



S B O R N Í K P Ř E D N Á Š E K

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

14. – 15. KVĚTNA 2009
NOVÉ MĚSTO NA MORAVĚ
SKALSKÝ DVŮR



NOVÁ ŘADA ARTROSKOPICKÝCH NÁSTROJŮ



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

Vážené kolegyně a kolegové,

dovolujeme si vám předložit Sborník přednášek XI. setkání českých a slovenských chirurgů na Moravě – Skalský dvůr 2009. Opětně bylo jeho vydání realizováno díky firmě MEDIN, a.s.

Doufáme, že Vám pomůže v rychlé orientaci v odborném programu sjezdu a referencím spoluracovníkům po návratu na vaše pracoviště.

Přejeme jen vše dobré v životě profesním i soukromém.

Jiří Šustáček
za organizační výbor



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



XI. setkání českých a slovenských chirurgů na Moravě

Toto sympozium se koná pod záštitou **MUDr. Jiřího Běhounka** – hejtmana kraje Vysočina

ČESTNÉ PŘEDSEDNICTVO

MUDr. Jiří Běhounek	hejtman kraje Vysočina
Doc. MUDr. Karel Havlíček, CSc.	místopředseda výboru České chirurgické společnosti ČLS JEP, Pardubická krajská nemocnice, a.s.
MUDr. Zdeněk Kadlec	ředitel Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace
Dr. Constantin hrabě Kinský	Žďár nad Sázavou
prof. MUDr. Peter Kothaj, Ph.D.	prezident Slovenskej chirurgickej spoločnosti, prednosta chirurgickej kliniky, Nemocnice F. D. Roosevelta, Banská Bystrica
Zdeňka Marková	starostka Nového Města na Moravě
Prof. MUDr. Július Mazuch, DrSc.	člen výboru Slovenskej chirurgickej spoločnosti a predseda SCCh SLS, I. Chirurgická klinika JLF UK a MFN Martin
Ing. Vladislav Ostrejš, MBA	generální ředitel MEDIN, a.s., Nové Město na Moravě
prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc.	předseda výboru České chirurgické společnosti ČLS JEP, Chirurgické klinika 2. LFUK a ÚVN Praha
Ing. Josef Zvěřina	emeritní generální ředitel MEDIN, a.s., Nové Město na Moravě

ORGANIZAČNÍ VÝBOR

MUDr. Jiří Šustáček
MUDr. Dobroslav Novák
Marie Křenková
Marta Malušková
David Mahel

Programový přehled

Koordinátor sekce A
MUDr. Jiří Šustáček

Koordinátor sekce B
MUDr. Dobroslav Novák

ČTVRTEK 14. KVĚTNA 2009

SEKCE A

SEKCE B

9.00 hodin — sál A
zahájení sjezdu

A1
9.30 — 11.00 hodin

B1
9.30 — 11.10 hodin

přestávka

oběd

A2
11.15 — 13.00 hodin

B2
12.15 — 14.00 hodin

oběd

A3
14.00 — 15.10 hodin

16.30 hodin
odjezd do Konventního kostela – Zámek Žďár nad Sázavou
kulturní program

20.00 hodin
hotel Skalský Dvůr
společenský večer

PÁTEK 15. KVĚTNA 2009

SEKCE A

A4
9.00 — 11.30 hodin

11.30 hodin — sál A
zakočení sjezdu

9.00 **SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ – SÁL A**

9.30–11.00 **BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU A1**

předsednictvo: E. Boroš, J. Olejník, J. Všetíček

A1.1 **Olejník J.:**

Chirurgická klinika SZU a FN Bratislava, Slovenská republika
Súčasný názory na optimálnu liečbu ťažkej akútnej pankreatitídy

A1.2 **Halecký M., Boroš E.:**

Chirurgické oddelenie, Železničné zdravotníctvo Košice s.r.o., Slovenská republika
Infekčné komplikácie chronickej pankreatitídy (kazuistika)

A1.3 **Huťan M. ml.¹, Škultéty J.¹, Sekáč J.¹, Prochotský A.¹, Huťan M.²:**

¹) II. chirurgická klinika LFUK a FNsP Bratislava, Slovenská republika
²) IV. chirurgická klinika LFUK a FNsP Bratislava, Slovenská republika
Probiotiká a akútna pankreatitída: Uzavretá kapitola?

A1.4 **Štemprok M., Verner T., Roxer R., Verner J.:**

Oblastní nemocnice Mladá Boleslav
Akutní zánět žlučníku = akutní operace

A1.5 **Vraspír V., Všetíček J., Stibor P.:**

Chirurgické oddělení NMB Brno
Léčba těžkých forem akutní pankreatitidy

A1.6 **Huťan M., Rashidi Y., Zelenák J.:**

IV. chirurgická klinika LFUK a FNsP Bratislava, Slovenská republika
Kedy operovať akútnu pankreatitídu?

A1.7 **Šalapa M., Lehotský L., Rashidi Y., Škubla R.:**

IV. chirurgická klinika LFUK a FNsP Bratislava, Slovenská republika
Pseudocysty pankreasu a ich komplikácie

A1.8 **Marek V., Palaj J., Straka V., Durdík Š., Donát R.:**

Klinika onkologickej chirurgie, Onkologický ústav sv. Alžbety Bratislava, Slovenská republika
Intraabdominálna sepsa po resekcii pečene

11.00–11.15 **PŘESTÁVKA**

11.15–13.00 **BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU A2**

předsednictvo: M. Huťan, J. Škultéty, J. Mazuch

- A2.1 Janík M., Krajč T., Lučenič M., Benerj R., Haruštiak S.:**
Klinika hrudníkovéj chirurgie FNsP Bratislava, Slovenská republika
Akútna mediastinitída – stále závažný terapeutický problém
- A2.2 Lučenič M., Zsemlye Z., Janík M., Haruštiak S.:**
Klinika hrudníkovéj chirurgie FNsP Bratislava, Slovenská republika
Mediastinálny absces ako komplikácia peritonitídy
- A2.3 Škultéty J., Repáň M., Sekáč J., Prochotský A., Okoličány R., Huťan M.:**
II. chirurgická klinika LF UK a FNsP Bratislava, Slovenská republika
Nemocnica sv. Cyrila a Metoda v Petržalke, Bratislava, Slovenská republika
Zápalové komplikácie po ezofagektómii
- A2.4 Boroš E., Halecký M., Terek G.:**
Chirurgické oddelenie, Železničné zdravotníctvo Košice s.r.o., Slovenská republika
Clostrídiová kolitída na chirurgickom oddelení
- A2.5 Lehotský L., Šalapa M.:**
IV. chirurgická klinika LF UK, FNsP Bratislava-Ružinov, Slovenská republika
Hartmannova operácia alebo primárna resekcia pri perforovanej divertikulitíde colon sigmoideum?
- A2.6 Prochotský A., Okoličány R., Škultéty J., Sekáč J., Jančula L., Fabiánová K.:**
II. chirurgická klinika LF UK, FNsP Bratislava, pracovisko Petržalka – NsP sv. Cyrila a Metoda, Slovenská republika
Význam spolupráce gastroenterológa, rádiológa a chirurga v diagnostike a liečbe ulceróznej kolitídy
- A2.7 Sekáč J., Škultéty J., Hlavatý T., Prochotský A., Repáň M.:**
II. chirurgická klinika LFUK a V. interná klinika LFUK, FNsP Bratislava, Slovenská republika
Krátky príspevok k managementu komplikácii Crohnovej choroby z pohľadu gastroenterológa a chirurga
- A2.8 Galliková Z., Brunčák P., Švidraň R.:**
Chirurgické oddelenie, VŠNsP n.o. Lučenec, Slovenská republika
Fournierova gangréna

A2.9 **Krajničák R., Dečo Š., Pažinka P.:**

III. chirurgická klinika SZU, Nemocnica Košice-Šaca a.s., 1. súkromná nemocnica, Slovenská republika
Fournierova gangréna

13.00–14.00 **OBĚD**

14.00–15.10 **BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU A3**

předsednictvo: J. Palaj, T. Verner, M. Zábavníková

A3.1 **Sixta B., Varga M., Bém R.:**

Klinika trasplantační chirurgie IKEM, Praha
Infekce diabetické nohy z pohledu chirurga

A3.2 **Mašek M., Krtička M., Nestrojil P.:**

Klinika úrazové chirurgie LF MU a FN Bohunice, Brno
VAC – dvouleté praktické zkušenosti v řešení zánětlivých komplikací

A3.3 **Švehlík J., Zábavníková M., Lacková K., Antol M.:**

Klinika plastické, rekonstrukční a estetické chirurgie, FN LP, Košice, Slovenská republika
Rekonštrukcia defektov po ťažkých zápalových procesoch na tvári

A3.4 **Valsamis A.¹, Chlupáč J.¹, Varga M.¹, Sixta B.¹, Bém R.², Oliverius M.¹:**

¹) *Klinika transplantace chirurgie, IKEM, Praha*

²) *Klinika diabetologie, IKEM, Praha*

VAC terapie – naše zkušenosti s léčbou ran pomocí negativního tlaku

A3.5 **Smékalová J.**

Chirurgické oddělení Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.
Koincidence zánětu a krvácivých stavů v chirurgii

A3.6 **Molitor M., Zálešák B., Menšík I., Stehlík D., Hirňák J., Kalinová L.:**

Oddělení plastické a estetické chirurgie, FN Olomouc
Komplexní chirurgické ošetření závažných patologických stavů na končetinách

16.30 **KULTURNÍ PROGRAM** (odjezd autobusu od hotelu Skalský Dvůr)

20.00 **SPOLEČENSKÝ VEČER**

Název:	Súčasn� názory na optimálnu liečbu ťažkej akútnej pankreatitídy
Autor:	Olejník J.
Pracovište:	Chirurgická klinika SZU a FN Bratislava
Přednosta:	Doc. MUDr. Juraj Olejník, PhD.
Anotace:	<p>Východisko: Pankreatická infekcia pri hemoragicko-nekrotickej pankreatitíde je najväčším rizikom s dôsledkami na morbiditu a mortalitu v neskorších f�zách ťažkej akútnej pankreatitídy, pričom infikované nekrózy sú jednoznačnou indikáciou operačného debridementu a podľa EBM sú uŹ dlhšie „zlatým štandardom“ v manažmente ťažkej akútnej pankreatitídy. Enterálna v�yživa z hľadiska zachovania črevnej bariéry bez translokácie komezialov tráviacej rúry na patogénov pankreatických nekroz, ale aj zachovan�m funkcie GALT (gut-associated lymphoid tissue) tráviacej rúry so všetkými priaznivými imunologickými aspektami, bola prijat� a EBM etablovan� ako druh� „zlaty štandard“. Stratégia anti-mikrobi�lného manažmentu sa ale vyvíja a men�. Antibiotick� profylaxia je odovodnen� jedine pri dôkaze pankreatických nekroz vo viac ako 30 % tkaniva pankreasu, pri súčasne zvyšenej hladine prokalcitoninu v sére a CT signifikantnom podozrení na infikovan� nekrozu a/alebo tekutinov� kolekciu. V u�činnej profylaxii sa v súčasnosti akceptuje jedine pouzitie karbapenémov. Otvorenou ostáva aj spôsob indikovanej operačnej liečby.</p> <p>Cieľ: Vyhodnotenie aktuálnych laboratórných a klinických výsledkov dvoch rovnocenných súborov pacientov s ťažkou akútnou pankreatitídou pri dvoch sp�sobilich indikovanej operačnej liečby: v súbore A (26 pac.) s konvenčnou intraabdomin�lnou sanáciou loŹiska infekcie a s prevahou totálnej parenterálnej v�yživy; v súbore B (33 pac.) s pouzitim vn�trobrušného vákuového odsávania pri kontrole zdroja infekcie a s prevahou enterálnej v�yživy od u�vodu liečby.</p> <p>Metóda: Retrospektivna analýza (2002-2007) pacientov s ťažkou akútnou pankreatitídou vyžadujúcou po intervale chirurgick� spôsob liečby, pričom randomizácia zaradenia pacienta do jedného z dvoch súborov sa dosiahla neštandardne dobovo konvečne akceptovanými spôsobmi ako v�yživy, tak taktiky operácie pacienta v št�diu hemoragicko-nekrotickej pankreatitídy. Vyhodnotenie z�vaŹnosti stavu a rizikovosti pacientov počas sledovania sa klasifikovalo akceptovanými prognostickými sk�rovacimi systémami – Ranson, APACHE II, SOFA.</p> <p>Výsledky: Rozdiely oboch spôsobov liečby výstižne dokumentujú fakty, Źe významne poklesol počet operačn�ch výkonov v liečbe, celkov� dĺžka sanácie a umrtnosť z 27 % na 18 %.</p> <p>Záver: Výsledky v našej zostave poukazujú na skr�tenie doby liečby asi na 76 % a pokles mortality o tretinu. Aj pri relatívne nepočetn�ch súboroch sme presvedčeni, Źe včasn� enterálna v�yživa a v�kuov� ods�vanie pri operačnom manažmente ťažkej akútnej pankreatitídy sú prínosom pre liečbu a záchranu pacientov.</p>

Název:	Infekčné komplikácie chronickej pankreatitídy (kazuistika)
Autor:	Halecký M., Boroš E.
Pracovište:	Chirurgické oddelenie, Železničné zdravotníctvo Košice s.r.o.
Primár:	MUDr. Erich Boroš
Anotace:	Retroperitoneálny absces nebýva častou komplikáciou chronickej pankreatitídy. Najčastejšie sa vyvíja infikovaním pseudocysty pankreasu. Infekcia sa šíri hematogénnou a lymfogénnou cestou, prípadne per continuitatem z čreva a zvyčajne sa dramaticky prejavuje celým spektrom nešpecifických symptómov (bolesť, ikterus, anémia, septické teploty) nútiacich chirurga pátrať po etiológii týchto ťažkostí. Predkladáme kazuistiku pacienta niekoľko rokov trpiaceho chronickou pankreatitídou s akútnymi exacerbáciami, s rozvinutým inzulín závislým diabetom, u ktorého sa pri dlhodobých minimálnych klinických a laboratórnych príznakoch prekvapivo zistil obrovský retroperitoneálny absces. Po chirurgickom ošetrení – perkutánnej evakuácii a drenáži pacient prekonal závažný život ohrozujúci hemoragicko-septický šok s akútnym respiračným a obehovým zlyhaním. Po dramatickom priebehu sa stav podarilo úspešne zvládnuť.

