační výživy výsledkem konsensu expertů. Primárním důvodem pro formulaci standardů je nejčastěji snaha o změnu stávající situace a zavedení modernějších postupů. Standardy jsou zpravidla závazné a garantují úroveň poskytované péče.

U pacientů přicházejících k elektivní operaci pro kolorektální karcinom (CRC) používáme od roku 2004 protokol ERAS (enhanced recovery after surgery, ESPEN Kongress Lisbon 2004). Z tohoto protokolu lze vycházet pro perioperační management i jiných plánovaných operací (např. operace kýly). Podstatou jsou:

- odstranění předoperačního hladovění
- časně pooperační obnovení příjmu stravy ústy
- chápání výživy, jako součásti léčby pacienta
- redukce „stresujících“ faktorů v perioperačním období
- časná mobilizace

U všech pacientů provádíme screening nutričního rizika. Pacienty v nutričním riziku indikujeme k předoperační nutriční podpoře :

- pokles hmotnosti větší než 10 – 15 % za posledních 6 měsíců
- BMI pod 18,5 kg/m²
- albumin pod 30 g/l (bez jaterní, nebo renální dysfunkce)

Nutriční podpora je rovněž indikována u pacientů bez zjevné poruchy výživy, kde předpokládáme vyloučení příjmu ústy delší než 7 dní, či příjem nebude dosahovat 60 % doporučené hodnoty po dobu delší než 10 dní.

Předoperační hladovění není nutné u většiny pacientů. Pokud nemají specifická rizika aspirace, mohou pít čiré tekutiny ještě 2 hodiny před začátkem anestezie. Večer před operací podáváme 600 ml 12,5 % roztoku maltodextrinu, dalších 400 ml podáváme ráno, minimálně dvě hodiny před zahájením anestezie. Enterální výživa podávána ústy v den operace snižuje riziko pooperační atonie GIT, redu-

kuje pooperační inzulinovou rezistenci, chrání kosterní svaly, omezuje nepříjemné pocity operovaných v den operace (žízeň, hlad, nervozita, strach atd.). Vzhledem k tomu, že pacienti na operační sál nepřicházejí dehydratováni, není podávání velkých dávek krystaloidů opodstatněné. Doporučená dávka u hemodynamicky stabilního pacienta je 4 ml/kg/h. Pooperační přerušení příjmu výživy ústy rovněž není nutné, závisí na individuální toleranci a typu chirurgického výkonu. Příjem ústy nezhoršuje hojení anastomosis. V den operace, 3 – 4 hodiny po skončení anestezie, podáváme per os čiré tekutiny do celkového množství až 1500 ml. Pokud pacient toleruje příjem ústy, minimalizujeme intravenózní přísun tekutin. První pooperační den, při nekomplikovaném průběhu, podáváme pevnou stravu. V případě, že má pacient zavedenou enterální sondu podáváme v den operace 20 ml enterální výživy za hodinu. První pooperační den 40 ml/ hod. (900 ml/ den).Druhý den 50 – 70 ml/ hod. (1 – 1,5 l). Třetí pooperační den 70 – 100 ml/hod (1,5 – 2 l/ den). Pokud je nutné podávání výživy sondou delší než 4 týdny, zakládáme enterostomii, PEG. Možnost časně reallimentace je ovlivněna typem použité anestezie, analgezie, mírou operačního stresu, přítomnosti hypotermie, hypoxemie, přítomnosti drénů a katetrů.

