



S B O R N Í K P Ř E D N Á Š E K

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

6. – 7. KVĚTNA 2010
NOVÉ MĚSTO NA MORAVĚ
SKALSKÝ DVŮR



ÚHLOVĚ STABILNÍ DLAHY



PROVEDENÍ OCEL A TITAN

Vážené kolegyně a kolegové,

již podvanácté Vám zásluhou firmy MEDIN, a.s., Nové Město na Moravě můžeme předat „Sborník přednášek“, který pomůže ve volbě sdělení, která chcete sledovat a poté může být založen ve vašich odborných knihovnách pro časy budoucí. Nesmírně si vážím spolupráce s minulým i současným vedením firmy MEDIN, nejen v souvislosti s organisováním všech dosavadních, již tradičních „Setkání“, ale i v součinnosti na poli odborném.

Dovolte mi proto, abych na tomto místě z celého srdce poděkoval nejen těm, kteří vyvíjí, organisují a vedou výrobu chirurgických nástrojů, se nimiž denně pracujeme, ale i těm, kteří je prací svých dovedných rukou reálně vytvářejí.

MUDr. Jiří Šustáček

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



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*



XII. setkání českých a slovenských chirurgů na Moravě

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

ČESTNÉ PŘEDSEDNICTVO

Doc. MUDr. Karel Havlíček, CSc.	místopředseda výboru České chirurgické společnosti ČLS JEP
Dr. Constantin hrabě Kinský	Žďár nad Sázavou
Prof. MUDr. Peter Kothaj, Ph.D.	prezident Slovenskej chirurgickej spoločnosti
Doc. MUDr. Martin Huťan, CSc.	člen výboru Slovenskej chirurgickej spoločnosti
Zdeňka Marková	starostka Nového Města na Moravě
Ing. Vladislav Ostrejš, MBA	generální ředitel MEDIN, a.s.
JUDr. Věra Palečková	ředitelka Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.
prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc.	předseda výboru České chirurgické společnosti ČLS JEP
Ing. Josef Zvěřina	emeritní generální ředitel MEDIN, a.s.

ORGANIZAČNÍ VÝBOR

MUDr. Jiří Šustáček
MUDr. Dobroslav Novák
MUDr. Roman Dvorský
Marta Malušková
Marie Křenková
Ing. Alice Nejedlá
David Mahel

Programový přehled

ČTVRTEK 6. KVĚTNA 2010		
koordinátor sekce A MUDr. Jiří Šustáček	koordinátor sekce B MUDr. Roman Dvorský	koordinátor sekce C MUDr. Dobroslav Novák
SEKCE A	SEKCE B	SEKCE C
9.00–9.30 hodin sál A – zahájení setkání		
přestávka, coffee break		
9.45–12.30 hodin A1–A14	9.45–12.30 hodin B1–B12	9.45–12.15 hodin C1–C12
přestávka – oběd		
14.00–15.20 hodin A15–A20	13.45 — 15.15 hodin B13–B19; B30	13.30–15.15 hodin C13–C22
16.30 hodin odjezd do Horácké galerie Nové Město na Moravě KULTURNÍ PROGRAM		
20.00 hodin hotel Skalský Dvůr SPOLEČENSKÝ VEČER		

PÁTEK 7. KVĚTNA 2010	
koordinátor sekce A MUDr. Jiří Šustáček	koordinátor sekce B MUDr. Dobroslav Novák
SEKCE A	SEKCE B
9.00–11.30 hodin A21–A31	9.00–11.30 hodin B20–B29
11.30 hodin sál A – zakončení setkání	

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

ÚVODNÍ SLOVO

Pafko P.:

III. chirurgická klinika I. LF UK Praha-Motol

Kam jsme došli a jak z toho ven

9.30–9.45 **PŘESTÁVKA, COFFEE BREAK**

9.45–12.30 **I. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE A**

předsednictvo: P. Čavojec, K. Havlíček, J. Mazuch, P. Pafko

- A1 **Mazuch J., Mištuna D., Lúčan J., Huío E.:**
Chirurgická klinika JLF UK a MFN, Martin
Radikálne chirurgické výkony pre karcinómy pankreasu a ich modifikácie
- A2 **Horálek F., Kozumplík L., Macků L., Maršová J.:**
Úrazová nemocnice, Brno
Dvě z možných variant rekonstrukcí po DHPE
- A3 **Škultéty J., Sekáč J., Prochotský A., Huťan M.:**
II. chirurgická klinika LF UK a FNŠP Bratislava-Petržalka
Pankreatojejunostomóza
- A4 **Sekáč J., Škultéty J., Prochotský A., Repán M., Huťan M. jr., Mifkovič A.:**
II. chirurgická klinika LF UK a FNŠP Bratislava-Petržalka
Kontraverzie predoperačnej biliárnej drenáže pri karcinóme hlavy pankreasu
- A5 **Rupert K., Kural T., Skalický T., Klečka J., Třeška V., Duras P.:**
Chirurgická klinika FN Plzeň
Metastázy renálného karcinomu do pankreatu
- A6 **Kaťuchová J., Bober J., Radoňak J.:**
I. chirurgická klinika LF UPJŠ a FNLP, Košice
Vplyv pooperačných komplikácií na prežívanie pacientov s karcinómom pankreasu
- A7 **Procházka V., Kala Z., Hlavsa J., Penka I., Kysela P., Ivičič J.:**
Chirurgická klinika FN Brno-Bohunice
Diagnosticko terapeutické problémy cystických lézí pankreatu

- A8 **Šiller J., Havlíček K.:**
Chirurgická klinika, Pardubická krajská nemocnice, a.s., Pardubice
Chirurgie malignit slinivky břišní
- A9 **Havlíček K., Šiller J.:**
Chirurgická klinika, Pardubická krajská nemocnice, a.s., Pardubice
Pooperační žlučové píštěle
- A10 **Huťan M., Rashidi Y., Huťan M. ml.:**
IV. chirurgická klinika LF UK a FNŠP Bratislava
Zásadné zmeny v názoroch na liečbu ťažkej akútnej pankreatitídy
- A11 **Adamov R., Johanes R.:**
Chirurgické oddelenie FNŠP, Žilina
Laparoskopická cholecystektómia – anatomická variabilita a iatrogénna lézia biliárneho traktu
- A12 **Sixta B., Mendl J.:**
Klinika transplantační chirurgie IKEM, Praha
Kosmetický efekt u laparoskopické cholecystektómie metódou SILS
- A13 **Smékalová J., Šustáček J., Maleček M., Bonaventura J.:**
Chirurgické oddělení Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.
Život ohrožující krvácení jako komplikace nekrotizující pankreatitidy (kasuistika)
- A14 **Hanke I., Garajová B., Mitáš L., Grolich T., Hrivnák R., Jíra M.:**
Chirurgická klinika FN Brno-Bohunice
Příjem stravy v perioperačním období u laparoskopické cholecystektómie

12.30–14.00 **OBĚD**

14.00–15.20 **II. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE A**

předsednictvo: Z. Kala, J. Šiller, J. Škultéty, J. Všetíček

- A15 **Penka I., Kala Z., Procházka V., Kysela P., Hlavsa J., Mitáš L.:**
Chirurgická klinika, FN Brno-Bohunice
Současné možnosti operačních technik chirurgie jater

- A16 **Valsamis A., Oliverius M., Kučera M., Varga M.:**
Klinika transplantační chirurgie IKEM, Praha
Hepatocelulární karcinom – resekce nebo transplantace
- A17 **Varga M., Oliverius M., Kučera M., Valsamis A., Kočík M., Sixta B.:**
Klinika transplantační chirurgie IKEM, Praha
Posouzení jaterních funkcí před resekcí
- A18 **Kysela P., Kala Z., Procházka V., Ivičič J., Penka I.:**
Chirurgická klinika FN, Brno-Bohunice
Možnosti chirurgické léčby cholangiogenního karcinomu
- A19 **Kala Z., Kis I., Válek V., Penka I., Kysela P., Procházka V., Hemmelová B.:**
Chirurgická klinika FN, Brno-Bohunice
Multidisciplinární přístup v léčbě jaterních metastáz kolorektálního karcinomu
- A20 **Kožnar P., Louda V.:**
Chirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.
Poranění jater
- 16.30 **KULTURNÍ PROGRAM** (odjezd autobusu od hotelu Skalský Dvůr)
- 20.00 **SPOLEČENSKÝ VEČER**

Název:	Radikálne chirurgické výkony pre karcinómy pankreasu a ich modifikácie
Autor:	Mazuch J., Mištuna D., Lúčan J., Huľo E.
Pracovište:	Chirurgická klinika JLF UK a MFN, Martin, Slovenská republika
Přednosta:	Prof. MUDr. Dušan Mištuna
Anotace:	<p>Karcinómy pankreasu sú stále vážnym medicínskym problémom nielen v diagnostike, ale aj v liečbe. Ich výskyt vo svete je na šiestom mieste a na Slovensku na siedmom mieste spomedzi všetkých karcinómov. Najväčším problémom je, že len malá časť pacientov s karcinómom pankreasu sa dostaví vo včasnom štádiu ochorenia, kedy môžeme radikálne chirurgicky zasiahnuť. Radikálne resekcčné výkony na pankrease patria k najnáročnejším operáciám v gastroenterochirurgii a sú sprevádzané aj pooperačnými komplikáciami. Uvádza sa, až 20 % výskyt chirurgických komplikácií s mortalitou 5 %. Medzi najzávažnejšie komplikácie patrí: pooperačná pankreatitída, pooperačné krvácanie, dehiscencia anastomózy, pankreatická a biliárna fistula.</p> <p>Autori analyzujú 101 prípadov karcinómov pankreasu, ktoré chirurgicky riešili. Radikálny chirurgický výkon mohli vykonať len v 14 prípadoch, paliatívny výkon v 54 prípadoch a exploratívnu laparotómiu v 33 prípadoch. Autori uvádzajú rôzne modifikácie duodenopankreatektómii zo svetovej literatúry, ako aj vlastné modifikácie rekonštrukcií GIT-u po radikálnej gastroduodenopankreatektómii.</p> <p>Priemerné prežívanie po radikálnych výkonoch bolo 24 mesiacov, po paliatívnych výkonoch len 5 mesiacov. Najdlhšie prežívanie po parciálnej duodenopankreatektómii (operácia Whipple) bolo 5 a 1/2 roka a po totálnej duodenopankreatektómii 4 a 3 roky.</p>

Název:	Dvě z možných variant rekonstrukcí po DHPE
Autor:	Horálek F., Kozumplík L., Macků L., Maršová J.
Pracoviště:	Úrazová nemocnice, Brno
Primář:	MUDr. František Horálek
Anotace:	<p>Kromě známé Whippleho rekonstrukce kontinuity zažívací trubice po resekcii hlavy pankreatu bylo publikováno více než 90 různých modifikací rekonstrukcí s různým napojením pahýlu pankreatu, žluč. cest a žaludku na střevní kličky. Taková četnost postupů svědčí o tom, že ideální rekonstrukce jednoznačně stanovena není a volba rekonstrukce závisí na zvyklostech operátéra. Je známo, že častým problémem a zdrojem komplikací je právě anastomoza na pankreas. Méně častěji a s menší závažností selhává biliodigestivní anastomoza. Jako jedno z možných řešení ukazujeme jednoduchou rekonstrukci podle Y.Ogaty. Na pahýl žaludku našívá první tenkou kličku, do které potom v jejím průběhu našívá pahýl pankreatu a kousek distálněji choledochus. Jednoduché a dokonalé. V druhé variantě řešení v naší modifikaci našíváme samostatnou Roux kličku na pahýl pankreatu, na druhou větev napojujeme žaludek a žlučové cesty. Výhodou je proti Whipplově rekonstrukci vyloučení biliárního refluxu k pankreatické anastomoze, která má zajištěn klid k hojení. Druhou větví drenujeme přes žaludek pomocí nasogastrické sondy i žlučové cesty, takže odpadá nutnost Volkerovy drenáže. Později má toto řešení výhodu, že lze provést při komplikacích třeba ERCP nebo dilatace anastomózy.</p>

Název:	Pankreatojejunoanastomóza
Autor:	Škultéty J., Sekáč J., Prochotský A., Huťan M.
Pracovište:	II. chirurgická klinika LF UK a FNŠP Bratislava–Petržalka
Přednosta:	doc. MUDr. Ján Škultéty,CSc.
Anotace:	Autori sa zaoberajú vo svojom príspevku problematikou pankreatojejunoanastomózy. Je všeobecne známe, že anastomóza medzi pankreasom a jejunom, prípadne žalúdkom je obávaným faktorom, ktorý sa podieľa na mortalite a aj na stále vysokej pooperačnej morbidite pacientov, ktorí sa podrobili výkonu na pankrease. Podobne aj blombáž ductus pancreaticus je zatažená aj fatálnymi komplikáciami. Nie je pritom rozhodujúce, či ide o ochorenie zhubné alebo nezhubné. Anastomóza medzi pankreasom a žalúdkom, neposkytuje zásadný benefit v zmysle pooperačných komplikácií. Z toho dôvodu sa pozornosť upriamuje opať na pankreatojejunoanastomózu. Autori podávajú svoje skúsenosti s anastomózou pankreasu s kľučkou tenkého čreva.