Název:	Probiotiká a akútna pankreatitída: Uzavretá kapitola?
Autor:	Huťan M. ml.¹; Škultéty J.¹, Sekáč J.¹, Prochotský A.¹, Huťan M.²
Pracovište:	1) II. chirurgická klinika LFUK a FNŠP Bratislava 2) IV. chirurgická klinika LFUK a FNŠP Bratislava
Přednosta:	Doc. MUDr. Ján Škultéty, CSc. ¹ Doc. MUDr. Martin Huťan, CSc. ²
Anotace:	<p>Napriek mnohým pokrokom v chirurgii, ktoré posledná doba priniesla, sa mortalita ťažkej nekrotizujúcej pankreatitídy stále pohybuje medzi 20 % až 70 %. Najzávažnejšou príčinou mortality sú neskoré komplikácie, a to najmä infekcia pankreatických nekróz.</p> <p>Použitie intravenózných antibiotík v profylaxii neukázalo jasný účinok. Mnohé štúdie nepreukázali benefit profylaktického použitia antibiotík, pričom možnou príčinou môže byť nedostatočný účinok v neperfundovaných oblastiach nekrotického pankreasu s príľahlou zápalovou tekutinou.</p> <p>Cesta infekcie sterilných nekróz pri pankreatitíde nie je známa. Experimentálne štúdie a klinická observácia naznačujú, že sa môže jednať o prenos baktérií hematogénnou cestou, transmurálne stenou čreva, lymfatickými cestami, ascitom, žlčou a refluxom duodenálnej štavu. Keďže predominantne vykultivované baktérie z infikovaných nekróz sú gram negatívne baktérie enterálneho pôvodu, najpravdepodobnejšou cestou je translokácia baktérií z čreva.</p> <p>Prevenia resp. minimalizácia možnosti translokácie baktérií je teoreticky možná niekoľkými spôsobmi.</p> <p>Jednou z potenciálnych možností regulácie translokácie baktérií je ich ovplyvnenie v čreve. Niekoľko klinických štúdií ukázalo sľubné výsledky pri použití pre/probiotík, kedy došlo k zníženiu zápalových komplikácií supresiou prerastania patogénnych baktérií a stlmenia zápalovej odpovede. Jedna z posledných štúdií, ale ukázala zvýšenie mortality po podávaní probiotík, pričom ale táto štúdia je často napádaná v literatúre.</p> <p>Autori sa v prednáške snažia ozrejmiť a zhrnúť situáciu v oblasti probiotík a možnosti ich podávania pri akútnej pankreatitíde.</p>

Název:	Akutní zánět žlučníku = akutní operace
Autor:	Štemprok M., Verner T., Roxer R., Verner J.
Pracoviště:	Oblastní nemocnice Mladá Boleslav
Primář:	MUDr. Tomáš Verner
Anotace:	Na retrospektivním souboru za poslední 4 roky prezentujeme výsledky včasné laparoskopické operace pro akutní zánět žlučníku. Možnost operačního řešení při jediné hospitalizaci, nepřítomnost závažných periperačních komplikací a naopak obtížnější řešení s častější nutností konverze u pacientů s delším časovým odstupem od akutního stavu nás přivádí k aktivnímu přístupu.

Název:	Léčba těžkých forem akutní pankreatitidy
Autor:	Vraspir V., Všetíček J., Stibor P.
Pracoviště:	Chirurgické oddělení NMB Brno
Primář:	MUDr. Josef Všetíček Ph.D.
Anotace:	V období let 2006 až 2008 bylo operováno sedm pacientů pro akutní haemorrhagicko-nekrotickou pankreatitidu. U jednotlivých pacientů byla provedena 1 až 22 operačních revizí. Z těchto sedmi pacientů zemřeli dva. Autoři hodnotí taktiku léčby těžkých forem akutní pankreatitidy, indikace k operační revizi a výsledky léčby.

Název:	Kedy operovať akútnu pankreatitídu?
Autor:	Huťan M., Rashidi Y., Zelenák J.
Pracovište:	IV. chirurgická klinika LFUK a FNŠP Bratislava
Přednosta:	doc. MUDr. Martin Huťan, CSc.
Anotace:	<p>Problémom zostáva tzv. SAP (severe acute pancreatitis), čo je pankreatitída spojená s komplikáciami – lokálnymi a celkovými. Závažnosť akútnych pankreatitíd možno posúdiť podľa prognostických ukazovateľov. V liečbe dominuje intenzívna komplexná starostlivosť v rámci tzv. pankreatickej jednotky. Okrem indikácií na operačnú liečbu, z ktorých sú všeobecne akceptované infekčné komplikácie nekróz a lokálne intraabdominálne komplikácie, zostáva diskutovanou otázkou aj optimálna doba chirurgickej intervencie. Podľa odporúčaní by sa nemalo operovať v prvých 2 týždňoch ochorenia. Autori analyzujú súbor pacientov s AP hospitalizovaných na ich pracovisku v rokoch 2006–2007. V súbore bolo 125 pacientov, z ktorých 47 klasifikovali ako ťažkú akútnu pankreatitídu (SAP). Operovali 13 pacientov (28%) pre retroperitoneálny absces, ACS a septický stav. Operovali od 17. do 80. dňa s priemerom 28,8 dňa. Celková mortalita bola 9,6%, mortalita pre SAP 21,2% a u operovaných pre SAP 15,4%. Záverom konštatujú, že správne načasovaná chirurgická intervencia nezhoršuje mortalitu pacientov so SAP a je snahou posunúť operáciu do demarkácie nekróz a infekcie. Diskutabilnou zostáva včasná indikácia pre zlyhanie konzervatívnej liečby.</p>

Název:	Pseudocysty pankreasu a ich komplikácie
Autor:	Šalapa M., Lehotský L., Rashidi Y., Škubla R.
Pracovište:	IV. chirurgická klinika FNŠP Ružinov, Bratislava
Přednosta:	doc. MUDr. Martin Huťan, CSc.
Anotace:	Jedna z komplikácií pankreatitíd je tvorba pseudocýst pankreasu a pankreatických fistúl. V práci autori prezentujú kazuistiky 3 pacientov s pseudocystami pankreasu a tvorbou arteriálnej pseudoaneuryzmy z fistuly a spôsob ich liečby.

Název:	Intraabdominálna sepsa po resekcii pečene
Autor:	Marek V., Palaj J., Straka V., Durdík Š., Donát R.
Pracovište:	Klinika onkologickej chirurgie, Onkologický ústav sv. Alžbety Bratislava
Přednosta:	doc. MUDr. Štefan Durdík, Ph.D.
Anotace:	<p>Intraabdominálna sepsa predstavuje závažnú pooperačnú komplikáciu po resekciónych výkonoch na pečeni podieľajúcej sa na zvýšenej pooperačnej mortalite. Autori na súbore pacientov operovaných na KOCH OUSA od r. 2000 do r. 2009 analyzujú etiológiu, patofyziológiu a chirurgickú liečbu vnútrobrušnej infekcie vyskytujúcej sa po resekciónych výkonoch na pečeni. Resekcia pečene navodí kvalitatívne a kvantitatívne zmeny retikuloendotelialného systému pečene spôsobujúce zvýšený prestup baktérii gastrointestinálneho traktu do krvného riečiska. Pooperačný imunosupresia spôsobená samotným operačným výkonom nie zriedkavo spôsobí prechod bakterémie do sepsy, event. život ohrozujúceho septického šoku pacienta. Klinická symptomatológia a biochemické vyšetrenie nie sú vždy spoľahlivým diagnostickým nástrojom odhaľujúcim vnútrobrušnú infekciu.</p> <p>Cieľom našej práce je poukázať na úskalía pooperačnej sepsy po resekcii pečene a navrhnúť vhodný pooperačný monitoring, ktorý včas upozorní na nástup vnútrobrušnej infekcie.</p>

