



**S B O R N Í K P Ř E D N Á Š E K**

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

15. – 16. KVĚTNA 2008  
NOVÉ MĚSTO NA MORAVĚ  
SKALSKÝ DVŮR



# ÚHLOVĚ STABILNÍ DLAHY



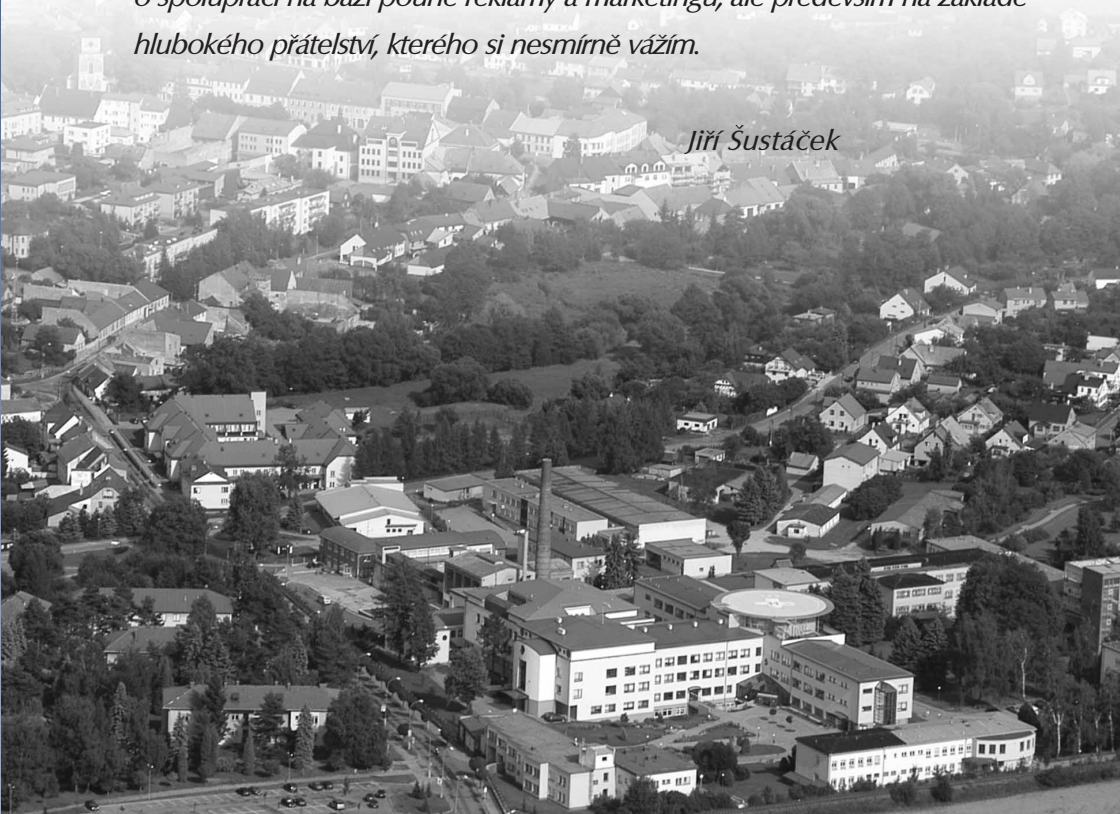
## ANATOMICKÉ A S VÝSTUPKEM

*Vážení hosté, milí účastníci X. Setkání českých a slovenských chirurgů na Moravě, kolegyně a kolegové,*

*již tradičně je Vám předložen Sborník anotací přednášek. Je určen pro Vaši rychlou orientaci a možná i do Vaší odborné knihovny. Desetkrát se o vydání tohoto „Sborníku“ zasloužil MEDIN, a.s., Nové Město na Moravě.*

*Chtěl bych poděkovat nejen za realizaci „Sborníků“, ale i za mnohaletou spolupráci všem zaměstnancům této firmy, jak minulým tak současným. Zvláště pak stávajícímu generálnímu řediteli Ing. Vladislavovi Ostřejšovi, MBA i emeritnímu řediteli panu Ing. Josefovi Zvěřinovi, za jejich nevšední přístup a pochopení pro práci nad naše běžné profesní povinnosti. Šlo nejenom o spolupráci na bázi pouhé reklamy a marketingu, ale především na základě hlubokého přátelství, kterého si nesmírně vážím.*

*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*



## X. setkání českých a slovenských chirurgů na Moravě

### ČESTNÉ PŘEDSEDNICTVO

<b>prof. MUDr. Peter Kothaj, Ph.D.</b>	prezident Slovenskej chirurgickej spoločnosti, přednosta chirurgické kliniky, Nemocnice F. D. Roosevelta, Banská Bystrica
<b>prof. MUDr. Pavel Pafko, DrSc.</b>	přednosta III. chirurgické kliniky 1. LF UK a FN Praha-Motol
<b>MUDr. Zdeněk Kadlec</b>	ředitel Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace
<b>Dr. Radslav hrabě Kinský</b>	imunolog, Žďár nad Sázavou
<b>Ing. Vladislav Ostrejš, MBA</b>	generální ředitel MEDIN, a.s., Nové Město na Moravě
<b>Zdeňka Marková</b>	starostka Nového Města na Moravě
<b>Ing. Josef Zvěřina</b>	emeritní generální ředitel MEDIN, a.s., Nové Město na Moravě

### ODBORNÁ TÉMATA SJEZDU

15. května 2008

*sekce A: Benigní onemocnění anorekta*

*sekce B: Nitrokloubní zlomeniny*

16. května 2008

*sekce A: Varia*

*sekce B: Osteoporóza a traumatologie*



# Programový přehled

Koordinátor sekce A  
MUDr. Jiří Šustáček

Koordinátor sekce B  
MUDr. Dobroslav Novák

## ČTVRTEK 15. KVĚTNA 2008

### SEKCE A

### SEKCE B

9.00 hodin – sál A  
zahájení sjezdu

9.30 hodin – sál A  
vyžádaná přednáška, diskuze

#### A1

10.00 – 11.45 hodin

#### B1

10.00 – 12.15 hodin

oběd

oběd

#### A2

13.00 – 15.15 hodin

#### B2

13.30 – 15.15 hodin

16.30 hodin  
odjezd do Horácké galerie Nové Město na Moravě  
kulturní program

20.00 hodin  
hotel Skalský Dvůr  
společenský večer

## PÁTEK 16. KVĚTNA 2008

### SEKCE A

### SEKCE B

#### A3

9.00 – 11.30 hodin

#### B3

9.00 – 11.30 hodin

11.30 hodin – sál A  
zakočení sjezdu

9.00 - 9.30 **SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ – SÁL A**

9.30 - 9.45 vyžádaná přednáška  
**P. Paško:**  
 (III. chirurgická klinika 1. LF UK a FN Motol, Praha)  
 Chirurgie, chirurgové a JIP

9.45 - 10.00 diskuze

10.00 - 11.45 **I. ČÁST ODBORNÉHO PROGRAMU A1**

Předsednictvo: L. Horák, P. Paško, J. Všetíček, L. Vykouřil

- A.1 **J. Všetíček, V. Vraspír, T. Zelníček:**  
 (Chirurgické oddělení NMB, Brno)  
 A zase hemoroidy
- A.2 **O. Polanecký, S. Adámek, P. Hladík:**  
 (III. chirurgická klinika 1. LF UK a FN Motol, Praha)  
 Ošetřování hemoroidů na III. chirurgické klinice – 10leté zkušenosti
- A.3 **L. Horák, V. Ducháč, L. Denemark, K. Dvořák:**  
 (Chirurgická klinika FNKV a 3. LF UK, Praha)  
 Longova operace – ano či ne?
- A.4 **S. Jackanin, J. Örhalmi, P. Holéczy, P. Biath:**  
 (Chirurgické oddělení, Vítkovická nemocnice a.s.)  
 THD – transanální hemoroidální dearterializace – roční zkušenosti s miniinvazivním ošetřením hemoroidů
- A.5 **A. Prochotský, R. Okoličány, J. Škultéty, J. Sekáč:**  
 (II. chirurgická klinika LF UK, FNŠP Bratislava)  
 Urgentná hemoroidektómia pri komplikáciach hemoroidálnej choroby
- A.6 **M. Plzák:**  
 (Chirurgická klinika MN, Ústí nad Labem)  
 Ambulantní léčba hemoroidální nemoci – ligace hemoroidálních arterií detekovaných Dopplerem
- A.7 **P. Herdegen, P. Hoferka:**  
 (Chirurgická klinika 1. LF UK a FTN, Praha)  
 Naše zkušenosti s ambulantní léčbou hemoroidů a fisur

- A.8 **J. Lúčan, D. Mištuna, J. Mazuch, A. Mikolajčík, L. Šutiak:**  
(Chirurgická klinika JLF UK a MFN, Martin)  
Kryoterapia niektorých benígnych ochorení anorekta
- A.9 **K. Tomanová:**  
(Chirurgické oddelení, Litoměřice)  
Divulze anu – ano či ne?
- A.10 **M. Plzák:**  
(Chirurgická klinika MN, Ústí nad Labem)  
Alternatívni léčba anální fisury botulotoxinem typu A

11.45 - 13.00 Oběd

## 13.00 - 15.15 II. ČÁST ODBORNÉHO PROGRAMU A2

Předsednictvo: P. Kothaj, A. Prochotský, T. Skříčka, O. Brandebur

- A.11 **P. Kothaj:**  
(Chirurgická klinika SZU, FN F. D. Roosevelta, Banská Bystrica)  
Reoperácie pre reziduálnu polypózu rekta
- A.12 **J. Smetka, V. Okáč, B. Okénka, M. Bíla:**  
(Chirurgické oddělení, Nemocnice Kyjov, p.o.)  
TEM – Metodika při řešení benigních lézí rekta (na základě 15letých zkušeností)
- A.13 **T. Skříčka:**  
(Chirurgické oddělení MOÚ, Brno)  
Anální forma Crohnovy choroby
- A.14 **M. Huťan, A. Dimov, M. Huťan ml., M. Satko\*:**  
(IV. chirurgická klinika LFUK a FNŠP, Bratislava, pracovisko Ružinov, \*Dr. Magnet s.r.o., Bratislava)  
Význam MRI pri liečbe perianálnych fistúl
- A.15 **E. Boroš, T. Borošová\*, M. Halecký:**  
(Chirurgické oddelenie ŽNsP Košice, \*Gynekologické oddelenie, Východoslovenský onkologický ústav, Košice)  
Postradiačné rektovaginálne fistuly – aké sú možnosti riešenia?



- A.16 **L. Janeček:**  
(Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, FN Hradec Králové)  
Benigní onemocnění anorekta u dětí
- A.17 **O. Brandebur, J. Belák, M. Kudláč, R. Šimon,  
T. Schnellyová, M. Šudák:**  
(II. chirurgická klinika, FN L. Pasteura Košice)  
Prínos transanální endoskopické mikrochirurgie (TEM) při řešení benigních a maligních lézí rekta
- A.18 **J. Šustáček:**  
(Chirurgické oddělení Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.)  
„Z“ plastika jako řešení rozsáhlých a recidivujících sakrocygeálních dermoidů.
- A.19 **Š. Chalupník, P. Vlček, J. Korbička, I. Čapov, I. Rovný:**  
(I. chirurgická klinika FN u sv. Anny, Brno)  
Využití robotického systému da Vinci při řešení poruchy dynamiky dna pánevního
- A.20 **V. Ducháč\*, L. Horák\*, R. Grill\*\*, J. Štukavec\*,  
J. Feyereisl\*\*\*\*, M. Otčenášek\*\*\*\*, M. Krupša\*\*\*, D. Švehlová\*:**  
(\*Chirurgická klinika, \*\*Urologická klinika, \*\*\*Gynekologicko-porodnická klinika FNKV při 3. LF UK Praha a \*\*\*\*UPMD Praha)  
Komplexní řešení funkčních poruch pánevního dna STARR a TVT technikou
- A.21 **J. Orhalmi, S. Jackanin, P. Holéczy, P. Biath:**  
(Chirurgické oddělení, Vítkovická nemocnice, a.s.)  
Metoda STARR a TRANSTAR v léčbě rektokél a rektoanálních intususcepcí
- A.22 **J. Sekáč, J. Škultéty, A. Prochotský, R. Škubla:**  
(II. chirurgická klinika LFUK a FN, Bratislava)  
Prolaps rekta – naše zkušenosti

16.30 odjezd do Horácké galerie Nové Město na Moravě

20.00 **SPOLEČENSKÝ VEČER V HOTELU SKALSKÝ DVŮR**

**Název:** Chirurgie, chirurgové a JIP

**Autor:** P. Paško

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

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

**Anotace:** Vyžádaná přednáška.

**Název:** A zase hemoroidy

**Autor:** J. Všetíček, V. Vraspír, T. Zelníček

**Pracoviště:** Chirurgické oddělení NMB, Brno

**Primář:** MUDr. Josef Všetíček, Ph.D.

**Anotace:** Po krátkém přehledu možností terapie hemoroidů v současnosti se autoři zamýšlejí nad indikací léčby hemoroidů různými metodami a upozorňují na nevhodné indikace jednotlivých terapeutických modalit, zejména lékaři nezabývajícími se proktologií systematicky. V přehledu vlastního rozsáhlého souboru se věnují hlavně komplikacím jednotlivých metod a doporučením léčebného postupu pro toto časté onemocnění.

**Název:** Ošetřování hemoroidů na III. chirurgické klinice  
– desetileté zkušenosti

**Autor:** O. Polanecký, P. Hladík, M. Smejkal, J. Skořepa, S. Adámek

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

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

**Anotace:** Úvod  
Počty pacientů, celkově, dle jednotlivých skupin  
Diagnostika  
Konzervativní léčba  
Endoskopická léčba  
Operační léčba, indikace, rozdělení  
Výsledky

**Název:** Longova operace – ano či ne?

**Autor:** L. Horák, V. Ducháč, L. Denemark, K. Dvořák

**Pracoviště:** Chirurgická klinika 3. LF UK a FNKV Praha

**Přednosta:** Doc. MUDr. Jan Fanta, DrSc.

**Anotace:** Koncem devadesátých let publikoval profesor Longo své výsledky s novou metodou léčby hemeroidů. Vycházel přitom z teoretického předpokladu, že primární je prolaps rektální sliznice a vznik vnitřních vměstků je sekundární záležitostí. Poté, co autor metody vyvinul instrumentarium speciálně určené pro tento výkon, které nyní máme k dispozici již v druhé modifikaci, doznala metodika poměrně rychlého rozšíření. Naše klinika na konci na přelomu 90. let tohoto století patřila k průkopníkům této metody a na našem pracovišti byla proškolená řada českých i slovenských chirurgů. Výhodou metody je především to, že se nepohybuje v análním kanálu, tedy minimální bolestivost po výkonu. S tím pak souvisí krátká doba hospitalizace a rychlý návrat k běžným aktivitám. V současné době se objevila řada dalších postupů jako je např. cílený podvaz přívodních cév sonografickou kontrolou nebo radiofrekvenční ablace městku. Jak v zahraničí, tak v našem písemnictví se objevily zprávy o prvních recidivách avšak i závažných pooperačních komplikacích. Na základě literárních údajů i vlastní zkušenosti však můžeme říct, že Longova operace patří do výbavy chirurga, který se proktologií zabývá. Primární otázkou je však správná indikace a správné technické provedení.