Název:	Kontraverzie predoperačnej biliárnej drenáže pri karcinóme hlavy pankreasu
Autor:	Sekáč J., Škultéty J., Prochotský A., Repán M., Huťan M. jr., Mifkovič A.
Pracovište:	II. chirurgická klinika LF UK a FNŠP Bratislava–Petržalka
Přednosta:	Doc. MUDr. J. Škultéty, CSc.
Anotace:	<p>U pacientov s obštrukčným ikterom pri základnej diagnóze karcinómu hlavy pankreasu sa vykoná predoperačne drenáž žlčových ciest na 4 až 6 týždňov, alebo sa vykoná samotný operačný výkon do 1 týždňa od stanovenia diagnózy karcinómu v oblasti hlavy pankreasu.</p> <p>Predoperačná drenáž žlčových ciest sa realizuje zvyčajne cestou ERCP (zriedkavo pri neúspechu cestou PTC) a za úspešnú sa považuje pokles sérovej hladiny bilirubínu o viac ako 50 % 2 týždne po výkone. V súčasnosti sa podceňuje riziko komplikácii, ktoré stentáž cestou ERCP, ako invazívny endoskopický výkon so sebou prináša: perforácia, cholangitída, hemorágia, pankreatitída, oklúzia stentu a iné.</p> <p>Záver: V súčasnosti sa prehodnocuje pohľad na rutinnú predoperačnú drenáž žlčových ciest u pacientov s karcinómom hlavy pankreasu vzhľadom k vysokému riziku komplikácii, ktoré sa pri drenáži vyskytujú. V prípade podávania neoadjuvantnej chemoterapie (klinické štúdie) s cieľom downstagingu je biliárna drenáž jednoznačne indikovaná, ale so snahou o drenáž metalickými stentami, nakoľko plastové stenty majú výrazne vyššie riziko komplikácií. Na našom pracovisku je dostupné MRCP a MRA s cieľom predoperačne potvrdiť diagnózu a operabilitu. Napriek rizikám, ktoré biliárna stentáž v sebe prináša, väčšinu pacientov predoperačne drénujeme.</p>

Název:	Metastázy renálního karcinomu do pankreatu
Autor:	Rupert K., Kural T., Skalický T., Klečka J., Třeška V., Duras P.
Pracoviště:	Chirurgická klinika FN Plzeň
Přednosta:	prof. MUDr. V. Třeška, DrSc.
Anotace:	<p>Konvenční renální karcinom (Grawitzův tumor) je nejčastějším maligním nádorem ledviny dospělého věku. Metastazuje ve více než 25 % případů a to nejčastěji do kostí (osteolytické metastázy), plic, mozku, jater, nadledvin a druhostranné ledviny, vzácně tvoří jednu solitární metastázu. Metastázy primárního tumoru se objevují i mnoho let po odstranění primárního nádoru. Metastázy do pankreatu jsou velmi vzácné, v literatuře jsou zmiňovány pouze jednotlivé případy.</p> <p>Autoři popisují dvě kazuistiky, kdy byla tato vzácná metastáza nalezena a úspěšně odstraněna. Metastázy renálního karcinomu v pankreatu jsou velmi vzácným onemocněním, v případě jejich radikálního odstranění má však pacient dobré vyhlídky na vyléčení.</p> <p>Klíčová slova: metastázy v pankreatu – konvenční renální karcinom – chirurgická léčba</p> <p>Práce vznikla za podpory grantu IGA NS9998-4/2008.</p>

Název:	Vplyv pooperačných komplikácií na prežívanie pacientov s karcinómom pankreasu
Autor:	Kaťuchová J., Bober J., Radoňak J.
Pracovište:	I. chirurgická klinika LF UPJŠ a FNLP, Košice
Přednosta:	Prof. MUDr. Jozef Radoňak, CSc.
Anotace:	<p>Napriek radikálnej chirurgickej liečbe a následnej adjuvatnej onkologickej liečbe je päťročné prežívanie pacientov s karcinómom pankreasu naďalej alarmujúce, 5–15 %, s mediánom prežívania 13–17 mesiacov.</p> <p>Materiál a metódy</p> <p>Na I. Chirurgickej klinike LF UPJŠ a FNLP v Košiciach bola v období od 1. 1. 2000 do 31. 12. 2009 vykonaná radikálna resekcia pankreasu pre duktálny pankreatický adenokarcinóm u 102 pacientov, 57 mužov a 45 žien. Boli vyhodnotené pooperačné komplikácie a ich vplyv na prežívanie pacientov s karcinómom pankreasu. Podrobnejšie boli sledované rizikové faktory vzniku najobávanejšej komplikácie, pankreatickej fistuly.</p> <p>Výsledky</p> <p>Duodenohepikreatektómia bola vykonaná v modifikácii Child-Stulhofer (pankreato-jejunoanastomóza end to end) 59 krát, Whipple (pankreato-jejunoanastomóza end to side) 31 krát, Waugh-Clagett (pankreatogastroanastomóza PGA) 2 krát, Traverso-Longmire (pylorus záchovná resekcia pankreasu) 2 krát, distálna (lavostranná) hemipankreatektómia bola vykonaná 7 pacientom a u jedného pacienta bola vykonaná totálna pankreatektómia. Pri hodnotení pooperačných komplikácií bola zaznamenaná 30,2 % morbidita 31 pacientov a 3,9% mortalita 4 pacienti. Hlavné rizikové faktory vzniku pankreatickej fistuly sú úzky pankreatický vývod a mäkké tkanivo pankreasu. V sledovanom súbore bolo zaznamenané 5 ročné prežívanie u piatich pacientov, 4,9%, medián prežívania bol 15 mesiacov. U pacientov s prítomnými pooperačnými komplikáciami bol zistený medián prežívania 13 mesiacov, u pacientov bez prítomných pooperačných komplikácií bol medián prežívania 18 mesiacov.</p> <p>Záver</p> <p>Napriek radikálnej chirurgickej liečbe a následnej adjuvantnej onkologickej liečbe je prežívanie pacientov s karcinómom pankreasu pomerne nízke. Vplyv na jeho dĺžku majú aj prítomné pooperačné komplikácie. Najčastejšou a aj najobávanejšou pooperačnou komplikáciou je pankreatická fistula, ktorej hlavné rizikové faktory sú úzky pankreatický vývod menší ako 3 mm a soft pankreas.</p>

Název:	Diagnosticko terapeutické problémy cystických lézí pankreatu
Autor:	Procházka V., Kala Z., Hlavsa J., Penka I., Kysela P., Ivičič J.
Pracoviště:	Chirurgická klinika FN Brno-Bohunice
Přednosta:	Prof. MUDr. Zdeněk Kala, CSc.
Anotace:	<p>Úvod: Cystická ložiska pankreatu jsou netumorózní (85 % případů) nebo tumorózní etiologie (15 % případů). Zvyšuje se počet náhodných nálezů cystických lézí při sonografickém nebo CT vyšetření břicha (tzv. incidentalomy pankreatu). Hlavním cílem diferenciativní diagnostiky je odlišení cystoidu po akutní nebo chronické pankreatitidě od cystického tumoru. Standardní zobrazovací metodou první volby je výpočetní tomografie (CT). CT známky svědčící pro cystickou neoplazii (septa, kalcifikace stěny a endocystické kalcifikace), ale chybí téměř u 40 % později diagnostikovaných cystických tumorů.</p> <p>Metodika: Analýza výsledků radikální chirurgické léčby cystických lézí pankreatu na Chirurgické klinice FN Brno Bohunice v letech 2002–2008. V této době bylo provedeno celkem 22 resekcí pankreatu pro cystická ložiska podezřelá z tumoru. Většina výkonů byly levostranné pankreatektomie (15). Méně často byly provedeny enukleace (3) a hemipankreatoduodenektomie (4). Sledována byla zejména korelace výsledků předoperačních vyšetření a histologického vyšetření resekátů.</p> <p>Výsledky: Ze 22 resekcí pro cystická ložiska byl resekční výkon indikován před operací v 17 případech. V 5 případech jsme provedli levostrannou pankreatektomii nebo enukleaci až na základě peroperačního nálezu zdravého pankreatu bez známek proběhlého zánětu, což vedlo k podezření na cystický tumor.</p> <p>Z těchto 5 případů považovaných před operací za pseudocysty se dle definitivní histologie jednalo 3× o serózní cystadenom, 1× o mucinózní cystadenom, 1× o bližší neklasifikovatelný cystický tumor pankreatu nejistých biologických vlastností.</p> <p>Ze 17 resekcí provedených na základě předoperačně stanoveného podezření na cystický tumor byly následující histologické nálezy: 3× serózní cystadenom, 2× mucinózní cystadenom, 2× mucinózní cystadenokarcinom, 2× pseudopapilární solidní tumor, 2× intraduktální papilární mucinózní neoplazie, 1× pseudopapilární cista pankreatu, 2× bližší nezařaditelné cystické benigní nádory, 2× pseudocysta pankreatu, 1× vývodová cista (ranula pancreatis).</p> <p>Pět pacientů s cystickým tumorem pankreatu mělo v anamnéze pankreatitidu. U čtyřech z nich byl cystický tumor diagnostikován právě po této atace.</p> <p>Mortalita byla nulová, morbidita 35 %. Nejčastější komplikací byla přechodná pankreatická píštěl po levostranné pankreatektomii (5 z 15 operací – 33 %), vždy řešená a vyhojená konzervativně.</p> <p>Závěr: Diagnostika a stanovení optimálního postupu u náhodně nalezených nebo symptomatických lézí pankreatu je obtížná. Je nutné posouzení celkového stavu pacienta, anamnézy, výsledků vyšetření, ale i peroperačního nálezu. Dáváme přednost agresivnímu postupu. Menším rizikem, z hlediska dlouhodobé prognózy, je resekce pseudocysty, než provedení drenážní operace u cystického tumoru. Pokud bychom indikovali operační výkon pouze na základě předoperačních vyšetření, bylo větší riziko ponechání tumoru než resekce benigního cystoidu. U nejasných nálezů cystických útvarů na pankreatu, zejména v její levé polovině, proto vždy dáváme přednost resekční léčbě.</p>

Název:	Chirurgie malignit slinivky břišní
Autor:	Šiller J., Havlíček K.
Pracoviště:	Chirurgická klinika, Pardubická krajská nemocnice, a.s., Pardubice
Přednosta:	Doc. MUDr. J. Šiller, Ph.D.
Anotace:	<p>Úvod: Karcinom pankreatu se řadí mezi onemocnění s nepříznivou prognózou. Převažuje jednoznačně duktální forma adenokarcinomu. Incidence neustále stoupá.</p> <p>Metodika: Včasná diagnostika a chirurgická léčba je jedinou možností, která dává naději nemocnému na přežití. K chirurgickému výkonu je indikováno pouze 10–15 % nemocných, pětileté přežití se udává 2–20 %. Diagnostika vychází z UZ, CT a především EUS vyšetření s biopsií. Na základě závěrů těchto vyšetření lze stanovit indikace a kontraindikace chirurgického výkonu. ERCP má význam terapeutický, v diagnostice je nahrazováno MRCP. Zvyšuje se benefit laparoskopie ve stangu. Kontraindikací radikální chirurgické intervence zůstává metastatické postižení jater, infiltrace radixu mezenteria a mezokola transverza. Infiltrace porty a horní mezenterické žíly je stále diskutabilní.</p> <p>Výsledky: Hodnocen soubor nemocných operovaných v letech 2007–2009 na našem pracovišti.</p> <p>Závěr: Druh a zvolený typ resekce závisí na rozsahu postižení žlázy, stupni dysplastických změn a výsledku peroperační biopsie resekční linie. Prognóza potom na radikalitě výkonu, definitivním stangu nádoru a doplňující onkoterapii. Rozšířená lymfadenektomie neprokazuje delší přežití. Význam mezioborové spolupráce.</p>

Název:	Pooperační žlučové píštěle
Autor:	Havlíček K., Šiller J.
Pracoviště:	Chirurgická klinika, Pardubická krajská nemocnice, a.s., Pardubice
Přednosta:	Doc. MUDr. J. Šiller, Ph.D.
Anotace:	<p>V současné době se většina operací žlučníku provádí laparoskopickou cestou. Klasická cholecystektomie představuje méně než 10 % indikací. Konverze jsou prováděny kolem 5 % laparoskopických operací. Není je možné považovat za chybu. Nejvážnější pooperační komplikace jsou způsobeny poraněním žlučových cest. Pokud se rozpoznají během operace, jsou ihned řešeny. Některé se ihned nepoznají a jejich řešení je opožděné a složitější. Se žlučovou sekrecí z drénů, jako s varovným příznakem se setkáváme dosti často. Některé prameny uvádějí výskyt žlučové sekrece po operaci žlučníku až v 5 %. Většinou se sekrece žluči sama zastaví, někdy jde o rezidua po vyteklé žluči do peritoneální dutiny v průběhu vlastní operace. K poranění žlučových cest u laparoskopických operací dochází v průměru do 0,5 %. K poranění žlučových cest u klasické operace do 2 %. U žádných operací nelze zcela vyloučit pooperační sekreci žluči. Pokud není zaveden drén, což je u bezproblémové operace možné, chybí signály o případném prosakování žluči. Tato skutečnost se vůbec nepozná, unikne-li žluči málo. Při větším úniku žluči se rozpozná až z dalších klinických nebo laboratorních projevů. Nejčastější obtíže vyplývají z nespolehlivosti funkce drénu, který může být translokován, může se ucpat a bývá zdrojem infekce. Unikající žluč po operaci se projevuje sekrecí z drénu, známkami peritonitidy, tvorbou abscesu. Narůstá bilirubin, zvyšují se jaterní testy, objevuje se anemie a manifestují se klinické příznaky.</p> <p>Zdroje unikající žluči mohou být z reziduí zateklé žluči při operaci, lůžka žlučníku aberantních žlučovodů, cystického ductu, z hepatocholedochu, duodena a orálního jejunu.</p> <p>Jako nezávažná se považuje malá sekrece žluči v prvních dvanácti hodinách, ustávající sekrece do 24 hodin a v dalších hodinách. Nebezpečí představuje velká sekrece žluči v prvních hodinách po operaci, zvětšující se žlučová sekrece, velká sekrece první pooperační den. V tomto případě nelze dále čekat bez ověření ERCP. Příčinou sekrece z lůžka nebo prosakování z cystického ductu může být obstrukce papily Vaterovy zaklíněným konkrementem nebo stenózou papily. Biliární lík může vycházet z nedostatečně uzavřeného cystiku, aberantního žlučovodu a z poraněného hepatocholedochu přerušením nebo defektem. Uzavřený hepatocholedochus se projevuje prudkým vzestupem ikteru.</p> <p>Zhodnocen vlastní soubor. 2005–2009 z celkového počtu 2 124 operací žlučníku. S výskytem biliární sekrece ve 3,34 %. Více než v 50 % sekrece spontánně ustala, u ostatních pacientů bylo provedeno ERCP, sekrece se zastavila po zavedení stentu.</p> <p>Závěr: větší únik žluči vyžaduje okamžité provedení ERCP, unikající žluč z lůžka ustane spontánně po uvolnění papily při překážce, unikající žluč z cystiku a z hepatocholedochu zastaví stent. Stent je vhodné zavést i k zajištění plynulého odtoku žluči. CT má omezený význam, vhodné pouze k prokázání tvoření se ložiska nebo peritonitidy. Prosakování žluči velmi varovný příznak. Někdy nejde o závažnou komplikaci. Velká pozornost je na místě vždy. Poranění žlučovodů neubývá.</p>

Název:	Zásadné zmeny v názoroch na liečbu ťažkej akútnej pankreatitídy
Autor:	Huťan M., Rashidi Y., Huťan M. ml.
Pracovište:	IV. chirurgická klinika LF UK a FNŠP Bratislava
Přednosta:	Doc. MUDr. Martin Huťan, CSc.
Anotace:	<p>Akútna pankreatitída sa definuje ako akútny, reverzibilný zápalový proces, ktorý zahŕňa pankreas, peripankreatické tkanivo a môže zahŕňať aj vzdialené orgány. Zahŕňa spektrum ochorenia od ľahkej až po rapídne progresívnu, fulminantnú formu ochorenia, s MODS (multiple organ dysfunction syndrome), so sepsou alebo bez sepsy.</p> <p>Približne 80–90% prípadov má mierny priebeh s nízkou morbiditou a mortalitou a nepredstavuje väčšinou liečebný problém. Na druhej strane ťažká akútna pankreatitída (SAP – severe acute pancreatitis) je spojená s komplikáciami, ktoré môžu byť lokálne alebo systémové. Problematiku SAP možno rozdeliť do 4 oblastí: definícia SAP, staging, konzervatívna a chirurgická liečba. Pri stagingu ochorenia okrem klinického obrazu môžu byť pri rozhodovaní nápomocné izolované ukazovatele závažnosti ochorenia, alebo multifaktoriálne skórovacie systémy. Okrem biochemických a hematologických parametrov je vhodné posúdiť aj morfológický CT nález s klasifikáciou podľa Balthazara. Dôležitými súčasťami konzervatívnej liečby vo svetle nových poznatkov je tekutinová liečba s dostatočnou náhradou objemu na korekciu hypovolémie a kardiopulmonálna podpora s rozpoznáním i skrytej hypoxie. Neoddeliteľnou zložkou sú prevencia infekcie, metabolická a nutričná podpora, pričom sa preferuje enterálna výživa. Chirurgická liečba je indikovaná predovšetkým pri infekčných komplikáciách nekrotizujúcej pankreatitídy, ako sú infikovaná nekróza, pankreatický absces alebo infikovaná pseudocysta. Ďalšími indikáciami chirurgickej liečby sú príznaky perzistujúceho akútneho brucha, lokálne komplikácie a abdominal compartment syndróm (ACS). V operačnej liečbe sa uplatňujú nové spôsoby – VAC (vacuum assisted closure), laparoskopické techniky, metódy intervenčnej rádiológie, ako aj NOTES. Autori analyzovali súbor 264 pacientov liečených na ich pracovisku v rokoch 2003–2007, pričom 97 pacientov (37%) spĺňalo kritériá SAP. Analyzovali hodnoty CRP, APACHE II skóre, podávanie antibiotík ako aj operačnú liečbu ochorenia. Operovali 15 pacientov (5,7%), pod CT kontrolou drenovali 6 pacientov (2,7%). Po odoznení zápalu urobili u 43 pacientov cholecystektómiu (16,3%). Mortalita v celom súbore bola 5,3%, pri SAP 14,4%.</p>

Název:	Laparoskopická cholecystektómia – anatomická variabilita a iatrogénna lézia biliárneho traktu
Autor:	Adamov R., Johanés R.
Pracovište:	Chirurgické oddelenie FNsP, Žilina
Primár:	MUDr. Rastislav Johanés
Anotace:	Zhodnotenie výsledkov laparoskopickej cholecystektómie so zameraním na anatomické aspekty a iatrogénnu léziu biliárneho traktu v priebehu 17ročného obdobia (1993–2009). Laparoskopická cholecystektómia je dnes štandardnou metódou v chirurgickej terapii cholecystolitiázy. Napriek progresii laparoskopickej zručnosti chirurgov a vizuálnej technológie, zostáva cholecystektómia stále špecifickým a rešpektovaným operačným výkonom. Vzhľadom k možnosti iatrogénnej lézie biliárneho traktu s fatálnymi následkami pre pacienta a chirurga treba každú cholecystektómiu pokladať vždy za vážnu, operovať treba rozvážne a opatrne, nedať sa strhnúť k bravúrnosti ani pri tzv. ľahkej cholecystektómii.