Název:	Akútna mediastinitída – stále závažný terapeutický problém
Autor:	Janík M., Krajč T., Lučenič M., Benerj R., Haruštiak S.
Pracovište:	Klinika hrudníkovej chirurgie FNŠP Bratislava
Přednosta:	Prof. MUDr. Svetozár Haruštiak, CSc.
Anotace:	<p>ÚVOD</p> <p>Akútna mediastinitída je hnisavo-nekrotizujúcim procesom v riedkom väzive medzihrudia, obvykle s prudkým, až fudrojantným priebehom. Je pomerne významný, ale o to viac nebezpečný, ešte stále veľmi často smrteľný ochorením. V ostatných rokoch však na našej klinike počet týchto chorobných afekcií stúpa, pričádzajú v rôznom stave a aj v rôznom časovom štádiu, často nerozpoznané v svojej podstate. V učebniciach, ale aj v periodikách nie je toto ochorenie ponímané a spracované vcelku, ako chorobná jednotka, ale iba čiastočne priradené k rôznym príčinným mechanizmom a ochoreniam. Rovnako aj potom je nejednotný prístup k jeho algoritmom riešenia a liečby.</p> <p>Postupy, vypracované na našej Klinike, viedli k prekvapujúco veľmi dobrým výsledkom liečby. Zaslúha na tom má však nielen chirurgický tím, ale aj veľmi intenzívna medziodborová spolupráca s anesteziológmi a intenzivistami, oddelením zobrazovacích metód, endoskopistami a aj internistami. Najmä preto si zaslúžia tieto postupy komplexné spracovanie.</p> <p>METODIKA A VÝSLEDKY</p> <p>Za obdobie 1989 – 2008 sme na našom pracovisku ošetrili 88 pacientov s akútnou mediastinitídou. Väčšina z tohto súboru – 41, boli pacienti s perforáciou pažeráka. Perforáciu sme ošetrili primárnou sutúrou v krčnej lokalizácii 2x. Ostatných 28 perforácií na krku sme riešili sŕkavou drenážou s preplachom. Intratorakálnu perforáciu sme primárne sutúrovali 5x, subtotálnu ezofagektómiu sme vykonali u 6 pacientov, pričom 2x sme ako náhradu pažeráka použili hrubé črevo a 4x tubulizovaný žalúdok. Nevyhli sme sa ani pacientom s odotogénnou mediastinitídou, ktorých bolo 16. Všetci boli ošetrení sŕkavým drénom s preplachom v našej modifikácii. Pacientov s nekrotizujúcou descendntnou mediastinitídou bolo 10. Takisto boli všetci liečení sŕkavou drenážou s preplachom, volili sme dren našej modifikácie. 8 pacientov malo diagnostikovaný Boerhaaveho syndróm, z toho traja boli ošetrení primárnou sutúrou, ostatní subtotálnou ezofagektómiou. 3 z nich zomreli na sepsu. 8 pacientov malo krčný absces rôznej etiológie zasahujúci do mediastína, liečení boli sŕkavou drenážou, pričom mali zavedené viaceré preplachové drény v závislosti od lokálneho nálezu, ústiace do „žumpového drenu“. U všetkých bola táto liečba úspešná.</p> <p>Najčastejšou príčinou vzniku akútnej mediastinitídy v našom súbore pacientov je trauma či už vonkajšia alebo spojená s diagnostickou či terapeutickou intervenciou a predstavuje 36 %. 54 % pacientov sa k nám dostalo na ošetrovanie s oneskorením (po 24 hodinách), spojeným s neskorou diagnostikou. Do dvoch hodín od inzultu mediastína neboli ošetrení ani jeden pacient. Oneskorenie nebolo spôsobené našou chybou diagnostikou alebo odkladaním operačného výkonu. 42 % pacientov k nám prišlo s už rozvinutým septickým stavom. Sepsa bola vlastne prvým príznakom u týchto pacientov a viedla k podozreniu na mediastinitídu. Všetci pacienti s diagnostikovanou akútnou mediastinitídou podstúpili adekvátny operačný výkon. V 6 prípadoch sme sa presvedčili, že ani negatívny rtg a CT nález perforácie pažeráka neznamená, že k perforácii nedošlo. Strelili sme sa s peroperačným nálezom perforácie steny pažeráka, kde muskulatúra bola porušená v rozsahu niekoľkých milimetrov. Po explorácii sliznice sme zistili léziu v rozsahu niekoľkých centimetrov. Pri indikácii operácie v prípadoch negatívneho nálezu perforácie bol pre nás rozhodujúci klinický stav pacienta a CT nález patologického obsahu v mediastíne. Operačný postup sme volili podľa lokalizácie a etiológie. V súbore pacientov s perforáciou pažeráka prevažovali pacienti s iatrogénnym poranením – 42 %, poranenie cudzím telesom (kosť, žiletka, zubná protéza) predstavovalo 27 %. V skupine s perforáciou pažeráka bolo 8 pacientov so spontánnou perforáciou, čo predstavovalo 19 %. Snaha bola o čo najšetnejší výkon voči gastrointestinálnemu traktu avšak o čo najefektívnejší z hľadiska prežívania. Pre rozsiahlu anaeróbnu infekciu a nevhodné podmienky na primárnu sutúru sme subtotálnu ezofagektómiu realizovali u 8 pacientov. Primárne sme sutúrovali perforáciu u 11 pacientov. 64 krát sme inštalovali do mediastína sŕkavý dren s preplachom kolárnym prístupom, parciálnu ezofagektómiu sme urobili u 2 pacientov (jeden z nich je uvedený v kazuistikách). Raz sme mediastínou ošetrili videotorakoskopicky. Išlo o pacienta s inoperabilným karcinómom, u ktorého vznikla perforácia po snahe o pertubáciu na inom pracovisku. Jedenkrát sa nám podarilo ošetriť mediastínou iným minininvazívnym prístupom. U pacientky išlo o descendntnú nekrotizujúcu mediastinitídu lokalizovanú v prednom mediastíne. Cestou videomediastinoskopie sme mediastínou revidovali a inštalovali sme sŕkavý dren s preplachom.</p> <p>Z nášho súboru pacientov sme zaznamenali úmrtie v 12 prípadoch čo predstavuje 13,64 % mortalitu. Jadenkrát išlo o pacienta s perforáciou pažeráka v úrovni aortálneho oblúka. Pacient bol prijatý s príznakmi opakovaného nevýznamného krvácania z pažeráka. Počas torakotomickej revízie pažeráka nastalo masívne krvácanie. Zistili sme, že cudzie teleso spôsobilo nekrotický defekt v stene aorty. Defekt sa podarilo ošetriť za cenu zastavenia obehu (cardiac arrest) záplatom z cudzodrdého materiálu (ÚKVCH), žiaľ na podklade infekcie sa táto záplata po čase uvoľnila a pacient exsanguinoval do pleurálnej dutiny. Ďalší pacient po primárnej sutúre perforovaneho pažeráka existoval na následok vykrvácania z preplachového drenu, ktorý sme z dôvodu hnisavej produkcie museli ponechať dlhšie. Po kontrastnom dôkaze zhorenia perforácie pažeráka, pacient na 50 deň po operácii náhle vykrvácal z hrudného drenu. Na zlyhanie v rámci sepsy zomreli 6 pacienti, na neskoršie komplikácie zo strany kardiovaskulárneho systému zomreli dvaja pacienti a ďalší dvaja zomreli s odstupom času na pracovisku, na ktoré boli preložený. Dôvody sa nám nepodarilo zistiť. V porovnaní s literárnymi údajmi 30–80 % (6) je prežívania našich pacientov vynikajúce. Myslíme si, že tieto výsledky liečby purulentnej mediastinitídy nás oprávňujú navrhnúť algoritmus liečebných postupov.</p>

Název:	Mediastinálny absces ako komplikácia peritonitídy
Autor:	Lučenič M., Zsemlye Z., Janík M., Haruštiak S.
Pracovište:	Klinika hrudníkovej chirurgie FNŠP Bratislava
Přednosta:	prof. MUDr. Svetozár Haruštiak, CSc.
Anotace:	Jedná sa o kazuistiku 48ročnej pacientky, stav po laparotómii v zariadení nižšieho typu pre peritonitídu následkom perforácie žalúdočnej steny na podklade vredovej choroby. U pacientky bola vykonaná resekcia steny s primárnou sutúrou defektu. Pooperačný priebeh skomplikovaný septickým stavom. Pri USG vyšetrení zistená prítomnosť subfrenického abscesu vľavo, ktorý bol následne drénovaný pigtailom pod kontrolou USG. Pri kontrolnom CT vyšetrení prítomný mediastinálny absces, lavostranný fluidothorax, inkompletne evakuovaný subfrenický absces drénovaný pigtailom zavedeným cez kostodiafragmatický recessus. Pacientka preložená do starostlivosti nášeho zariadenia za účelom operačného riešenia. Vzhľadom na duplicitu abscesov sme zvolili strednú laparotómiu v kombinácii s transhiatálnym prístupom do mediastína. Z tohto prístupu sa nám podarilo identifikovať obidva infekčné fokusy (subfrenický absces aj absces mediastína). Po incízii a evakuácii obsahu sme do obidvoch lokalít zaviedli sŕkavú (sump) drenáž, ktorú sme na 16 pooperačný deň po kontrolnom CT odstránili. Pacientku sme v dobrom stave prepustili do domáceho ošetrovania na 18 pooperačný deň.

Název:	Zápalové komplikácie po ezofagektómii
Autor:	Škultéty J., Repáň M., Sekáč J., Prochotský A., Okoličány R., Huťan M.
Pracovište:	II. chir. klinika LF UK a FNsP Bratislava, Nemocnica sv. Cyrila a Metoda v Petržalke
Přednosta:	Doc. MUDr. Ján Škultéty, Ph.D.
Anotace:	Medzi závažné komplikácie, ktoré sa vyskytujú po ezofagektómiách a resekciách pažeráka určite patria zápaly postihujúce predovšetkým dýchacie ústrojenstvo pacienta. Podieľajú sa na vysokej pooperačnej chorobnosti, úmrtnosti, a ovplyvňujú aj prežívanie pacientov po ezofagektómii. Príčiny možno hľadať v bohatej komordite nositeľov karcinómu pažeráka a súvisia zaiste aj so štádiom zhubného ochorenia v čase zahájenia operačnej liečby. Častosť výskytu perioperačných zápalových komplikácií je ovplyvnená aj dĺžkou operačného zákroku, charakterom operačnej techniky, úrovňou pooperačnej starostlivosti a pravdepodobne tieto komplikácie sú ovplyvnené, do určitej miery, aj sociálnymi pomermi z ktorých pacient prichádza. Autori poukazujú na najzávažnejšie pooperačné komplikácie, s ktorými sa stretli pri chirurgii pažeráka.

Název:	Clostrídiová kolitída na chirurgickom oddelení
Autor:	Boroš E., Halecký M., Terek G.
Pracovišťe:	Chirurgické oddelenie, Železničné zdravotníctvo Košice s.r.o.
Primár:	MUDr. Erich Boroš
Anotace:	<p>Clostrídium difficile môže spôsobovať rôzne príznaky – od bežnej hnačky až po závažnú život ohrozujúcu kolitídu. Táto baktéria je významným nozokomiálnym patogénom, ktorý spôsobuje jednu z najviac rozšírených a najzávažnejších infekcií získaných v súvislosti so zdravotnou starostlivosťou v nemocnici, či zariadení pre ošetrovanie dlhodobo chorých. Podľa údajov amerického centra pre kontrolu a prevenciu ochorení je clostridium difficile zodpovedné za desiatky tisíc prípadov hnačiek a ročne za minimálne 5000 úmrtí v USA. Počas periódy 30 rokov bola táto baktéria považovaná za nepríjemnú ale „ľahko vyliečiteľnú“ infekciu, ktorá niekedy komplikuje liečbu antibiotikami. Až závažné smrtiace komplikácie v súvislosti s touto infekciou prinútili epidemiológov k extenzívnemu výskumu patogenézy, klinickej manifestácie a optimálnej liečby v posledných 2 dekádach minulého tisícročia. Vďaka rozmanitosti a nešpecifickosti príznakov sa pacienti s infekciou clostridium difficile dostávajú na chirurgické oddelenia s príznakmi brušnej príhody a nezriedka skončia na operačnom stole. Pre ilustráciu úskalí diagnostiky pri rozmanitosti príznakov ochorenia uvádzame kazuistiku 47-ročnej ženy, ktorá napriek starostlivosti niekoľkých odborných lekárov, infektológov nevnímajúc, skončila s príznakmi náhlejšej brušnej príhody na operačnej sále, pričom diagnóza pseudomembranóznej kolitídy bola stanovená až pooperačne.</p>

Název:	Hartmannova operácia alebo primárna resekcia pri perforovanej divertikulitíde colon sigmoideum
Autor:	Lehotský L., Šalapa M.
Pracovište:	IV. chirurgická klinika LF UK, FNsP Bratislava-Ružinov
Přednosta:	Doc. MUDr. Martin Huťan, CSc.
Anotace:	Najzávažnejšou formou akútnej divertikulitídy colon sigmoideum je akútna divertikulitída s perforáciou a purulentnou alebo sterkorálnou peritonitídou, pre ktorú bola považovaná Hartmannova operácia s resekciou, kolostómiou a slepým uzáverom aborálneho pahýľu ako najoptimálnejšia. Čoraz častejšie sa objavujú práce, ktoré aj v týchto prípadoch ako vhodnú alternatívu využívajú resekciu s primárnou anastomózou, peroperačnou lavážou hrubého čreva a odľahčujúcou ileostómiou. Zatiaľ chýbajú prospektívne randomizované štúdie, ktoré by dali definitívnu odpoveď. V mnohých štúdiách majú pacienti s primárnou anastomózou nižšiu mortalitu, morbiditu, menšiu frekvenciu komplikácií, čo môže vyplývať aj zo selekcie pacientov. Aj na našom pracovisku je v týchto prípadoch zatiaľ preferovaná Hartmannova operácia. Je čas na zmenu?

Název:	Význam spolupráce gastroenterológa, rádiológa a chirurga v diagnostike a liečbe ulceróznej kolitídy
Autor:	Prochotský A.; Okoličány R., Škultéty J., Sekáč J., Jančula L., Fabiánová K.
Pracovište:	II. chirurgická klinika LF UK, FNŠP Bratislava, pracovisko Petržalka – NsP sv. Cyrila a Metoda
Přednosta:	doc. MUDr. Ján Škultéty, CSc.
Anotace:	<p>Ulcerózna kolitída patrí do skupiny zápalových črevných ochorení (IBD). Jej incidencia sa zvyšuje so stúpajúcou životnou úrovňou populácie. Prvý vrchol jej výskytu je v druhej až tretej dekáde života, druhý v piatej až šiestej. Najvyššia incidencia a prevalencia ochorenia je vo V. Británii, v severských štátoch Európy a Severnej Amerike.</p> <p>Incidencia ochorenia v Európe kolíše v rozsahu 8,7–11,8 / 100 000 obyvateľov za rok, v Severnej Amerike 2,2–14,3 / 100 000 obyvateľov za rok.</p> <p>V našich krajinách zohráva v diagnostike ochorenia rozhodujúcu úlohu endoskopista – gastroenterológ a histopatológ. Medikamentózna liečba ulceróznej kolitídy je plne v rukách gastroenterológa. Pri jej neúspechu, ale aj komplikáciách, ktoré môžu byť až život ohrozujúce, vstupuje do procesu najmä diagnostiky rádiológ a liečbu diriguje chirurg. Intenzívna multidisciplinová spolupráca je však napokon rozhodujúca pre výsledky liečby a prijateľnú prognózu takto postihnutého pacienta.</p>