**Název:** THD – transanální hemoroidální dearterializace – roční zkušenosti s miniinvazivním ošetřením hemoroidů

**Autor:** S. Jackanin, J. Örhalmi, P. Holéczy, P. Biath

**Pracoviště:** Vítkovická Nemocnice a.s., chirurgické oddělení

**Primář:** Doc. MUDr. Pavol Holéczy, CSc.

**Anotace:** V přednášce bychom chtěli informovat o našich zkušenostech s metodou THD. Metodu THD srovnáváme s metodou PPH a klasickou hemoroidektomií. Srovnáváme délku hospitalizace, škálu bolesti po operaci, trvání reálné práce neschopnosti, počet komplikací, četnost recidiv. Srovnání a výsledky jsou zatím jen krátkodobé – 1leté. THD – transanální hemoroidální dearterializace – jedná se o miniinvazivní metodu, zákrok se provádí v rámci jednodenní chirurgie a jedná se o Doppler USG navigovanou ligaci hemoroidálních artérií.



**Název:** Urgentná hemoroidektómia pri komplikáciach hemoroidálnej choroby

**Autor:** A. Prochotský, R. Okoličány, J. Škultéty, J. Sekáč

**Pracovište:** II. chirurgická klinika LF UK, FNŠP Bratislava

**Přednosta:** Doc. MUDr. Ján. Škultéty, CSc.

**Anotace:** Najčastejšími akútnymi komplikáciami vnútorných hemoroidov sú krvácanie, inflamácia a trombotizácia. Trombotizácia a inflamácia prebiehajú často súčasne. Sprevádza ich úporný algický syndróm a akútna obstipácia, čo výrazne sužuje pacienta. Napriek benígnej povahe ochorenia je chirurg postavený pred terapeutickú dilemu – liečiť pacienta konzervatívne alebo ho urgentne operovať?

Konzervatívne metódy liečby zahŕňajú: opakované repozície prolabovaných a trombotizovaných nodov, spazmoanalgetiká, venotoniká, diétne opatrenia a zmäkčovadlá stolice, lokálnu aplikáciu antiflogistických a antiedematóznych masť, antibiotiká, ale aj sedacie kúpele. Tento prístup býva zvyčajne úspešný, ale predlžuje dobu liečby, niekedy aj hospitalizácie, práceneschopnosti, zvyšuje ekonomické náklady a dlho trápi pacienta.

Alternatívnou metódou liečby je urgentná, resp. semiurgentná hemoroidektómia. V rukách skúseného chirurga je bezpečnou metódou. Takmer okamžite odstraňuje algický syndróm, skracaie dobu hospitalizácie a PN. Eliminuje nutnosť ďalšej hospitalizácie a poskytuje možnosť vyriešiť ochorenie v jednej dobe. Komplikácie chirurgickej intervencie sú zriedkavé a výsledky liečby vo väčšine prípadov excelentné. To napokon potvrdzujú skúsenosti autorov z ich vlastného klinického materiálu.

**Název:** Ambulantní léčba hemeroidální nemoci – ligace hemeroidálních arterií detekovaných Dopplerem

**Autor:** M. Plzák

**Pracoviště:** Chirurgická klinika MN, Ústí nad Labem

**Primář:** MUDr. Martin Sauer

**Anotace:** Ambulantní metody léčení hemeroidální nemoci se neustále vyvíjejí a zdokonalují. V ČR poměrně nová metoda HAL–RAR Doppler je selektivní zákrok řešící příčinu vzniku hemeroidální nemoci a je alternativou operační léčby.

**Název:** Naše zkušenosti s ambulantní léčbou hemoroidů a fisur

**Autor:** P. Herdegen, P. Hoferka

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

**Přednosta:** Doc. MUDr. Vladimír Visokai, Ph.D.

**Anotace:** Hemoroidy a anální fisury jsou nejčastějšími benigními onemocněními konečníku které postihují téměř všechny věkové skupiny populace. Klasické operace jsou zatěžující pro pacienta a nemají vždy, zejména u fisur, uspokojivé výsledky. Na naší klinice léčíme více než 90 % pacientů ambulantně. Při léčbě hemoroidů používáme Barronovu metodu, při léčbě fisur, kromě klasických konzervativních metod, se nám osvědčil botulotoxin v přípravku Dysport. Elastická ligatura je nejvýhodnější u krvácejších a prolabo- vaných uzlů I a II typu, použití botulotoxinu (Dysport), je pro pacienta prakticky bezbolestný zákrok s velmi dobrým efektem. Vytvořením proktologické ambulance k léčbě těchto onemocnění radikálně poklesl počet klasických operací s nutností hospitalizace a počet komplikovaných stadií onemocnění.

**Název:** Kryoterapia niektorých benígnych ochorení anorekta

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

**Pracovišťe:** Chirurgická klinika JLF UK a MFN, Martin

**Primár:** Prof. MUDr. Dušan Mištuna, Ph.D.

**Anotace:** Autori v práci prezentujú skúsenosti z kryoterapie niektorých benígnych ochorení anorekta. Okrem klasickej chirurgickej liečby používajú od roku 1984 kryoterapiu, ktorá predstavuje ďalšiu terapeutickú možnosť. Ošetrili celkom 966 pacientov s hemoroidami, kondylomatami, polypmi a fisúrami. Výborný liečebný efekt dosiahli u 85 %. Kryoterapia má pri správnej indikácii evidentné výhody ku ktorým patrí – jednoduché technické prevedenie, krátky čas výkonu, malá operačná trauma, dobrá znášanlivosť zákroku a pooperačného obdobia, minimálna bolestivosť, anestézia nie je potrebná, ambulantné použitie, preväzy nie sú potrebné, je vhodná u detí, starých, rizikových pacientov a gravidných pacientiek, jej použitie je ekonomicky výhodné. Bohatá obrazová dokumentácia ukazuje konkrétne prípady pred a po kryoterapii hemoroidov a kondylomat.

**Název:** Divulze anu – ano či ne?

**Autor:** K. Tomanová

**Pracoviště:** Městská nemocnice v Litoměřicích, chirurgické oddělení

**Primář:** MUDr. Karel Pacholík

**Anotace:** Divulze anu – v dnešní době diskutovaná metoda léčby akutní i chronické anální fissury, stenozy anu, neinvazivní a semi-invazivní možnosti řešení. Výsledky léčby z hlediska dlouhodobého sledování z literárních pramenů.  
Téma k zamyšlení.

**Název:** Alternativní léčba anální fisury botulotoxinem typu A

**Autor:** M. Plzák

**Pracoviště:** Chirurgická klinika MN, Ústí nad Labem

**Primář:** MUDr. Martin Sauer

**Anotace:** Fisura anu patří k velmi nepříjemným a obtěžujícím chorobám anu. Její léčba divulsí a sfinkterotomií patřila k metodě volby v minulosti a přetrvává doposud. Aplikací přesně dané dávky BTX do oblasti trhlíny dochází k „chemické sfinkterotomii“ – k dočasnému uvolnění vnitřního svěrače a tím k uvolnění velkého svalového napětí a k zmenšení trhlíny. K léčbě se používá velmi tenká jehla a zaléčení je bez celkové či lokální anestezie.



**Název:** Reoperácie pre reziduálnu polypózu rekta

**Autor:** P. Kothaj

**Pracovišťe:** Chirurgická klinika SZU, Fakultná nemocnica F. D. Roosevelta, Banská Bystrica

**Přednosta:** Prof. MUDr. Peter Kothaj, CSc.

**Anotace:** Familiárna polypóza hrubého čreva sa väčšinou diagnostikuje ešte v benígnom štádiu a pacienti sú chirurgicky riešení plánovane totálnou proktokolektómiou s ileoanálnou anastomózou pomocou rezervoáru (menej často subtotálnou proktokolektómiou s ileorektálnou anastomózou).

Familárna polypóza hrubého čreva sa však nezriedka prejaví aj ako malígna degenerácia polypu so stenózou sigmoidea v mieste malígnej transformácie. Pacienti prichádzajú na operáciu urgentne, dosť často do nemocníc, ktoré s totálnou proktokolektómiou nemajú skúsenosti a stav je akútne riešiteľný subtotálnou kolektómiou s ileorektoanastomózou (niekedy dočasnou ileostómiou). Časo býva v ponechanom rekte reziduálna polypóza, ktorá neskôr môže viesť k malígnej transformácii vo zvyšku rekta. Týchto pacientov je potom treba na vyššom pracovisku doriešiť reziduálnou proktoektómiou s vytvorením ileoanálnej anastomózy. Tieto reoperácie sú častokrát náročné pre pooperačné zmeny v malej panve.

Na Chirurgickej klinike SZU v Banskej Bystrici sme za obdobie 2000 – 2007 riešili 11 pacientov s reziduálnou polypózou vo zvyšku rekta, u ktorých tendencia k malígnej transformácii polypov vynútila zákrok na rektálnom kýpti. V práci uvádzame kazuistiku 30ročnej pacientky ktorá sa po predchádzajúcej akútnej subtotálnej kolektómii pre ileus musela podrobiť aj resekcii zvyšku rekta s polypózou, nakoľko polypy začali javiť tendenciu k malígnej transformácii. Pacientkin stav bol navyše komplikovaný mesenteriálnou fibromatózou imitujúca sarkóm mesentéria, ktorá znemožňovala bezpečný presun ilea k análnemu otvoru a vytvorenie ileoanálnej anastomózy.

**Název:** TEM – Metodika při řešení benigních lézí rekta (na základně 15letých zkušeností)

**Autor:** J. Smetka, V. Okáč, B. Okénka, M. Bíla

**Pracoviště:** Nemocnice Kyjov, p.o., chirurgické oddělení, Kyjov

**Primář:** MUDr. Jan Smetka

**Anotace:** Autoři ve svém sdělení hodnotí TEM metodiku a její přínos při operační léčbě benigních lézí rekta.

Za období od roku 1994 bylo odoperováno operačním rektoskopem celkem 829 pacientů. Na svém rozsáhlém souboru operací autoři hodnotí indikační kritéria z hlediska lokalizace, histologického nálezu, výsledků TRUS vyšetření a CT vyšetření. Hodnotí výhody a nevýhody metodiky, komplikace a způsob jejich řešení. Součástí sdělení je popsán způsob dispenzarizace odoperovaných pacientů.

**Název:** Anální forma Crohnovy choroby

**Autor:** T. Skříčka

**Pracoviště:** Chirurgické oddělení MOÚ, Brno

**Primář:** MUDr. Vojtěch Chrenko, CSc.

**Anotace:** Anální forma Crohnovy choroby není častá. Její projevy mohou imitovat řadu jiných análních afekcí. Na souboru více než 200 kasuistik prezentuje autor nejčastější manifestace análních forem MC, jejich diferenciací diagnostiku a návrhy na optimální terapii. Závěrem je možno konstatovat: čím méně, tím lépe. Minimálně invazivní přístupy se jeví jako optimální s ohledem na rozsah onemocnění. Setony, miniincize.

**Název:** Význam MRI pri liečbe perianálnych fistúl

**Autor:** M. Huťan, A. Dimov, M. Huťan ml., M. Satko\*

**Pracovišťa:** IV. chirurgická klinika LFUK a FNŠP Bratislava, pracovisko Ružinov, \*Dr. Magnet s.r.o., Bratislava

**Přednosta:** Doc. MUDr. Martin Huťan, CSc.

**Anotace:** Hoci perianálna suppurácia môže mať množstvo príčin, ktoré autori uvádzajú v tabuľke, najčastejšou je nešpecifická infekcia kryptoglandulárneho pôvodu. Infekcia začína v intersfinkterickom priestore, najčastejšie v jednej z análnych žliazok. Jej výsledkom môže byť jednoduchý intersfinkterický absces, alebo sa môže infekcia šíriť vertikálne nahor alebo nadol, horizontálne alebo cirkulárne („horse shoe“). Pri liečbe perianálnych fistúl je z uvedeného dôvodu potrebná dostatočná diagnostika typu fistuly a adekvátna chirurgická liečba.

V diagnostike okrem klinického vyšetrenia, endorektálnej ultrasonografie, rektoskopie a znázornenia fistuly peroxidom vodíka alebo metylénovou modrou sa stále viac využíva znázornenie magnetickou rezonanciou. Klasifikácia MR vychádza z klasickej Parksovej klasifikácie a je 5stupňová.

Autori analyzujú súbor 19 pacientov, ktorých operovali v roku 2007 na ich pracovisku. U 14 pacientov urobili MRI a porovnávali výsledky magnetickej rezonancie a operačné nálezy. V spolupráci s MR pracoviskom pri analýze zistili nasledovné: U 12 pacientov našli zhodu nálezov, u dvoch pacientov sa fistula na MRI nediagnostikovala.

Autori považujú výsledky za predbežné a pokračujú v prospektívnej štúdii. Odporúčajú zaradiť MRI do súboru predoperačných vyšetrení.

**Název:** Postradiačné rektovaginálne fistuly – aké sú možnosti riešenia?

**Autor:** E. Boroš, T. Borošová\*, M. Halecký

**Pracovište:** Chirurgické oddelenie ŽNsP Košice; \*Gynekologické oddelenie, Východoslovenský onkologický ústav, Košice

**Primár:** MUDr. Erich Boroš

**Anotace:** Rektovaginálne fistuly vznikajú po operačných zákrokoch (najčastejšie hysterektómii), poraneniach, rádioterapii, zápalových ochoreniach konečníka (Crohnova choroba, proktitída) a pri prerastaní nádorov konečníka, pošvy a uteru. Taktika operačného postupu závisí od polohy fistuly, vitality okolitých tkanív a od príčiny vzniku. Fistuly, ktoré vznikli po ožiarení vyžadujú individuálny zložitejší postup s resekciou konečníka postihnutého postradiačnými zmenami, založením anastomózy a často aj s vytvorením poistnej kolostómie. Na prípade mladej ženy s mnohopočetnými rektovaginálnymi fistulami po Wertheimovej hysterektómii pre karcinóm krčka maternice s následnou rádioterapiou autori rozoberajú úskalia riešenia tejto závažnej komplikácie.

**Název:** Benigní onemocnění anorekta u dětí

**Autor:** L. Janeček

**Pracoviště:** Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, FN Hradec Králové

**Primář:** MUDr. J. Koudelka, CSc.

**Anotace:** Nemoci anorekta jsou i nemocemi dětského věku. Praktický přehled běžných (=častých) onemocnění anorekta u dětí (s ohledem na věk), s nimiž se může ve své praxi setkat i dospělý chirurg. Zmíněny diagnostické postupy a upozornění na odlišnosti v léčebném přístupu.