Literatura

1. Weimann A, Braga M, Harsanyi L, Lavino A, Ljungqvist O, Soeters P.: ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Surgery including Organ Transplantation. Clinical Nutrition (2006) 25, 224 - 244
2. Fearon K. C., Ljungqvist O., et al.(2005): Enhanced recovery after surgery: a consensus review of clinical care for patients undergoing colonic resection. Clinical Nutrition (2005) 24 (3): 466 – 77
3. Kaška M., Grosmanová T., Havel E., Hyšpler R.: Příprava k operaci s perorálním příjmem v den plánované operace. Rozhledy v Chirurgii 11/06 , 554 - 559
4. Person B, Wexner S.: The management of Postoperative Ileus. Curr Probl Surg. 2006 Jan; 43(1): 6 – 65
5. Susan R. Roberts, Donald A. Kenerly: Nutricion support in the intensive care 2003: 23, 49-57
6. J. Koniger : Postoperative Ileus, Der Chirurg 10/2006, 904 – 912
7. F. Novák: Standarty a protokoly ve výživě kriticky nemocných 2007, XIII Žaludovy dny, Ústí nad Labem

Název: 70 D2 resekcí pre karcinóm žalúdka

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

Pracoviště: Chirurgické oddelenie Bojnice

Primár: MUDr. Nárožný

Anotace: V rokoch 1999 – 2006 bolo na chirurgickom odd. v Bojniciach vykonaných 70 radikálnych D2 resekcí pre karcinóm žalúdka. Do súboru D2 resekovaných boli zaradení pacienti, u ktorých bolo odstránených 25 a viac lymfatických uzlín. V priemere bolo odstránených 35 lymfatických uzlín (25 – 67) na jednu operáciu. 39x bola vykonaná totálna gastrektómia, 41 subtotálna gastrektómia, v 6 prípadoch bola vykonaná distálna pankreatektómia so splenektómiou, 2x splenektómia bez pankreatektómie. Exitovalo 23 pacientov z toho na recidívu 18. V perioperačnom 30-dňovom období exitoval jeden pacient. Z 18 D2 resekovaných pacientov operovaných v rokoch 1999 – 2001, 5 rokov preživa 11 pacientov (61 %).

Počínajúce skúsenosti z D2 resekciami z rokov 1999-2000, boli po prvý krát prezentované na V. setkání českých a slovenských chirurgů na Morave v máji 2001. V súbore bolo 11 pacientov. Zo všetkých pacientov operovaných v rokoch 1999 – 2001 (radikální D1+D2+ paliatívni = 54) preživa 5 rokov 13 pacientov (24 %). Modifikovane D2 resekcie žalúdka sú v súčasnosti na chirurgickom odd. v Bojniciach štandardnou liečbou, ktorá prináša zlepšené výsledky v dlhodobom prežívaní pacientov s karcinómom žalúdka.

Název: Pointubačné lézie trachey

Autor: Rindoš R., Láska M.*, Havelka V.*, Tripský J.*, Piovarči D.*, Habal P., Harrer J.

Pracoviště: Kardiochirurgická klinika FN Hradec Králové, *Centrum hrudnej chirurgie Vyšné Hágy

Přednosta: Doc. MUDr. J. Harrer, PhD

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

Název: Neobvyklá příčina abdominálního dyskonfortu – divertikel duodena

Autor: Durdik Š., Čamba P., Šimo J., Satko I.

Pracoviště: Chirurgická klinika FNŠP, Bratislava

Přednosta: Doc. MUDr. Peter Labaš, CSc.

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

Název: Niektoré aspekty liečebných postupov pri akútnej pankreatitíde.

Autor: Huťan M., Kutarňa J., Huťan M ml.

Pracovište: IV. chirurgická klinika LFUK a FNŠP Bratislava, pracovisko Ružinov

Přednosta: doc. MUDr. Martin Huťan CSc.