Název:	Krátký příspěvek k managementu komplikací Crohnovy choroby z pohledu gastroenterologa a chirurga
Autor:	Sekáč J., Škultéty J., Hlavatý T., Prochotský A., Repán M.
Pracoviště:	II. chirurgická klinika LFUK a V. interna klinika LFUK, FNŠP Bratislava
Přednosta:	Doc. MUDr. Ján Škultéty, CSc.
Anotace:	<p>Crohnova choroba popísaná už v roku 1932 Crohnom je dnes považovaná za panenterické ochorenie a je z tohto dôvodu nevyliciteľná. Chirurg rieši až samotné komplikácie – najčastejšie abscesy, fistuly, perforácie a črevné obštrukcie. Komplikácie Crohnovej choroby a ich možnosti riešenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. črevná obštrukcia – zúženie v jednom úseku alebo viacero striktúr zvyčajne vyžaduje resekciu alebo striktúroplastiku, zriedkavo ileostómiu alebo vnútorný bypass. Alternatívou je balóniková endoskopická dilatácia malých usekov najmä striktúr anastomóz, najmä v terminálnom ileu dosiahnuteľných kolonoskopicky s úspešnosťou od 66 do 100% ale s nutnosťou redilatácii do 60%. U primárnych stenoz je endoskopická liečba vzhľadom k dlhšiemu priebehu, výraznejším ulceráciám a riziku perforácie a recidív nevhodná 2. Intraabdominálne abscesy – výskyt je udávaný v 25% u pacientov s Crohnovou chorobou a sú klasifikované ako intraperitoneálne, medzikľúčkové, intramezenterické a retroperitoneálne. Chirurgickým riešením je resekcia postihnuteho useku čreva a drenáž abscesu (nezriedka dvojetapovo s prechodnou stómiou), čo je výhodnejšie ako ako alternatívna perkutánna drenáž pod CT, kde je vyššie riziko recidívy a nutnosti následnej chirurgickej liečby 3. voľná perforácia pri akútnej exacerbácii proximálne od striktúry vyžaduje urgentnú operáciu 4. interné a externé fistuly – samotná fistula nie je indikáciou pre chirurgickú liečbu. Je nutné využiť v úvode konzervatívnu liečbu s klasickou terapeutickou pyramídou až po imunosupresívu (azathioprin, 6-merkaptopurín, cyklosporín) a nakoniec imunomodulátory – anti TNFalfa faktory (ACCENT 1,2 štúdie) 5. zlyhanie medikamentózneho liečby (CDAI skóre) 6. zriedkavé komplikácie – masívne krvácanie, maligne zvrhnutie (u striktúroplastik je nutná peroperačná biopsia), kompresia pravého ureteru u ileoceálnej flegmóny a iné <p>Zhrnutie:</p> <p>V súčasnosti je zvýšený záujem o hľadanie nechirurgickej a miniinvazívnej stratégie riešenia komplikácií Crohnovej choroby s využitím imunomodulačnej biologickej liečby v poslednom desaťročí (TNFa antagonistov).</p>

Název:	Fournierova gangréna
Autor:	Galliková Z., Brunčák P., Švidraň R.
Pracoviště:	Chirurgické oddelenie, VŠNsP n.o. Lučenec
Primář:	MUDr. Peter Brunčák
Anotace:	<p>Autori referujú o svojich skúsenostiach s liečbou Fournierovej gangrény u 8 pacientov za obdobie r. 2007–2008, u 3 žien a 5 mužov, s priemerným vekom 53 rokov. 4 pacienti (50%) mali diabetes mellitus.</p> <p>Po radikálnej chirurgickej liečbe a komplexnej terapii sa všetci pacienti uzdravili. Doba hospitalizácie bola od 14 do 120 dní.</p> <p>Autori záverom zdôrazňujú nutnosť agresívnej chirurgickej liečby s multiodborovou spoluprácou.</p>

Název:	Fournierova gangréna
Autor:	Krajničák R., Dečo Š., Pažinka P.
Pracoviště:	III. chirurgická klinika SZU, Nemocnica Košice-Šaca a.s., 1. súkromná nemocnica
Přednosta:	MUDr. Peter Pažinka, Ph.D.
Anotace:	Fournierova gangréna bola popísaná ako samostatná nozologická jednotka v roku 1883 J. A. Fournierom. Popisuje sa ako prudko prebiehajúca plynová gangréna v oblasti perinea a skróta s prechodom do nekrotizujúcej fasciitídy pri neskorej intervencii s fatálnym koncom v 20–30%. Základom liečby je debridement, podávanie širokospektrálnych antibiotík, hyperbaroxyterapia, derivácia moču, v nevyhnutnom prípade derivácia stolice. Autori v kazuistike prezentujú prípad 53ročného diabetika na inzulíne s prudkým priebehom ochorenia s rozsiahlou nekrózou skróta a perinea. Stav sa podarilo zvládnuť opakovaným debridement v celkovej anestézii, kombináciou širokospektrálnych antibiotík, hyperbaroxiou a deriváciou moča permanentným katétrom. Vzniknuté defekty mäkkých tkanív boli následne riešené na plastickej chirurgii. Autori poukazujú nato, že aj v ére širokospektrálnych antibiotík predstava Fournierova gangréna vážne ohrozenie zdravia a života pacienta.

Název:	Infekce diabetické nohy z pohledu chirurga
Autor:	Sixta B., Varga M., Bém R.
Pracoviště:	Klinika trasplantační chirurgie IKEM
Přednosta:	prof. MUDr. Miloš Adamec CSc.
Anotace:	<p>Infekce diabetických ulcerací je nejčastějším důvodem hospitalizace pacientů se syndromem diabetické nohy a je i hlavní příčinou amputací. Podle mezinárodního konsenzu je bezprostřední příčinou amputací u 25–50 % diabetiků. Důvodem vzniku chronických ulcerací je diabetická polyneuropatie a angiopatie. U diabetiků nemusí být vyjádřeny typické klinické známky infekce i při velmi pokročilém lokálním nálezu. Závažnost zánětu lze dobře hodnotit klasifikací PEDIS. Přestup původně povrchní infekce do hlubších struktur a vznik kostní infekce znamená nutnost dlouhodobé hospitalizace. U 1/5 přijatých je indikovaný amputační výkon. Kultivačně je nejčastějším patogenem u nemocných s chronickou ulcerací na podiatrické amb. IKEM <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Staphylococcus coagulasa</i> negativní, <i>Pseudomonas aeruginosa</i>, infekce MRSA se podílí asi 10 %. Zdůrazňujeme nutnost uvážlivého podávání ATB a včasné zahájení léčby jako prevence MRSA infekce. V naší studii, která zahrnuje 161 pacientů se syndromem diabetické nohy v letech 2002–2006 srovnáváme výsledky řešení chronických ulcerací resekci MTP kloubu nebo TMT amputací. Významným prognostickým faktorem pro pooperační hojení jsou hodnoty CRP a doba trvání diabetu.</p>

Název:	VAC – dvouleté praktické zkušenosti v řešení zánětlivých komplikací
Autor:	Mašek M., Krtička M., Nestrojil P.
Pracoviště:	Klinika úrazové chirurgie LF MU a FN Brno
Přednosta:	Doc. MUDr. Michal Mašek, CSc.
Anotace:	<p>Na Klinice úrazové chirurgie LF MU a FN Brno jsme zavedli metodu vakuového krytí do klinické praxe v r. 2007. Pomáhá nám v řešení případných infekčních komplikací hojení ran a je součástí ošetřování fasciotomií při compartment syndromu a léčení otevřených zlomenin III. a IV. stupně.</p> <p>Indikovány jsou všechny rány, vyžadující časté převazy s perspektivou bolestivé lokální terapie a protrahovaného hojení, event. ponechání kovového implantátu je nutno zvažovat individuálně. Ošetřování dutinových poranění je vysoce efektivní.</p> <p>Pracovní algoritmus vyžaduje současný dostatečný debridement rány a fázevý postup, daný množstvím a charakterem sekretu a stavem spodiny infikované rány. Příznivý efekt metody lze potenciovat současnou aplikací laváže Ringarovým roztokem nebo antibiotikem, ev. s přidáním lokálního anestetika nebo antiseptika. Při podezření na kombinovanou infekci včetně podílu anaerobní lze aplikovat peroxid či hypermangan v příslušném ředění.</p> <p>Netěsnost v kombinaci s mechanickým odsáváním nebo při použití laváže nebo zevní fixace lze eliminovat dostatečnou vzduchotěsnou aplikací na vystupující součásti krytí a jsou odhaleny ihned při naložení podtlaku. Mechanické odsávání menších defektů redonovým systémem je také praktické.</p> <p>Zásadní podmínkou je postupná modelace polyuretanové pěny podle tvaru rány s tendencí jejího uzavěru granulacemi od spodiny.</p> <p>Během použití na našem pracovišti po dobu 23 měsíců jsme takto ošetřili 28 pacientů, z toho ve 23 případech pro infekci operační rány. Periprotetickou infekci jsme řešili 7x, sanaci s ponecháním implantátu jsme provedli ve dvou ze 4 léčených, 3 případy již další stabilizaci nepotřebovali.</p> <p>Komplikace, udávané v literatuře, ve smyslu krvácení, prorůstání granulací do pěny, zvýšené bolestivosti, ztráty tekutin ani toxického šoku jsme nezaznamenali. Anemisaci měkkých tkání pod krytím v okolí rány jsme pozorovali pouze 1x při řešení compartment syndromu bez lokální progresy poškození.</p> <p>Obava z poškození epidermis při současném výskytu bul se neprojevila. V jednom případě jsme pozorovali ekzematizaci bezprostředního okolí defektu, kterou jsme řešili standardním postupem stomického převazu mastí s větší plochou krytí folií. V druhém případě našich komplikací jsme od metody VAC ustoupili pro nespokupraci pacienta, který si přes naši veškerou snahu opakovaně krytí snímal a léčení se stále neefektivním.</p> <p>Při ekonomickém rozboru doby a nákladů na hojení hodnotíme VAC pozitivně.</p> <p>Resume – metodu vakuového krytí považujeme za vhodnou pro ošetřovatelsky náročné případy komplikací hojení infikovaných defektů měkkých tkání i kostních defektů. Z praktického hlediska doporučujeme současnou laváž vhodným roztokem. Postupná modelace pěny podle měničích se tvaru rány a pečlivá aplikace podle povrchu defektu umožňuje současné léčení v různých podobách, včetně přídatné drenáže nebo zevní fixace.</p>

Název:	Rekonštrukcia defektov po ťažkých zápalových procesoch na tvári
Autor:	Švehlík J., Zábavníková M., Lacková K., Antol M.
Pracoviště:	Klinika plastickej, rekonštrukčnej a estetickej chirurgie, Košice
Přednosta:	MUDr. Marianna Zábavníková, PhD.
Anotace:	Rekonštrukcia defektov po ťažkých zápalových procesoch na tvári.

Název:	VAC terapie – naše zkušenosti s léčbou ran pomocí negativního tlaku
Autor:	Valsamis A.¹, Chlupáč J.¹, Varga M.¹, Sixta B.¹, Bém R.², Oliverius M.¹
Pracoviště:	1) Klinika transplantační chirurgie, IKEM 2) Klinika diabetologie, IKEM
Přednosta:	prof. MUDr. Miloš Adamec, CSc.
Anotace:	<p>Úvod: Aplikace topického negativního tlaku při léčbě ran (negative pressure wound therapy-NPWT) realizovaná většinou pomocí systému V.A.C. (Vacuum-assisted Closure, VAC) je relativně nová, snadno aplikovatelná metoda léčby ran, která optimalizuje péči o ránu i o pacienta a snižuje náklady na léčbu. Jedná se o relativně jednoduchou a flexibilní terapii použitelnou v nemocniční i ambulantní péči. Je indikována u chronických, ale i akutních či subakutních ran traumatického původu včetně popálenin 2. stupně, dehiscentí, dekubitů, diabetických i jiných ulcerací, hojení dermoepidermálních štěpů i štěpů v plné tloušťce.</p> <p>Metodika: Principem metody VAC terapie je nastartování procesu hojení působením kontinuálního nebo intermitentního podtlaku řízeného zpětnou vazbou přímo z rány. Rovnoměrná aplikace negativního tlaku přímo do rány pomocí porézní polyuretanové pěny s odvodnou savou drenáží následně podporuje její hojení, stimuluje granulaci, zmenšuje její velikost, podporuje perfuzi tkání a zabezpečuje vlhké prostředí pro její hojení při odvodu nadbytečného exsudátu a mikrobů.</p> <p>Výsledky: Na naší klinice používáme VAC terapii v rozsáhlém spektru indikací, např. u syndromu diabetické nohy, na nehojící se dehiscentní rány po cévních výkonech, břišních výkonech nebo na objemné defekty břišní stěny, kde je nutno VAC aplikovat částečně i na intraabdominální orgány přes příslušnou speciální folii. Během doby léčby došlo k zmenšení plochy rány, bylo pozorováno výrazné vyčištění rány a nárůst granulací. Po zklidnění lokálního nálezu následuje většinou resutura operační rány a poté kontroly místního stavu za hospitalizace i v ambulantní sféře. V této práci jsme hodnotili efekt léčby metodou VAC v období 2007-2008. Soubor zahrnoval 89 pacientů s průměrným věkem 56,2 ± 13,5 SD (37 % žen a 63 % mužů). Nejčastější naší indikací aplikace VAC byly dehiscentní a/nebo infikované operační rány po cévně-chirurgických či abdominálních výkonech (62 pacientů) a následně syndrom diabetické nohy (27 pacientů). Počet výměn VAC systému byl 1 až 6 s průměrem 2-3 aplikací u jednoho pacienta, resp. jedné rány. Interval mezi převazy se pohyboval v průměru cca 48h. Nezaznamenali jsme žádné negativní důsledky aplikace ve smyslu život ohrožujícího krvácení nebo reakce na cizí materiál. Příspěvek bude zaměřen na hlubší interpretaci souboru našich pacientů.</p> <p>Závěr: Topická aplikace negativního tlaku resp. VAC terapie je moderní, účinná, nefarmakologická fyzikální metoda léčby ran, schopná modulovat proces hojení. V našem souboru jsme si ověřili, že při správné indikaci a technice společně s ovlivněním systémových faktorů se urychlí hojení ran, zkrátí se časový interval do definitivní resutury rány, tím i celková doba hospitalizace, a tím pádem se snižují i celkové náklady na léčbu.</p>

Název:	Koincidence zánětu a krvácivých stavů v chirurgii
Autor:	Smékalová J.
Pracoviště:	Chirurgické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace
Primář:	MUDr. Milan Maleček
Anotace:	Koincidence zánětu a krvácivých stavů v chirurgii.