Název:	Kosmetický efekt u laparoskopické cholecystectomie metodou SILS
Autor:	Sixta B., Mendl J.
Pracoviště:	Klinika transplantační chirurgie IKEM, Praha
Přednosta:	Prof. MUDr. M. Adamec, CSc.
Anotace:	Snaha o minimalizaci jizev a tedy i maximální kosmetický efekt vedla k zavedení jednoincisionálního způsobu laparoskopických operací. Pro relativní snadnost převažují operace žlučníku. Tento, již na většině pracovišť standardní laparoskopický výkon, je náhle obtížný při paralelně zavedených nástrojích. Jeden kožní řez, ve kterém jsou zavedeny dva 5mm porty a jeden 10mm, je relativně těsný a při manipulaci s nástroji dochází často k zhmoždění kožních okrajů až se vznikem drobných kožních nekroz. Výsledná jizva nebývá zcela ideální. Operování s triportem je obtížné a zdouhavé. Navíc je pro řadu pracovišť cenově nedostupný. Náš modifikovaný vstup v oblasti kožního okraje pupeční jizvy usnadňuje operování, zkracuje operační čas a má velmi dobrý kosmetický efekt.

Název:	Život ohrožující krvácení jako komplikace nekrotizující pankreatitidy (kasuistika)
Autor:	Smékalová J., Šustáček J., Maleček M., Bonaventura J.
Pracoviště:	Chirurgické oddělení Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.
Primář:	MUDr. Milan Maleček
Anotace:	Život ohrožující krvácení jako komplikace nekrotizující pankreatitidy (kasuistika)

Název:	Příjem stravy v perioperačním období u laparoskopické cholecystektomie
Autor:	Hanke I., Garajová B., Mitáš L., Grolich T., Hrivnák R., Jíra M.
Pracoviště:	Chirurgická klinika FN Brno-Bohunice
Přednosta:	Prof. MUDr. Zdeněk Kala
Anotace:	<p>Úvod: Laparoskopická cholecystektomie patří mezi nejčastější operace ve všeobecné chirurgii v České republice. Laparoskopický přístup k řešení cholelithiazy se stal zlatým standardem. Endoskopické operace žlučníku jsou prováděny na velkém počtu pracovišť všeobecné chirurgie lůžkových, ale i jednodenní chirurgie. Existují rozdíly v přístupu k příjmu stravy v perioperačním období. V posledních deseti letech je velký důraz kladen na minimalizaci nezbytného lačnění před operací a častou zátěž stravou po jejím provedení. Soubor pacientů a metoda: Autoři ve svém sdělení uvádějí zkušenosti s příjmem stravy před i po operaci žlučníku. Hodnotili jsme soubor nemocných sledovaných během jednoho kalendářního roku operovaných pro cholelithiazu. Sledovali dobu lačnění před operací a průběh zátěže stravou po ní z hlediska typu i kvantity. Zaznamenávali jsme množství komplikací i vliv na délku hospitalizace u elektivních i akutních stavů.</p> <p>Výsledky: V průběhu jednoho kalendářního roku bylo provedeno 203 laparoskopických operací žlučníku. Průměrná délka hospitalizace byla 3 dny s rozmezím 2–14. Nedošlo ke zvýšení výskytu komplikací. I přes snahu všechny nemocné zatěžovat stravou stejně 20 % z celkového počtu byla zatěžována podle historických zkušeností lékařů. Nemocní hodnotili možnost příjmu běžné stravy jako pozitivní a 98 % z nich příjem stravy dobře tolerovali.</p> <p>Závěr: Minimálně invazivním přístupem k operacím na žlučníku umožňuje minimalizovat dobu lačnění u nemocných v perioperačním období. Tento přístup nezvyšuje výskyt komplikací. U nemocných naopak je hodnocen pozitivně. Časný příjem stravy nevede k nárůstu nákladů.</p>

Název:	Současné možnosti operačních technik chirurgie jater
Autor:	Penka I., Kala Z., Procházka V., Kysela P., Hlavsa J., Mitáš L.
Pracoviště:	Chirurgická klinika, FN Brno-Bohunice
Přednosta:	Prof. MUDr. Zdeněk Kala, CSc.
Anotace:	<p>Úvod: Nejčastější indikací k resekci jater představují metastázy kolorektálního karcinomu vzhledem k významné incidenci tohoto nádoru v České republice a jasně převažují nad celosvětově častějšími primární nádory jater. Nezanedbatelná skupina jaterních resekcí je prováděna pak v rámci chirurgického ošetření při laceraci jater v rámci sdružených poranění či polytraumat, kde zásadním a urgentním požadavkem bývá ošetřit krváčení.</p> <p>Soubor pacientů a metoda: Autoři ve svém sdělení uvádějí zkušenosti s chirurgickou léčbou jaterního postižení – ať již resekci maligních ložiskových lézí, tak možnosti chirurgického ošetření při poranění jater. U ložiskových maligních postižení považují autoři chirurgickou resekci za zlatý standard léčby se zdůrazněním, že jen chirurgická resekce solitární jaterní metastázy může znamenat eradikaci zhoubného onemocnění až ve 30% případů. Autoři popisují užití jednotlivých klasických technik chirurgické resekce včetně rozvoje moderních postupů transektce jaterního parenchymu pomocí přístrojů – harmonického skalpelu, LigaSure, HydroJetu, Habib-sealeru, CUSA včetně uplatnění staplerových technik při resekci magistralních cévních struktur. Zvláštní pozornost je věnována i ostatním hemostatickým prostředkům. Zmíněny jsou také možnosti ošetření masivního krváčení se zdůrazněním prospěšnosti včasné kompresivní tamponády. Autoři uvádějí přednosti onkologické radikality anatomické resekce na druhé straně pak výhody jaterní parenchym šetřících extraanatomických resekcí a jejich užití s ohledem na nutnost bezpečnostního okraje.</p> <p>Výsledky: Autoři uvádějí výhody velmi úzké interdisciplinární spolupráce v celém diagnosticko léčebném postupu u těchto nemocných s přesným timingem onkologických léčebných modalit a metod invazivní radiologie, které vytvoří podmínky k optimálnímu načasování vlastního resekčního výkonu, který pak může mít maximálně možný prospěch pro pacienta. V případech masivního krváčení zdůrazňují autoři význam kompresivní tamponády s chirurgickým ošetřením významnějších zdrojů. U závažných poranění jater pak autoři upozorňují na riziko prodloužení a význam urgentní operační revize. Důraz je kladen rovněž na mezioborovou spolupráci stran zhodnocení funkční zdatnosti jaterního parenchymu se stanovením možného rozsahu resekčního výkonu především v terénu jaterní cirkózy s ohledem na riziko jaterního selhání. Zmíněna je rovněž nutná spolupráce s technickými obory, které umožňují obrovské uplatnění moderních přístrojových technik.</p> <p>Závěr: V léčbě jaterních malignit autoři zdůrazňují nutnost interdisciplinární spolupráce, která je zcela zásadní pro přesnou předoperační diagnózu a stanovení optimálního načasování chirurgické resekce směřující k maximálnímu prospěchu operační léčby. Jako velmi vhodné považují autoři soustředění pacientů do center zabývajících se uvedenou problematikou, která zajistí přítomnost odborníků požadovaných profesí a odpovídající a také dostupné přístrojové a technické vybavení.</p>

Název:	Hepatocelulární karcinom – resekce nebo transplantace
Autor:	Valsamis A., Oliverius M., Kučera M., Varga M.
Pracoviště:	Klinika transplantační chirurgie IKEM, Praha
Přednosta:	Prof. MUDr. Miloš Adamec, CSc.
Anotace:	<p>Úvod: Hepatocelulární karcinom (HCC) je nejčastější primární zhoubný nádor jater s celosvětově stoupající incidencí. Největší výskyt v Asii a stření a západní Africe je spojený s výskytem jaterní cirhózy na podkladě chronické hepatitidy B a C představující hlavní rizikový faktor. V České republice je incidence kolem 250 případů za rok. Kurabilní jaterní resekce nebo transplantace jater je možná jen u 15–20% nemocných.</p> <p>Metody: Od roku 2004 do roku 2009 jsme v IKEM provedli 37 resekcí jater u 40 pacientů operovaných pro HCC z celkového počtu 293 resekcí jater u 245 pacientů operovaných pro onemocnění jater. Dále bylo v uvedeném období provedeno 32 transplantací jater pro HCC z celkového počtu 405 transplantací jater. Indikace k resekcí nebo transplantaci byla zvážena v rámci multidisciplinárního týmu zvažující celkový stav pacienta, základní jaterní onemocnění a indikační kritéria pro transplantaci jater pro HCC (Milánská, UCSF kritéria). U pacientů, u kterých nebyla indikována chirurgická léčba, byla provedena některá z paliativních metod (RFA, TACE, chemoterapie). Následovala ambulantní dispenzarizace s pravidelnou USG, CT a laboratorní kontrolou.</p> <p>Výsledky: Z 38 resekovaných pacientů jich zemřelo 11 s 1/3/5 letým přežíváním 75/50/25%. Průměrná doba přežití je 38,2 měsíců. Pooperační komplikace se vyskytly u 12 ze 40 resekovaných pacientů tj 30%, jaterní u 8 pacientů (20%), nechirurgické u 9 pacientů (22,5%). Z 32 transplantovaných pacientů jich zemřelo 4, z toho 3 s funkčním štěpem. Ostatní pacienti žijí, všichni s funkčním jaterním štěpem.</p> <p>Závěr: Terapeutická rozvaha u HCC musí být založená na multioborové spolupráci a stejně jako samotná terapie patří na specializované pracoviště, zabývající se danou problematikou, které má přístup ke všem terapeutickým možnostem. U pacientů s HCC bez jaterní cirhózy je primárně jako potenciálně kurabilní metoda indikována jaterní resekce. U pacientů s HCC v terénu jaterní cirhózy je jako kurabilní na prvním místě zvažována transplantace nebo limitovaná resekce jater.</p>

Název:	Posouzení jaterních funkcí před resekcí
Autor:	Varga M., Oliverius M., Kučera M., Valsamis A., Kočík M., Sixta B.
Pracoviště:	Klinika transplantační chirurgie IKEM, Praha
Přednosta:	Prof. MUDr. Miloš Adamec, CSc.
Anotace:	<p>Chirurgická resekce, jako potenciálně kurabilní metoda, je preferována v terapii primárních i sekundárních tumorů jater. S rozvojem operační techniky provádíme stále extenzivnější výkony. Pooperační selhání jater je ale velice závažná komplikace s vysokou mortalitou. Proto je posouzení jaterních funkcí před resekcí nezbytným faktorem bezpečné jaterní chirurgie snižující riziko této komplikace. Příčiny předoperační jaterní dysfunkce jsou různorodé. Hepatocelulární karcinom vzniká ve většině případů v terénu jaterní cirhózy a to zejména na podkladě chronické virové hepatitidy. U tumorů sekundárních je hlavní příčinou jaterní dysfunkce předešlá chemoterapie.</p> <p>Autoři se ve své práci zabývají možnostmi posouzení jaterních funkcí k minimalizaci rizika jaterního selhání. Rozebírají přínos laboratorních testů, skórovacích systémů a kvantitativních možností posouzení jaterních funkcí, jako i možnosti zobrazovacích metod a techniky zvyšující resekabilitu jaterních lézí. Z našich zkušeností vyplývá, že v závislosti na rozsahu plánované jaterní resekce a přítomnosti cirhózy jsou nejpřínosnější k posouzení únosnosti pacienta k resekci Child-Pugh skóre, Limon test a CT volumetrie. Jako možnost zvýšení resekability jaterních lézí používáme embolizace portální žíly nebo vícedobou resekci.</p>

Název:	Možnosti chirurgické léčby cholangiogenního karcinomu
Autor:	Kysela P., Kala Z., Procházka V., Ivičič J., Penka I.
Pracoviště:	Chirurgická klinika FN, Brno-Bohunice
Přednosta:	Prof. MUDr. Zdeněk Kala, CSc.
Anotace:	Možnosti chirurgické léčby cholangiogenního karcinomu

Název:	Multidisciplinární přístup v léčbě jaterních metastáz kolorektálního karcinomu
Autor:	Kala Z., Kis I., Válek V., Penka I., Kysela P., Procházka V., Hemmelová B.
Pracoviště:	Chirurgická klinika FN, Brno-Bohunice
Přednosta:	Prof. MUDr. Zdeněk Kala, CSc.
Anotace:	Multidisciplinární přístup v léčbě jaterních metastáz kolorektálního karcinomu

Název:	Poranění jater
Autor:	Kožnar P., Louda V.
Pracoviště:	Chirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.
Primář:	MUDr. Vojtěch Louda
Anotace:	Závažná poranění jater a retrohepatického úseku VCI, která často končila smrtí poraněného těsně po úraze, nebo před příjezdem na emergency, se nyní dostanou do péče centra častěji. V našem sdělení se zabýváme managementem ošetření těchto poranění, včetně několika kazuistik.