**Název:** Prínos Transanálnej endoskopickéj mikrochirurgie (TEM) pri riešení benígnych a malígnych lézií rekta

**Autor:** O. Brandebur, J. Belák, M. Kudláč, R. Šimon, T. Schnellyová, M. Šudák

**Pracovištie:** II. Chirurgická klinika, FN L.Pasteura Košice

**Přednosta:** MUDr. J. Belák, Ph.D.

**Anotace:** Autori hodnotia prvý rok skúseností s TEM, stanovenie indikácií, predoperačné vyšetrenia a príprava k výkonom, pooperačné sledovanie pacientov.

**Název:** „Z“ plastika jako řešení rozsáhlých a recidivujících sakrococygeálních dermoidů

**Autor:** J. Šustáček

**Pracoviště:** Chirurgické oddělení Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.

**Primář:** MUDr. Milan Maleček

**Anotace:** Pilonidální siny (dermoidní cysty) jsou operací, která je často svěřována začínajícím chirurgům. Recidivují-li či svým rozsahem přesahují hranice „normálu“ mohou se stát terapeutickým problémem i pro chirurga plně erudovaného.

**Název:** Využití robotického systému da Vinci při řešení poruchy dynamiky dna pánevního

**Autor:** Š. Chalupník, P. Vlček, J. Korbička, I. Čapov, I. Rovný

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

**Přednosta:** Prof. MUDr. Ivan Čapov, CSc.

**Anotace:** Cíl: Zhodnocení klinických a funkčních výsledků roboticky asistovaných operací indikovaných pro syndrom obstrukční defekace.

Materiál a metody: Na I. chirurgické klinice FN u sv. Anny v Brně bylo od 5. 5. 2006 provedeno 23 roboticky asistovaných operací pro syndrom obstrukční defekace. Rektopexie (Ripstein, Wells) 5x, Resekční rektopexie 17x, Plastika pánevního dna 1x. Před operací byli všichni pacienti velmi detailně vyšetřeni (klinické vyšetření, endoskopie, defekografie, anorektální perfusní manometrie, transit time, EMG, transrektální UZV).

Po iniciální rehabilitaci s využitím biologické zpětné vazby následoval po zhodnocení funkčních výsledků operační výkon. Další hodnocení funkčních výsledků bylo kompletizováno po operaci a po pooperační rehabilitaci.

Výsledky s delším časovým odstupem budou teprve zhodnoceny. Kromě funkčních výsledků jsme rovněž hodnotili další klinické parametry (délka operace, množství krevních ztrát, komplikace).

Výsledky: Operace znamenala výrazné zlepšení funkčních výsledků ve srovnání s konzervativním způsobem léčby. Rovněž je zatím časné hodnocení těchto výsledků více povzbuzující než jiné způsoby operační léčby (endoanální plastiky). Rekonstrukce pánevního dna roboticky asistovaným výkonem jednoznačně profituje ve srovnání s klasickým laparotomickým přístupem, vidíme i určité preference před již zavedeným laparoskopickým přístupem.

Závěr: Roboticky asistované operační výkony se jeví jako ideální způsob léčby komplexní poruchy dynamiky pánevního dna. Naše zkušenosti v korelaci s literaturou preferují využití robotického systému da Vinci v terapii této problematice skupiny pacientů

**Název:** Komplexní řešení funkčních poruch pánevního dna STARR a TVT technikou

**Autor:** V. Ducháč\*, L. Horák\*, R. Grill\*\*, J. Štukavec\*, J. Feyereisl\*\*\*\*, M. Otčenášek\*\*\*\*, M. Krupša\*\*\*, D. Švehlová\*

**Pracoviště:** \*Chirurgická klinika, \*\*Urologická klinika, \*\*\*Gynekologicko-porodnická klinika FNKV při 3. LF UK Praha a \*\*\*\*UPMD Praha

**Přednosta:** Doc. MUDr. Jan Fanta, DrSc

**Anotace:** Úvod:

Funkční poruchy pánevního dna vznikají téměř vždy jako následek porodního poranění a řešeny jsou odděleně gynekologem respective urogynekologem nebo chirurgem podle převažující klinické manifestace. Způsob řešení u obou odborností je úplně odlišný a často nedostatečný.

Metoda:

Od ledna 2003, kdy se intenzivně věnujeme této problematice bylo komplexně vyšetřeno 92 pacientek s dominující poruchou obtížné defekace – zácpy. Téměř u třetiny byla anamnesticky a posléze i doplňujícími vyšetřeními potvrzena stresová močová incontinence různého stupně.

Izolovaná porucha defekace způsobená rektokélou s nebo bez slizničního nebo celostěnového střevního prolapsu byla chirurgicky řešena celkem ve 28 případech. Provádíme izolované nebo kombinované výkony skládající se ze zadní vaginální plastiky vždy spojené s levátorplastikou a S.T.A.R.R. techniky, staplerovou resekce ventrální stěny rekta za účelem redukce nebo úplného odstranění rektokély společně s resekcí mukózního prolapsu.

U dvou pacientek bylo indikováno společné řešení stresové močové inkontinence, a těžké obstipace na podkladu rektokély s mukózním prolapsem. Ve spolupráci s urogynekologem byl proveden výše uvedený kombinovaný výkon společně s Gynacare TVT technikou – elevací hrdla močového měchýře pomocí prolenové pásky.

Výsledky:

U celkového počtu 29 operovaných pacientek jsme nezaznamenali žádnou závažnou per i pooperační komplikaci a jen 6

lehkých. 1x krvácení z místa staplerové resekce, 3x hematom rektovaginálního septa, který se spontánně resorboval, 1x protrahovanou bolestivost v análním kanálu a 1x přechodnou pooperační inkontinenci .

Selhání metody jsem zaznamenali ve 2 případech. Ve všech ostatních pacientky dosažený stav hodnotí jak výborný nebo významně zlepšený.

Závěr:

Domníváme se, že naše vysoké procento úspěšnosti (93,1 % při průměrně době sledování 2,9 roku) nás opravňuje k dalšímu rozvoji a použití této operační metodiky a dalšímu rozvoji spolupráce s urogynekologickým oddělením k zajištění komplexní péče o pacientky s funkčními poruchami pánevního dna.

Práce vznikla za podpory IGA 855–3/2005.

**Název:** Metoda STARR a TRANSTAR v léčbě rektokél a rektoanálních intususcepcí

**Autor:** J. Orhalmi, S. Jackanin, P. Holéczy, P. Biath

**Pracoviště:** Vítkovická Nemocnice a.s., Chirurgické oddělení

**Přednosta:** Doc. MUDr. Pavol Holéczy CSc.

**Anotace:** V přednášce se budeme zabývat srovnáním operačních metod STARR a TRANSTAR při léčbě rektokél. Uvedeme problematiku rektokél, historický přehled operačních postupů a současný přístup k léčbě rektokél. Uvedeme tříleté výsledky s metodou STARR a její výhody a nevýhody a srovnání se zcela novou metodou TRANSTAR, kterou začínáme provádět letos. Srovnáme rozdíly a přednosti jednotlivých metod.



**Název:** Prolaps rekta – naše zkušenosti

**Autor:** J. Sekáč, J. Škultéty, A. Prochotský, R. Škubla

**Pracoviště:** II. chirurgická klinika LFUK a FN v Bratislave

**Přednosta:** Doc. MUDr. Ján. Škultéty, Csc.

**Anotace:** Autori v svojej práci popisujú chirurgickú liečbu prolapsu rekta. Chirurgická liečba prolapsu rekta je stále aktuálny problém s vysokým percentom recidívy a rôznym prístupom k technike samotnej liečby.



NÁHRADA KYČELNÍ HLAVICE  
MEDIN ČEP BIPOLÁRNÍ  
MEDIN ČEP



**MEDiN**  
ORTHOPAEDICS

9.00 - 9.30 **SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ – SÁL A**

10.00 - 12.15 **I. ČÁST ODBORNÉHO PROGRAMU B1**

Předsednictvo: J. Látal, M. Mašek, T. Pešl, L. Pleva

- B.1 Výboštok, Š. Petriščák, J. Masar:**  
(OTK JLFUK a MFN Martin)  
Operační léčba zlomeniny glenoidu – kazuistika
- B.2 I. Štefanov, A. Poprac:**  
(Klinika úrazovej chirurgie a ortopedie, FN Nitra)  
Operační léčba zlomenin proximálního humeru dospělých
- B.3 M. Mašek, V. Ruber, P. Kvasnička:**  
(Klinika úrazové chirurgie LF MU a FN, Brno)  
ORIF zlomenin distálního humeru
- B.4 M. Reška, P. Diviš, J. Konečný, D. Prchal:**  
(I. chirurgická klinika FN u svaté Anny, Brno)  
Nitrokloubní zlomeniny distálního humeru
- B.5 R. Krejčí, D. Novák:**  
(Chirurgické oddělení Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.)  
Fraktury distálního humeru u dospělých
- B.6 R. Vronský, L. Pleva, L. Lukáč, S. Jelen, I. Klus.:**  
(Traumatologické centrum FNO, oddělení centrálního příjmu, Ostrava)  
Poranění proximálního konce kosti vřetenní u dětí a mladistvých
- B.7 T. Pešl, P. Havránek:**  
(Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK, FTN Praha – Krč)  
Principy léčby Monteggiaovy léze u dětí
- B.8 R. Suchomel, R. Veselý, J. Valentová:**  
(Úrazová nemocnice Brno, Klinika traumatologie LF MU, Brno)  
Nitrokloubní zlomeniny distálního radia – možnosti a výsledky operačního řešení

- B.9 **V. Ruber, M. Mašek, P. Kvasnička:**  
(Klinika úrazové chirurgie LF MU a FN, Brno)  
Operační léčba nitrokloubních zlomenin distálního radia
- B.10 **I. Mudrák, M. Stránska:**  
(Ortopedicko–traumatologická klinika MFN, Martin)  
Využití Herbertovej skrutki pri intraartikulárných zlomeninách
- B.11 **J. Látal, J. Galovič:**  
(Klinika úrazovej chirurgie SZU, Bratislava)  
Zlomeniny distálneho konca stehnovej kosti
- B.12 **L. Lukáč, L. Pleva, J. Mayzlík\*:**  
(Traumatologické centrum FN Ostrava, \*Chirurgická klinika FN Ostrava)  
Zlomeniny distálního femuru

12.15 - 13.30 oběd

## 13.30 - 15.15 II. ČÁST ODBORNÉHO PROGRAMU B2

Předsednictvo: R. Doleček, J. Mayzlík, L. Paša, V. Vaculík

- B.13 **L. Paša, S. Kalandra, A. Bilik, R. Veselý, M. Kelbl:**  
(Klinika traumatologie LF MU Brno, Úrazová nemocnice, Brno)  
Nitrokloubní zlomeniny proximální tibie – hodnocení po sedmi letech
- B.14 **P. Holaň, T. Klos, B. Slovák:**  
(Chirurgické oddělení NsP, Nový Jičín)  
Poranění horního konce tibie – miniinvasivní řešení
- B.15 **P. Sopilko, M. Chmúrny:**  
(Ortopedicko–traumatologická klinika JLF UK a MFN Martin)  
Artroskopická stabilizácia zlomenín interkondylickej eminenencie tibie – naše skúsenosti
- B.16 **J. Konečný, A. Randula, M. Reška, P. Diviš:**  
(I. chirurgická klinika FN u sv. Anny, Brno)  
Artroskopicky asistované osteosyntézy zlomenin proximální tibie

- B.17 P. Kvasnička, M. Mašek, V. Ruber:**  
(Klinika úrazové chirurgie LF MU a FN Brno)  
Volba implantátu v léčbě zlomenin distálního bérce
- B.18 R. Dvorský, D. Novák:**  
(Chirurgické oddělení Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.)  
Zlomeniny pilonu
- B.19 P. Diviš, M. Reška, J. Konečný, D. Prchal:**  
(I. chirurgická klinika FN u sv. Anny, Brno)  
Osteosyntéza zlomenin patní kosti dlahou CALCANEA
- B.20 D. Novák:**  
(Chirurgické oddělení Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.)  
Zlomeniny paty v zrcadle času
- B.21 P. Klócs, J. Harčarik\*, J. Müllerová:**  
(Oddelenie úrazovej chirurgie, FN sP J. A. Reimana, Prešov,  
\*Traumatologická ambulancia, HOLGER Slovakia, s.r.o., Prešov)  
Zlomeniny členkovej kosti u detí
- B.22 P. Janata:**  
(Chirurgické oddělení Oblastní nemocnice Jičín, a.s.)  
Použití úhlově stabilních dlah pro sanaci příkloubních  
zlomenin femoru a tibie na našem pracovišti

16.30 odjezd do Horácké galerie Nové Město na Moravě

20.00 **SPOLEČENSKÝ VEČER V HOTELU SKALSKÝ DVŮR**

**Název:** Operačná liečba zlomeniny glenoidu – kazuistika

**Autor:** I. Výboštok, Š. Petriščák, J. Masar

**Pracovišťe:** OTK JLFUK a MFN v Martine

**Přednosta:** MUDr. Jozef Drímal, CSc.

**Anotace:** Autori predstavujú kazuistiku zlomeniny glenoidu u 24 ročného pacienta po páde pri lyžovaní. Ide o ventrodistálnu fraktúru glenoidu liečenú ventrálnym prístupom otvorenou repozíciou a fixáciou 2 Herbertovými skrutkami s následnou úspešnou pooperačnou rehabilitáciou a návratom k plnej funkčnosti ramenného zhybu.

**Název:** Operačná liečba zlomenín proximálneho humeru dospelých

**Autor:** I. Štefanov, A. Poprac

**Pracovištie:** Klinika úrazovej chirurgie a ortopedie, FN Nitra

**Přednosta:** Prof. MUDr. Jozef Lohnert, CSc.

**Anotace:** Autori prezentujú viacročné skúsenosti s operačnou liečbou fraktúr proximálneho humeru u dospelých, ktoré tvoria asi 4–5 % všetkých zlomenín. Vo väčšine prípadov vznikajú ako následok nízkoenergetických úrazov u starších ľudí so zlou kvalitou kosti, zapríčinenou najmä osteoporózou. Práca porovnáva výsledky jednotlivých operačných metód a hodnotí dosiahnutú funkčnosť. Poukazuje na individuálny terapeutický koncept, ktorý okrem morfológického typu zlomeniny zohľadňuje kvalitu kosti, lokálne a celkové sprievodné poranenia, celkový stav pacienta, biologický vek a compliance.

**Název:** ORIF zlomenin distálního humeru

**Autor:** M. Mašek, V. Ruber, P. Kvasnička

**Pracoviště:** Klinika úrazové chirurgie LF MU a FN Brno

**Přednosta:** Doc. MUDr. Michal Mašek, CSc.

**Anotace:** Zlomeniny distálního humeru představují vzhledem k často tříštivému charakteru křehké kostní tkáni pacientů vyšších věkových kategorií značný terapeutický problém.

Pacienty vyšetřujeme ve dvou vzájemně kolmých rtg projekcích, pokud to lokální stav, dočasná fixace a bolestivost umožňují. V případě diagnostických rozpaků považujeme za nezbytné akutní vyšetření CT.