Název:	Molitor M., Zálešák B., Menšík I., Stehlík D., Hirňák J., Kalinová L.
Autor:	Komplexní chirurgické ošetření závažných patologických stavů na končetinách
Pracoviště:	Oddělení plastické a estetické chirurgie, Fakultní Nemocnice Olomouc
Přednosta:	MUDr. Bohumil Zálešák
Anotace:	Devastační poranění končetin je často spojeno s poruchou prokrvení. Klasické chirurgické ošetření je často nedostatečné a pro záchranu končetiny je nutná intervence na cévách a potažmo nervech. Rovněž záchovná chirurgie tumorů na končetinách vyžaduje často chirurgickou intervenci na mikroskopické úrovni. Proto je vhodné tyto pacienty transferovat do center, která jsou schopná provést komplexní ošetření, včetně ošetření cév a nervů pod mikroskopem.



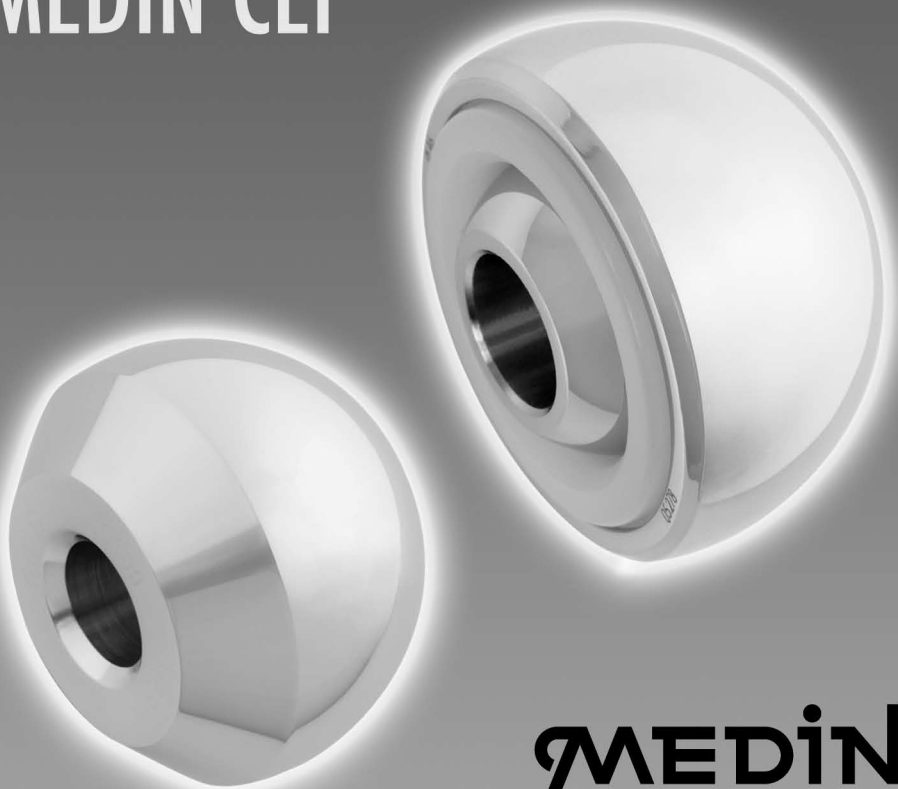
KLOUBNÍ NÁHRADY
KYČELNÍ
KOLENNÍ



MEDiN
ORTHOPAEDICS



NÁHRADA KYČELNÍ HLAVICE
MEDIN ČEP BIPOLÁRNÍ
MEDIN ČEP



MEDIN
ORTHOPAEDICS

9.30–11.10 **BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU B1**

předsednictvo: M. Mašek, J. Krajničák, B. Zálešák

B1.1 Krajničák J.:

Chirurgické oddelenie Nemocnica Vranov nad Topľou, NO, Slovenská republika
Emergency-centrálňny príjem a manažment raneného v nemocničnom zariadení

B1.2 Pliska L., Bialy L.:

Traumacentrum FN Ostrava
Poranění vazivového aparátu karpu

B1.3 Zálešák B., Molitor M., Menšík I., Stehlík D.:

Oddělení plastické a estetické chirurgie, FN Olomouc
Funkční řešení devastujícího kloubně vazivového poranění malých kloubů ruky

B1.4 Vronský R., Pleva L., Jelen S., Kodaj M.:

Oddělení centrálního příjmu, Fakultní nemocnice Ostrava
Netypické poranění ruky a karpu u dítěte

B1.5 Pliska L., Bialy L.:

Traumacentrum FN Ostrava
Naše zkušenosti s diagnostikou a léčbou poranění mediálního kolaterálního vazu základního kloubu palce

B1.6 Krajničák J.¹, Krajničák R.², Dečo Š.²:

¹) Chirurgické oddelenie Nemocnice Vranov nad Topľou, Slovenská republika
²) III. Chirurgická klinika SZU, Košice-Šaca, Slovenská republika
Lezia ligamentum deltoides a jeho liečba

B1.7 Kucharský J.:

Chirurgické oddělení, Nemocnice Třebíč, příspěvková organizace
Postižení flexorů prstců DK jako komplikace zlomeniny distálního bérce

B1.8 Diviš P., Reška M., Čiernik J., Konečný J.:

I. chirurgická klinika LF MU a FN u sv. Anny v Brně
Miniin vazivní sutura Achillovy šlachy – ACHILLON

11.10–12.15 **OBĚD**

12.15–14.00 **BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU B2**

předsednictvo: P. Nestrojil, L. Pleva, V. Vaculík

B2.1 **Nestrojil P., Mašek M., Pikula R.:**

Klinika úrazové chirurgie LF MU a FN Bohunice, Brno

Pozor: Zadní luxace humeru

B2.2 **Dvorský R.:**

Chirurgické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace

Poranění akromioklavikulárního kloubu

B2.3 **Zatloukal A., Vyležík T.:**

Městská nemocnice Ostrava Fifejdy

Floating clavicle – kazuistika

B2.4 **Kľoc P.¹, Daňová M.²:**

¹) Oddelenie úrazovej chirurgie, FNsP J. A. Reimana, Prešov, Slovenská republika

²) MR Prešov, s.r.o., Slovenská republika

Luxácie bedrového kĺbu u detí – súčasné postoje a kazuistiky

B2.5 **Ruber V., Mašek M., Ira D.:**

Klinika úrazové chirurgie LF MU a FN Bohunice, Brno

Luxace lunata – kazuistiky

B2.6 **Novák D.:**

Chirurgické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace

Poranění tibiofibulární syndesmózy – Engelbrechtův háček

B2.7 **Bodá M., Kacian J., Štefánek L., Orlovský K.:**

Traumatologické oddelenie NsP, Žilina, Slovenská republika

Naše skúsenosti s použitím trochanterického klinca pri zlomeninách proximálneho femuru

B2.8 **Kucharský J.:**

Chirurgické oddělení, Nemocnice Třebíč, příspěvková organizace

Komplikace při extrakci TARGON PF hřebu

B2.9 **Janata P.:**

Chirurgické oddělení Oblastní nemocnice Jičín, a.s.

Použití fixačních skob MEDIN k reinserti měkkých tkání

16.30 **KULTURNÍ PROGRAM** (odjezd autobusu od hotelu Skalský Dvůr)

20.00 **SPOLEČENSKÝ VEČER**

Název:	Emergency-centrálny príjem a manažment raneného v nemocničnom zariadení
Autor:	Krajničák J.
Pracovište:	Chirurgické oddelenie Nemocnica Vranov nad Topľou, NO
Primár:	MUDr. Miroslav Hlivák
Anotace:	<p>Emergency je organizovaný priestor v nemocnici s organizáciou vyšetrení, prístrojov a zariadení s kvalifikovanými zdravotníckymi pracovníkmi rôzneho rangu a špecializácii, ktorí sú schopní poskytnúť kvalifikovanú pomoc a diagnostiku a posunúť pripraveného pacienta podľa potreby na lôžko, ARO alebo operačnú sálu.</p> <p>Zdá sa, že v posledných dvoch rokoch sa vyriešil problém RZP (RLP) v našich oboch krajinách. Sú dostupné do 15 min. a tak nám rýchlo vozia ľahké, ale i veľmi vážne poranenia. Vozia sa, väčšinou, na nových, krásnych a vybavených vozidlách s rôznou posádkou. Je to drahé a mnohí sa domnievajú že záchrana života je vyriešená.</p> <p>Akosi sa zabúda, že je to len prvá a dôležitá etapa poskytnutia kvalifikovanej prvej pomoci a prevoz pacienta do nemocničného zariadenia.</p> <p>Kam priviezli pacienta? Do nemocnice. Na aké oddelenie? Na príjem (Centrálny príjem? Chir. ambulancia? Nebodaj emergency?). Ak ide o raneného je to väčšinou chir. ambulancia (traumatologická). S ľahkými úrazmi si tu poradia. Ale ako je to s ťažkým úrazmi a polytraumami. Ako sú organizované a dostupné ostatné pracoviska, laboratoria, rtg, USG, CT je to všetko na jednej chodbe alebo je treba chodiť do iných budov. Akí odborníci sú k dipozícii hneď a na zavolanie (on call). Vieme urobiť život zachráňujúce výkony a stabilizovať pacienta? Viactímovo operovať?</p> <p>Máme veľa nezodpovedaných otázok. Ako ich riešite vy?</p> <p>Autor na základe skúsenosti získaných v Pittsburghu riešil túto problematiku na svojom pracovisku v r. 1997 prestavbou prijmu v Nemocni VSŽ v Košiciach-Šaci, neskôr vo Svidníku. V primeranom rozsahu a rešpektovaním domácich možnosti sa tento problém dá riešiť. Ani najnovšie diagnostické zázraky pac. ani nám nepomôžu pokiaľ budeme musieť pac. prenášať a prekladať z nosietok na vyšetrovací stôl a späť.</p>

Název:	Poranění vazivového aparátu karpu
Autor:	Pliska L., Bialý L.
Pracoviště:	Traumacentrum FN Ostrava
Přednosta:	Doc. MUDr. Leopold Pleva, CSc.
Anotace:	Poranění vazivového aparátu je nežádka označováno jako „distorsio carpi“. Tento výraz však označuje úrazový děj a nevystihuje anatomickou podstatu poškození. Autoři ve své přednášce přehledně prezentují nejčastější poranění vazivového aparátu s důrazem na anatomickou podstatu poranění, možné chyby v diagnostice a následnou léčbu.

Název:	Funkční řešení devastujícího kloubně vazivového poranění malých kloubů ruky
Autor:	Zálešák B., Molitor M., Menšík I., Stehlík D.
Pracoviště:	Oddělení plastické a estetické chirurgie, FN Olomouc
Primář:	MUDr. Bohumil Zálešák
Anotace:	Autoři prezentují malý soubor pacientů po devastujících poranění malých kloubů ruky u nichž byl proveden vysoce specializovaný výkon – mikrochirurgický přenos vaskularizovaného PIP kloubu z nohy. Toto funkční řešení je u motivovaných pacientů alternativou amputace nebo artrodézy v příznivém postavení.