Anotace: Akútna pankreatitída predstavuje spektrum ochorenia od ľahkej až po rapidnú progresívnu fulminantnú formu choroby s MODS , so sepsou alebo bez sepsy. Mortalita všetkých prípadov sa uvádza 2 – 9 % , avšak mortalita infikovaných pankreatických nekróz 14 – 62 % . Základom liečby zostáva aktívna konzervatívna liečba so dobrými diagnostickými možnosťami priebehu. Autori analyzujú výsledky niektorých medzinárodných podujatí, týkajúcich sa liečby a starostlivosti o pacientov s akútnou pankreatitídou. Analyzujú možnosti stratifikácie ochorenia, CT vyšetrenia, liečbu bolesti, zvracania, ATB liečby, význam ERCP a EPS pri biliárnej pankreatitíde, FNA a chirurgickej liečby septických komplikácií a sterilnej nekrózy, enterálnej nutrie a významu tzv. „pankreatickej jednotky“. Ich skúsenosti vychádzajú zo súboru 1350 pacientov, hospitalizovaných na IV. Chirurgickej klinike LFUK v Bratislave v rokoch 1990 – 2006. Celková mortalita v súbore je nízka, avšak mortalita operovaných pacientov pre infikovanú nekrózu zostáva vysoká (26,1 %). Podľa ich názoru veľký význam v liečbe ťažkých foriem nekrotizujúcej pankreatitídy má pankreatická jednotka, ktorá je v uvedenej nemocnici vytvorená podľa medzinárodných odporúčaní.

Název: Lokálna excízia karcinómu rekta v ére totálnej mezorektálnej excízie (TME)

Autor: Prochotský A., Okoličány R., Slezák V., Biath P.

Pracovišťe: II. Chirurgická klinika LF UK, FNŠP Bratislava

Přednosta: prof. MUDr. J. Pechan, CSc.

Anotace: Metóda lokálnej liečby karcinómu rekta poskytujú výhody, ako sú nízka morbidita a takmer nulová mortalita, eliminácia permanentnej stómie, excelentné funkčné výsledky a zachovanie vysokej kvality života pacientov. Medzi ich najväčšie nevýhody patrí absencia histologického zhodnotenia lymfatických uzlín (LU). Ablatívne techniky dokonca neumožňujú ani posúdiť definitívny staging ochorenia. Preto majú tieto metódy oprávnenie len pri správnej selekcii pacientov. Lokálna excízia (LE) T1 tumorov s vhodnou lokalizáciou, veľkosťou, priaznivou histopatologickou charakteristikou a pri dosiahnutí adekvátnych líní excízie poskytuje možnosť kuratívnej liečby. Pri T2 tumoroch je situácia odlišná, lebo riziko infiltrácie LU karcinómom je vysoké. Preto by mali byť pacienti v tomto štádiu ochorenia liečení metódami lokálnej excízie len vtedy, ak nie sú vhodnými kandidátmi extenzívnej chirurgie a rádioterapie by mala byť bezpodmienečne rutinnou súčasťou terapie. V opačnom prípade je riziko lokálnej rekurencie karcinómu rekta neakceptovateľne vysoké



**HŘEBY
FEMOR
REKONSTRUKČNÍ
RETROGRÁDNÍ
TIBIE
HUMERUS**



PROVEDENÍ TITAN

9.00 - 11.00

I. ČÁST ODBORNÉHO PROGRAMU B3

Předsednictvo: J. Cigaňák, J. Edlman, P. Nestrojil, M. Zábavníková

58. Klócs P., Vaculík V.:

(Klinika úrazovej chirurgie a urgentnej medicíny, Prešov)
Plávajúce rameno

59. Daňo J., Vaculík V., Tarbajovský T.:

(Klinika úrazovej chirurgie a urgentnej medicíny, Prešov)
Atypická zlomenina lopatky

60. Ruber V., Mašek M., Ira D.:

(Klinika úrazovej chirurgie LF MU a FN, Brno)
Ošetření zlomenin člunkové kosti novým typem kompresního šroubu

61. Kacian J., Orlovský K.:

(Oddelenie úrazovej chirurgie NsP, Žilina)
Naše skúsenosti s použitím PFN v liečbe zlomenín horného konca stehennej kosti

62. Kompaník R., Štefánek L.:

(Oddelenie úrazovej chirurgie NsP, Žilina)
Naše skúsenosti s použitím DFN v liečbe zlomenín dolného konca stehennej kosti