HŘEBY
FEMORÁLNÍ
REKONSTRUKČNÍ
RETROGRÁDNÍ



PROVEDENÍ OCEL A TITAN

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

ÚVODNÍ SLOVO

Pafko P.:

III. chirurgická klinika I. LF UK Praha-Motol

Kam jsme došli a jak z toho ven

9.30–9.45 **PŘESTÁVKA, COFFEE BREAK**

9.45–12.30 **I. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE B**

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

B1 **Pleva L., Mayzlík J., Procházka V., Novák M.:**

Traumatologické centrum FN, Ostrava

Zlomeniny femuru u polytraumat

B2 **Bartoníček J.:**

Thomayerova Nemocnice, Praha-Krč

Historický vývoj a současný stav hřebování trochanterických zlomenin

B3 **Nestrojil P., Mašek M., Smékal P.:**

Klinika úrazové chirurgie LF MU a TC FN Brno

Úskalí a komplikace léčení zlomenin femuru

B4 **Ruber V., Mach P., Mašek M.:**

Klinika úrazové chirurgie LF MU a TC FN Brno

Stabilizace zlomenin krčku stehenní kosti implantátem Targon®

B5 **Palko J., Lajoš M.:**

Traumatologické oddelenie Nemocnice, Poprad

Zlyhania osteosyntéz proximálneho femuru

B6 **Legát R., Ludka V., Všetíček J.:**

Chirurgické oddělení Nemocnice Milosrdných bratří, Brno

Poranění horního konce stehenní kosti (Retrospektiva ošetřování v NMB Brno za 30 let)

- B7 **Scheichl M.:**
Oddělení úrazové chirurgie Nemocnice, České Budějovice
Zlomeniny dětského proximálního femuru s kazuistikou
- B8 **Pešl T., Havránek P., Zídka M.:**
Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a FTNsP, Praha-Krč
Coxa vara adolescentium
- B9 **Mišičko R., Fajt D.:**
Úrazové centrum, Ústí nad Labem
Laterální femorální hřeb v léčbě zlomenin stehenní kosti
- B10 **Košťálek V., Navrátil I.:**
Ortopedicko-traumatologické oddělení Nemocnice, Prostějov
Zlomeniny krčku stehenní kosti na traumatologickém oddělení 2000–2009
- B11 **Sedlář M.:**
I. chirurgická klinika 1. LF UK a VFN, Praha
Zánětlivá odpověď organismu po operacích proximálního femuru
- B12 **Hamtilová I., Kysela P., Šilhart Z., Penka I., Ventruba T.:**
Chirurgická klinika FN, Brno-Bohunice
Poranění stehenní tepny u zlomenin femuru – kazuistika

12.30–13.45 **OBĚD**

13.45–15.15 **II. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE B**

předsednictvo: L. Bartl, M. Mašek, J. Mayzlík, J. Látal

- B13 **Rypl A., Kopačka P.:**
TC České Budějovice
Atrofický pakloub femuru
- B14 **Látal J., Galovič J., Knapp D.:**
Klinika úrazovej chirurgie SZU, Bratislava
Zlomeniny distálního femuru

- B15 **Mašek M., Mach P., Ruber V.:**
Klinika úrazové chirurgie LF MU a FN, Brno
Zlomeniny dolního konce stehenní kosti
- B16 **Boďa M., Kompaník R., Orlovský K., Štefánek L.:**
Traumatologické oddelenie FNsP, Žilina
Osteosyntéza zlomenín femuru retrográdnym klincom
- B17 **Prchal D., Reška M., Diviš P., Konečný J.:**
I. chirurgická klinika FN U sv. Anny, Brno
Periprostetická zlomenina distálního femoru – za presence TKA
- B18 **Božík M., Látal J., Dostál A., Heger T., Matejička D.:**
Klinika úrazovej chirurgie FNsP, Bratislava-Kramáre
Periprotetické zlomeniny stehnověj kosti
- B19 **Chandoga I., Filan P., Jurík M.:**
II. ortopedicko-traumatologická klinika FNsP, Bratislava
Riešenie periprotetických zlomenín femoru
- B30 **Paša L., Kelbl M.:**
Klinika traumatologie Lékařské Fakulty Masarykovy Univerzity Brno v Úrazové nemocnici v Brně
Proximální femorální hřeb MEDIN – nový způsob cílení
- 16.30 **KULTURNÍ PROGRAM** (odjezd autobusu od hotelu Skalský Dvůr)
- 20.00 **SPOLEČENSKÝ VEČER**

Název:	Zlomeniny femuru u polytraumat
Autor:	Pleva L.¹, Mayzlík J.², Procházka V.³, Novák M.¹
Pracoviště:	1) Traumatologické centrum FN Ostrava 2) Chirurgická klinika FN Ostrava 3) Radiodiagnostický ústav FN Ostrava
Přednosta:	Doc. MUDr. Leopold Pleva, CSc.
Anotace:	U polytraumatizovaných pacientů se zlomeniny femuru vyskytují ve 20–40 %. Většinou se jedná o tříštivé nestabilní zlomeniny, někdy i víceetážové, které jsou způsobeny nejčastěji vysokoenergetickými úrazy u dopravních nehod nebo u pádů z výšek, kde však převažují zlomeniny otevřené. Urgentní stabilizace těchto zlomenin je základním předpokladem úspěšné léčby a výrazně snižuje počty komplikací. Operační způsoby léčby jsou propracovány metodami Damage control ortopedic, kde u polytraumatizovaných pacientů s ISS 16 až 25 bodů je doporučováno k stabilizaci zlomenin použití intramedulárních osteosyntéz nepředvrtaného typu (IMN), u polytraumat s ISS 25 až 40 je možno dle celkového stavu pacientů použít jednak IMN metod nebo častěji zevní fixaci (ZF) a u nejtěžších zraněných s ISS vyšším než 40 pak použít ZF. Od roku 1990 na TC FN v Ostravě metody Damage control ortopedic používáme současně v jedné době s ošetřováním poranění orgánů dutiny břišní nebo hrudní nebo u zraněných s poraněním CNS. Jedná se o mezioborovou spolupráci několika operačních týmů, kdy je polytraumatizovaný pacient v jedné době urgentně ošetřen metodami damage control surgery a damage control ortopedic. Výsledkem tohoto postupu je zkrácení procesu ošetřování polytraumatizovaného pacienta a snížení počtu následných operačních výkonů po stabilizaci celkového stavu zraněného. Ročně ošetřujeme touto metodou damage control traumatology na TC FN v Ostravě 200–250 polytraumatizovaných s průměrnou úmrtností 18–20 %.

Název:	Historický vývoj a současný stav hřebování trochanterických zlomenin
Autor:	Bartoniček J.
Pracoviště:	Thomayerova Nemocnice, Praha – Krč
Přednosta:	Doc. MUDr. Vladimír Visokai, Ph.D.
Anotace:	V přednášce bude podán historický přehled hřebování trochanterických zlomenin historického vývoje a analýza jednotlivých typů hřebů používaných v současnosti.

Název:	Úskalí a komplikace léčení zlomenin femuru
Autor:	Nestrojil P., Mašek M., Smékal P.
Pracoviště:	Klinika úrazové chirurgie LF MU a TC FN Brno
Přednosta:	Doc. MUDr. Michal Mašek, CSc.
Anotace:	<p>Zlomeniny femuru patří k nejčastějším zlomeninám a jejich řešení vyžaduje komplexní přístup.</p> <p>Zlomeniny proximálního femuru se vyskytují převážně ve vyšším věku, ale i jako vysokoenergetická poranění i v nižším věku. U starších pacientů je vznik zlomeniny a její léčení ovlivněn různým stupněm osteoporózy a zejména omezenou mobilitou většiny poraněných. Proto jejich řešení vyžaduje zodpovědný přístup při volbě způsobu osteosyntézy a především její dobré technické provedení, abychom primárně předešli vzniku komplikací. Vysokoenergetické zlomeniny femuru představují závažná komplexní poranění, postihující kost, měkké tkáně a často i nervově-cévní svazek a nezřídka se jedná o otevřené zlomeniny II. – III. stupně. Léčení těchto komplikovaných zlomenin, které se vyskytují převážně u polytraumat nebo závažných sdružených poranění, vyžaduje komplexní a multioborovou péči a dodržování zásad fázového ošetření – ortopedic trauma damage control.</p> <p>V přednášce autoři prezentují komplikace léčení zlomenin femuru a možnosti jejich řešení.</p> <p>Nejčastější komplikace léčení zlomenin femuru:</p> <ul style="list-style-type: none"> – selhání osteosyntézy – migrace šroubů v hlavici femuru – „knife a Z“ efekt u proximálního femuru – uvolnění dlahy nebo její zlomení – zlomení hřebu – přehlédnuté další zlomeniny (etážové zlomeniny) – zlomeniny kolem implantátů – infekce

Název:	Stabilizace zlomenin krčku stehenní kosti implantátem Targon®
Autor:	Ruber V., Mach P., Mašek M.
Pracoviště:	Klinika úrazové chirurgie LF MU a TC FN Brno
Přednosta:	Doc. MUDr. Michal Mašek, CSc.
Anotace:	<p>Úvod: Cílem práce je zhodnocení prvních zkušeností s ošetřením zlomenin krčku stehenní kosti implantátem Targon® FN.</p> <p>Materiál a metoda: Od září 2008 do prosince 2009 jsme provedli celkem 15 osteosyntéz implantátem Targon® FN u 9 žen a 6 mužů. Průměrný věk pacientů byl 58,7 roku. Osteosyntézy jsou prováděny akutně, v ideálním případě do 6 hodin od přijetí. Vertikalizace je zahájena 1. pooperační den se zátěží operované končetiny 50–100% tělesné hmotnosti.</p> <p>Výsledky: Ve skupině 15 zlomenin krčku stehenní kosti ošetřených implantátem Targon® FN bylo 6 nedislokovaných či jen minimálně dislokovaných subkapitálních zlomenin (40,0 %), 5 zlomenin mediocervikálních (33,3%) minimálně dislokovaných, 3 dislokované basocervikální zlomeniny (20,0%) a jedna zcela nedislokovaná stabilní pertrochanterická zlomenina (6,7 %). Průměrný čas od úrazu k operaci byl 8,5 hodiny. Průměrná doba operace 46 minut. Z komplikací jsme dosud zaznamenali pouze jednu povrchovou infekci rány, řešenou lokální terapií. K selhání implantátu, redislokaci či aseptické nekróze hlavice doposud nedošlo.</p> <p>Závěr: Implantát Targon® FN považujeme za velmi významný krok vpřed v technice osteosyntézy zlomenin krčku stehenní kosti. Implantace je jednoduchá. Operační zátěž pacienta je nízká. Provedená montáž je dostatečně stabilní na časnou pooperační zátěž 50 až 100% tělesné hmotnosti pacienta.</p>

Název:	Zlyhanie osteosyntéz proximálneho femuru
Autor:	Palko J., Lajoš M.
Pracovište:	Traumatologické oddelenie Nemocnice, Poprad
Primár:	MUDr. Martin Lajoš
Anotace:	V našej práci sme sa zaoberali príčinou zlyhanie osteosyntéz proximálneho femuru a následnou možnosťou korekcie. Porovnáваме biomechanické vlastnosti materiálov používaných v traumatológii. Príčiny zlyhanie osteosyntéz sme rozdelili do 3 základných bodov. Súčasťou práce je aj niekoľko zaujímavých kazuistík z nášho pracoviska.

Název:	Poranění horního konce stehenní kosti (Retrospektiva ošetřování v NMB Brno za 30 let)
Autor:	Legát R., Ludka V., Všetíček J.
Pracoviště:	Chirurgické oddělení Nemocnice Milosrdných bratří, Brno
Přednosta:	MUDr. Josef Všetíček, PhD.
Anotace:	Práce monitoruje vývoj ošetřování zlomenin horního konce femoru na našem pracovišti za posledních 30 let a hodnotí hlavně změny léčebných postupů, naše výsledky a upozorňuje na některé komplikace.

Název:	Zlomeniny dětského proximálního femuru s kazuistikou
Autor:	Scheichl M.
Pracoviště:	Oddělení úrazové chirurgie Nemocnice, České Budějovice
Primář:	MUDr. Pavel Kopačka
Anotace:	Zlomeniny dětského proximálního femuru s kazuistikou

Název:	Coxa vara adolescentium
Autor:	Pešl T., Havránek P., Zídka M.
Pracoviště:	Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a FTNSP, Praha-Krč
Přednosta:	prof. MUDr. Petr Havránek, CSc.
Anotace:	<p>Cíl studie: Coxa vara adolescentium (dále jen CVA) je nejčastější nosologickou jednotkou adolescentní kyčle. Je definována jako skluz proximálního kýčle femuru proti krčku směrem mediodorzálním na podkladě patologicky změněné růstové ploténce. Skluz probíhá v hypertrofické zóně kýčle. Může vést těžkým trvalým následkům kyčelního kloubu. Ve své studii chceme na toto onemocnění upozornit a doporučit diagnosticko-terapeutické postupy, které by měly trvalé následky minimalizovat.</p> <p>Materiál a metody: Na našem pracovišti jsme za posledních 6 let (2004–2009) ošetřili 38 dětí s poraněním proximálního femuru. 16 (42%) z nich bylo diagnostikováno jako CVA. U těchto pacientů jsme sledovali věk, pohlaví, habitus, obtíže před určením diagnózy, mechanismus úrazu, RTG nálezy, stabilitu, či nestabilitu léze, metodiku léčby a výsledný stav.</p> <p>Výsledky: Nejčastěji se CVA vyskytly u adolescentů mezi 11 a 14 rokem věku (88 %), v jednom případě se jednalo o oboustranné postižení. Chlapci byli postiženi dvakrát častěji. V 80% případů se jednalo o oběžní jedince. Všichni až na jednoho (94%) měli obtíže již před manifestací choroby, nejčastěji 4 týdny (50%). V našem souboru se častěji vyskytla nestabilní (akutní) forma léze (62%) a u této formy převažoval jako příčina poranění banální pád (60%). Stabilní (chronická) forma byla v našem souboru nejčastěji s minimální dislokací (do 1 cm) v 17% případů. U všech případů nestabilní formy byla na RTG snímcích patrna výraznější dislokace. Všichni pacienti byli léčeni osteosyntézou dle Dyase a Arriese (svazkem Kirschnerových drátů). U nestabilních forem po repozici, u stabilních forem zajištěním postavení hlavičky femuru in situ. U jedné pacientky (6%) byla následně diagnostikována avaskulární nekróza hlavičky femuru (AVN). Jedalo se o jedenáctiletou pacientku s nestabilní formou CVA.</p> <p>Závěr: CVA je závažné postižení kyčelního kloubu, postihující především oběžní adolescenty. V předchorobí se objevují příznaky bolesti kýčle a kulhání. V tomto období je nutné postižení diagnostikovat, aby se zabránilo dislokaci hlavičky femuru a tím i možným trvalým následkům.</p>

Název:	Laterální femorální hřeb v léčbě zlomenin stehenní kosti
Autor:	Mišičko R., Fajt D.
Pracoviště:	Úrazové centrum, Ústí nad Labem
Přednosta:	MUDr. Jan Houser
Anotace:	<p>Úvod: Antegrádní hřebování zlomenin diafýz stehenní kosti je dnes všeobecně přijímanou a používanou technikou s dobrými výsledky. Některé studie ale označují dlouhodobé výsledky za suboptimální ve smyslu častých bolestí v místě vstupného bodu ve fossa piriformis u rovných hřebů, oslabení abduktorů a kulhání při narušeném stereotypu chůze.</p> <p>Metoda: Autoři retrospektivně zhodnotili soubor 22 pacientů za rok 2008-2009 ošetřených laterálním femorálním hřebem pro různé typy zlomenin stehenních kostí. Vyhodnotili první zkošenosti s technikou a funkční výsledky ve srovnání se souborem pacientů ošetřených v minulosti rovným femorálním hřebem.</p> <p>Závěr: Laterální femorální hřeb je dnes výhodnou alternativou antegrádního hřebování stehenní kosti, rozšiřující indikační spektrum pro různé typy zlomenin včetně těch ipsilaterálních zlomenin krčku a diafýz stehenní kosti. Jednodušší zavádění se jeví jako výhoda především u obézních pacientů a rovněž první funkční výsledky naznačují snížení počtu pacientů s popisovaným dyskomfortem v oblasti velkého trochanteru.</p>

Název:	Zlomeniny krčku stehenní kosti na traumatologickém oddělení 2000–2009
Autor:	Košťálek V., Navrátil I.
Pracoviště:	Ortopedicko-traumatologické oddělení Nemocnice, Prostějov
Přednosta:	MUDr. Pavel Pilař
Anotace:	V práci autoři analyzují soubor ošetřených zlomenin krčku stehenní kosti na traumatologickém oddělení Nemocnice Prostějov v letech 2005–2009. Zaměřují se na hodnocení užití bipolárních cervikokapitálních endoprotéz jako méně častého způsobu ošetření.