Název:	Netypické poranění ruky a karpu u dítěte
Autor:	Vronský R., Pleva L., Jelen S., Kodaj M.
Pracoviště:	Oddělení centrálního příjmu, Fakultní nemocnice Ostrava
Primář:	MUDr. Stanislav Jelen
Anotace:	<p>Ruka, nejdokonalejší lidský nástroj je každodenně vystavována riziku poranění. Ze statistických údajů vyplývá, že až 30 % všech poranění postihuje ruku. Většina traumatologické literatury se věnuje skeletárním poraněním. Poranění vazivových struktur, vyjma poranění šlach byla v minulosti věnována menší pozornost. Až práce Linsheida a Dobinse v 70. letech 20. století změnila přístup k této problematice. Na základě podrobných anatomických studií byla upřesněna funkce jednotlivých vazivových struktur karpu a jeho kinematika. Rozpoznání těchto poranění, která jsou často léčená pod Dg.: Contusio nebo Distorsio Carpi. Při nerozpoznání a neadekvátní léčbě těchto poranění může dojít ke vzniku nestability karpu a v jeho výsledku až ve $\frac{3}{4}$ případů k artróze. Mechanismus poranění je podobný jako u zlomenin distálního radia u starší populace.</p> <p>U adolescentů, kde pevnost a pružnost kostí je větší než pevnost vazů, dochází častěji k poranění vazů. U malých dětí, kde pevnost vazů je vyšší než pevnost nezralého skeletu, dochází k poraněním vazivového aparátu vzácně. Literatura se o nich zmiňuje pouze okrajově. Kazuistiky jsou spíše ojediněle a větší soubory pacientů chybí.</p> <p>Uvádíme kazuistiku 8-leté dívky, která se poranila při pádu na bruslích na ruce a karpu pravé horní končetiny tak, že narazila rukou v dorsální hyperflexi do hrazení. Pro bolesti přichází 7. den od úrazu k ošetření. S nálezem palpačně bolestivé elasticke rezistence v oblasti radiální plochy karpu. Na rtg snímcích včetně funkčních snímků není známek zřetelného traumatu. Pouze na funkčních snímcích diskrétní rozšíření trapezo-scaphoideální distance. Hybnost v RC skloubení bez omezení. Vzhledem k diskrepanci klinického a rtg nálezu jsme indikovali po dohodě s radiology vyšetření MR, které vyslovilo podezření na parciální rupturu trapezo-scaphoideálního ligamenta. Zvolili jsme konzervativní léčbu, končetina byla fixována sádrouvou dlahou na předloktí s prodloužením na palec po dobu 4 týdnů. Třetí týden se objevuje další rezistence na ulnární ploše MCP skloubení palce. Původní rezistence zmenšena. Obě rezistence mají klinický charakter gangliomu, jsou fixovány ke spodině a proti kůži volné. Končetina bez poruch prokrvení a inervace volně hybná.</p> <p>Naším sdělením jsme chtěli upozornit na netypické poranění dětského karpu a ruky a možnosti diagnostiky těchto poranění.</p>

Název:	Naše zkušenosti s diagnostikou a léčbou poranění mediálního kolaterálního vazu základního kloubu palce
Autor:	Pliska L., Bialý L.
Pracoviště:	Traumacentrum FN Ostrava
Přednosta:	doc. MUDr. Leopold Pleva, CSc.
Anotace:	Poranění mediálního postranního vazu základního kloubu palce, často označované jako lyžařský palec, je relativně časté poranění ruky. Nejzávažnější forma – kompletní ruptura vazu s dislokací – tzv Stenerova leze – je častou příčinou instability tohoto kloubu a je indikovaná k operační léčbě. Autoři popisují svoje zkušenosti s diagnostikou a léčbou tohoto poranění.

Název:	Lezia ligametum deltoides a jeho liečba
Autor:	Krajničák J.¹; Krajničák R.², Dečo Š.²
Pracovište:	1) Chirurgické oddelení Nemocnice Vranov nad Topľou 2) III. Chirurgická klinika SZU, Košice-Šaca
Primár:	MUDr. Miroslav Hlivák ¹
Přednosta:	MUDr. Peter Pažinka Ph.D. ²
Anotace:	<p>Roztrhnutie deltového väzu sa všeobecne považuje za poranenie adekvátne zlomenine vnútorného členka. Aj názor chirurgov na jeho liečbu je podobný. Rekonštrukcia sa v súčasnosti považuje za správne riešenie.</p> <p>Lezia je väčšinou kompletná a na rôznych miestach a v rozličnom rozsahu v závislosti od mechanizmu vzniku zlomeniny členka. U zlomenín členka typu A a B Weberovej klasifikácie nemusia byť rozpoznané. Správnym klinickým vyšetrením alebo držanými snímkami sa lezia väzu ľahko potvrdí.</p> <p>Rekonštrukcia nie je jednoduchá. Okrem lezie v oblasti hrota tibialneho členka, kde su jednotlivé časti spojené takmer do jedného bloku sa šiju veľmi obťažne. Ak je väz po suture voľný alebo dôjde ku osifikácii môžu sa vyskytnúť bolesti členka.</p> <p>Autori prezentujú svoje dlhodobé skúsenosti a výsledky s liečbou tohoto jednoduchého poranenia, ktoré však môže mať aj nepríjemné následky, ktoré znemožňujú plnohodnotný pracovný či športový život pacienta.</p>

Název:	Postižení flexorů prstů DK jako komplikace zlomeniny distálního bérce
Autor:	Kucharský J.
Pracoviště:	Chirurgické oddělení, Nemocnice Třebíč, příspěvková organizace
Primář:	MUDr. Lubomír Novotný
Anotace:	Kazuistika ukazuje zajímavou komplikaci po tříštivém poranění skeletu distální části bérce, řešené osteosyntézou. Následně v průběhu doléčování poranění se objevuje flekční deformace I. II. prstce dolní končetiny limitující chůzi. Na základě MR a UZG vyšetření zvoleno operační řešení s korekční plastikou šlach.

Název:	Miniinvazivní sutura Achillovy šlachy – ACHILLON
Autor:	Diviš P., Reška M., Čiernik J., Konečný J.
Pracoviště:	I. chirurgická klinika LF MU a FN u sv. Anny v Brně
Přednosta:	prof. MUDr. Ivan Čapov, CSc.
Anotace:	Stejně jako do ostatních částí chirurgie proniká i do traumatologie snaha o miniinvazivní přístup v řešení jednoduchých i komplikovaných poranění. Tento přístup je jednoznačnou výhodou v ošetřování a to nejen pro pacienta, ale i pro chirurga. Výrazné snížení komplikací a časná rehabilitace vše jen potvrzují. Přinášíme popis možné miniinvazivní sutury Achillovy šlachy systémem ACHILLON, samozřejmostí je bohatá obrazová dokumentace. Touto metodou jsme od roku 1996 ošetřili 27 nemocných s výborným efektem.

Název:	Pozor: Zadní luxace humeru
Autor:	Nestrojil P., Mašek M., Pikula R.
Pracoviště:	Klinika úrazové chirurgie LF MU, Fakultní nemocnice Brno-Bohunice
Přednosta:	Doc. MUDr. Michal Mašek, CSc.
Anotace:	<p>Zadní luxace humeru se vyskytuje asi ve 4–5 % všech luxací humeru. Jedná se o závažné poranění, které je možné, zejména u starších pacientů, až v 70 % přehlédnout. Známký poranění se projeví až dlouho po úraze, kdy trvá bolestivost a omezení pohybu v ramenním kloubu. Nejčastější příčinou zadní luxace humeru je disbalance svalů rotátorové manžety, nejčastěji při epileptických záchvatech nebo elektrošocích u psychiatrických pacientů. Repozici zadní luxace humeru provádíme vždy v celkové anestezii s relaxací.</p> <p>Zadní luxace humeru může být též kombinována se zlomeninami lopatky, ale především se zlomeninami proximálního humeru. Luxovaná hlavice humeru je zaklíněna dorzálně za glenoidem, zavřená repozice není možná a vzhledem k výrazné dorzální dislokaci je hlavice humeru ohrožena avaskulární nekrozou. Proto je indikována urgentní operace, otevřená repozice luxace a osteosyntéza zlomeniny proximálního humeru.</p> <p>Autoři upozorňují na chyby při stanovení diagnózy zadní luxace humeru a doporučují standardní postup při RTG vyšetření a u zlomenin i CT vyšetření.</p> <p>V přednášce jsou prezentovány tři kasuistiky zadní luxace humeru, ve dvou případech spojené s tříštivou zlomeninou proximálního humeru.</p>

Název:	Poranění akromioklavikulárního kloubu
Autor:	Dvorský R.
Pracoviště:	Chirurgické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace
Primář:	MUDr. Milan Maleček
Anotace:	Autor statisticky hodnotí četnost poranění AC kloubu a způsob léčení na svém pracovišti – Bosworthův šroub, tahová cerclage a augmentaci PDS.

Název:	Floating clavicle – kazuistika
Autor:	Zatloukal A., Vyležík T.
Pracoviště:	Městská nemocnice Ostrava Fifejdy
Primář:	MUDr. Tomáš Mrázek, Ph.D.
Anotace:	Luxace sternoklavikulárního kloubu v kombinaci se stejnostrannou luxací akromioklavikulárního kloubu, tzv plovoucí klavikula, je raritní poranění, metody léčby tohoto poranění se na různých pracovištích liší od konzervativního postupu přes postupy doporučující syntezu jen akromioklavikulárního skloubení až po doporučení operovat akromioklavikulární i sternoklavikulární skloubení. Přednáška popisuje kazuistiku pacientky léčené na našem pracovišti.

Název:	Luxácie bedrového kĺbu u detí – súčasné postoje a kazuistiky
Autor:	Kľoc P.¹, Daňová M.²
Pracovišťe:	1) Oddelenie úrazovej chirurgie, FNŠP J. A. Reimana 2) MR Prešov, s.r.o.
Primár:	MUDr. Bujňák Jozef ¹ MUDr. Morvay Peter – odborný zástupca MR Prešov, s.r.o. ²
Anotace:	V prednáške sa zaoberáme problematikou raritných a čo sa týka prognózy, závažných poranení detského veku – vyklbeniami bedrového kĺbu. Prezentujeme súčasné poznatky o diagnostike a liečbe týchto poranení a tiež naše prípady vo forme kazuistík. Výsledky liečby vyhodnocujeme s niekoľkoročným odstupom, a to ako klinicky, tak aj cestou niektorých zobrazovacích metód.

Název:	Luxace lunata – kasuistiky
Autor:	Ruber V., Mašek M., Ira D.
Pracoviště:	Klinika úrazové chirurgie LF MU, Fakultní nemocnice Brno-Bohunice
Přednosta:	Doc. MUDr. Michal Mašek, CSc.
Anotace:	<p>Luxace lunata představují 4. stupeň perilunárních luxací. Jedná se o poranění málo frekventované, ale poměrně závažné. Poranění vzniká často vysokenergetickým mechanismem, je součástí sdružených poranění či polytraumat, proto může velmi snadno uniknout pozornosti. Vzhledem ke své závažnosti – jedná se o akutní nestabilitu karpu – však nesmí toto poranění stát na okraji zájmu. Diagnostika i léčba musí být akutní. Podezření potvrdí RTG nález. Léčba pak spočívá v akutní repozici zavřené či otevřené s následnou stabilizací karpu transfixací či sádrovou fixací. Pouze aktivní přístup a akutní léčba minimalizují rizika tohoto poranění – chronické nestability karpu, omezení hybnosti, časná degenerativní změny, aseptická nekroza. Naše práce představuje na kasuistikách zkušenosti s diagnostikou a léčbou tohoto poranění na Klinice úrazové chirurgie LF MU a FN Brno.</p>

Název:	Poranění tibiofibulární syndesmozy – Engelbrechtův háček
Autor:	Novák D.
Pracoviště:	Chirurgické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace
Primář:	MUDr. Milan Maleček
Anotace:	Autor hodnotí 9leté zkušenosti s operativnou hlezna a upozorňuje na možnost stabilizace fibuly v tibiálním žlábkou pomocí háčku. Srovnává výhody a nevýhody proti zaběhnutým metodikám – suprasyndesmálnímu šroubu a Mlčochově kličce.

Název:	Naše skúsenosti s použitím trochanterického klinca pri zlomeninách proximálneho femuru
Autor:	Boda M., Kacian J., Štefánek L., Orlovský K.
Pracovište:	Traumatologické oddelení NsP Žilina
Primář:	MUDr. Karol Orlovský
Anotace:	Autori prezentujú súbor pacientov so zlomeninami v trochanterickej oblasti riešených trochanterickým klincom MEDIN. Práca je zameraná na indikácie použitia klinca, výsledky a komplikácie pri jeho použití.