63. Kovář J.:

(Chirurgické oddělení, Oblastní nemocnice Jičín, a.s.)
Využití reпозиčních kleští MEDIN na našem pracovišti

64. Malušek P., Chroustovský J.:

(Ortopedické oddělení Nemocnice, Nové Město na Moravě)
Řešení hlubokých chondrálních defektů nosných kloubů, naše zkušenosti s použitím solidního chondrograftu

65. Novák D.:

(Chirurgické oddělení Nemocnice, Nové Město na Moravě)
LCP MEDIN – současnost a blízká budoucnost

66. Nestrojil P.:

(Klinika traumatologie LF MU Úrazové nemocnice, Brno)
Komplexní poranění bérce

67. Ryppl A., Kálal P., Kopačka P.:

(Traumacentrum České Budějovice)
Compartiment syndrom – manifestace a management

11.30

SLAVNOSTNÍ ZAKONČENÍ SJEZDU – SÁL A

Název: Plávající rameno

Autor: Křoc P., Vaculík V.

Pracoviště: Klinika úrazové chirurgie a urgentnej medicíny, Prešov

Přednosta: MUDr. Vaculík Vlastimil

Anotace: V práci sa zaoberáme problematikou ipsilaterálnych poranení ramenného pletenca známych aj pod pojmom „floating shoulder“. Po stručnom teoretickom úvode, v rámci ktorého klinickú jednotku definujeme a uvádzame otázky súvisiace s jeho diagnostikou a terapiou, retrospektívne hodnotíme za sledované obdobie náš súbor pacientov s týmto poranením. Pojem plávající rameno je relatívne nový a aktuálny najmä v súvislosti so stále sa zvyšujúcou agresivitou úrazových mechanizmov.

Název: Atypická zlomenina lopatky

Autor: Daňo J., Vaculík V., Tarbajovský T.

Pracoviště: Klinika úrazovej chirurgie a urgentnej medicíny, Prešov

Přednosta: MUDr. Vaculík Vlastimil

Anotace: V prednáške sa venujeme problematike zlomenín lopatky, ktoré sa vyskytli na našej klinike v poslednom období. Lopatka bola doposiaľ doménou konzervatívnej liečby. Indikáciou k operačnej liečbe sú predovšetkým dislokované intraartikulárne zlomeniny glenoidu. U extraartikulárnych zlomenín je hlavným dôvodom operácie výrazná dislokácia a angulácia úlomkov. Veľmi dôležitá je predoperačná diagnostika predovšetkým 3D CT.

Prístup záleží na type a lokalizácii zlomeniny. U zlomenín tela je najlepšie použiť dorzálny Judetov prístup s oblúkovitou kožnou incíziou a mobilizáciou m. infraspinatus. S dlhovou osteosyntézou je treba začať na laterálnom okraji lopatky a potom ju doplniť event. fixáciou na strane mediálnej. Vzhľadom na nízky počet týchto zlomenín i komplikovaný prístup je lepšie ošetrovať tieto zlomeniny na špecializovaných pracoviskách.

Název: Ošetření zlomenin člunkové kosti novým typem kompresního šroubu

Autor: Ruber V., Mašek M., Ira D.

Pracoviště: Klinika úrazové chirurgie LF MU a FN Brno

Přednosta: Doc. MUDr. Michal Mašek, CSc.

Anotace: Úvod: Zlomeniny člunkové kosti jsou nejčastější zlomeninou karpálních kústek. V diagnostice poranění se opíráme zejména o zobrazovací metody. Základem je prostá skiografie, která je dnes rutinně doplněna CT vyšetřením či event. vyšetřením pomocí MR. Dle výsledků vyšetření klasifikujeme zlomeniny dle Herberta.