Název:	Zánětlivá odpověď organismu po operacích proximálního femoru
Autor:	Sedlář M.
Pracoviště:	I. chirurgická klinika 1. LF UK a VFN, Praha
Přednosta:	prof. MUDr. Zdeněk Krška, CSc.
Anotace:	<p>Cílem práce bylo analyzovat charakter a intenzitu zánětlivé odpovědi u nemocných po operacích výkonech na horním konci stehenní kosti po úrazové a degenerativní onemocnění. Stanovit míru zátěže představovanou traumatem, etáží zlomeniny a typem výkonu. Na základě naměřených hodnot stanovit parametry pro určení vhodného načasování operace (timing), typu plánovaného operačního výkonu, nezbytné předoperační přípravy a pooperační péče.</p> <p>V práci byly hodnoceny 2 soubory nemocných:</p> <p>1. soubor: 65 pacientů s hodnocením tkáňové odpovědi monitorací markerů zánětu FBG, ORM, CRP, TRF, WBC, sP-selectin, sE selectin, sICAM měřených 2 hod před výkonem, 4, 48 hodin po výkonu a 7 dnů po výkonu</p> <p>2. soubor: 125 pacientů s hodnocením časné tkáňové odpovědi monitorací markerů IL6, CRP, WBC měřených 2 hodiny před výkonem, 4, 48 hodin po výkonu a 7. a 21. den po výkonu</p> <p>Z obou provedených studií vyplývá jednoznačně nejvyšší zánětlivá odpověď u pacientů s intrakapsulárními zlomeninami kyčelního kloubu. Tyto zlomeniny jsou obecně považovány za „benignější“ s ohledem na skutečnost, že krvácení bývá malé, lokalizované do prostoru kloubu, často jsou málo nebo vůbec nedislokované a nemocní méně strádají. Naproti tomu zlomeniny trochanterického masivu jsou provázeny rozsáhlejší tkáňovou devastací a úrazovým krvácením spojeným s anémií, častým poklesem Tk s nutnou náhradou deriváty krve. Tuto překvapivou skutečnost si můžeme vysvětlit zvláštním druhem poškození synovie. Ta bývá významně více prokrvena, a proto při jejím poškození (krevní výron, mechanický inzult, přetlak v dutině kloubní) dochází k většímu vzestupu hodnot cytokinů a proteinů akutní fáze.</p> <p>Hladiny zánětlivých markerů se normalizují do 3. týdne po operaci a navozený prokoagulační stav přetrvává po dobu šesti týdnů. Pacienti po velkých výkonech na kyčelním kloubu by tedy měli být po tuto dobu důsledně sledováni a měla by u nich být prováděna prevence TEN.</p> <p>Navzdory některým předpokladům studie neprokazuje významný vliv použité anestézie na intenzitu systémové zánětlivé odpovědi.</p> <p>Ve shodě s dalšími studii byl pozorován vztah mezi hladinami zánětlivých markerů a pooperačními komplikacemi, zejména zvýšené hladiny IL-6 mohou predikovat časné pooperační komplikace. Tato i další studie prokázaly vztah mezi elevovanými hladinami IL-6 a poúrazovým nebo pooperačním krvácením. I když monitoring hladin IL-6 není technicky ani finančně snadno dostupný, jedná se o velmi senzitivní marker, a je tedy ve vybraných případech potenciálně zařaditelný do algoritmu intenzivní peri- a pooperační péče.</p> <p>Dalším senzitivním markerem pro diagnostiku komplikací, zejména trombembolické nemoci, se jeví sP-selektin. I když jeho rutinní monitoring jistě nelze v dohledné době předpokládat, může být v komplikovaných případech k této diagnostice použit.</p> <p>Závěry pro klinickou praxi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vyšší zánětlivá odpověď byla prokázána u nemocných s intrakapsulárními zlomeninami krčku stehenní kosti. 2. Hladiny zánětlivých markerů se normalizují do 3 týdnů, prokoagulační stav přetrvává po dobu 6 týdnů po výkonu. 3. Zvýšené hladiny zánětlivých markerů byly zjištěny i při výskytu jiných než TEN komplikací po operačním výkonu např. rozsáhlejší hematomy v ráně. 4. Nejcitlivějším časným markerem v naší studii byl IL-6. Jako další sP-selektin. 5. Prevence TEN musí být prováděna nejméně po 6 týdnů po operačním výkonu. 6. Nebyl prokázán vliv druhu anestézie na hladinu zánětlivých markerů. 7. Náchylnými pro TEN komplikace jsou nemocní s intrakapsulárními zlomeninami horního konce stehenní kosti. 8. Implantace cervikó-kapitální protézy u nemocných vyšších věkových skupin má vyšší zánětlivou odpověď než implantace totální protézy. 9. Načasování operačního výkonu je nejjednodušší v prvních šesti hodinách po úraze, zejména u zlomenin krčku stehenní kosti, protože v této době ještě nedochází k tak zřejmé humorální reakci, a operační trauma splyvá z hlediska zánětlivé odpovědi s poškozením tkání úrazem.

Název:	Poranění stehenní tepny u zlomenin femoru – kazuistika
Autor:	Hamtilová I., Kysela P., Šilhart Z., Penka I., Ventruba T.
Pracoviště:	Chirurgická klinika FN, Brno-Bohunice
Přednosta:	Prof. MUDr. Zdeněk Kala, CSc.
Anotace:	<p>Zlomeniny femoru v oblasti diafýzy jsou způsobeny velkým násilím. V důsledku větší dislokace fragmentů může dojít k závažné komplikaci – poranění femorálních cév. Ostré kostní úlomky mohou způsobit perforaci s krvácením, v případě úplného přetětí tepny je končetina ohrožena i ischemií. Výrazná dislokace fragmentů způsobí přetažení tepny a subadventiciální rupturu s následnou ischemií. I když četnost výskytu těchto poranění je nevelká, je třeba na ně myslet, zejména u polytraumatizovaných pacientů, v šokovém stavu, kde projevy ischemie mohou být přehlédnuty.</p> <p>Naše sdělení uvádí zkušenosti s řešením cévních poranění při zlomenině distální diafýzy femoru u dvou pacientů.</p>

Název:	Atrofický pakloub femuru
Autor:	Rypl A., Kopačka P.
Pracoviště:	TC České Budějovice
Přednosta:	MUDr. Pavel Kopačka
Anotace:	<p>Z metod ošetření atrofického pakloubu femuru je nejjednodušší metodou prostá výměna hřebu, s nebo bez spongioplastiky. Dle údajů z literatury se úspěšnost prosté výměny hřebu pohybuje v různém rozmezí. Někteří autoři udávají úspěšnost mezi 74 až 78 %, dle jiných údajů naopak metoda prosté výměny hřebu až ve 47 % selhává (Weresh et al., 2000). Indikací pro prostou výměnu hřebu je především jednoduchá radiolucenční linie, absence kostního defektu, zkrat do 1 cm. Prostou výměnu hřebu, zlatý standard v ošetření pakloubu femuru, používáme samozřejmě i na našem pracovišti. Při perzistenci radiolucenční linie se výkon s odstupem doplňuje spongioplastikou. Při komplexnější povaze pakloubu s nutností biologické stimulace používáme v indikovaných případech kromě otevřené spongioplastiky jako metodu první volby augmentaci dlahou. Tuto metodu, jejíž úspěšnost je dle dostupné literatury vysoká, preferujeme rovněž před dalším přehřebováním v případě prvotního neúspěchu. Kromě dynamizace hřebu, prosté výměny hřebu, spongioplastiky aj. jsou zaváděny nové metody, jako například použití kostních morfogenetických proteinů (při selhání spongioplastiky), či použití další biologické stimulace metodou RIA (Reamer Irrigator Aspirator), kterou na našem pracovišti v současné době zavádíme.</p>

Název:	Zlomeniny distálneho femoru
Autor:	Látal J., Galovič J., Knapp D.
Pracovišťe:	Klinika úrazovej chirurgie SZU, Bratislava
Přednosta:	Prof. MUDr. P. Šimko, CSc.
Anotace:	<p>Autori na základe skúseností KÚCh rozoberajú problematiku liečby zlomenín distálneho femoru 3 technikami: dlahovou osteosyntézou, antegrádnym klincovaním a retrográdnym klincovaním . V minulosti bola dlahová technika považovaná za štandard (95 st. dlahá, DCS, najnovšie LISS). Pre relatívne vysoký výskyt neuspokojivých výsledkov a komplikácií sme začiatkom 90. rokov zaviedli originálnu techniku t.zv. neanatomickej dvojdobej osteosyntézy. Moderná technika retrográdneho klincovania, zavedená koncom 90. rokov, splňa kritéria miniinvazívnej biologickej osteosyntézy.</p> <p>Autori uvádzajú výsledky tejto techniky u viac ako 50 pacientov, operovaných na KÚCh v Bratislave</p>

Název:	Zlomeniny dolního konce stehenní kosti
Autor:	Mašek M., Mach P., Ruber V.
Pracoviště:	Klinika úrazové chirurgie LF MU a FN, Brno
Přednosta:	Doc. MUDr. Michal Mašek, CSc.
Anotace:	<p>Úvod: Zlomeniny distálního femuru představují relativně nízké procento poraněných – 12/100 000 obyvatel, ale ve vyšší věkové skupině nad 85 let stoupá incidence již na 170/100 000 obyvatel. Jejich nebezpečí spočívá v pokračující krevní ztrátě a riziku poranění nervově-cévního svazku. Mechanismus bývá častěji nízkoenergetický s pádem na extendovanou končetinu, často v porotickém terénu. Ve druhé skupině mladších pacientů se jedná o vysokoenergetický úraz flektované dolní končetiny – tzv. dashboard fracture – s doprovázejícími poraněními měkkých tkání a česky.</p> <p>Materiál a metodika: Vyšetření spočívá v základních rtg projekcích, doplněných případně o CT v případě intraartikulárních zlomenin. Pro stanovení charakteru zlomeniny používáme standardně klasifikaci AO. Zvláštní podskupinu tvoří periprotetické zlomeniny, které dělíme dle Rorabeck Lewis. V přednemocniční péči požadujeme stabilizaci trakční dlahou, kterou většinou ponecháváme do operace, následující do šesti hodin. Fixace ortézou, sádrovou dlahou nebo skeletální trakcí jsou vzhledem k riziku pokračujícího krvácení a eventuálně vzniku compartment syndromu nedostatečné. Při nutné prodlevě raději zavádíme dočasně zevní fixaci. Z implantátů upřednostňujeme stabilní fixaci LCP dlahou metodou LISS nebo hřebem DFN. Dle eventuálního intraartikulárního podílu zlomeniny modifikujeme operační přístup. Rehabilitace motorovou dlahou a vertikalizace začíná od prvního pooperačního dne.</p> <p>Výsledky: V roce 2009 jsme operovali 61 zlomenin, převážně metodou nitrodřeňového hřebu. Zevní fixaci jsme použili v 7 případech. Zaznamenali jsme 2x infekci měkkých tkání řešenou metodou VAC. Dále jsme reoperovali jeden pakloub po dlaze DCS, byl vyřešen dlahou LCP se spongioplastikou. Jednou bylo nutno předčasně extrahovat šrouby LCP dlahy pro malpozici a dráždění pately, stejně tak byla jednou extrakce komplikována zničenými hlavičkami šroubů. Extrakce byla vyřešena odvrtáním hlaviček šroubů.</p> <p>Diskuze: V souladu s jinými autory doporučujeme akutní řešení takto poraněných, u intraartikulárních zlomenin doporučujeme vyšetření metodou CT. K dočasné stabilizaci je vhodná trakční dlahu nebo zevní fixace. Zvolené metody ORIF jsou srovnatelné se současným pohledem na řešení těchto poranění. Komplikace vychází většinou z technické chyby provedení. Eventuální infekci lze řešit úspěšně metodou VAC s poneháním implantátu.</p> <p>Závěr: Zlomeniny dolního konce stehenní kosti jsou náročné zejména na vybavení a nepřetržitý provoz zdravotnického zařízení. Akutní řešení často v rámci polytraumat je dnes nezbytné. V rámci TC upřednostňujeme intraartikulární zlomeniny a polytraumatizované ve spádové oblasti.</p>

Název:	Osteosyntéza zlomenín femuru retrográdnym klincom
Autor:	Boďa M., Kompaník R., Orlovský K., Štefánek L.
Pracovište:	Traumatologické oddelenie FNŠP, Žilina
Primár:	MUDr. Karol Orlovský
Anotace:	Autori prezentujú svoje skúsenosti s retrográdnym klincovaním zlomenín dolného konca a diafýzy femuru. Prezentácia indikácii, kontraindikácii výhod, nevýhod a tiež komplikácii v súbore pacientov z traum. odd. v Žiline.