Název:	Komplikace při extrakci TARGON PF hřebu
Autor:	Kucharský J.
Pracoviště:	Chirurgické oddělení Nemocnice Třebíč, příspěvková organizace
Primář:	MUDr. Lubomír Novotný
Anotace:	Přednáška se zabývá technickou komplikací při extrakci hřebu TARGON PF, při které je nakonec nutná extrakce s resekcí části proximálního konce femuru. Sdělení má upozornit na tuto možnou a nepříjemnou komplikaci.

Název:	Použití fixačních skob MEDIN k reinererci měkkých tkání
Autor:	Janata P.
Pracoviště:	Chirurgické oddělení, Oblastní nemocnice Jičín, a.s.
Primář:	MUDr. Petr Janata
Anotace:	Autor popisuje aplikaci fixačních skob MEDIN k reinererci avulzí ligament v různých lokalizacích. I při reinererci v problematickém terenu nezaznamenává selhání a vyzdvihuje jejich jednoduchost při aplikaci.



**HŘEBY
FEMOR
REKONSTRUKČNÍ
RETROGRÁDNÍ
TIBIE
HUMERUS**



PROVEDENÍ TITAN

9.00–11.30 **BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU A4**

předsednictvo: F. Horálek, D. Novák, K. Orlovský

A4.1 Zábavníková M., Lacková K., Antol M.:

Klinika plastickej, rekonštrukčnej a estetickej chirurgie, FN LP, Košice, Slovenská republika

Význam zdravotnej indikácie u redukčných mammaplastik

A4.2 Palaj J., Marek V., Durdík Š., Straka V.:

Onkologický útav Sv. Alžbety, Bratislava, Slovenská republika

Recidívy a vzdialené metastázy po operáciách kancerizovaných polypov kolorekta

A4.3 Horálek F., Ochmann J., Kozumplík L., Svoboda P., Maršová J., Krass V.:

Úrazová nemocnice, Brno

NOTES – nový způsob léčby refluxní choroby jícnu – první zkušenosti

A4.4 J. Mazuch, D. Mištuna, J. Lúčan, R. Kyčina, E. Huľo, M. Smolár

Chirurgická klinika JLF UK a MFN, Martin, Slovensko

Rekonštrukcie GIT-u a ich variácie pri duodenopankreatektómiách a transhiatálnej ezofagektómii.

A4.5 Zábavníková M., Hojstričová Z.:

Klinika plastickej, rekonštrukčnej a estetickej chirurgie, FN LP, Košice, Slovenská republika

Osvedčené rekonštrukčné postupy primárneho a sekundárneho riešenia chronických defektov

A4.6 Panuška D.:

Gynpor s.r.o. Sliach, Slovenská republika

Laparoskopická cholecystektómia v režime jednodňovej chirurgie

A4.7 Rindoš R.:

Chirurgická klinika ÚVN Ružomberok, Slovenská republika

Nové možnosti torakochirurgia v liečbe ochorení hrudníka

A4.8 Kachlík D.^{1,2}, Stejskalová A.¹, Chochola M.³, Báča V.^{1,2}:

¹⁾ Ústav anatomie 3. LF UK, Praha

²⁾ Katedra lékařských a humanitních oborů, Fakulta biomedicínského inženýrství, ČVUT v Praze, Kladno

³⁾ II. Interní klinika kardiologie a angiologie, 1. LF UK a VFN, Praha
Cockettův syndrom – morfologické aspekty

A4.9 Molitor M., Zálešák B., Menšík I., Stehlík D., Hirňák J.:

Oddělení plastické a estetické chirurgie, FN Olomouc
Amputace – zásady ošetření a současné možnosti

A4.10 Kachlík D.^{1,2}, Báča V.^{1,2}, Lískovec T.³, Musil V.^{4,5}, Pecháček V.⁶, Stingl J.¹:

¹⁾ Ústav anatomie 3. LF UK, Praha

²⁾ Katedra lékařských a humanitních oborů, Fakulta biomedicínského inženýrství, ČVUT v Praze, Kladno

³⁾ Dermatovenerologická klinika. III. LF UK, FN Královské Vinohrady, Praha

⁴⁾ Středisko vědeckých informací, III. LF UK, Praha

⁵⁾ Ústav informačních studií a knihovnictví, FF UK, Praha

⁶⁾ Angiologická ambulance, Brno

Žíly dolní končetiny – názvosloví a nové morfologické poznatky

A4.11 Novák D., Dvorský R., Krejčí R., Šustáček J.:

Chirurgické oddělení Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace
Tichá traumatologická trpělivost

11.30 ZAKONČENÍ SETKÁNÍ

Název:	Význam zdravotnej indikácie u redukčných mammaplastik
Autor:	Zábavníková M., Lacková K., Antol M.
Pracovište:	Klinika plastickej, rekonštrukčnej a estetickej chirurgie, FN. L. Pasteura Košice
Přednosta:	MUDr. Marianna Zábavníková, Ph.D.
Anotace:	Význam zdravotnej indikácie u redukčných mammaplastik.

Název:	Recidívy a vzdialené metastázy po operáciách kancerizovaných polypov kolorekta
Autor:	Palaj J., Marek V., Durdík Š., Straka V.
Pracovište:	Onkologický ústav Sv. Alžbety Bratislava
Přednosta:	Doc. MUDr. Štefan Durdík
Anotace:	Súhrn: Autori pojednávajú o endoskopickkej a chirurgickej liečbe kancerizovaných polypov kolorekta, rizikách lokálných recidív a vzdialených MTS. Uvádzajú 4 kazuistiky kde v 2 prípadoch po chirurgickej resekcii došlo k lokálnej recidive a v 2 prípadoch k vzdialeným MTS. Všetci 4 boli reoperovaný, 3 pacienti prežívajú, 1 exitoval v dôsledku mnohopočetných MTS v hepate. V diskusi autori na základe údajov z literatúry odporúčajú algoritmy liečby, ako i možnosti včasnej diagnostiky a liečby recidív a vzdialených MTS.

Název:	NOTES – nový způsob léčby refluxní choroby jícnu – první zkušenosti
Autor:	Horálek F., Ochmann J., Kozumplík L., Svoboda P., Maršová J., Krass V.
Pracoviště:	Úrazová nemocnice Brno
Primář:	MUDr. František Horálek
Anotace:	<p>Nové neinvazivní postupy v chirurgii využívají přirozených tělních otvorů k provedení potřebného zákroku v dutině břišní bez průniku kůže a bez jizvy (no scar). Autoři zaměřili na problematiku léčby refluxní choroby jícnu a srovnávací serii operací jako první u nás provedli endoskopicky pomocí instrumentaria firmy Endosolution a plikátoru Esofix.</p> <p>Principem obou metod je vytvoření slizniční řasy v místě kardie s rekonstrukcí Hissova úhlu jako hlavního antirefluxního mechanismu.</p> <p>Dosažené výsledky jsou velice povzbudivé, výkon se provádí za krátkodobé hospitalizace v celkové anestezii.</p> <p>Součástí sdělení je instruktivní video k obou metodám a přehled indikačních kritérií a dosažených výsledků.</p>

Název:	Rekonštrukcie GIT-u a ich variácie pri duodenopankreatektómiách a transhiatálnej ezofagektómii
Autor:	J. Mazuch, D. Mištuna, J. Lúčan, R. Kyčina, E. Huľo, M. Smolár
Pracovišťe:	Chirurgická klinika JLF UK a MFN, Martin, Slovensko
Přednosta:	Prof. MUDr. Dušan Mištuna
Anotace:	<p>Rekonštrukcie GIT-u tvoria najvýznamnejšiu súčasť radikálnych výkonov pri malignómoch pankreasu a pažeráka.</p> <p>Karcinómy pankreasu a pažeráka stále predstavujú závažný diagnostický a liečebný problém. Ich incidencia stále stúpa a radikálny resekčný výkon je možný asi u 10–20 % pacientov. Včasný a radikálny výkon zlepšuje prežívanie ako aj kvalitu života pacienta.</p> <p>Rekonštrukcie GIT-u pri parciálnych a totálnych duodenopankreatektómiách (PDP a TDP) sú veľmi početné a sú závislé na anatomických pomeroch, lokalizácii a rozsahu malignómu. Princípom každého radikálneho výkonu je zabezpečiť spoľahlivú pasáž tráviaceho traktu, pankreatikodigestívnu a biliodigestívnu anastomózu. Prof. Leger už r. 1969 popísal 68 rôznych modifikácií a variácií pri rekonštrukcii GIT-u po radikálnych duodenopankreatektómiách. Autori referujú o vlastných skúsenostiach pri rekonštrukcii GIT-u po PDP a TDP.</p> <p>Pri malignómoch pažeráka vo včasnom štádiu sa autorom osvedčila transhiatálna ezofagektómia s náhradou žalúdkom vo forme transhiatálnej izoperistaltickej gastroplastiky.</p>

Název:	Osvedčené rekonštrukčné postupy primárneho a sekundárneho riešenia chronických defektov
Autor:	Zábavníková M., Hojstričová Z.
Pracovište:	Klinika plastickej, rekonštrukčnej a estetickej chirurgie, FN LP Košice
Přednosta:	MUDr. Marianna Zábavníková, Ph.D.
Anotace:	Osvedčené rekonštrukčné postupy primárneho a sekundárneho riešenia chronických defektov.

Název:	Laparoskopická cholecystektómia v režime jednodňovej chirurgie
Autor:	Panuška D.
Pracovište:	Gynpor s.r.o. Sliač, Slovenská republika
Primár:	MUDr. Ján Galád
Anotace:	<p>V prezentácii sa zaoberám laparoskopickou cholecystektómiou v režime jednodňovej chirurgie, ktorá je dnes už zlatým štandardom u hospitalizovaných pacientov a stáva sa v mnohých krajinách Európy i v USA bežnou aj v „day case surgery“.</p> <p>Stručne pripomínam niektoré teoretické zásady tohto režimu, uvádzam naše vlastné skúsenosti a náš súbor pacientov a rozoberám výhody resp. nevýhody tejto OP v jednodňovom režime.</p>

Název:	Nové možnosti torakochirurga v léčbě ochorení hrudníka
Autor:	Rindoš R.
Pracoviště:	Chirurgické oddělení ÚVN Ružomberok
Primář:	Doc. MUDr. Ondrej Bencúr Ph.D.
Anotace:	Nové možnosti torakochirurga v léčbě ochorení hrudníka.

Název:	Cockettův syndrom – morfologické aspekty
Autor:	Kachlík D.^{1,2}, Stejskalová A.¹, Chochola M.³, Báča V.^{1,2}
Pracoviště:	1) Ústav anatomie 3. LF UK, Praha 2) Katedra lékařských a humanitních oborů, Fakulta biomedicínského inženýrství, ČVUT v Praze, Kladno 3) II. Interní klinika kardiologie a angiologie, 1. LF UK a VFN, Praha
Přednosta:	prof. MUDr. Josef Stingl, CSc. ¹
Vedoucí:	prof. MUDr. Leoš Navrátil, CSc. ²
Přednosta:	prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc. ³
Anotace:	Cockettův syndrom neboli Mayův-Thurnerův syndrom, popsán již v roce 1851 Virchowem, zahrnuje hlubokou žilní trombózu ve vena iliaca communis, vena iliaca externa a vena femoralis communis ve vztahu ke zúžení vena iliaca communis sinistra. Poněvadž zde na ni naléhá arteria iliaca communis dextra při přechodu do malé pánve, může zde docházet k útlaku a vzniku patologických změn v žilní stěně. Příčinou vzniku trombózy je traumatizace žilní stěny opakovanými stlačením tepen křížící tepny. Nejčastěji vzniká u žen nad 40 let, při těhotenství, po chirurgických zákrocích, při dlouhodobém pobytu na lůžku a obvykle je zjištěn po již proběhlé hluboké žilní trombóze. Naše práce popisuje histologickou stavbu žilní stěny zdravé vena iliaca communis sinistra před místem křížení, v něm, i distálně od něj, a histologickou stavbu žíly postižené trombózou. Změny se popisují jako tzv. ostruhy (spurs). Tyto lze podle tvaru a umístění dělit na mediální, laterální a příčné s otvory (diafragmatické). Práce je doplněna o sonografické a angiografické snímky zdravého povodí, postižených žil a případů s vývojovými vadami žilní soustavy. Výsledky našich morfologických zkoumání pomáhají ozřejmit důvody vzniku popisovaného syndromu.