Metodika: K operačnímu ošetření zlomenin používáme Herbertův šroub. Od počátku roku 2006 aplikujeme nový typ tohoto šroubu - 3,0 HCS firmy Synthes. Jeho hlavní výhodou proti staršímu typu je možnost přesně určit míru komprese fragmentů. Dále je vodící drát opatřen závitem, což umožní nekomplikované cílení a retenci v dané pozici. Šroub zavádíme dle typu zlomeniny perkutánní cestou nebo po otevřené repozici fragmentů.

Výsledky: Na Klinice úrazové chirurgie LF MU a FN Brno jsme v roce 2006 ošetřili celkem 67 zlomenin člunkové kosti. Z toho operačně 26 zlomenin. 14 zlomenin jsme ošetřily miniinvazivně perkutánní cestou. Zbýlých 12 zlomenin otevřenou operací. U všech 26 operovaných zlomenin jsme ke stabilizaci použily nový typ kompresního šroubu 3,0 HCS fy Synthes.

Diskuse: V léčbě zlomeniny člunkové kosti jsme vedeni snahou provést stabilní ošetření bez nutnosti přídatné fixace. Nový typ samo-kompresního šroubu 3,0 HCS tento požadavek splňuje. Je možné jej použít k provedení stabilní osteosyntézy jak perkutánní tak otevřenou cestou. Instrumentarium: 1. eliminuje nežádoucí uvolnění vodičího K drátu 2. umožňuje docílit kontrolovanou kompresi fragmentů.

Literatura:

1. *Saurbier M., Hermann G., Macho A.*: Current Concepts in Treatment of Scaphoid Fractures, *Eur. J. Trauma*, 30, 2004, 2, 80-92
2. *Krimmer H., Schmidt R., Herbert T.*: Kahnbeinfrakturen – Diagnostik, Klassifikation und Therapie, *Der Unfallchirurg*, 103, 2000, 10, 812-819

Název: Naše skúsenosti s použitím PFN v liečbe zlomenín horného konca stehennej kosti

Autor: Kacian J., Orlovský K.

Pracovištie: Oddelenie úrazovej chirurgie NsP Žilina

Primár: MUDr. Karol Orlovský

Anotace: V práci autori prezentujú vlastné skúsenosti s použitím implantátu PFN firmy MEDIN v liečbe zlomenín stehennej kosti. Porovnávajú výhody a nevýhody s inými typmi osteo-syntéz. Záver práce tvorí prezentácia výsledkov.

Název: Naše skúsenosti s použitím DFN v liečbe zlomenín dolného konca stehennej kosti

Autor: R. Kompaník, L. Štefánek

Pracovištie: Oddelenie úrazovej chirurgie NsP Žilina

Primár: MUDr. Orlovský Karol

Anotace: Autori v práci prezentujú prvé skúsenosti s aplikáciou DFN u zlomenín dist. konca femuru a porovnávajú s ostatnými typmi osteosyntézy.

Název: Využití repositionálních kleští MEDIN na našem pracovišti

Autor: Kovář J.

Pracoviště: Chirurgické oddělení, Oblastní nemocnice Jičín, a.s.

Primář: MUDr. Libor Etlaiš

Anotace: Autor podává přehled a metodiku aplikace repositionálních kleští pro retenci, repozici a provizorní fixace hlavně u příkloubních zlomenin. Výše uvedený nástroj usnadňuje osteosyntézu, zkracuje dobu operace a RTG záření .

Název: Řešení hlubokých chondrálních defektů nosných kloubů, naše zkušenosti s použitím solidního chondrograftu

Autor: Malušek P., Chroustovský J.

Pracoviště: Nemocnice Nové Město na Moravě, ortopedické oddělení

Primář: MUDr. Jaromír Chroustovský

Anotace: Chondrální defekty alterují kloubní funkci zejména narušením kongruence kloubních povrchů a zvýšením tření mezi kloubními plochami artikulujících kostí.