Název:	Periprosthetická zlomenina distálního femoru – za prezenze TKA
Autor:	Prchal D., Reška M., Diviš P., Konečný J.
Pracoviště:	I. chirurgická klinika FN U sv. Anny, Brno
Přednosta:	prof. MUDr. I. Čapov, CSc.
Anotace:	<p>Cílem sdělení je upozornit na indikační kritéria jednotlivých možností léčby periprosthetické zlomeniny femoru v přítomnosti femorální komponenty totální kolenní alloplastiky, která vzhledem ke své značné individuální variabilitě může budít určité rozpaky. Zohlednění faktorů ovlivňujících vznik zlomenin tohoto typu, jako jsou osteoporóza, revmatoidní artritida, terapie kortikoidy a další, musí také být vzato do úvahy.</p> <p>Prezentujeme vlastní zkušenosti na souboru 8 našich vlastních pacientů ošetřených u nás mezi lety 2005–2009 a dosažené výsledky .</p> <p>Ze sdělení vyplývá konsensuální doporučení použití retrográdních hřebů kategorie DFN, kde to podmínky dovolí, alternovaný použitím LCP – LISS dlahy ve zbývajících případech.</p>

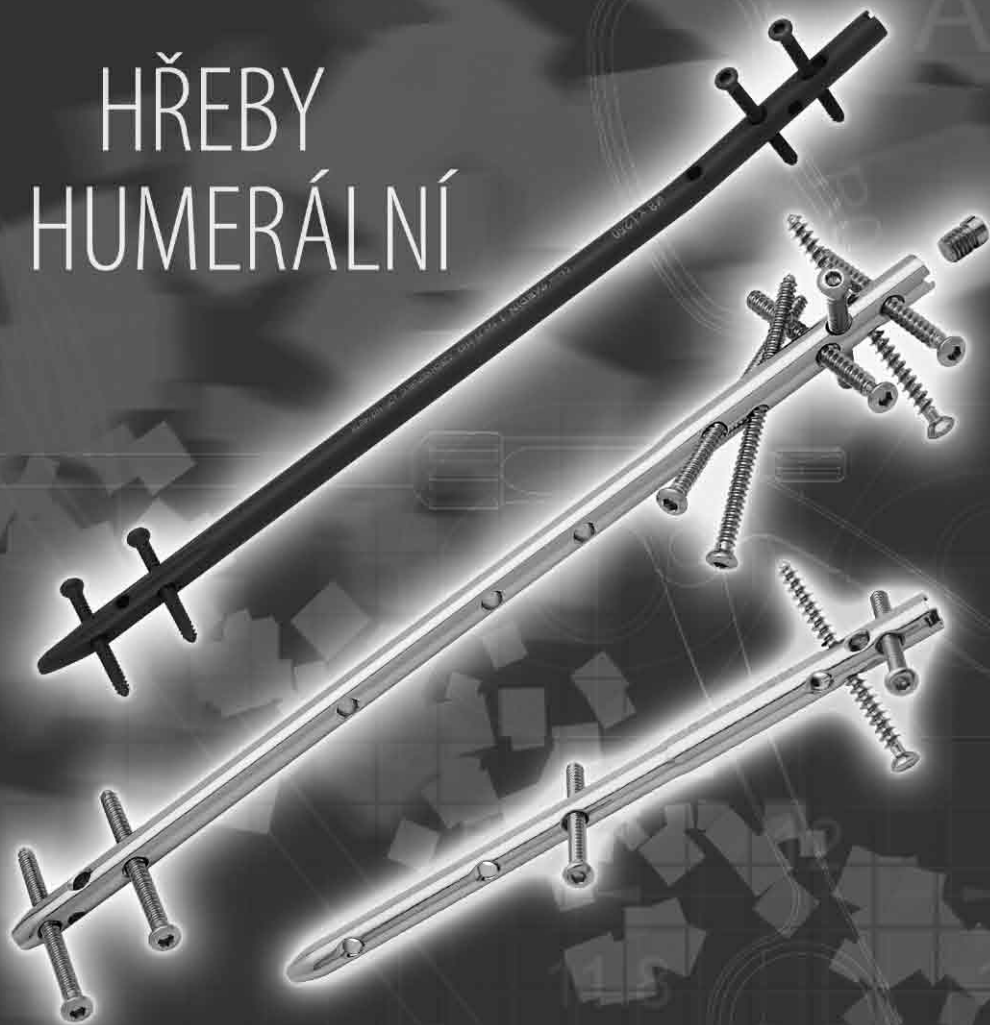
Název:	Periprotetické zlomeniny stehnovéj kosti
Autor:	Božík M., Látal J., Dostál A., Heger T., Matejička D.
Pracoviště:	Klinika úrazovej chirurgie FNŠP, Bratislava-Kramáre
Přednosta:	Prof. MUDr. Peter Šimko, Ph.D.
Anotace:	Autori prezentujú svoje skúsenosti s liečbou periprotetických zlomenín stehnovéj kosti na Klinike úrazovej chirurgie FNŠP Bratislava.

Název:	Riešenie periprotetických zlomenín femoru
Autor:	Chandoga I., Filan P., Jurík M.
Pracovište:	II. ortopedicko-traumatologická klinika FNsP, Bratislava
Přednosta:	
Anotace:	Riešenie periprotetických zlomenín femoru

Název:	Proximální femorální hřeb MEDIN – nový způsob cílení
Autor:	Paša L., Kelbl M.
Pracoviště:	Klinika traumatologie Lékařské Fakulty Masarykovy Univerzity Brno v Úrazové nemocnici v Brně
Primář:	Doc. MUDr. Libor Paša, PhD.
Anotace:	<p>Autoři prezentují první zkušenosti s novým typem instrumentária pro proximální femorální hřeb firmy MEDIN.</p> <p>Nový způsob aplikace je realizován ve výrazně jednodušší formě, s inovací zavádění hřebu a hlavně cílení krčkových šroubů.</p> <p>Instrumentárium je precizní v aplikaci. Během operací nevznikl problém při aplikaci ve smyslu nepřesnosti cílení, vrtání nebo zavádění šroubů.</p> <p>Novinky v instrumentáriu jsou především přesné zacílení krčkových šroubů v axiální projekci před zaváděním vodících Kirschnerových drátů, předvrtávání laterální kortiky a tím eliminace případného „sklouzávání“ vrtáku při vrtání do krčku femuru. Kvalitní závit a rozšíření konce krčkových šroubů umožňuje vytvořit kompresi ve zlomenině krčku a tím zlepšit podmínky stabilizace a hojení zlomeniny.</p> <p>Zkušenosti jsou zatím krátkodobé, ale příznivé.</p> <p>Věříme, že nové instrumentárium pro proximální femorální hřeb MEDIN najde uplatnění při ošetřování zlomenin proximálního femuru.</p> <p>Projekt vznikl za podpory grantu FI-IM4/233 „Řešení problematiky rekonstrukce dlouhých kostí a periprotetických zlomenin“.</p>



HŘEBY HUMERÁLNÍ



PROVEDENÍ OCEL A TITAN

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

ÚVODNÍ SLOVO

Pafko P.:

III. chirurgická klinika I. LF UK Praha-Motol

Kam jsme došli a jak z toho ven

9.30–9.45 **PŘESTÁVKA, COFFEE BREAK**

9.45–12.15 **I. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE C**

předsednictvo: L. Pliska, A. Schmoranzová, J. Veselý

C1 **Schmoranzová A. a kol.:**

Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou

Chybná řešení při ošetření řezných poranění ruky

C2 **Veselý J., Hýža P., Dražan L., Výška T., Stupka I., Justan J., Dvořák Z.:**

Klinika plastické a estetické chirurgie FN u sv. Anny a LF MU, Brno

Možnosti a limity v replantační chirurgii

C3 **Kavečanský M., Zábavnicková M., Kluka T., Beneš T., Švehlík J.:**

Klinika plastické, rekonstrukční a estetické chirurgie, FNLP, Košice

Zlepšení funkcie ruky predĺžením pahýľov prstov

C4 **Šalapa M., Škubla R., Dimov A., Andrejčaková R., Kvalteniová K.:**

IV. chirurgická klinika FN sP Ružinov, Bratislava

Treba myslieť na kompartment syndrom?

C5 **Zatloukal A., Vyležík T.:**

Chirurgie, Městská nemocnice Ostrava Fifejdy

Kompartement syndrom předloktí a ruky

C6 **Pliska L., Bialý L.:**

Traumacentrum FN, Ostrava

Operační léčba zlomenin distálního radia v našem souboru

C7 **Janata P.:**

Chirurgické oddělení Oblastní nemocnice, Jičín

Poučení z chyb v léčení zlomenin oblasti zápěstí na našem pracovišti

- C8 **Kraus J., Kebrle R.:**
I. chirurgická klinika VFN, Praha
Korekční osteotomie distálního radia
- C9 **Ira D., Uher T., Krtička M., Béreš V.:**
Klinika úrazové chirurgie FN, Brno
Artroskopie zápěstí
- C10 **Ira D., Pikula R., Kovařík J., Béreš V.:**
Klinika úrazové chirurgie FN, Brno
Komplikace zlomenin metakarpů po operační stabilizaci miniinstrumentáři
- C11 **Mrázek T., Zatloukal A., Vyležík T.:**
Chirurgie, Městská nemocnice Ostrava Fifejdy
Léčba fraktur proximálního humeru pomocí proximálního humerálního hřebu MEDIN
- C12 **Plecitý J.:**
Chirurgické oddělení, Nemocnice Hořovice
Operační řešení zlomenin proximálního humeru krátkým hřebem firmy MEDIN

12.15–13.30 **OBĚD**

13.30–15.15 **II. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE C**

předsednictvo: B. Zálešák, T. Pešl, S. Vajcziková

- C13 **Pliska L., Bialý L.:**
Traumacentrum FN, Ostrava
Operační léčba zlomenin člunkové kosti – úspěchy a neúspěchy
- C14 **Vajcziková S., Šimkovic P., Csörge P.:**
II. ortopedicko-traumatologická klinika FNŠP, Bratislava
Je dg. pseudoarthrosis ossis scaphoideum vždy správná?
- C15 **Kucharský J.:**
Chirurgické oddělení – traumatologie, Nemocnice Třebíč, p.o.
Nepoznaná akutní perilunární luxace s tříštivou zlomeninou člunkové kosti a zlomeninou kosti hlavaté

- C16 **Bilik A., Ira D., Krtička M.:**
Klinika úrazové chirurgie FN a LF MU, Brno
Open Volar Transscaphoid Perilunate Fracture Dislocation: Case Report
- C17 **Kovalčík S., Bóda M., Štefánek L., Orlovský K.:**
Oddelenie úrazovej chirurgie FNsP, Žilina
Perilunátne luxácie karpu
- C18 **Kucharský J.:**
Chirurgické oddělení – traumatologie, Nemocnice Třebíč, p.o.
Proximální karpektomie – řešení těžkých degenerativních póurazových změn zápěstí. Kasuistika.
- C19 **Heger T., Sabol J., Božík M., Šimko P., Látal J.:**
Klinika úrazovej chirurgie FNsP akad. L. Dérera, Bratislava
Parciálna resekcia TFCC u aktívneho športovca
- C20 **Kott O., Mauritzová I., Pitr K., Pavlíková L., Kos J., Machartová V.:**
Fakulta zdravotnických studií, Lékařská fakulta UK Plzeň, Klinika pracovního lékařství FN, Plzeň
Degenerativní změny v zápěstních kloubech
- C21 **Novák D.:**
Chirurgické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.
Hráškovitá kost – oříšek pro specializovaná pracoviště
- C22 **Zálešák B., Molitor M., Boča R., Stehlík D.:**
Oddělení plastické a estetické chirurgie FN Olomouc
Drátěné kličky v osteosyntéze malých kostí ruky – víc než 90% řešení
- 16.30 **KULTURNÍ PROGRAM** (odjezd autobusu od hotelu Skalský Dvůr)
- 20.00 **SPOLEČENSKÝ VEČER**

Název:	Chybná řešení při ošetření řezných poranění ruky
Autor:	Schmoranzová A. a kol.
Pracoviště:	Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou
Primář:	MUDr. Alena Schmoranzová
Anotace:	Přednáška ukazuje několik vybraných kříklavě chybných ošetření řezných poranění ruky s poškozením šlach a nervů a navrhuje možná řešení.

Název:	Možnosti a limity v replantační chirurgii
Autor:	Veselý J., Hýža P., Dražan L., Výška T., Stupka I., Justan J., Dvořák Z.
Pracoviště:	Klinika plastické a estetické chirurgie FN u sv. Anny a LF MU, Brno
Přednosta:	Prof. MUDr. Jiří Veselý, CSc.
Anotace:	Pracoviště poskytuje nepřetržitý replantační servis od roku 1978. Autoři se zkušenostmi více než 2200 replantací nebo revaskularizací zmiňují omezení indikace k těmto operacím nebo omezení technického provedení a to u hmoždivých poranění, vytržení rotačním mechanismem, avulzních amputací a skalpací. Jsou ukázány příklady těchto poranění a způsob ošetření.

Název:	Zlepšenie funkcie ruky predĺžením pahýľov prstov
Autor:	Kavečanský M., Zábavníková M., Kluka T., Beneš T., Švehlík J.
Pracoviště:	Klinika plastickej, rekonštrukčnej a estetickej chirurgie, FNLP, Košice
Přednosta:	MUDr. M. Zábavníková, PhD.
Anotace:	Úrazy rúk so značnou devastáciou štruktúr obmedzujú možnosti primárnych rekonštrukčných výkonov. Pri sekundárnej rekonštrukcii, ktorou sa snažíme zlepšiť funkciu ruky, jedným z riešení je predĺženie pahýľov amputovaných prstov pomocou distraktora.

Název:	Treba myslieť na kompartment syndrom?
Autor:	Šalapa M., Šklubla R., Dimov A., Andrejčaková R., Kvalteniová K.
Pracovište:	IV. chirurgická klinika FNŠP Ružinov, Bratislava
Přednosta:	Doc. MUDr. M. Huťan, CSc.
Anotace:	Autori sa snažia na základe spomenutej literatury o kompartment syndrome a kazuistiky pacientky pripomenúť dôležitosť myslieť pri operácii ťažkých stavov na možnosť vývoja tohto syndromu.

Název:	Kompartement syndrom předloktí a ruky
Autor:	Zatloukal A., Vyležík T.
Pracoviště:	Chirurgie, Městská nemocnice Ostrava Fifejdy
Přednosta:	MUDr. Tomáš Mrázek Ph.D.
Anotace:	Kompartement syndrom je vzácná, ale obávaná komplikace poranění. Diagnostika a léčba musí být včasná a energická. Jeho pozdní rozpoznání nebo příliš dlouhé váhání s provedením fasciotomie mívá pro pacienty katastrofické důsledky. Nejčastější a nejvíce známý je jeho výskyt v oblasti bérce. Výskyt na horní končetině je daleko méně častý, většinou je ve spojitosti se supracondylickými frakturami humeru. Autoři uvádějí dvě kazuistiky kompartement syndromu předloktí, které se vyskytly na našem pracovišti v uplynulém roce a rozebírají jejich etiologii, patogenezu, diagnostiku a léčbu.

Název:	Operační léčba zlomenin distálního radia v našem souboru
Autor:	Pliska L., Bialý L.
Pracoviště:	Traumacentrum FN, Ostrava
Přednosta:	Doc. MUDr. L. Pleva, CSc.
Anotace:	<p>Zlomeniny distálního radia patří mezi nejčastější poranění ošetřované chirurgických ambulancích. V souvislosti se změnou životního stylu a rozvojem motorizmu a průmyslu se mění charakter těchto fraktur, klesá incidence typických „Collesi“ fraktur a stoupá výskyt komplikovaných, často tříštivých zlomenin. V reakci na tuto skutečnost došlo v poslední dekádě nejenom k razantní změně v náhledu na léčbu této a růstu počtu pacientů operovaných pro toto poranění, ale i intenzivnímu rozvoji operačních metod a instrumentarií.</p> <p>Autoři v přednášce hodnotí soubor pacientů operovaných v letech 2004–2009, operační zkušenosti, výsledky léčby a rozbor komplikací. Současně jej srovnávají s obdobným souborem z let 2001–2003.</p>

Název:	Poučení z chyb v léčení zlomenin oblasti zápěstí na našem pracovišti
Autor:	Janata P.
Pracoviště:	Chirurgické oddělení Oblastní nemocnice, Jičín
Přednosta:	MUDr. Petr Janata
Anotace:	Autor podává výčet terapeutických možností a několik kazuistik při léčbě zlomenin oblasti zápěstí. Poukazuje na časté chyby při diagnostice a osteosyntéze, zabývá se parametry vhodného implantátu.

Název:	Korekční osteotomie distálního radia
Autor:	Kraus J., Kebrle R.
Pracoviště:	I. chirurgická klinika VFN, Praha
Přednosta:	Prof. MUDr. Zdeněk Krška CSc.
Anotace:	Zlomenina distálního radia je druhou nejčastější zlomeninou vůbec. Dle literatury jsou komplikace ve velkých souborech popisovány až u 30 procent pacientů. Jednou z nejzávažnějších je zhojení v malpozičním postavení s následným různě závažným postižením funkce ruky a zápěstí. Autoři přednášky na podkladě vlastního souboru pacientů, u kterých byla provedena korekční osteotomie distálního radia, podávají rozbor této problematiky.