Operujeme v poloze na břiše dorsálním přístupem, nejčastěji dle Morreye. Tím odpadá nutnost osteotomie a následné vynucené osteosyntézy olekranu. Další postup s vizualizací n. ulnaris a konstrukce osteosyntézy LCP dlahami ve tvaru V jsou již standardní.

Pooperačně fixujeme sádrovým obvazem či ortézou pouze případy nespolupracujících pacientů s vědomím rizika event. pooperační ztuhlosti a nárůstu doby rehabilitace.

Kov explantujeme výběrově při potížích z jeho prominence nebo z mechanické překážky plného rozsahu pohybu.

V letech 2005–2007 jsme takto operovali 28 pacientů.

V pooperačním jednoletém sledování jsme provedli extrakci kovového materiálu ve 12 případech, z toho v deseti případech spolu s redresem a následným polohováním a cvičením omezené hybnosti, nejlépe za hospitalizace. Výsledný pohyb byl omezen v 8 případech v extensi o 15 stupňů, ve 12 případech do 10 stupňů. Flexe nebývá omezena a menší omezení nečiní praktických potíží.

Ve 4. případech je značně omezena flexe i extenze na rozsah 45–110 stupňů. Jedná se však o pacienty s omezenou schopností spolupráce, která se projevuje nepravidelností kontrol na ambulanci a absencí rehabilitační péče. Za těchto podmínek nelze v omezeném souboru provést validní statistické hodnocení.

Infekční, cévní a ani neurologické komplikace jsme nezaznamenali. Reoperaci jsme v našem souboru nezaznamenali.



**Název:** Nitrokloubní zlomeniny distálního humeru

**Autor:** M. Reška, P. Diviš, J. Konečný, D. Prchal

**Pracoviště:** 1. chirurgická klinika, FN u svaté Anny v Brně

**Přednosta:** Prof. MUDr. Ivan Čapov, CSc

**Anotace:** Zlomeniny distálního humeru stále představují jednu z nejzávažnějších kapitol končetinové traumatologie. Velmi těžko rekonstruovatelná je střížná zlomenina, kde distální fragment tvoří pouze kloubní plocha s minimem subchondrální kosti. Standardním přístupem zůstává zadní přístup s intraartikulárním odtětím olekranu, který dává nejlepší přehled o kloubní ploše. Další možností je Morreyho přístup eliminující osteotomii olekranu. LCP dlahy pro distální humerus jsou významným přínosem pro ošetření těchto zlomenin, zejména laterálního pilře včetně hlavičky humeru. U větších fragmentů a kvalitní kosti lze použít standardní implantáty, za výrazně nižší cenu. Autoři ve svém příspěvku popisují své zkušenosti jak se standardními implantáty tak i s úhlově stabilními dlahami. V souboru za poslední dva roky prezentují 23 pacientů. Standardně byl volen zadní přístup s osteotomií olecranu. Všichni pacienti se zhojili per primam s velmi dobrým funkčním výsledkem. Důležitou roli v komplexní péči hraje i správné načasování odborné rehabilitace. V jednom případě došlo k selhání osteosyntézy následkem neadekvátního přístupu na jiném rehabilitačním zařízení, s nutností následného operačního řešení.

**Název:** Fraktury distálního humeru u dospělých

**Autor:** R. Krejčí, D. Novák

**Pracoviště:** Chirurgické oddělení Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.

**Primář:** MUDr. Milan Maleček

**Anotace:** Na našem pracovišti v průměru ošetříme cca 10–15 zlomenin distálního humeru ročně. Ve většině případů k osteosynthese intraartikulárních zlomenin distálního humeru používáme úhlově stabilní implantáty od firmy MEDIN. V rámci kazuistiky budeme prezentovat několik případů.

**Název:** Poranění proximálního konce kosti vřetenní u dětí a mladistvých

**Autor:** R. Vronský, L. Pleva, L. Lukáč, S. Jelen, I. Klus

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

**Přednosta:** Doc. MUDr. Leopold Pleva, CSC., primář: MUDr. Stanislav Jelen

**Anotace:** Poranění proximálního konce kosti vřetenní u dětí je relativně vzácné poranění. Podle různých autorů se vyskytuje v 7–15 % všech poranění lokte a ve 14 % všech fyzárních poranění lokte. Ke zlomenině hlavičky kosti vřetenní dochází u dětí vzácně, v 90 % jde u těchto poranění o fyzární separace. Poranění se nejčastěji vyskytuje u dětí ve věku 9–10 let. Hlavička radia patří spolu s hlavicí femoru k tzv. zvláštnímu typu epifýzy. Je celá uložená intraartikulárně. Fyzární cévy probíhají kloubním pouzdrem a tak i nevelké trauma nebo intraartikulární hematom, mohou vést k jejich zhmoždění či kompresi a k rozvoji avaskulární nekrózy hlavičky radia.

Za mechanismus vzniku poranění se považuje valgózní násilí na extendovaný loket. Obecně se uvádí dvě teorie a to: luxační, kdy je hlavička radia odlomená při luxaci (nebo subluxaci) v lokti a je dislokována ventrálně, a reпозиční, kdy dochází při spontánní repozici subluxace v lokti při jeho semiflexi k odlomení hlavičky radia hlavičkou humeru.

Z uvedeného je zřejmé, že zlomeniny prox. radia bývají sdružené s odlomením olecranon ulnae nebo ulnárního epikondylu humeru. Jsou i popisovány zlomeniny proximální ulny. Zlomeniny klasifikujeme podle O'Briena nebo bratří Judetů, protože však 90 % poranění představují fyzární separace, hodnotíme tato zranění podle Saltera-Harrise.

Za období 2000–2007 jsme ošetřili v TC FNO 179 dětí ve věku 3–17 let pro zlomeniny v oblasti lokte. U 31 případů (17 %) šlo o zlomeniny hlavičky radia, z nichž jsme operovali 17 (55 %). U tří pacientů byla provedena zavřená repozice a vysoká sádrová fixace v supinaci předloktí. U ostatních, tj. 14 pacientů (82,4 %) jsme použili osteosyntézu. Ve dvou případech byl použit TEN prut, v ostatních případech jsme použili Kirschne-

rův drát. Implantát zavádíme až na výjimky extrafyzárně z dist. metafýzy radia. Ve dvou případech jsme hlavičku radia fixovali transartikulárně přes humerus. V jednom případě šlo o pacientku s dilacerací předloktí primárně ošetřenou zevní fixací. V druhé době byla pro interpozitum nutná otevřená repozice s rekonstrukcí lik. anuláre. V druhém případě šlo o pacienta ošetřeného mimo náš region, který byl předán k doléčení do místa trvalého bydliště. V našem souboru nedošlo ke vzniku avaskulární nekrózy hlavičky radia, u dvou pacientů přetrvává omezení hybnosti v lokti a to v supinaci. U třech pacientů jsme byli nuceni v druhé době provést pro nepostupující rehabilitaci redresment force.

Minimální osteosyntézu hlavičky radia považujeme za metodu bezpečnou s dobrými výsledky. Vyžaduje však zkušenost operačního týmu a odpovídající technické vybavení. Vzhledem k incidenci poranění a možným komplikacím, která jsou dána anatomickým typem proximální epifýzy radia a kinematikou lokte, které vyžadují přesnou repozici, je vhodné pacienty ošetřovat na specializovaném pracovišti

**Název:** Principy léčby Monteggiaovy léze u dětí

**Autor:** T. Pešl, P. Havránek

**Pracoviště:** Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK, Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha Krč

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

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

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

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

**Název:** Nitrokloubní zlomeniny distálního radia – možnosti a výsledky operačního řešení

**Autor:** R. Suchomel, R. Veselý, J. Valentová

**Pracoviště:** Úrazová nemocnice Brno, Klinika traumatologie LF MU Brno

**Přednosta:** Prof. MUDr. Peter Wendsche, CSc.

**Anotace:** Autoři ve svém sdělení prezentují možnosti a výsledky operačního řešení nitrokloubních zlomenin distálního radia na souboru pacientů operovaných pro tento typ zlomeniny v Úrazové nemocnici Brno v letech 2005 a 2006. Funkční výsledky byly hodnoceny podle skóre dle Gartlanda a Werleye.

**Název:** Operační léčba nitrokloubních zlomenin distálního radia

**Autor:** V. Ruber, M. Mašek, P. Kvasnička

**Pracoviště:** Klinika úrazové chirurgie LF MU a FN Brno

**Přednosta:** Doc. MUDr. Michal Mašek, CSc.

**Anotace:** Úvod:

Zlomeniny distálního radia jsou nejčastější zlomeninou dospělé populace. Jako nitrokloubní zlomeniny označujeme dle AO zlomeniny typu B a C, které jsou převážně indikovány k ORIF.

Soubor a metody:

Na Klinice úrazové chirurgie LF MU a FN Brno jsme v období 1/2005 – 12/2007 ošetřili celkem 1080 zlomenin distálního radia. Metodou ORIF jsme řešili 330 zlomenin (30,5 %).

Převážně používáme úhlově stabilní implantáty LCP – 148 zlomenin (60 %) a Targon DR – 8 zlomenin (2,4 %). Z dalších použitých metod – zevní fixace 27 zlomenin (8,2 %), transfixace K dráty 31 zlomenin (9,4 %) a kombinace metody u 33 zlomenin (10 %). Operujeme akutně do 6 hodin nebo odložene po odeznění otoku za 5–6 dnů.

Diskuze:

Cílem léčby je rychlý návrat pacienta k původnímu stereotypu života. Tohoto cíle dosáhneme provedením stabilního ošetření, které umožní časnou rehabilitaci a tím plné obnovení funkce. Za účelem stabilního ošetření používáme techniku ORIF. Při indikační rozvaze vycházíme z AO klasifikace, kterou stanovíme na základě RTG a event. CT vyšetření. Operace je prováděna v anemizaci pod clonou ATB. Použití pooperační přídavné fixace je individuální. Pozornost je třeba věnovat přidruženým, zejména vazivovým poraněním zápěstí, která pokud nejsou ošetřena, negativně ovlivňují výsledek léčby zlomeniny distálního radia. Nejčastěji se jedná o poranění skafolunárních vazů.

**Závěr:**

Ve snaze o aktivní přístup k léčbě zlomenin distálního radia klademe důraz na časnou a správnou indikaci primárně nestabilních zlomenin. Za metodu volbu považujeme stabilizaci pomocí úhlově stabilních implantátů – LCP. Přídavnou fixaci aplikujeme pooperačně v individuálních případech. Rehabilitační léčbu zahajujeme časně pod dohledem rehabilitačního pracovníka.

**Literatura:**

1. Jupiter J. B., Fernandez D. L., Toh C. L. et al.: *Operative treatment of volar intra-articular fractures of the distal end of the radius*, J Bone Joint Surg Am, 78, 12, 1996, 1817–1828
2. Oestern H. J.: *Distale Radiusfrakturen – Teil I, Grundlagen und konservativ Therapie*, Chirurg, 1999, 70, 1180–1192
3. Oestern H. J.: *Distale Radiusfrakturen – Teil II, Operative therapie*, Chirurg, 1999, 70, 1381–1394
4. Rüedi T. P., Murphy W. M.: *AO Principles of Fracture Management*, AO Publishing, Georg Thieme Verlag, 2001, 361–381



**Název:** Využitie Herbertovej skrutky pri intraartikulárnych zlomeninách

**Autor:** I. Mudrák, M. Stránska

**Pracovišťe:** Ortopedicko-traumatologická klinika MFN Martin

**Přednosta:** MUDr. Jozef Drímal, CSc.

**Anotace:** Na našom pracovisku používame Herbertovu skrutku od roku 2001. Spočiatku sme ju využívali len pri zlomeninách a pseudoartrozách scaphidea. Postupne sme rozšírili použitie aj pri iných zlomeninách, ako je zlomenina humeru, hlavice radia, falangov, intercondylická eminencia, atd. Celkovo za 7 rokov sme použili Herbertovu skrutku pri 108 operáciách.

**Název:** Zlomeniny distálneho konca stehnovej kosti

**Autor:** J. Látal, J. Galovič

**Pracovišťe:** Klinika úrazovej chirurgie SZU, Bratislava

**Přednosta:** Prof. MUDr. Peter Šimko, CSc.

**Anotace:** Zlomeniny distálneho femoru boli v minulosti doménou konzervatívnej liečby. Autori zaviedli na klinike svoju modifikáciu antegrádneho klincovania, ktorá je vhodná hlavne pre sup-rakondylické zlomeniny a bola použitá aj u infikovaných sup-rakondylických paklbov. Klinika úrazovej chirurgie vyvinula vlastný retrogádny klinec, ktorý bol od roku 2002 použitý u viac ako 40 pacientov s veľmi dobrým výsledkom.

**Název:** Zlomeniny distálního femuru

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

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

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

**Anotace:** Soubor nemocných operovaných na TC za posledních pět let s diagnózou zlomenina dolního konce kosti stehenní typu C dle AO klasifikace, srovnání metody nitrodřeňové stabilizace pomocí retrográdního hřebu s metodami dlahové stabilizace LISS dlaha a NC B dlaha na jedné straně a srovnání výsledků obou dlahových syntéz na straně druhé. Srovnání se týká jak operačních postupů, tak pooperačních komplikací a funkčních výsledků.

**Název:** Nitrokloubní zlomeniny proximální tibie – hodnocení po 7 letech

**Autor:** L. Paša, S. Kalandra, A. Bilik, R. Veselý, M. Kelbl

**Pracoviště:** Klinika traumatologie LF MU Brno v Úrazové nemocnici v Brně

**Přednosta:** Prof. MUDr. Peter Wendsche, CSc.

**Anotace:** Úvod:

Nitrokloubní zlomenina proximální tibie je složitý terapeutický problém. Je nutné správně ošetřit: kloubní plochu, poranění měkkého kolene, dodržet správnou osu končetiny, umožnit pohyb kloubu pro časnou rehabilitaci a umožnit plnou zátěž poraněného kloubu po zhojení.

Metodika:

Autoři zhodnotili možnosti precizní repozice různých typů nitrokloubní zlomeniny proximální tibie a možnosti ošetření měkkého kolene. Správnost repozice a osteosyntézy kontrolovali vždy pomocí rtg zesilovače, část zlomenin ošetřili pomocí artrotomie (všechny zlomeniny typu C, malou část zlomenin typu B3), část miniinvazivně pod kontrolou artroskopického pohledu (zlomeniny typu A1, B1-3). Zhodnotili pacienti, operované v letech 1997-99, klinicky a dotazníky dle IKDC a Lansingera.

Výsledky:

Artroskopicky asistované repozice vykazovaly po 5–7 letech dle hodnocení IKDC a Lansingera hodnocení lepší, než repozice otevřené. Rozdílly byly patrné hlavně u zlomenin typu B, což je nejčastěji operovaná zlomenina pod ASKP kontrolou. Průměrné hodnocení u ASKP repozice byly dle IKDC 85, Lansingera 27, otevřenou cestou byly dle IKDC 71 a dle Lansingera 23.