Při terapii chondrálních defektů jsou v současnosti využívány dva přístupy:

1. Klasické techniky úpravy kloubních povrchů (debridement, návrtvy, mikrofraktury).
2. Nové postupy – přenos osteochondrálních bločků, použití suspenze kultivovaných chondrocytů a v poslední době aplikace autologních chondrocytů uložených v trojrozměrném nosiči.

Autoři ve svém sdělení podávají stručný přehled metod používaných pro obnovu kloubního povrchu, podrobněji pak popisují metodu aplikace solidního chondrograftu, podávají přehled indikací, operačního postupu a rozebírají soubor 12 nemocných, kteří byli na pracovišti od roku 2004 touto technikou ošetřeni.

Název: LCP MEDIN. Současnost a blízká budoucnost

Autor: Novák D.

Pracoviště: Chirurgické oddělení Nemocnice Nové Město na Moravě

Primář: MUDr. Milan Maleček

Anotace: Autor hodnotí aplikaci tuzemské LCP dlahy, kterou užívá jako volární radiální dlahu pro zlomeniny distálního radia a rekonstrukční dlahu, která má užití v oblasti klíční kosti, distálního humeru, ulny či fibuly. Systém zamykatelných šroubů stabilizuje postavení šroubů v kosti a umožňuje časnou rehabilitaci, což odpovídá současným léčebným trendům. Pro tříštivé zlomeniny subtilní kosti a jiné přístupy je potřebný další vývoj s dalšími anatomickými implantáty.

Název: Komplexní poranění bérce

Autor: Nestrojil P.

Pracoviště: Úrazová nemocnice v Brně, Klinika traumatologie LF MU v ÚN v Brně

Přednosta: prof. MUDr. Miloš Janeček, CSc.

Anotace: V rámci rozvoje dopravy, motorismu a adrenalinových sportů přibývá úrazů, způsobených vysokou energií. S tím souvisí i závažná poranění bérce, která obnašejí nejen koplikované zlomeniny, ale i rozsáhlé poranění měkkých tkání. Ošetření těchto závažných poranění, která mnohdy hrozí i amputací postižené končetiny, vyžaduje dokonalý diagnostický a léčebný timing.

Primární vyšetření vyžaduje důkladné klinické vyšetření, RTG vyšetření, neurologické a další vyšetření. Dále je nezbytná klasifikace typu zlomeniny a klasifikace poranění měkkých tkání s ohledem na možnost rozvoje kompartment syndromu a u otevřených zlomenin na možnost septických komplikací. Urgentní a pokud možno definitivní stabilizace zlomenin umožní časnou rehabilitaci a současně snižuje výskyt komplikací. U otevřených zlomenin je důležitý timing definitivního ošetření defektů měkkých tkání – lalokové plastiky.

V přednášce autor hodnotí výsledky léčení komplexních poranění bérce v ÚN v Brně v letech 2001 – 2005, výskyt komplikací a jejich řešení.

Ze závěru přednášky vyplývá metodický návod k diagnostickému a léčebné-u postupu u komplexních poranění bérce a při řešení jejich následků.

Název: Compartment syndrom – manifestace a management

Autor: Ryppl A., Kálal P., Kopačka P.

Pracoviště: Traumacentrum České Budějovice

Primář: MUDr. Kopačka Pavel

Anotace: Kompartiment syndrom patří k závažným stavům v traumatologii, s nutností velmi aktivního přístupu v diagnostice a terapii. S následky při pozdní diagnostice a jeho terapii se setkáváme nadále. V našem sdělení bychom se chtěli věnovat metodice této klinické jednotky a prezentovat management kompartiment syndromu z našeho pracovišti v kontextu s nejnovějšími poznatky v této oblasti.