Název:	Artroskopie zápěstí
Autor:	Ira D., Uher T., Krტიčka M., Béreš V.
Pracoviště:	Klinika úrazové chirurgie FN, Brno
Přednosta:	Doc. MUDr. Mašek Michal, CSc.
Anotace:	<p>Artroskopie zápěstí je postupně etablojící se miniinvasivní operační technika užívaná k diagnostice a léčbě traumatických či degenerativních postižení zápěstí. Technologický pokrok ve vývoji artroskopického instrumentária jako i nové poznatky o roli měkkotkáňových struktur v patologii zápěstí rozšiřují indikační kritéria k tomuto zákroku. Přímá vizualizace a možnost instrumentálního vyšetření nadále zůstává zlatým standardem v diagnostice karpálních nestabilit, postižení měkkotkáňových struktur a chrupavek. Techniky sutury triangulárního komplexu, termální shrinkage vazů, resekce ganglion jako i asistované osteosyntézy rádia či člunkové kosti rozšiřují terapeutický potenciál této procedury. Od roku 2004 do roku 2010 jsme provedli na Klinice úrazové chirurgie FN Brno 45 artroskopií zápěstí. V 19 případech jsme provedli jen diagnostické zhodnocení a 26 pacientů podstoupilo i zákrok terapeutický. V 17 případech po artroskopii následoval otevřený korekční zákrok, přičemž při terapeutické rozvaze hrály nepostradatelnou roli nálezy z předchozí artroskopie. Artroskopie tedy sehrává nezastupitelnou roli v komplexní diagnostice a terapii postižení kloubů zápěstí, což potvrzuje i náš soubor.</p>

Název:	Komplikace zlomenin metakarpů po operační stabilizaci miniinstrumentáriem
Autor:	Ira D., Pikula R., Kovařík J., Béreš V.
Pracoviště:	Klinika úrazové chirurgie FN, Brno
Přednosta:	Doc. MUDr. Michal Mašek, CSc.
Anotace:	<p>Zlomeniny ruky jsou nejčastěji se vyskytujícími zlomeninami lidského skeletu. Ve 30–50 % zlomenin ruky se jedná o zlomeniny metakarpů. Důsledkem deformujících sil vznikajících při úrazu jsou nejčastější dislokace ve smyslu malrotace, angulace a zkrácení. Možnosti terapie nabízejí alternativy od konzervativního postupu s imobilizací, přes miniinvasivní perkutánní techniky, až k otevřené repozici a interní fixaci. Cílem naší přednášky je prezentace zhodnocení komplikací u osteosyntéz zlomenin II.–V. metakarpu pomocí vnitřní fixace miniinstrumentáriem.</p> <p>Materiál a metody: Od ledna 2005 do května 2009 bylo provedeno 128 osteosyntéz II.–V. metakarpu miniinstrumentáriem u 114 pacientů. K závěrečnému hodnocení se dostavilo 77 frakturami II.–V. metakarpu. V 71 případech se jednalo o zlomeninu diafýzy, v 11 případech byl poraněn distální segment metakarpu a v 6 případech se fraktura nacházela v oblasti baze. Implantováno bylo 44 dlah a ve 44 případech byly použity ke stabilizaci pouze tahové šroubky. U pacientů jsme zaznamenávali výskyt komplikací prostřednictvím klasifikace dle Page a Sterna a subjektivní hodnocení pacientů prostřednictvím DASH dotazníku.</p> <p>Výsledky: Jedna a více komplikací se vyskytla u 27 % zlomenin (24 z 88) a 28,5 % pacientů (22 ze 77). Statisticky významnější výskyt komplikací a nižší hodnota DASH byla pozorována v případě osteosyntéz distálního segmentu. Byl zaznamenán vyšší výskyt komplikací a vyšší hodnota DASH skóre v případě dlahové osteosyntézy v porovnání s osteosyntézou pomocí tahových šroubků. Tento rozdíl nebyl statisticky významný.</p> <p>Závěr: Stabilizace zlomenin metakarpů v oblasti baze a diafýzy pomocí miniinstrumentária je při respektování indikačních kritérií, šetrné operační technice a brzké rehabilitaci vhodnou metodou ošetření s dobrými výsledky. V případě fraktur distálních segmentů metakarpů je benefit otevřené osteosyntézy v porovnání s miniinvasivními technikami sporný.</p>

Název:	Léčba fraktur proximálního humeru pomocí proximálního humerálního hřebu MEDIN
Autor:	Mrázek T., Zatloukal A., Vyležík T.
Pracoviště:	Chirurgie, Městská nemocnice Ostrava Fifejdy
Primář:	MUDr. Tomáš Mrázek, PhD.
Anotace:	<p>Fraktury proximálního humeru jsou častou zlomeninou typicky postihující pacienty vyššího věku. Představují zatím stále ne zcela vyřešený traumatologický problém. Byla vypracována celá řada operačních postupů: miniinvasivní osteosynthese K-dráty, šrouby, cerklážemi, nitrodřeňové hřebování, otevřená osteosynthese dlahami, náhrada aloplastikou. Hlavním problémem osteosynthese je ukotvení implantátu v osteoporotické kosti. Selhání osteosynthese je časté. Na rozdíl od protetických náhrad kyčelního kloubu náhrady proximálního humeru nemají zatím dobré funkční výsledky.</p> <p>V poslední době se stala populární osteosynthese dvou a tříulomkových zlomenin chirurgického krčku humeru pomocí proximálních humerálních hřebů, které mají výhodu v miniinvasivním zavedení a zároveň jako intramedulární implantáty mají vyšší pevnost v osteoporotickém terénu nežli dlahy. Na našem pracovišti máme od června 2008 k dispozici proximální humerální hřeb firmy MEDIN, kterým jsme odoperovali 21 pacientů. Autoři popisují v přednášce své zkušenosti s tímto implantátem.</p>

Název:	Operační řešení zlomenin proximálního humeru krátkým hřebem firmy MEDIN
Autor:	Plecitý J.
Pracoviště:	Chirurgické oddělení, Nemocnice Hořovice
Primář:	MUDr. Jiří Plecítý
Anotace:	V přednášce jsou prezentovány naše tříleté zkušenosti s řešením zlomenin proximálního humeru typu 11–A2; 3 a 11–B1; 2; 3 s použitím proximálního humerální hřebu MEDIN, indikace ke konzervativní a operační léčbě zlomenin proximálního humeru, porovnání proximálního humerálního hřebu MEDIN a Targon především z pohledu ekonomického. Dále je v přednášce demonstrována RTG dokumentace u jednotlivých typů zlomenin proximálního humeru s výsledkem jejich operačních řešení.

Název:	Operační léčba zlomenin člunkové kosti – úspěchy a neúspěchy
Autor:	Pliska L., Bialý L.
Pracoviště:	Traumacentrum FN, Ostrava
Přednosta:	Doc. MUDr. Pleva L., CSc.
Anotace:	<p>Autoři ve svém sdělení analyzují výsledky operační léčby akutních fraktur, resp. pakloubů člunkové kosti v souboru 112 operovaných pacientů v období let 2003–2009.</p> <p>Rozvoj nových diagnostických metod a osteosyntetických implantátů přinesl změnu i do taktiky léčby poranění člunkové kosti. CT vyšetření je rutinní součástí diagnostiky a předoperační přípravy. Operační léčba se stala standardem v léčbě těchto zlomenin.</p> <p>Přesto se setkáváme s různými komplikacemi. Cílem přednášky je poukázat na pozitivní, ale i negativní zkušenosti v léčbě poranění člunkové kosti a prezentovat své závěry s cílem minimalizovat další výskyt komplikací na minimum.</p>

Název:	Je dg. pseudoarthrosis ossis scaphoideum vždy správná?
Autor:	Vajcziková S., Šimkovic P., Csörge P.
Pracoviště:	II. ortopedicko-traumatologická klinika FNŠP, Bratislava
Přednosta:	
Anotace:	Je dg. pseudoarthrosis ossis scaphoideum vždy správná?

Název:	Nepoznaná akutní perilunární luxace s tříštivou zlomeninou člunkové kosti a zlomeninou kosti hlavaté
Autor:	Kucharský J.
Pracoviště:	Chirurgické oddělení – traumatologie, Nemocnice Třebíč, p.o.
Primář:	MUDr. Lubomír Novotný
Anotace:	Kasuistické sdělení ukazuje vzácnější poranění ruky, jeho možnost přehlédnutí při ošetření v terénní chirurgické ambulanci. Dále se toto sdělení zamýšlí nad diagnostickými postupy, operačním přístupem, způsobem léčení a funkčním výsledkem.

Název:	Open Volar Transscaphoid Perilunate Fracture Dislocation: Case Report
Autor:	Bilik A., Ira D., Krtička M.
Pracoviště:	Klinika úrazové chirurgie FN a LF MU, Brno
Přednosta:	Doc. MUDr. M. Mašek, CSc.
Anotace:	<p>Introduction:</p> <p>Transscaphoid perilunate fracture dislocations are uncommon and difficult injuries to treat. Nearly all cases reports describe a dorsal displacement of the distal carpus, However only a few isolated cases of volar displacement have been reported. The authors report the unusual case of open volar trans-scaphoid perilunate fracture dislocation in which the proximal part of the scaphoid with the lunate were completely displaced into the volar distal forearm.</p> <p>Case report:</p> <p>A 17-years-old drunken man fell down from a window on the 5th floor. He sustained abdominal and pelvic injuries in the accident which didn't require acute intervention. His left wrist was forced to flex palmarward and deviate radialward. There was 1 cm long skin wound on the volar side. Anteroposterior and lateral radiographs demonstrated a volar and radial displacement of the lunate and proximal pole of the scaphoid and both completely ejected from the carpus and were lodged in the volar distal forearm.</p> <p>The patient underwent surgery two hours after the admission. Open reduction and internal fixation of the lunate and scaphoid were performed using a volar approach including excision of skin wound. The ejected lunate and fragment of the proximal scaphoid were identified and removed. After reducing the lunate with the proximal pole of the scaphoid, we fixed the scaphoid fracture with two Kirschner wires and the lunotriquetral joint was fixed with Kirschner wires percutaneously as well. The rinse drainage was inserted into the operating wound. Finally, the patient's wrist was immobilized for six weeks by external fixation. Eight weeks after surgery the Kirschner wires were removed and the original scaphoid fracture was definitively stabilized by a 22 mm self compressing Herbert screw.</p> <p>Currently it's 12 months after injury, the patient has no subjective complaints of pain or functional limitations. And his left wrist can flex and extend to 80 degrees. There was no evidence of avascular necrosis of the lunate and scaphoid.</p> <p>Discussion:</p> <p>Complications associated with this injury include scaphoid nonunion, avascular necrosis, midcarpal and scapholunate instability, posttraumatic arthritis and the poor functional results. Evaluation and treatment of these injuries is difficult, and the results of treatment are not always predictable. The few cases of proximal row corpectomy have been occasionally published but they have not been advocated as routine treatment for these injuries.</p>

Název:	Perilunátne luxácie karpu
Autor:	Kovalčík S., Bóda M., Štefánek L., Orlovský K.
Pracovište:	Oddelenie úrazovej chirurgie FNŠP, Žilina
Přednosta:	MUDr. K. Orlovský
Anotace:	Perilunátna luxácia karpu ako súčasť komplexnej karpálnej instability nie je častým, ale svojim charakterom je vždy závažným problémom. Následkom tohto poranenia dochádza k pretrvávajúcej limitácii hybnosti a aj niekoľko-mesačná rehabilitácia končí určitou dysfunkciou karpu. Adekvátne ošetrenie ligamantózných perilunátnych lézií (lesser arc) či luxačných fraktúr (greater arc) je mimoriadne dôležité pre návrat pacienta k jeho bežným aktivitám. Prezentácia hodnotí na teoretickej báze a následne i na retrospektívne spracovanom súbore nášho oddelenie timing ošetrenia, terapeutické modalities, peroperačné úskalia a pooperačný management.

Název:	Proximální karpektomie – řešení těžkých degenerativních poúrazových změn zápěstí. Kasuistika.
Autor:	Kucharský J.
Pracoviště:	Chirurgické oddělení – traumatologie, Nemocnice Třebíč, p.o.
Přednosta:	MUDr. Lubomír Novotný
Anotace:	Kasuistické sdělení ukazuje na možnost zlepšení funkce ruky a snížení subjektivních stesků u pacientky s těžkými poúrazovými degenerativními změnami zápěstí. Otevírá otázku indikačního schématu, operačního přístupu a pooperační péče.

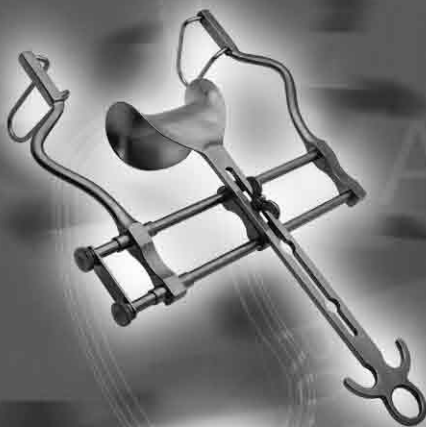
Název:	Parciálna resekcia TFCC u aktívneho športovca
Autor:	Heger T., Sabol J., Božík M., Šimko P., Látal J.
Pracovište:	Klinika úrazovej chirurgie FNsP akad. L. Déreza, Bratislava
Přednosta:	Prof. MUDr. Peter Šimko, CSc.
Anotace:	Cieľ práce je zhodnotenie funkčných výsledkov parciálnej resekcie zastaralých potraumatických väčšinou kombinovaných lézií TFCC bez poškodenia ligamentózneho aparátu u aktívnych športovcov ktorí bezprostredne pri svojom športe naplno zaťažujú zápästia.

Název:	Degenerativní změny v zápěstních kloubech
Autor:	Kott O., Mauritzová I., Pitr K., Pavlíková L., Kos J., Machartová V.
Pracoviště:	Fakulta zdravotnických studií, Lékařská fakulta UK Plzeň, Klinika pracovního lékařství FN, Plzeň
Vedoucí katedry:	MUDr. Otto Kott, CSc.
Anotace:	<p>Autoři sledovali degenerativní změny v zápěstních kloubech na pitevním materiálu zápěstních kloubů (radiokarpálního, mediokarpálního a karpometakarpového kloubu palce u obou pohlaví) a provedli korelaci s výskytem artróz sledovaných kloubů s Národním registrem ČR u nahlášených artróz jako nemocí z povolání (ve statistice v letech 2000–2007). Na základě šetření autoři uzavírají.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. degenerativní změny ve sledovaných kloubech začínají na konvexitách sledovaných kloubů 2. v radiokarpálních kloubech se vyskytují léze vyšších stupňů u mužů 3. v mediokarpálních kloubech jsou léze stejně časté u obou pohlaví 4. v karpometakarpovém kloubu palce jsou častější léze u žen 5. pitevní nálezy se shodují se statistikou nahlášených nemocí z povolání z důvodu degenerativních změn s Národním registrem ČR v letech 2000–2007, a to v přímé závislosti s rozdílným charakterem manuálních činností u obou pohlaví.