Závěr:

Nitrokloubní zlomeniny proximální tibie vedou často k nástupu rychlejších artrotických změn do 5 let v porovnání

s neporaněným kloubem. Výsledky ovlivňují: typ a rozsah zlomeniny, věk pacienta, správnost repozice a stabilizace. V případě defektu kosti po repozici je nutné aplikovat spongioplastiku. Artroskopicky asistovaná repozice umožní dobře reponovat kloubní plochu a současně šetrně reparovat poraněné struktury měkkého kolene. Miniinvazivita výkonu a preciznost repozice vede k příznivému průběhu hojení a rychlejší rehabilitaci. Hodnocení po 5–7 letech jsou výsledky artroskopicky asistovaných osteosyntéz příznivější než u repozic otevřenou cestou.

**Název:** Poranění horního konce tibie – miniinvazivní řešení

**Autor:** P. Holaň, T. Klos, B. Slovák

**Pracoviště:** Chirurgické oddělení NsP Nový Jičín

**Primář:** MUDr. Stanislav Czudek, CSc.

**Anotace:** Autoři předkládají bezpečné, nenáročné, miniinvazivní řešení intraartikulární zlomenin horního konce tibie, umožňující časnou rehabilitaci.

**Název:** Artroskopická stabilizácia zlomenín interkondylickej eminencie tíbie – naše skúsenosti

**Autor:** P. Sopilko, M. Chmúrny

**Pracovišťe:** Ortopedicko – traumatologická klinika JLF UK a MFN, Martin

**Přednosta:** MUDr. Jozef Drímal, CSc.

**Anotace:** Zlomeniny interkondylickej eminencie tíbie sú podľa našich pozorovaní zriedkavým poranením. Autori referujú súbor 4 pacientov, ktorí podstúpili artroskopickú stabilizáciu zlomeniny interkondylickej eminencie tíbie v období r. 2003–2007 s použitím fixácie pomocou kanalizovanej skrutky (Herbert, Barouk), prípadne v kombinácii s kotviacim materiálom používaným pri artroskopickú stabilizácii ramena (Mitek G II) s pooperačnou fixáciou končatiny pomocou kolennej ortézy s limitovaným rozsahom pohybu. V prezentácii autori popisujú operačnú techniku a výsledky liečby vrátane možných komplikácií.

**Název:** Artroskopicky asistované osteosyntézy zlomenin proximální tibie

**Autor:** J. Konečný, A. Randula, M. Reška, P. Diviš

**Pracoviště:** I. Chirurgická klinika FN U Sv. Anny, Brno

**Přednosta:** Prof. MUDr. Ivan Čapov CSc.

**Anotace:** Nitrokloubní zlomeniny proximální tibie patří mezi nejčastější nitrokloubní zlomeniny. Jejich společenský dopad je dán délkou léčby a závažností eventuelních trvalých následků. Míra trvalých následků závisí jak na charakteru zlomeniny a úspěšnosti jejího léčení, tak i na poranění a léčení struktur „měkkého kolene“. V poslední době se ve snaze o minimalizaci následků nitrokloubních zlomenin proximální tibie stala standardem operační léčba. V indikovaných případech je při osteosyntézách využívána artroskopie. Jednoznačnou výhodou artroskopicky asistované osteosyntézy je možnost ošetření menisků, odstranění volných kousků chrupavky a kosti z kloubu a přímá vizuální kontrola repozice zlomeniny bez nutnosti rozsáhlého otevřeného přístupu. Artroskopická asistence je však limitována a má i svá rizika, která je třeba zvážit a minimalizovat uvážlivou indikací i provedením. Autoři seznamují s vlastními zkušenostmi s artroskopicky asistovanými osteosyntézami nitrokloubních zlomenin proximální tibie. Analyzují soubor 27 pacientů. Upozorní na možná rizika komplikací a hodnotí benefit této metody.



**Název:** Volba implantátu v léčbě zlomenin distálního bérce

**Autor:** P. Kvasnička, M. Mašek, V. Ruber

**Pracoviště:** Klinika úrazové chirurgie LF MU a FN Brno

**Přednosta:** Doc. MUDr. Michal Mašek, CSc.

**Anotace:** V přednášce popisujeme algoritmus ošetřování pacientů s dislokovanými zlomeninami distálního bérce na našem pracovišti. Operace provádíme po základním vyšetření včetně CT, náležité přípravě, většinou plánovaně v operačním programu. Druh osteosynthesy volíme dle typu zlomeniny s přihlédnutím k celkovému stavu a schopnostem pacienta. Extraartikulární zlomeniny řešíme metodou hřebu Expert či LCP Distal Tibia Plate. V případech intraartikulárních zlomenin volíme většinou osteosynthesu LCP Distal Tibia Plate či LCP Distal AL Tibia Plate v závislosti na směru lomných linií. Otevřené a výrazně dislokované zlomeniny s otokem a hematodem měkkých tkání primárně stabilizujeme zevní fixací.

Po zhojení měkkých tkání konvertujeme na vnitřní fixaci, při přetrvávajícím vysokém operačním riziku lze zlomeninu definitivně zhojit na zevním fixateru. Dle stability osteosynthesy, rozsahu poranění měkkých tkání a spolupráce pacienta po operaci necháváme dočasně sádrovou fixaci nebo končetinu nefixujeme a tím umožníme časnou rehabilitaci. Postupnou zátěž operované končetiny umožníme podle charakteru zlomeniny a známek hojení při rtg kontrolách. Operujeme za ATB profylaxe, u rizikových pacientů ponecháváme ATB do zhojení měkkých tkání.

V přednášce prezentujeme soubor 35 pacientů operovaných na našem pracovišti v období 2006–2007. Čtyřem pacientům byla provedena osteosynthesa hřebem Synthes Expert, 1x byla obohacena o spongioplastiku vzhledem k defektní zóně zlomeniny. Komplikací byl 1 infekt v ráně, sanován bez nutnosti extrakce kovu. Dvěma pacientům jsme provedli MIO, bez pooperačních komplikací.

Osteosynthesa LCP dlahou byla provedena 29 pacientům. V pooperačním průběhu bylo u pěti pacientů hojení operačních rány per secundam, ve třech případech byla pro infekt nutná extrakce kovu. Jednomu pacientovi byla zlomenina stabilizována zevní fixací do úplného zhojení.

U žádného pacienta nebyl pooperační průběh komplikován HŽT.

**Název:** Zlomeniny pilonu

**Autor:** R. Dvorský, D. Novák

**Pracoviště:** Chirurgické oddělení Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.

**Primář:** MUDr. Milan Maleček

**Anotace:** Na podkladě kazuistik autoři ukazují přístup k léčbě zlomenin pilonu na pracovišti v Novém Městě na Moravě. Prezentují soubor pacientů a hodnotí výsledky léčby za období 5 let.

**Název:** Osteosyntéza zlomenin patní kosti dlahou CALCANEA

**Autor:** P. Diviš, M. Reška, J. Konečný, D. Prchal

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

**Přednosta:** prof. MUDr. Ivan Čapov, CSc.

**Anotace:** V přednášce popisujeme naše zkušenosti s použitím v názvu zmíněné dlahy k osteosyntéze zlomenin patní kosti. K osteosyntéze přistupujeme po předchozím zvážení indikace (RTG, CT s 3D znázorněním). Důraz klademe na správné načasování operace. Operujeme z laterálního přístupu, snahou je dosažení ideální repozice kloubních ploch, obnovení tvaru patní kosti.

Od roku 2006 jsme použili dlahu CALCANEA v 15 případech s velmi dobrým výsledkem. V prezentaci budou uvedeny bližší podrobnosti

**Název:** Zlomeniny paty v zrcadle času

**Autor:** D. Novák

**Pracoviště:** Chirurgické oddělení Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.

**Primář:** MUDr. Milan Maleček

**Anotace:** Autor prochází více než 10leté zkušenosti s těmito zlomeninami a hodnotí je v krátkodobém i dlouhodobém odstupu. Prochází minulé i současné operační techniky a hodnotí přes stovku operací i možné konzervativní postupy. Prezentací chce otrást starými mýty a terapeutickým nihilismem.

**Název:** Zlomeniny členkovej kosti u detí

**Autor:** P. Kľoc, J. Harčarík\*, J. Müllerová

**Pracovište:** Oddelenie úrazovej chirurgie, FNŠP J. A. Reimana, Prešov, \*Traumatologická ambulancia, HOLGER Slovakia, s.r.o., Prešov

**Primár:** MUDr. Jozef Bujňák

**Anotace:** Po úvode do problematiky referujeme o aktuálnom stave poznatkov o intraartikulárnych zlomeninách talu u detí. Za sledované obdobie analyzujeme náš súbor detských pacientov s týmto poranením so zameraním sa na dlhodobé výsledky liečby s jej možnými komplikáciami. Za účelom vyššej výťažnosti tvoria súbor pacienti z viacerých traumatologických pracovísk.

**Název:** Použití úhlově stabilních dlah pro sanaci příkloubních zlomenin femoru a tibie na našem pracovišti

**Autor:** P. Janata

**Pracoviště:** Chirurgické oddělení Oblastní nemocnice Jičín

**Primář:** MUDr. Petr Janata

**Anotace:** Autor prezentuje použití dlah LCP MEDIN pro sanaci zlomenin distálního femoru a distálního pylonu tibie. Prezentuje střednědobé výsledky a ukazuje ASK obraz kloubních ploch po takto ošetřených poraněních.



# PEVNÉ CYSTOSKOPY



**MINIMÁLNĚ  
INVAZIVNÍ  
DIAGNÓZA A TERAPIE**

**ESCAD**  
MEDICAL



# FLEXIBILNÍ ENDOSKOPY



MINIMÁLNĚ  
INVAZÍVNÍ  
DIAGNÓZA A TERAPIE

ESCAD  
MEDICAL



9.00 - 11.30 **I. ČÁST ODBORNÉHO PROGRAMU A3**

Předsednictvo: J. Gatěk, M. Huřan, J. Škultéty, J. Šustáček

- A.23 **J. Palaj, Š. Durdík, P. Mračna, V. Marek, J. Malina:**  
(Onkologický ústav Sv. Alžbety, Bratislava)  
Duplicitné karcinómy kolorekta
- A.24 **P. Mračna, J. Palaj, J. Malina, R. Donát, Š. Durdík:**  
(Klinika onkologickej chirurgie OÚSA a LFUK, Bratislava)  
Radikalita chirurgickej liečby rakoviny konečníka z pohľadu onkologického chirurga
- A.25 **Š. Durdík, J. Malina, P. Mračna, J. Palaj, R. Donát:**  
(Klinika onkologickej chirurgie OÚSA a LFUK, Bratislava)  
Úskalia diagnostiky a liečby karcinoidu tenkého čreva
- A.26 **M. Huřan ml., M. Huřan, Y. Rashidi, A. Dimov:**  
(IV. chirurgická klinika LFUK a FNŠP, Bratislava, pracovisko Ružinov)  
Vacuum assisted closure v manažmente open abdomenu
- A.27 **J. Škultéty, A. Prochotský, J. Sekáč, A. Mifkovič:**  
(II. chirurgická klinika LF UK a FN, Bratislava, Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Petržalka)  
GIST
- A.28 **J. Šustáček, J. Brázdil\*, P. Jenerál, R. Krejčí:**  
(Chirurgické oddělení, \*Patologické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.)  
Neobvyklý tumor jejunálního mesenteria
- A.29 **R. Okoličány, A. Prochotský, J. Škultéty, A. Mifkovič:**  
(II. chirurgická klinika LF UK, FNŠP Bratislava)  
Biliárny ileus – naďalej reálna komplikácia cholecystolitiázy
- A.30 **L. Lehotský, M. Šalapa, M. Huřan:**  
(IV. chirurgická klinika LF UK, FNŠP Bratislava-Ružinov)  
Problémy chirurgickej operačnej liečby pacientov nad 80 rokov

- A.31 **J. Gatěk, B. Dudešek, J. Duben, L. Hnátek, T. Musil, B. Goldmannová:**  
(Chirurgické oddělení nemocnice Atlas, Univerzita Tomáše Bati, Zlín)  
Axilární a perigenitální hidradenitida – kazuistika
- A.32 **J. Andel, I. Hunák, V. Hýžd'al:**  
(Chirurgické oddělení KNTB a.s., Zlín)  
Aktinomykoza v chirurgii, kazuistika
- A.33 **J. Smékalová\*, I. Hladká\*\*, J. Brázdil\*\*\*\*, J. Bureš\*\*\*\*, J. Šustáček\*, P. Bureš\*\*\*\*, A. Bílek\*\*, M. Maleček\*:**  
(\*chirurgické oddělení, \*\*radiologické oddělení, \*\*\*oddělení nukleární medicíny, \*\*\*\*patologicko-anatomické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.)  
15 let mammární chirurgie – vlastní výsledky
- A.34 **T. Malý\*, J. Chudáček\*, J. Kysučan\*, E. Karásková\*\*, J. Vospělová\*\*, K. Michálková\*\*\***  
(\*I. Chirurgická klinika LF UP a FN v Olomouci, \*\*Dětská klinika LF UP a FN v Olomouci, \*\*\*Radiologická klinika LF UP a FN v Olomouci)  
Nepoznané anorektální malformace

**Název:** Duplicitné karcinómy kolorekta

**Autor:** J. Palaj, Š. Durdík., P. Mračna., V. Marek., J. Malina

**Pracoviště:** Onkologický ústav Sv. Alžbety, Bratislava

**Přednosta:** Doc. Štefan Durdík, PhD., primár: doc V. Straka PhD

**Anotace:** Autor referuje o duplicitných karcinómoch v súbore 446 operovaných na KR, ktoré tvorili 13 % (59) všetkých operovaných. Súbor tvorilo 31 (7 %) kolorektálnych duplícít a 28 (6 %), kombinácia KR a extrakolonického karcinómu. KR duplicity boli zaznamenané 31x z toho 20x synchronne, metachrónne 11x. Kombinácie KR a extrakolonického karcinómu sa vyskytli 28x z toho synchronne 7x. Autori referujú o spôsoboch a výsledkoch liečby synchronných i metachrónnych resekcí. V diskusii na základe literárnych údajov odporúčajú možnosti liečby, screeningu a dispenzarizácie pacientov s duplicitnými karcinómami

**Název:** Radikalita chirurgickej liečby rakoviny konečníka z pohľadu onkologického chirurga

**Autor:** P. Mračna, J. Palaj, J. Malina, R. Donát, Š. Durdík

**Pracovištie:** Klinika Onkologickej chirurgie OÚSA a LFUK Bratislava

**Přednosta:** Doc. MUDr. Štefan Durdík, Ph.D.

**Anotace:** V príspevku autori rozoberajú problematiku chirurgickej liečby rakoviny konečníka z rôznych aspektov. Popri známých atribútoch radikality operácie v oblasti tzv. „proximálnej, distálnej a radiálnej“ resekčnej línie prezentujú svoj pohľad na aj stále kontroverznú otázku laterálnej lymfadenektomie. Zároveň všetky tieto aspekty aj v kontexte onkologickej radikality výkonu vs. v súčasnosti stále viac kladeným dôrazom na postoperačnú kvalitu života pacienta. V tomto diskutujú funkčné výsledky v zmysle poresekčného syndrómu, uchovania sexuálnych a močových funkcií na svojom pracovisku.