KLOUBNÍ NÁHRADY
KYČELNÍ
KOLENNÍ



MEDiN
ORTHOPAEDICS



HŘEBY TIBIÁLNÍ



PROVEDENÍ
TITAN



FLEXIBILNÍ ENDOSKOPIY

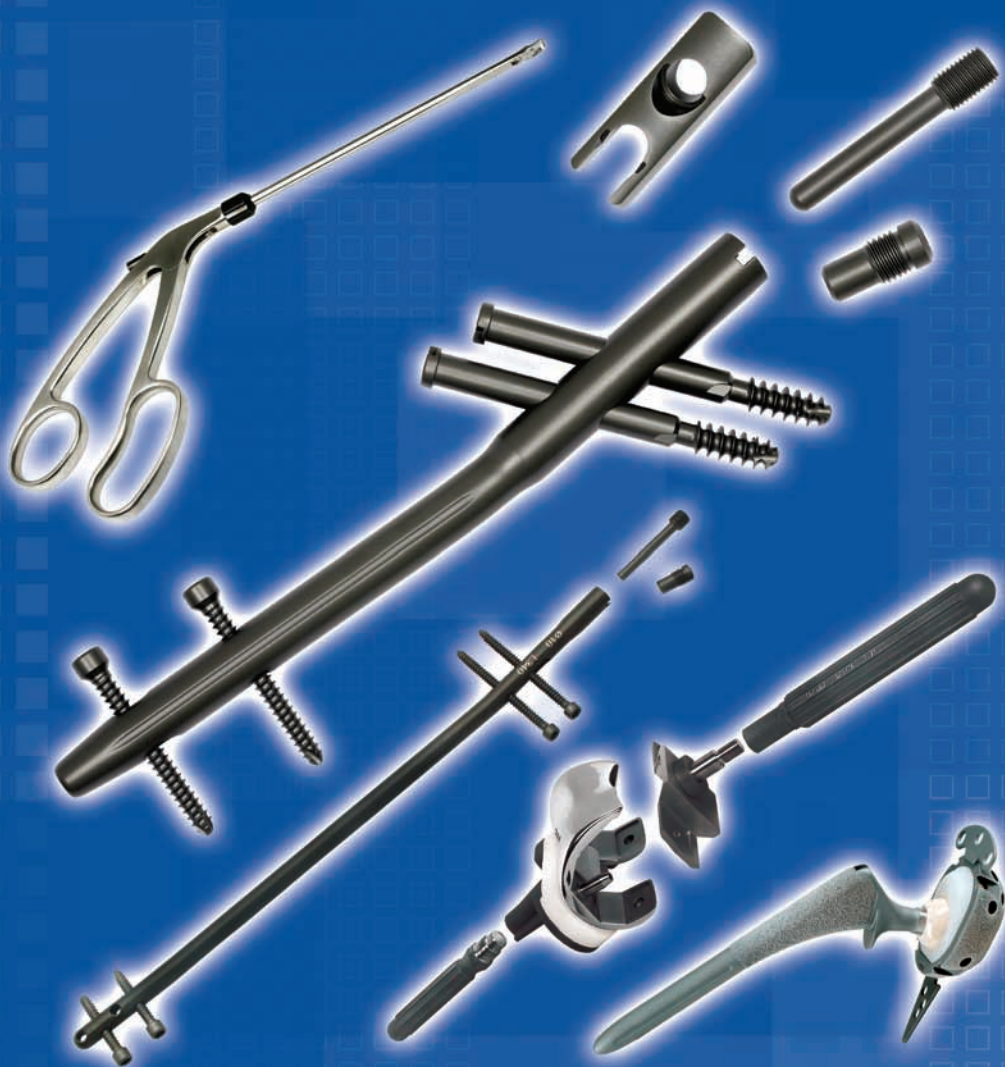


MINIMÁLNĚ
INVAZÍVNÍ
DIAGNÓZA A TERAPIE

ESCAD
MEDICAL



VÝROBA A PRODEJ LÉKAŘSKÝCH NÁSTROJŮ,
IMPLANTÁTŮ PRO TRAUMATOLOGII A ORTOPEDII



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

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

Export Slovenská republika - tel.: +420 566 684 332, fax: +420 566 684 385, e-mail: export@medin.cz