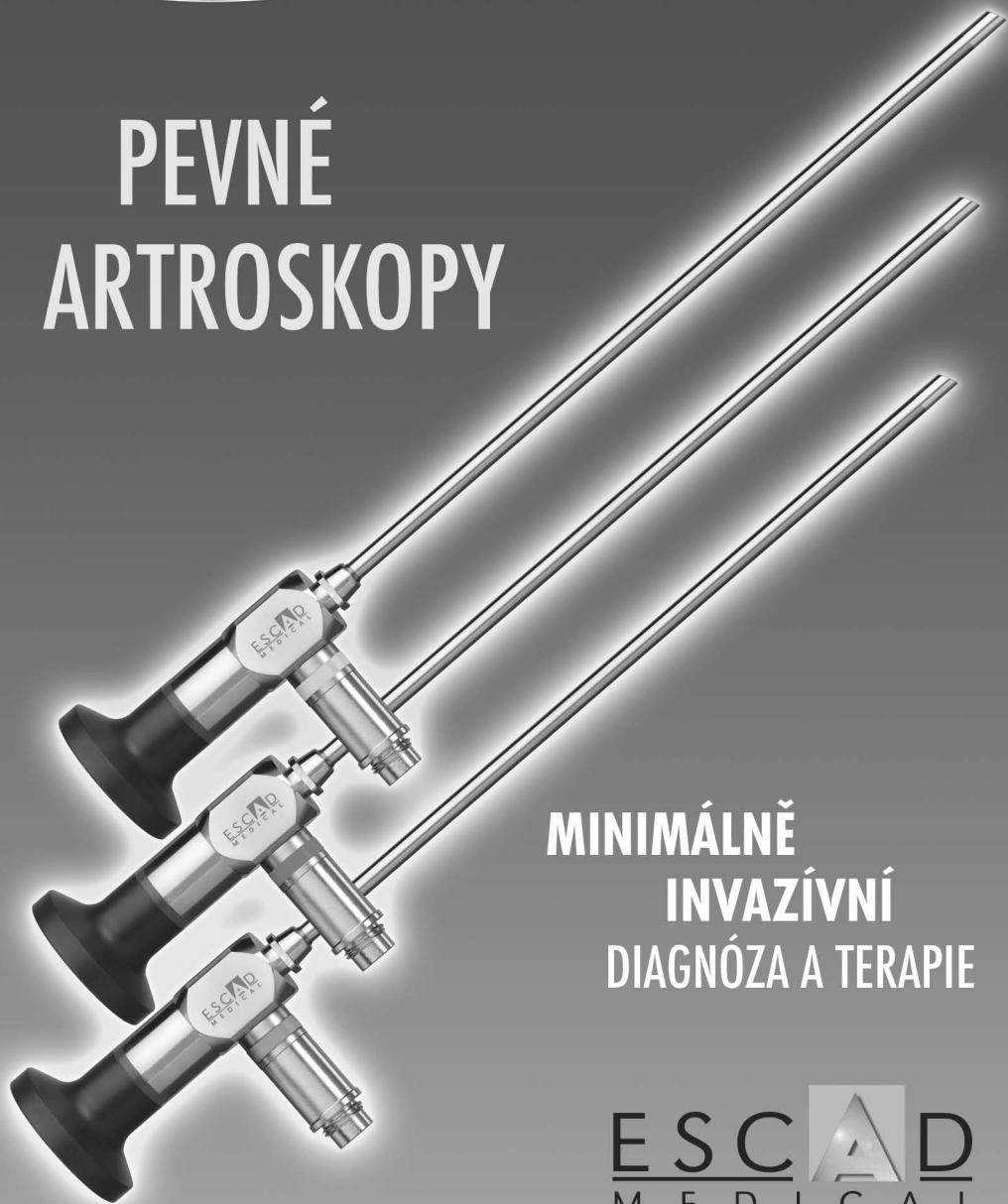
Název:	Molitor M., Zálešák B., Menšík I., Stehlík D., Hirňák J.
Autor:	Amputace – zásady ošetření a současné možnosti
Pracoviště:	Oddělení plastické a estetické chirurgie FN Olomouc
Přednosta:	MUDr. Bohumil Zálešák
Anotace:	Amputační poranění zásadním způsobem ovlivňuje budoucnost člověka ve smyslu sociálním i pracovním. Nejlepší funkční i estetické výsledky při ošetření amputací mají replantace. Úspěšná replantace ale nezačíná na operačním sále ale při poskytování první pomoci poraněnému. Do spektra znalostí lékařů prvního kontaktu patří tedy i znalost ošetření amputačních poranění a znalost současných možností replantační chirurgie.

Název:	Žíly dolní končetiny – Názvosloví a nové morfologické poznatky
Autor:	Kachlík D.^{1,2}, Báča V.^{1,2}, Lískovec T.³, Musil V.^{4,5}, Pecháček V.⁶, Stingl J.¹:
Pracoviště:	<p>1) Ústav anatomie 3. LF UK, Praha</p> <p>2) Katedra lékařských a humanitních oborů, Fakulta biomedicínského inženýrství, ČVUT v Praze, Kladno</p> <p>3) Dermatovenerologická klinika. III. LF UK, FN Královské Vinohrady, Praha</p> <p>4) Středisko vědeckých informací, III. LF UK, Praha</p> <p>5) Ústav informačních studií a knihovnictví, FF UK, Praha</p> <p>6) Angiologická ambulance, Brno</p>
Přednosta:	prof. MUDr. Josef Stingl, CSc. ¹
Anotace:	<p>Práce přináší soubor nových poznatků týkajících se morfologie žil dolní končetiny, včetně prohloubení jejich anatomického názvosloví. Teoretická část se zabývá anatomickou nomenklaturou žil dolních končetin. Spolupráce anatomů a flebologů vyústila v rozšíření nomenklatury žil dolní končetiny a souvisejících žil pánve ve formě závazného dokumentu, navazujícího na práci Mezinárodní komise pro anatomickou terminologii, která vydala poslední verzi latinského anatomického názvosloví v roce 1998 pod názvem Terminologia Anatomica. V letech 2001 a 2004 bylo na kongresech Mezinárodního flebologického svazu a Mezinárodního angiologického svazu přiřazeno 35 nových termínů zejména z oblasti pánve a kapitola žil dolní končetiny tak nyní zahrnuje celkem 89 termínů. Eponyma nejsou považována za rovnocenné ekvivalenty s výjimkou tří – Cockettovy žíly, Santoriniho plexus, Giacominiho žíla. Tyto termíny jsou doporučeny k použití jak na teoretickém, tak zejména na klinickém poli medicíny. Morfologická část se věnuje množství kolagenu a elastinu v jednotlivých vrstvách stěny. Rovněž přináší nové pohledy na úpravu řečiště vasa vasorum u normální a varikózně změněné vena saphena magna. Tyto nové informace slouží k lepší orientaci v problematice diagnostiky, léčby a popisu onemocnění žil dolních končetin.</p>

Název:	Tichá traumatologická trpělivost
Autor:	Novák D., Dvorský R., Krejčí R., Šustáček J.
Pracoviště:	Chirurgické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace
Primář:	MUDr. Milan Maleček
Anotace:	Autoři předkládají 2 kazuistiky pacientů, kteří přes opakované zákroky a léčebné komplikace se zhojili s uspokojivým výsledkem.



PEVNÉ ARTROSKOPY



MINIMÁLNĚ
INVAZÍVNÍ
DIAGNÓZA A TERAPIE

ESCAD
MEDICAL



FLEXIBILNÍ ENDOSKOPY

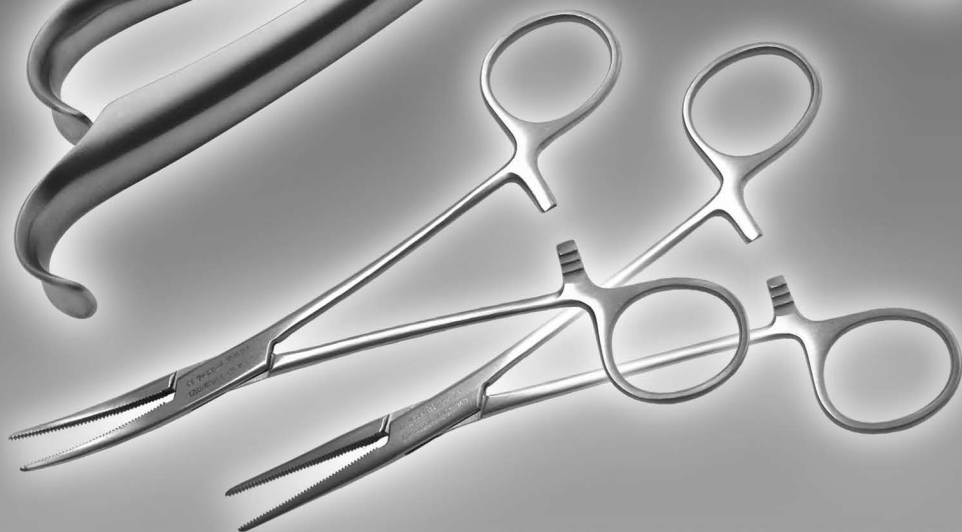
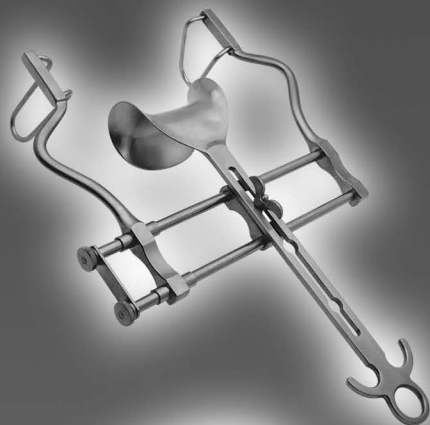


MINIMÁLNĚ
INVAZÍVNÍ
DIAGNÓZA A TERAPIE

ESCAD
MEDICAL



CHIRURGICKÉ NÁSTROJE





ÚHLOVĚ STABILNÍ DLAHY



PROVEDENÍ OCEL A TITAN



ÚHLOVĚ STABILNÍ DLAHY



ANATOMICKÉ A S VÝSTUPKEM



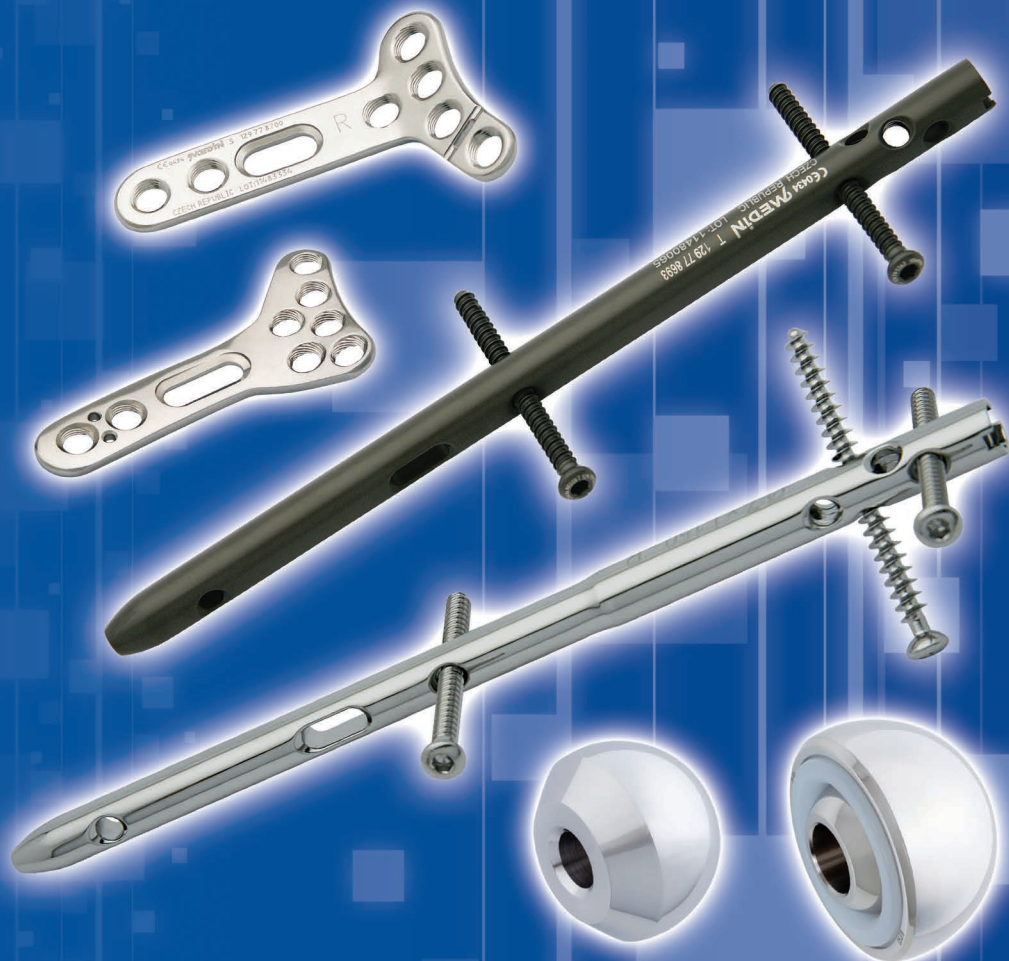
HŘEB HUMERÁLNÍ KRÁTKÝ



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

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

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