**Název:** Úskalia diagnostiky a léčby karcinoidu tenkého čreva

**Autor:** Š. Durdík, J. Malina, P. Mačna, J. Palaj, R. Donát

**Pracoviště:** Klinika onkologickej chirurgie LFUK a OUSA Bratislava

**Přednosta:** Doc. MUDr. Štefan Durdík, Ph.D.

**Anotace:** Autori v práci spracovávajú skúsenosti s diagnostikou a liečbou karcinoidu, zdôrazňujú dôležitosť včasnej diagnostiky s využitím dnešných moderných diagnostických metód, zameriavajú sa na taktiku chirurgickej liečby, možnosti jej radikality. Ako neoddeliteľnú súčasť liečby spracovávajú aj možnosti adjuvantnej terapie. V práci rozoberajú aj niekoľko svojich kazuistik s priebehom ich diagnostiky a liečby.

**Název:** Vacuum assisted closure v manažmente open abdomenu

**Autor:** M. Huťan ml., M. Huťan, Y. Rashidi, A. Dimov

**Pracoviště:** IV. chirurgická klinika LFUK a FNŠP Bratislava, pracoviisko Ružinov

**Přednosta:** Doc. MUDr. Martin Huťan CSc.

**Anotace:** Vacuum assisted closure(VAC) je účinná metodika terapie rán, využívajúca negatívny podtlak k zrýchleniu hojenia, kontrole infekcie a exsudátu v rane a sťahovaní okrajov rany. Použitie abdominálneho VAC pri open abdomene sa javí ako účinná metodika pri zvládaní manažmentu rany, infekčných komplikácií a stavu pacienta. Autori v prednáške prezentujú súbor pacientov s open abdomen na IV. chirurgickej klinike v Bratislave, manažovaný abdominálnym VAC. V súbore sú pacienti po dekompresii abdominal compartment syndromu, pričom dominantným ochorením v našom súbore boli pacienti s ťažkou nekrotizujúcou pankreatitídou (SAP). Autori prezentujú presný postup pri zakladaní abdominálneho VAC.

**Název:** GIST

**Autor:** J. Škultéty, A. Prochotský, J. Sekáč, A. Mifkovič

**Pracoviště:** II. chirurgická klinika LF UK a FN Bratislava, Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Petržalka

**Přednosta:** Doc. MUDr. Ján Škultéty, CSc.

**Anotace:** Autori prezentujú, svoje skúsenosti s diagnostikou a liečbou gastrointestinálnych stromálnych tumorov. Gisty sú nádory tráviaceho traktu, ktoré majú rôzny zhubný potenciál. Chirurgický výkon poskytuje pacientovi šancu na vyliečenie. Diagnostika je obtiažna a časovo náročná. Prognóza je závislá od chirurgickej liečby a pooperačného managementu.

**Název:** Neobvyklý tumor jejunálního mesenteria

**Autor:** J. Šustáček, J. Brázdil\*, P. Jenerál, R. Krejčí

**Pracoviště:** Chirurgické oddělení, \*Patologické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.

**Primář:** MUDr. Milan Maleček, MUDr. Petr Bureš\*

**Anotace:** Devátnáctiletá dívka vyšetřována pro dlouhodobé bolesti břicha. Na UZ a CT kulovitý, pohyblivý tumor v pr. epigastriu, nejasné etiologie. Rozhodnuto k revizi, provedena extirpace tumoru a mezenteria jejuna jehož etiologie je nejistá a zcela neobvyklá – nejpravděpodobněji parazitární. Nemocná je t.č. zcela bez potíží a prospívá.



**Název:** Biliárny ileus – naďalej reálna komplikácia cholecystolitiázy

**Autor:** R. Okoličány, A. Prochotský, J. Škultéty, A. Miškovič

**Pracovište:** II. chirurgická klinika LF UK, FNŠP Bratislava

**Přednosta:** Doc. MUDr. Ján Škultéty, CSc.

**Anotace:** Biliárny ileus je zriedkavá komplikácia cholecystolitiázy. Vyskytuje sa najmä vo vyššom veku a podľa literárnych údajov jej incidencia kolíše v rozsahu 1–4 %. Najčastejšie vzniká ako komplikácia prekonanej alebo konzervatívne liečenej cholecystitídy, prípadne ako komplikácia dekubitálnej nekrózy steny žlčníka. Tá vedie ku vzniku cholecystoduodenálnej fistuly. V tomto prípade je cholecystolitiáza „nemá“ alebo sa klinicky manifestuje len asi u jednej tretiny pacientov. Na našej klinike sme za ostatných 5 rokov urobili celkom 1560 cholecystektómií (1345 L-CHE a 215 konvenčných CHE). Počas sledovaného obdobia sme operovali len 2 pacientov pre biliárny ileus. Diagnózu sme v oboch prípadoch stanovili až pri operácii, i keď pri opakovanom preštudovaní zobrazovacích vyšetrení (NSB postojačky, resp. CT) sme dospeli k názoru, že už nimi sme mohli stanoviť primárnu príčinu črevnej nepriechodnosti...

**Název:** Problémy chirurgickej operačnej liečby pacientov nad 80 rokov

**Autor:** L. Lehotský, M. Šalapa, M. Huťan

**Pracovištie:** IV. chirurgická klinika LF UK, FNsP Bratislava-Ružinov

**Přednosta:** Doc. MUDr. Martin Huťan, CSc.

**Anotace:** Súčasný starnutie populácie prináša so sebou aj nové problémy a zvýšené nároky na zdravotnú starostlivosť. Najväčší demografický rast sa v blízkej budúcnosti predpokladá vo vekovej skupine nad 80 rokov.

Výsledky operačnej liečby sú uspokojivé u elektívne operovaných pacientov, ale u akútne operovaných je vysoká mortalita a morbidita so závažnými komplikáciami. V r. 2007 bolo operovaných na IV. chirurgickej klinike LFUK vo FNsP Bratislava-Ružinov 100 pacientov nad 80 rokov, z toho 60 % operovaných akútne. U akútne operovaných pacientov bola 41,7 % mortalita a 55 % morbidita. Ako spoľahlivý prediktívny faktor pooperačnej mortality sa ukazuje prítomnosť SIRS predoperačne. U pacientov elektívne operovaných bola mortalita 17,5 % a 10 % morbidita. Najčastejšími operáciami medzi elektívnymi boli operácie hernií, medzi akútnymi – operácie pre črevnú nepriechodnosť.

Možnosťou ako zlepšiť výsledky operačnej liečby u prestárlych pacientov je preniesť ťažisko liečby na elektívne operácie, starostlivo zvážiť risk a benefit u každého konkrétneho pacienta. Kľúčovým výsledkom hodnotenia liečby pacientov nad 80 rokov musí byť udržanie si ich predoperačnej nezávislej existencie a samostatnosti.

**Název:** Axilární a perigenitální hidradenitida – kazuistika

**Autor:** J. Gatěk, B. Dudešek, J. Duben, L. Hnátek, T. Musil, B. Goldmannová

**Pracoviště:** Chirurgické oddělení nemocnice Atlas, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

**Primář:** MUDr. Jiří Gatěk, Ph.D.

**Anotace:** Úvod:

Hnisavá hidradenitida je kožní infekce, která bývá obvykle způsobena chronickou pyogenní infekcí a je lokalizována v místech, kde je zvýšená koncentrace potních žláz. Nejčastější místa postižení jsou podpažní jamky, třísla a perigenitální oblast. Může se jednat o drobný absces avšak také o mnohočetné abscesy, které výrazně ovlivňují kvalitu života pacientů chronickým a úporným průběhem. Hnisavou hidradenitidu od furunklu nebo karbunklu odlišuje lokalizace, histologické vyšetření prokazuje postižení potní žlázy. Léčení hnisavé hidradenitidy se odvíjí od rozsahu. Zahrnuje incisi hnisavého ložiska, excisi postižené tkáně doplněné antibiotickou terapií dle citlivosti mikrobiálního agens.

**Kazuistika:**

Pacientka J. R. 1964 byla neúspěšně léčena osm roků na několika neklinických i klinických pracovištích pro rozsáhlou axilární a perigenitální hidradenitidu. Neobvyklý rozsah zánětlivých změn v obou lokalitách vyřadil pacientku ze společnosti, rozpadlo se jí manželství a byl jí přiznán invalidní důchod. Léčba byla neúspěšná a nákladná na převazový materiál, proto v konečném důsledku nebylo žádné pracoviště ochotno pacientu léčit a v tomto stavu byla ošetřena na našem oddělení. V první etapě terapie byly provedeny rozsáhlé incise a excise v axilárních krajinách. Po roce léčení, včetně plastické rekonstrukce kožního krytu, se podařilo proces vyhojit. Po dohodě s pacientkou jsme zahájili terapii v oblasti genitálu a anu. Rozsah onemocnění neumožňoval lokální ošetření bez sigmoideostomie. Byla založena nástěnná sigmoideostomie a prováděny opakované incise a excise hnisavých infiltrá-

tů. Rozsah zánětlivých změn se postupně snižoval až došlo k vyhojení procesu. Během terapie však pacienta výrazně zvýšila hmotnost a objevila se monstrosní parastomální kýla. Řešení kýly jsme odkládali až do zhojení zánětlivého procesu, protože jsme se obávali infekce rány a sítě, kterou jsme vzhledem k rozsahu kýly byli nuceni použít. Po dvou letech léčení se podařilo zánětlivý proces zhojit, provést rekonstrukci kýly a pacientka se vrátila do běžného života.

Závěr:

Axilární a perigenitální hidrosdenitida může být v ojedinělých případech terapeutickým problémem, který bez trpělivosti lékařského týmu a pacienta nelze vyřešit.

**Název:** Aktinomykoza v chirurgii, kasuistika

**Autor:** J. Andel, I. Hunák, V. Hýždál

**Pracoviště:** Chirurgické oddělení KNTB a.s., Zlín

**Primář:** MUDr. I. Hunák

**Anotace:** Sdělení uvádí případ aktinomykózy dutiny břišní a břišní stěny. Poukazuje na sporadicky se vyskytující aktinomykotickou infekci v chirurgii.

**Název:** 15 let mammární chirurgie – vlastní výsledky

**Autor:** J. Smékalová\*, I. Hladká\*\*, J. Brázdil\*\*\*\*, J. Bureš\*\*\*, J. Šustáček\*, P. Bureš\*\*\*\*, A. Bílek\*\*, M. Maleček\*

**Pracoviště:** \*chirurgické oddělení, \*\*radiologické oddělení, \*\*\*oddělení nukleární medicíny, \*\*\*\*patologicko-anatomické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.

**Primář:** MUDr. Milan Maleček\*, MUDr. Aleš Bílek\*\*, MUDr. Jaroslav Bureš\*\*\*, MUDr. Petr Bureš\*\*\*\*

**Anotace:** Autoři v období od 1. 5. 1993 do 30. 4. 2008 hodnotí spektrum operací, druhy histologických nádorů, věk pacientek, hmatné a nehmatné léze. Období je prakticky členěno třemi mezníky:

1. zakoupení digitální substrakční mammografie a umožnění operovat nehmatné léze od roku 1996;
2. zavedení mammografického screeningu na pracovišti v říjnu 2002;
3. rok 2005 – zavedení extirpace sentinelové uzliny na pracovišti.

**Název:** Nepoznané anorektální malformace

**Autor:** T. Malý\*, J. Chudáček\*, J. Kysučan\*, E. Karásková\*\*,  
J. Vospělová\*\*, K. Michálková\*\*\*

**Pracoviště:** \*I. Chirurgická klinika LF UP a FN v Olomouci, \*\*Dětská klinika LF UP a FN v Olomouci, \*\*\*Radiologická klinika LF UP a FN v Olomouci

**Přednosta:** Doc. MUDr. Čestmír Neoral, CSc.\*

**Anotace:** Cíl: Anorektální malformace jsou velmi závažnými vrozenými vývojovými vadami (VVV), které ve svých důsledcích takto postižené jedince alterují anatomicky, fyziologicky, psychicky a sociálně. Přestože jejich základní rozdělení je v obecném principu známé a je předpoklad jejich rozpoznání již bezprostředně po narození, nemusí to být vždy pravidlem.

**Materiál a metoda:** Během posledních dvou let jsme se setkali se 4 dětmi, u kterých nebyla rozpoznána anorektální vývojová vada. Šlo o 2 holčičky a 2 chlapce. Diagnosa ARM (anorektální malformace) byla stanovena u těchto dětí až ve 4, 5, 8 měsících a u poslední holčičky až ve 2 letech a 3 měsících! Paradoxem je, že rodiče či blízcí příbuzní u všech těchto dětí byli zdravotníci.

**Výsledky:** Podrobněji probíráme kasuistiku holčičky s velmi závažnou atrezií rekta a případ další dívenky, u které se jednalo o nízkou (translevátorovou) atrezií anorektální s ventrální perineální přstělí, ale tato vada byla diagnostikována až ve 2 letech a 3 měsících věku holčičky. Na těchto dětech jsou demonstrovány současné přístupy a řešení těchto závažných VVV.

**Závěr:** Chceme upozornit i obecnou chirurgickou veřejnost na tyto VVV a úskalí jejich diagnostiky a léčby, protože takto postižené dítě se může potenciálně objevit v kterékoliv chirurgické ambulanci.



**HŘEBY  
FEMOR  
REKONSTRUKČNÍ  
RETROGRÁDNÍ  
TIBIE  
HUMERUS**



**PROVEDENÍ TITAN**



9.00 - 11.30 **I. ČÁST ODBORNÉHO PROGRAMU B3**

Předsednictvo: J. Krajničák, J. Mazuch, J. Podlaha, J. Vlach

**8.23 R. Rindoš, J. Tripský\*:**

(Kardiochirurgická klinika FN a LF UK, Hradec Králové,  
\*Centrum hrudnej chirurgie, Vyšné Hágy)  
Traumatická tracheoezofageálna fistula po tupom  
poranení hrudníka

**8.24 J. Podlaha, P. Janíček, J. Černý:**

(II. chirurgická klinika LF MU, FN u sv. Anny, Brno, I. ortopedická klinika LF MU, FN u sv. Anny, Brno)  
Sanace tepenného a žilního zásobení tumoru v oblasti  
kyče a pánve těsně před rozsáhlým ortopedickým výkonem

**8.25 M. Chmúrny, P. Sopilko:**

(Ortopedicko-traumatologická klinika JLF UK a MFN, Martin)  
Infikovaná totálna endoprotéza bedrového kĺbu – naše  
skúsenosti

**8.26 J. Krajničák:**

(Chiramax s.r.o., Medicínske centrum Trebišov)  
Hojenie zlomených kostí pri osteoporóze

**8.27 J. Švehlík, M. Zábavníková, T. Kluka, Z. Hojstřičová,  
V. Jabur, M. Petráš, T. Beneš:**

(Klinika plastickej, rekonštrukčnej a estetickej chirurgie,  
FNLP Košice a UPJŠ Košice)  
Rekonštrukcii palca ruky po traumatickej amputácii pomocou lateral arm flap (LAF)

**8.28 M. Serbák:**

(Chirurgické oddelení Litomyšlské nemocnice a.s.)  
Kompartment syndrom po nitrodřeňovém hřebování  
bérce – kazuistika

**8.29 J. Krajničák, J. Babik, R. Krajničák, J. Marčíšin, I. Leško:**

(Chiramax s.r.o., Medicínske centrum Trebišov)  
Anaerobná infekcia v chirurgii – diagnostika a liečba

- B.30 **M. Petráš, M. Zábavníková, J. Švehlík, T. Beneš, M. Kavečanský, Z. Hojstričová, V. Jabur, T. Kluka:**  
(Klinika plastickej, rekonštrukčnej a estetickej chirurgie, FNLP Košice a UPJŠ Košice)  
Dekubity, rekonštrukčné postupy – komplikácie hojenia
- B.31 **J. Mazuch, D. Mištuna, J. Lúčan, E. Huľo, Z. Červená, M. Smolár:**  
(Chirurgická klinika MFN, JLF UK, Martin)  
Súčasná možnosť liečby akútnej masívnej pľúcnej tromboembólie
- B.32 **D. Novák:**  
(Chirurgické oddelenie Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.)  
Novoměstský traumatologický program dnes a zítra
- B.33 **R. Černý, P. Povýšil:**  
(Chirurgické oddelenie, Vsetínská nemocnice a.s.)  
Neobvyklá príčina ruptury steny žaludku – kazuistika
- B.34 **J. Plecítý:**  
(Chirurgické oddelenie NH Hospital Hořovice)  
Naše zkušenosti s LCP dlahami
- B.35 **J. Dvořák:**  
(Chirurgické oddelenie Nemocnice Pelhřimov)  
Osteosyntéza distálního radia LCP dlahou

**Název:** Traumatická tracheoezofageálna fistula po tupom poranení hrudníka

**Autor:** R. Rindoš, J. Tripský\*

**Pracoviště:** Kardiochirurgická klinika FN a LF UK Hradec Králové, \*Centrum hrudnej chirurgie, Vyšné Hágy

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

**Anotace:** Autori vo svojej práci stručne prezentujú prípad traumatickej tracheoezofageálnej („TE“) fistuly, ktorá si vzhľadom na rozsah ochorenia a biologický stav pacienta vyžiadala aj čiastočne neštandardný operačný postup s veľmi dobrým klinickým efektom.

Kazuistika: mladý muž, ktorý po páde z motocykla utrpel v júli 2003 zlomeninu tela sterna. Pri hospitalizácii na oddelení úrazovej chirurgie v nemocnici krajského typu sa postupne objavili febrílie, dysfágia a hemoptýza. Tracheoskopicky a CT vyšetrením hrudníka bola diagnostikovaná veľká tracheoezofageálna fistula v dolnej časti trachey a pacient so známkami počínajúcej mediastinitídy bol 5. deň po úraze prevezený na pracovisko hrudníkovej chirurgie vo Vyšných Hágoch.

Pri predoperačnej tracheoskopii nález dvoch asi 1,5 cm veľkých TE fistúl v distálnej časti trachey s nekrotickým tkanivovým „mostíkom“ medzi nimi v celkovej dĺžke asi 4,5–5 cm. Po krátkej predoperačnej príprave u pacienta vykonaná torakotomia vpravo. Peroperačne preparácia trachey a ezofagu, excízia nekrotických tkanív z okrajov tracheálneho a ezofageálneho otvoru, excízia „mostíka“ medzi oboma otvormi v pars membranacea. Sutura ezofagu na hrubej sonde a trachey na orotracheálnej tube č. 9 s použitím Gore-texovej záplaty na spevnenie sutúr a izoláciu oboch štruktúr. Výkon krytý dvojkombináciou antibiotík. Pooperačné obdobie bez komplikácií, endoskopické kontroly i kontrolná ezofagografia bez patologického nálezu, pacient prepustený do domáceho liečenia 10. pooperačný deň. Kontrolné vyšetrenia (tracheoskopia, ezofagoscopia, CT ezofagografia + CT hrudníka) 3 a 6 mesiacov od operácie vykázali prakticky normálny nález na priedušnici a ezofagu.

Kazuistika je doplnená CT scanmi a tracheoskopickými predoperačnými, resp. peroperačnými a pooperačnými nálezmi.

Záver: Vzhľadom na možné riziká TE fistuly autori doporučujú pri tupých poraneniach hrudníka, spojených so zlomeninami sternu alebo mnohopočetnými fraktúrami rebier, myslieť na možné, prognosticky veľmi závažné poranenie ezofagu a/alebo trachey so vznikom akútnej mediastinitídy a možnými klinickými následkami. V diagnostickom procese preto vykonať okrem CT hrudníka aj včasné endoskopické vyšetrenie trachey a ezofagografiu. Štandardné chirurgické riešenie, odporúčané v literatúre, sme použili aj na našom pracovisku s malou modifikáciou, ktorú vyžadoval operačný nález.

#### LITERATÚRA :

1. Černý J. a kol.: *Špeciálna chirurgia 3. Chirurgia hrudníka*. 1. vyd., Martin: Osveta, 1993, s. 194.
2. Bardini R., Radicchi V., Parimbelli P., Tosato S. M., Narne S.: *Repair of a Recurrent Benign Tracheoesophageal Fistula with a Gore-Tex Membrane*. Ann. Thorac. Surg, 2003, July 1,76: 304–306 .
3. Fiala P., Cernohorsky S., Cermak J. , Patek J., Krepela E., Mouckova M.: *Tracheal stenosis complicated with tracheoesophageal fistula*. Eur. J. Cardiothorac. Surg., January 1, 2004; 25(1): 127–130.
4. Gerzic Z., Rakic S., Randjelovic T.: *Acquired Benign Esophago-respiratory Fistula: Report of 16 Consecutive Cases*. Ann. Thorac Surg., 1990; 50: 724–727.
5. Grillo H. C., Moncure A. C., McEnany M. T.: *Repair of inflammatory tracheoesophageal fistula*. Ann. Thorac. Surg., 22 (1976), pp. 112–119. View Record in Scopus' Cited by in Scopus .
6. Grillo H. C., Donaheu D. M. et al.: *Postintubation tracheal stenosis*. J. Thorac. Cardiovasc. Surg.; 1995, March, Vol.109, Issue 3: 486–93.
7. Hájek M., Kazda O., Drábková J. a kol.: *Výsledky chirurgické a konzervatívnej terapie tracheálných a tracheoezofageálných lézií*. Rozhl Chir, 1989, No 1, s.1–5.
8. Islam S., Cavanaugh E., Honeke R., Hirschl R. B.: *Diagnosis of a proximal tracheoesophageal fistula using three-dimensional CT scan: a case report*. J. Pediatric Surg., 2004; January, 39(1): 100–102.
9. Macchiarini P. , Verhoye J.-P., Chapelier A., Fadel E., Darteville P.: *Evaluation and outcome of different surgical techniques for postintubation tracheoesophageal fistulas*. J. Thorac. Cardiovasc. Surg.; 2000, 119, No 2, 268–76.

**Název:** Sanace tepenného a žilního zásobení tumoru v oblasti kyčle a pánve těsně před rozsáhlým ortopedickým výkonem

**Autor:** J. Podlaha, P. Janíček, J. Černý

**Pracoviště:** II. chirurgická klinika LF MU, FN u svaté Anny v Brně, I. ortopedická klinika LF MU, FN u svaté Anny v Brně

**Přednosta:** Doc. MUDr. Z. Gregor, CSc., Doc. MUDr. P. Janíček, CSc.

**Anotace:** Bohaté cévní zásobení tumorů kyčle a pánve mnohdy znesnadňuje, až vylučuje radikální výkon. V rámci spolupráce ortopedické a II. chirurgické kliniky LF MU v Brně, FN u svaté Anny v Brně provádíme před radikálními exstirpacemi rozsáhlých tumorů v oblasti kyčle a pánve preparace a rušení tepenného a žilního zásobení.

Právě pečlivá preparace s vyřazením tepenného a žilního zásobení tumoru v oblasti kraniálního konce femoru a pánve vede k únosným krevním ztrátám, umožňuje zpřehlednění postižené oblasti a sekundárně i zvětšuje radikalitu tohoto výkonu.

Oboustranný podvaz a přerušení arteria ilica interna těsně před rozsáhlým ortopedickým výkonem se jeví jako jednoduchá a nenáročná část operace mající za následek komfortnější a bezpečnější provedení resekcčního výkonu. Jeví se jako nejlepší metoda volby.

**Název:** Infikovaná totálna endoprotéza bedrového kĺbu – naše skúsenosti

**Autor:** M. Chmúrny, P. Sopilko

**Pracovištie:** Ortopedicko traumatologická klinika JLF UK a MFN, Martin

**Přednosta:** MUDr. Jozef Drímal, CSc.

**Anotace:** Autori prezentujú optimálny postup v diagnostike a terapii včasnej a neskej infekcie po implantácii totálnej endoprotézy bedrového a kolenného kĺbu.

Materiál: vlastný súbor pacientov za obdobie r. 2003–2007 vrátane komparatívneho použitia údajov zo Slovenského artroplastického registra.

**Název:** Hojenie zlomených kostí pri osteoporóze

**Autor:** J. Krajničák

**Pracovište:** Chiramax s.r.o., Medicínské centrum Trebišov

**Primár:** MUDr. Jozef Krajničák, CSc.

**Anotace:** Výraznejšia osteoporóza, ktorá je dnes už častejšia aj v nižšom veku je častou príčinou zlomenín i pri menšom násilí. Operačné riešenie je nutné v oblasti proximálneho konca femoru, ale indikované je aj v iných lokalizáciach.

Po zhodnotení rozvoja osteosyntézy, použitých materiálov a spôsobov operačného riešenia za posledných 50 rokov, je nutné položiť si otázku aký vplyv majú materiály i samotné spôsoby operačného riešenia na rýchle zhojenie a benefit pacienta. Určite si túto otázku kladú moní z nás. Preto sa mi zdá že stále platí:

„Ak sa končatiny zaťažujú vhodnou mierou, hojenie prebieha nerušene a aj porotické úlomky v oblasti zlomeniny sa zahusťujú, silnejú a sú schopné vyššej záťaže. Odhadnúť mieru nosnosti porotických úlomkov po osteosyntéze je skutočným umením. Práve nesprávny odhad je najčastejšou príčinou zrútených úlomkov po dobrej osteosyntéze. Preto nepovažujeme za správne hodnotiť zlomeninu len z hľadiska stability typu zlomeniny a osteosyntézy.“

O tom sme diskutovali pred 30 i 10 rokmi a diskusia je stále otvorená.

**Název:** Rekonštrukcii palca ruky po traumatickej amputácii pomocou lateral arm flap (LAF)

**Autor:** J. Švehlík, M. Zábavníková, T. Kluka, Z. Hojstričová, V. Jabur, M. Petráš, T. Beneš

**Pracovišťe:** Klinika plastickej, rekonštrukčnej a estetickej chirurgie, FNLP Košice a UPJŠ Košice

**Přednosta:** MUDr. Marianna Zábavníková, Ph.D.

**Anotace:** V prednáške ide o kazuistiku pacienta po traumatickej amputácii palca ľavej ruky, ktorý nebolo možné replantovať a jeho následnú rekonštrukciu pomocou fasciokutánneho laloka z laterálnej strany ramena. Cieľom výkonu bolo, aby „nový palec“ tvoril nielen statickú, ale aj senzitivnu opozíciu proti 2., 3., 4. a 5. prstu. Operácia bola vykonaná pomocou dvoch operačných tímov. Lalok bol odobratý z kontralaterálneho ramena na cievej stopke dlhej 12 cm a prenesený na ľavú ruku. Na vystuženie laloka sme použili trikortikálny kostený transplantát z ľavej lopaty bedrovej kosti. Pacient bol prepustený z nemocnice po 14 dňoch a sledovaný v mesačných intervaloch. V súčasnosti zvažujeme korekciu opozičného postavenia palca.



**Název:** Kompartment syndrom po nitrodřeňovém hřebování bérce – kazuistika

**Autor:** M. Serbák

**Pracoviště:** Chirurgické oddělení Litomyšlské nemocnice a.s.

**Primář:** MUDr. Dalibor Dvořák

**Anotace:** Ve sdělení autor prezentuje kazuistiku pacienta s rozvojem kompartment syndromu po nitrodřeňovém hřebování bérce, který si vynutil fasciotomii. Způsob ošetření a doléčení kožního krytu. V diskusi jsou pro poučení rozebrány chyby v postupu.

**Název:** Anaerobná infekcia v chirurgii – diagnostika a liečba

**Autor:** J. Krajničák, J. Babik, R. Krajničák, J. Marčišín, I. Leško

**Pracovišťe:** Chiramax s.r.o., Medicínske centrum Trebišov

**Primár:** MUDr. Jozef Krajničák, CSc.

**Anotace:** Anérobny infekť v chirurgii je neprijemnou komplikujúcou infekciou nielen pre pacienta ale aj pre chod celého oddelenia, hlavne svojou možnosťou infikovať aj ostatných pacientov.

Diagnostika je celkom dostupná a nenáročná, ale treba na ňu myslieť. K+C (klutivácia+citlivosť) nebývajú často priekazné a jednoznačné. Náročnosť a chybovosť pri odbere na anéroby je všeobecne známa. Liečba je náročná na chirurga, pacienta a financie. Komplikácie s ťažkým postihom orgánov alebo smrťou nie sú zriedkavé.

Zdrojom bývajú dekubity, rany na končatinách, perianálne fistuly, perianálne abscesy, ktoré môžu končiť ako Furnierova gagréna. Infikovať sa môžu aj operačné rany alebo vnútrobušné orgány.

Autor referuje o pooperačne vzniklých anaerobných infekciách a neobyklých a neštandardných riešeniach defektov brušnej steny po radikálnom odstránení infikovaných časti a o spôsobe uzavretia brušnej dutiny. Celkovo liečil za 10 rokov na dvoch pracoviskách vyše 10 pacientov od veku 18–70 r. Na anaerobny infekť nezomrel ani jeden pacient.

Na liečbu neexistuje žiadna šablóna. Každé anérobne ochorenie je individualitou a tak aj treba k nemu pristupovať. Najlepšou prevenciou je eliminovať všetky možné nedostatky, ktoré sú na tom ktorom pracovisku.

**Název:** Dekubity, rekonštrukčné postupy – komplikácie hojenia

**Autor:** M. Petráš, M. Zábavníková, J. Švehlík, T. Beneš, M. Kavečanský, Z. Hojstričová, V. Jabur, T. Kluka

**Pracovište:** Klinika Plastickej, rekonštrukčnej a estetickéj chirurgie, FN L. Pasteura, Košice

**Přednosta:** MUDr. Marianna Zábavníková, Ph.D.

**Anotace:** Riešenie dekubitov patrí medzi náročnejšie operačné postupy v chirurgickej praxi. V našej prednáške sa zameriame na prípady komplikácií hojenia – kazuistika 2 pacienti.

Pacient č. 1 dekubity v sakrálnej a oboch trochanterických oblastiach, riešený 3fázovo.

1. regio sacralis – musculocutaneus flap m. gluteus maximus bilat. – zhojenie lalokov per primam, bez komplikácií;

2. regio trochanterica l.sin – m.tensor faciae latae l.sin – musculocutaneus flap+VTK – zhojenie per primam, komplikácia – defekt v laloku po 19 týždňoch, liečený konzervatívne enzymatická terapia – zhojené;

3. regio trochanterica l. dx – m. tensor fasciae latae l. dx – fasciocutaneus flap+VTK, zhojenie per primam, komplikácia po 7 týždňoch – defekt v laloku s výraznou sekréciou sezozneho obsahu, preliečený konzervatívne – zhojené.

Pacient č. 2 dekubity v sakrálnej oblasti a pravej trochanterickej a ischiadickej oblasti.

1. regio sacralis – musculocutaneus flap m. gluteus maximus bilat. – zhojenie lalokov per primam, bez komplikácií;

2. regio trochanterica l.dx et ischiadica – V–Y advanced flap musculocutaneus – mm.biceps femoris, semimembranosus, semitendinosus;

komplikácie: defectus trochanterica + exarticulatio capitis femoris;

riešenie: momentálne sa pripravuje na operáciu, ktorá bude do doby kongresu zhodnotená a nafotená.

**Název:** SúčasnÉ možnosti liečby akútnej masívnej pľúcnej tromboembólie

**Autor:** J. Mazuch, D. Mištuna, L. Lúčan, E. Huľo, Z. Červená, M. Smolár

**PracovišÉ:** Chirurgická klinika MFN, JLF UK, Martin

**Přednosta:** Prof. MUDr. Dušan Mištuna, PhD

**Anotace:** Masívna pľúcna tromboembólia (MPTE) predstavuje aj v súčasnosti vážny diagnostický a liečebný problém. U pacientov s touto diagnózou stále pretrvávajú vysoká mortalita. Preto MPTE vyžaduje adekvátnu stratégiu a taktiku, hlavne u pacientov s pridruženými chorobami.

Pred zahájením liečby MPTE je nutné, aby diagnóza bola objektivizovaná. Za najlepšie diagnostické metódy MPTE považujeme: angiopulmografiu, špirálové CT, perfúziu scintigrafii pľúc, echokardiografiu a hemodynamické merania.

Ak je diagnóza verifikovaná alebo pravdepodobná, rozhodujeme sa medzi liečbou trombolytickou, chirurgickou alebo katéetrovou pulmonálnou embolektómiou, s prihliadnutím na formu MPTE, závažnosť klinického obrazu, pridruženú chorobu a technické možnosti toho-ktorého pracoviska.

Stratégia a taktika liečby musí vychádzať z jednotlivých foriem MPTE, rozsahu embolizácie ako aj pridružených ochorení.

U MPTE, kde je obštrukcia viac ako 50 % pľúcneho rievčiska, musíme ešte rozlišovať stavy bez šoku (obštrukcia do 65 %) a so šokom (obštrukcia nad 65 %).

Všetky formy MPTE sú suverénnou indikáciou pre trombolytickú liečbu. Pacienti bez šoku sú v podstate „zdraví“ a netrpia pridruženými kardiorespiračnými chorobami. No ich kardiopulmonálna rezerva je limitovaná a bez rýchlej dezobštrukcie upadnú do šoku z pravostranného zlyhávania srdca (dysfunkcia pravej komory). Preto aj tu je trombolytická liečba plne indikovaná. Pri MPTE so šokom sa v minulosti uvažovalo o skorej chirurgickej pulmonálnej embolektómii, novšie o katéetrovej pulmonálnej embolektómii.

Avšak väčšina týchto stavov, aj podľa našich vlastných skúseností, bola zvládnutá účinnou trombolytickou liečbou, ktorá

môže byť účinná až u 90 % pacientov. V prípade, že trombolytická liečba je kontraindikovaná alebo neúčinná, prichádza do úvahy embolektómia chirurgická, pomocou circulation extracorporal (ECC), alebo katéetrová endovenózna embolektómia.

Princípom endovenózne katéetrovej embolektómie je trombofragmentácia, kombinovaná s aspiráciou rozdrobených tromboembolov. Tu sa môže na rozdrobený tromboembolus aplikovať terapeutická trombolýza, najlepšie rekombinantným tkanivovým aktivátorom plazminogénu (rtPA). Takýmto spôsobom je možné niekedy zvládnuť aj zdanlivo infaustné stavy.

**Název:** Novoměstský traumatologický program dnes a zítra

**Autor:** D. Novák

**Pracoviště:** Chirurgické oddělení Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.

**Primář:** MUDr. Milan Maleček

**Anotace:** Autor na základě spolupráce s firmou MEDIN a vlastních zkušeností hodnotí nové implantáty a na kazuistikách ukazuje jejich možné využití.

**Název:** Neobvyklá příčina ruptury stěny žaludku – kazuistika

**Autor:** R. Černý, P. Povýšil

**Pracoviště:** Chirurgické oddělení, Vsetínská nemocnice a.s.

**Primář:** MUDr. Jaroslav Sankot

**Anotace:** Předmětem kazuistiky je případ pacientky, která byla pro šokový a komatozní stav po KPR přijata na ARO. Pro pneumohemoperitoneum byla u pacientky indikována urgentní operační revize s nálezem mnohočetných ruptur stěny žaludku.

**Název:** Naše zkušenosti s LCP dlahami

**Autor:** J. Plecítý

**Pracoviště:** Chirurgické oddělení NH Hospital Hořovice

**Primář:** MUDr. Jiří Plecítý

**Anotace:**

- princip osteosynthesy LCP dlahou
- instrumetárium LCP MEDIN
- dlahy LCP MEDIN
- možnosti využití LCP dlahování
- prezentace RTG snímků při jednotlivých indikacích



**Název:** Osteosyntéza distálního konce radia LCP dlahou

**Autor:** J. Dvořák, M. Zahálka, M. Musila, F. Gol, L. Havetta

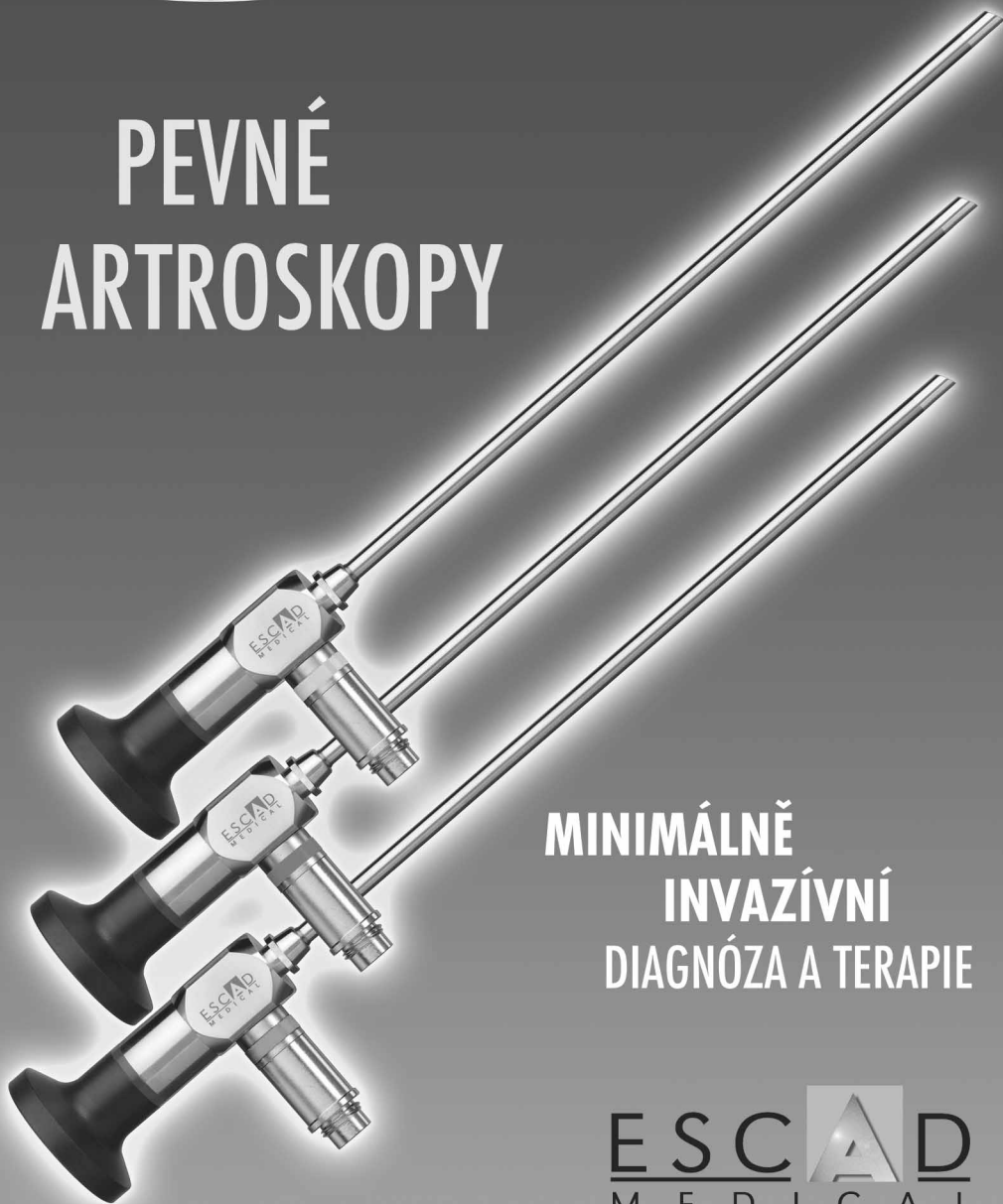
**Pracoviště:** Chirurgické oddělení nemocnice Pelhřimov

**Primář:** MUDr. Miroslav Zahálka

**Anotace:** Zlomeniny distálního konce radia jsou velmi časté. Věkové spektrum těchto pacientů je široké. V přednášce jsou krátce připomenuta základní fakta o těchto zlomeninách a jejich léčbě a následcích. Společným jmenovatelem je zde snadná repozice, ale na druhou stranu problematická retence. Většinu těchto zlomenin lze dobře vyřešit konzervativně. Určité procento takto léčených pacientů má špatný výsledek. Výsledky po operační léčbě lze obecně hodnotit jako velmi dobré. Indikační kritéria k osteosyntézám nejsou jednoznačná, lze je pojmout velmi široce. Vlastní technika osteosyntézy je jednoduchá. V přednášce je podrobně popsána vlastní modifikace se zachováním m. pronator kvadratus. Dále analyzujeme soubor našich 102 operovaných pacientů. Hodnotíme komplikace a konečné funkční výsledky. Z hodnocení vyplývá, že procento komplikací je velmi malé a výsledky velmi dobré. Osteosyntéza distálního konce radia je vděčná, jednoduchá, rychlá a bezpečná procedura, kterou lze jediné doporučit.



# PEVNÉ ARTROSKOPY

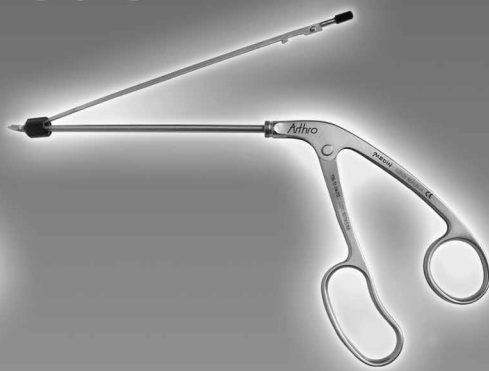
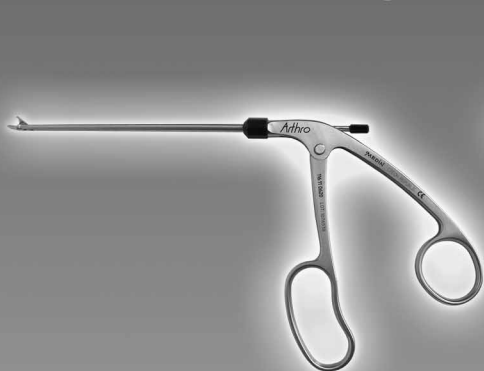


MINIMÁLNĚ  
INVAZIVNÍ  
DIAGNÓZA A TERAPIE

ESCAD  
MEDICAL



# NOVÁ ŘADA ARTROSKOPICKÝCH NÁSTROJŮ



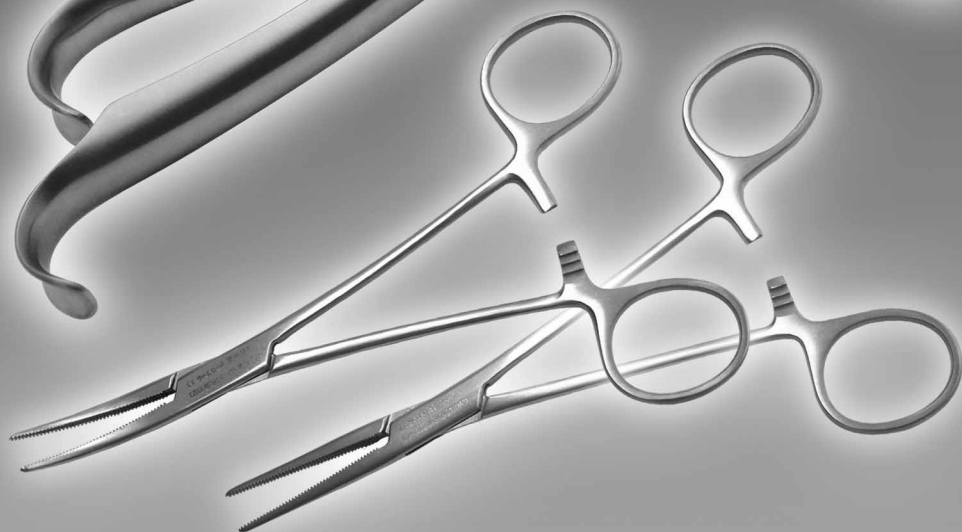
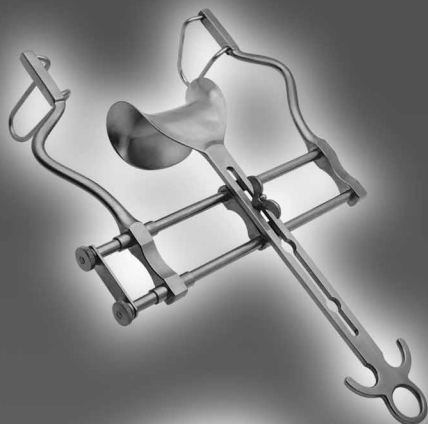
PŘESNÝ STŘIH • PLYNULÝ CHOD • POHODLNÉ DRŽENÍ  
KONSTRUKCE UMOŽŇUJÍCÍ DOKONALÉ MYTÍ NÁSTROJŮ







# CHIRURGICKÉ NÁSTROJE





# HŘEB HUMERÁLNÍ KRÁTKÝ



PROVEDENÍ OCEL A TITAN



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](http://www.medin.cz)

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

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