Název:	Hráškovitá kost – oříšek pro specializovaná pracoviště
Autor:	Novák D.
Pracoviště:	Chirurgické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.
Přednosta:	MUDr. Milan Maleček
Anotace:	Autor ve svém sdělení představuje dvě kasuistiky z posledního roku, kdy léčili případy tříštivé zlomeniny a luxace kůstky. Oba raritní úrazy byly vyřešeny s plným funkčním výsledkem.

Název:	Drátěné kličky v osteosyntéze malých kostí ruky – víc než 90 % řešení
Autor:	Zálešák B., Molitor M., Boča R., Stehlík D.
Pracoviště:	Oddělení plastické a estetické chirurgie FN Olomouc
Primář:	MUDr. Bohumil Zálešák
Anotace:	<p>Autoři se zamýšlí na místě drátěné kličky v osteosyntéze drobných kostí ruky. Zamýšlí se nad možnostmi jejího využití a hodnotí její biomechanické vlastnosti.</p> <p>Prezentují svoje zkušenosti s danou technikou a na příkladech ukazují její možné použití v situacích, kdy jiné postupy selhávají nebo nejsou k dispozici.</p>

MEDIN[®]



CHIRURGICKÉ NÁSTROJE



9.00–11.30 **III. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE A**

předsednictvo: Š. Durdík, F. Horálek, R. Kyzlink, I. Penka

- A21 **Hlavsa J., Procházka V., Kala Z., Penka I., Kysela P., Svatoň R.:**
Chirurgická klinika FN, Brno-Bohunice
Metody radiofrekvenční ablace u tumorů pankreatu
- A22 **Sutnar A., Třeška V., Skalický T., Liška V., Duras P., Šlauf F., Polák M., Doležal J.:**
Chirurgická klinika FN, Plzeň
Hemangiomy jater – chirurgická a radiointervenční léčba
- A23 **Horálek F., Kozumplík L., Melichar V., Chasáková D.:**
Úrazová nemocnice, Brno
Aneurysma art. lienalis – komplikace chronické pankreatitidy
- A24 **Palaj J., Straka V., Durdík Š., Chválný P., Sabol M., Marek V., Donát R.:**
Onkologický ústav sv. Alžbety, Bratislava
Reoperácie pacientov s kolorektálnym karcinómom a hepatálnymi metastázami po chemoterapii v kombinácii s Bevacizumabom, alebo Cetuximabom
- A25 **Kachlík D.^{1,2}, Musil V.^{3,4}, Lískovec T.⁵, Čupka T.¹, Báča V.^{1,2}:**
1) *Ústav anatomie 3. Lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze*
2) *Katedra lékařských a humanitních oborů, Fakulta biomedicínského inženýrství, České vysoké učení technické v Praze*
3) *Středisko vědeckých informací 3. Lékařská fakulta v Praze*
4) *Ústav informačních studií knihovnictví Filozofická fakulta Univerzita Karlova v Praze*
5) *Dermatovenerologická klinika, 3. Lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady*
Henleho kmen – žíla u hlavy slinivky
- A26 **Chalupník Š., Veverková L.:**
I. chirurgická klinika FN u sv. Anny, Brno
SEPS – naše zkušenosti
- A27 **Tomanová K., Šuráň M.:**
Chirurgické oddělení Městské nemocnice, Litoměřice
Raritní příčina krvácení do horní části GIT

- A28 **Boroš E., Halecký M., Borošová T.:**
Chirurgické oddelenie, Železničné zdravotníctvo Košice, s.r.o.; Gynekologické oddelenie, Východoslovenský onkologický ústav a.s. Košice
Miniinvazívne operácie varixov dolných končatín metódou EVLT
- A29 **Durdík Š., Donát R., Palaj J., Dyttert D.:**
Onkologický ústav Sv. Alžbety, Bratislava, Klinika chirurgickej onkologie
Desmoid a familiárna adenomatózna polypóza
- A30 **Pecha V., Skovajsová M.:**
Medicon a.s., Praha
Úskalí chirurgické léčby karcinomu prsu po neadjuvantní chemoterapii
- A31 **Pačiska M.:**
Chirurgické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě p.o.
HAL/RAR v Novém Městě na Moravě – naše první zkušenosti

11.30 **ZAKONČENÍ SETKÁNÍ**

Název:	Metody radiofrekvenční ablace u tumorů pankreatu
Autor:	Hlavsa J., Procházka V., Kala Z., Penka I., Kysela P., Svatoň R.
Pracoviště:	Chirurgická klinika FN, Brno-Bohunice
Přednosta:	Prof. MUDr. Zdeněk Kala, CSc.
Anotace:	Radiofrekvenční ablace je termoablační metodou využívanou v okologii od 80. let 20. století. Kromě jejího uplatnění v léčbě primárních i sekundárních nádorů jater, plic, ledvin, kostí, prostaty aj., se v literatuře objevují práce popisující využití RFA v léčbě neresekabilního karcinomu pankreatu. Cílem přednášky je podat souhrnou informaci o současných možnostech využití RFA v paliativní léčbě karcinomu pankreatu, doplněnou o vlastní zkušenosti.

Název:	Hemangiomy jater – chirurgická a radiointervenční léčba
Autor:	Sutnar A., Třeška V., Skalický T., Liška V., Duras P., Šlauf F., Polák M., Doležal J.
Pracoviště:	Chirurgická klinika FN, Plzeň
Přednosta:	Prof. MUDr. V. Třeška, DrSc.
Anotace:	<p>Úvod: Symptomatické hemangiomy jater vyžadují většinou chirurgickou léčbu. Radiointervenční ošetření hemangiomů jater je alternativou pro chirurgicky neřešitelné nálezy, nebo pro nemocné, kteří chirurgickou léčbu odmítají.</p> <p>Metodika: V letech 2002-2009 bylo ošetřeno chirurgicky nebo radiointervenčně na naší klinice 51 nemocných s diagnózou symptomatický hemangiom jater. 32 nemocných bylo řešeno primárně chirurgicky a to resekcí (17 nemocných), nebo enukleací hemangiomu (14 nemocných). U jednoho nemocného byl nález řešen jen podvazem přívodné tepny. 19 nemocných podstoupilo embolizační výkon. Důvody embolizace byly dva: nevhodné uložení hemangiomu v játrech nebo odmítnutí chirurgického výkonu nemocným.</p> <p>Výsledky: Po chirurgickém ošetření jsme zaznamenali u nemocných 3 lokální recidivy. Žádnou z nich nebylo nutné reoperovat. U nemocných po embolizaci se vzhledem k nepříznivým anatomickým poměrům embolizace nezdařila ve 2 případech. U 4 nemocných došlo k progresi nálezu. Z toho u 2 z nich byl následně indikován resekcí výkon, jeden byl odeslán ke zvážení transplantace jater a jedna nemocná byla reembolizována. U 8 nemocných je velikost hemangiomu od embolizace stacionární a u 5 nemocných došlo k regresi hemangiomu. Z výsledků je zřejmé, že úspěšnost embolizací je v našem souboru přes 68 %.</p> <p>Závěr: Embolizace hemangiomu jater je indikovaná u nemocných s nepříznivě uloženým hemangiomem a je možné jí provádět i před enukleací objemných hemangiomů, kdy by měla snížit možnou krevní ztrátu.</p>

Název:	Aneurysma art. lienalis – komplikace chronické pankreatitidy
Autor:	Horálek F.¹, Kozumplík L.¹, Melichar V.¹, Chasáková D.¹, Novotný F.², Sedmík J.³
Pracoviště:	1) Úrazová nemocnice, Brno 2) Nemocnice Hustopeče 3) Radiologická klinika FN Brno-Bohunice
Primář:	MUDr. František Horálek
Anotace:	<p>Aneurysma art. lienalis je sice poměrně vzácné onemocnění, etiologie a klasifikace je dobře popsána v i české odborné literatuře. Nejobávanější komplikací je ruptura aneurysmatu a hemorhagie do dutiny břišní, která se skutečně manifestuje opět dle literatury nejčastěji u gravidních žen s fatálními následky pro ženu i plod.</p> <p>V průběhu posledních 10 roků jsme diagnostikovali tři pacienty s aneurysmatem lienální tepny naléhajícím na stěnu pseudocysty nebo abscesu pankreatu po prodělané atace pankreatitidy. Literární odborné rady v této problematice chybí, ale ruptura v ojedinělých zmíněných případech popsána nebyla, i když by bylo možno v terénu abscesové stěny či agresivního pankreatického cystoidu očekávat pokračující narušení stěny tepny. V terapii – kromě léčby pankreatitidy – jsme použili všechny možnosti léčby – od miniinvasivní angiografické selektivní embolizace, přes otevřenou ligaturu krčku aneurysmatu art.lienalis až po splenectomii s resekcí kaudy slinivky. Ukázala se nutnost volit individuální přístup ke každému pacientu – s ohledem na nepředpokládané komplikace jako zdvojení a. lienalis s aneurysmatem jako samostatný odstup abdom. aorty znemožnila coiling aneurysmatu. Dále jsme ověřili literární poznatek, že podvázaná lienální tepna nezpůsobí výraznější poškození sleziny a zabrání progresi aneurysmatu.</p>

Název:	Reoperácie pacientov s kolorektálnym karcinómom a hepatálnymi metastázami po chemoterapii v kombinácii s Bevacizumabom, alebo Cetuximabom
Autor:	Palaj J., Straka V., Durdík Š., Chválny P., Sabol M., Marek V., Donát R.
Pracovište:	Onkologický ústav sv. Alžbety, Bratislava
Přednosta:	Doc. MUDr. Štefan Durdík, Ph.D.
Anotace:	<p>Ročne je celosvetovo diagnostikovaných 800 000 nových prípadov kolorektálneho karcinómu a 450 000 na toto ochorenie v dôsledku metastáz umiera. Približne 25% pacientov má metastázy ochorenia v čase stanovenia diagnózy a u 25% pacientov sú dokázané neskôr. Len 30% z nich je resekabilných. Osud pacientov závisí od včasnosti diagnózy a chirurgickej liečby, ktorá je v súčasnosti jediná kuratívna. V minulom storočí boli pacienti s inoperabilnými metastázami liečený chemoterapiou, ktorej základom bola kombinácia 5-fluorouracilu s Leukovorínom, pričom priemerná doba prežívania bola 8 mesiacov. V 90. rokoch minulého storočia zavedením Oxaliplatinu do liečby s lekovorinom a 5-fluorouracilom (FOLFOX) a kombinácia s Lekovorínom, 5-fluorouracilom s Irinotecanom (FOLFIRI, 1998) sa prežívanie zlepšilo na 18 respektíve 20 mesiacov. Zavedením monoklonálnych protilátok proti endoteliálnemu rastovému faktoru (Bevacitumab) a epidermoidnému rastovému faktoru (Cetuximab) v kombinácii s chemoterapiou sa prežívanie zlepšilo o 10 mesiacov. U časti pacientov s pôvodne inoperabilným metastatickým karcinómom, u ktorých bola dosiahnutá odpoveď na liečbu, môže následná chirurgická liečba dosiahnuť dlhodobé prežívanie. Podľa poslednej štatistiky Národného onkologického registra, v roku 2005 bola na Slovensku diagnostikovaných 3312 nových prípadov kolorektálneho karcinómu. V Onkologickom ústave Sv. Alžbety na Chirurgickej klinike bolo operovaných v rokoch 2006–2009 697 pacientov s kolorektálnym karcinómom. Od roku 2005 bolo vykonaných 196 operačných výkonov na hepatektómia, 56× pravostranná hepatektómia, 19× ľavostranná, 14× rozšírená pravostranná, 1× rozšírená ľavostranná hepatektómia, 1× fere totalis hepatectomia, 9× centrálna resekcia, 9× caudatus lobectomy, 28× Neanatomické resekcie 41 RFA 18.</p> <p>U 10 pacientov boli vykonané opakované operácie metastáz kolorektálneho karcinómu po liečbe chemoterapiou kombinácií s monoklonálnymi protilátkami. Celkovo bolo vykonaných 29 reoperácií pre metastázy. Z toho 20× pre MTS v hepate (2× pravostranná hepatektómia, 2× centrálna resekcia, 3× neanatomická resekcia, 13× RFA), 4× segmentektómia pre metastázy v pľúcach, 5× metastáza v dutine brušnej, z toho 4× viacnásobná. Z reoperovaných pacientov dvaja prežívajú viac ako 5 rokov, šiesti preživali viac ako 36 mesiacov, traja z nich exitovali na progresiu, dvaja prežívajú viac ako 12 mesiacov z toho u jedného zistená progresia.</p> <p>Záver: Nové možnosti chemoterapie a jej kombinácie s monoklonálnymi protilátkami môžu zlepšiť prežívanie neznamenajú však kompletnú a dlhodobú remisiu a prežívanie u pacientov s metastázami kolorektálneho karcinómu. Kombinácie chemoterapie biologickej a chirurgickej liečby v súčasnosti dáva lepšie vyhliadky na kompletnú remisiu ochorenia v dlhodobejšom horizonte.</p>

Název:	Henleho kmen – žíla u hlavy slinivky
Autor:	Kachlík D.^{1,2}, Musil V.^{3,4}, Lískovec T.⁵, Čupka T.¹, Báča V.^{1,2}
Pracoviště:	<p>1) Ústav anatomie, 3. Lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze</p> <p>2) Katedra lékařských a humanitních oborů, Fakulta biomedicínského inženýrství, České vysoké učení technické v Praze</p> <p>3) Středisko vědeckých informací, 3. Lékařská fakulta v Praze</p> <p>4) Ústav informačních studií knihovnictví, Filozofická fakulta, Univerzita Karlova v Praze</p> <p>5) Dermatovenerologická klinika, 3. Lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady</p>
Přednosta:	Prof. MUDr. Josef Stingl, CSc. ¹
Anotace:	<p>Při operacích v oblasti hlavy slinivky je třeba soustředit se nejen na složité uspořádání tepenného řečiště (arcus pancreaticus anterior et posterior), ale zejména na špatně přehledné, velmi variabilní a málo pohyblivé žíly. Tyto žíly drénují colon ascendens, colon transversum, caput pancreatis, pylorus, curvatura major gastrici a jejunum a sbírají se přímo nebo postupně do vena mesenterica superior.</p> <p>Ve středu našeho zájmu stojí široký, avšak krátký kmen (s průsvitem 4,8–10 mm), který vzniká soutokem vena gastrointestinalis dextra, vena colica dextra superior a vena pancreaticoduodenalis anterior superior. Po krátkém horizontálním průběhu (3–23 mm) končí ve vzdálenosti 0–32 mm pod dolním okrajem caput pancreatis ve vena mesenterica superior. Poprvé byl popsán roku 1868 Jacobem Henlem, jenž jej nazval „vena gastrocolica“. Jeho moderní odpovídající anatomický název se uvádí jako truncus gastropancreaticocolicus (Henlei) a podle přítoků, účastníků se na jeho formování, ho lze klasifikovat na celkem 10 typů. Nejčastější je typ I (popsaný výše), přítomný v 38,5 % případů, druhým v pořadí je typ II (tvořený soutokem vena gastrointestinalis dextra et vena pancreaticoduodenalis anterior superior), nalezený v 34,5 % případů, třetím co do četnosti je kmen popsáný Henlem (typ IV, tvořený soutokem vena gastrointestinalis dextra et vena colica superior dextra), který se vyskytuje v 11,6 % případů. Pouze u 8,9 % případů (typ V) ústí všechny tři žíly samostatně do kmene vena mesenterica superior a není tak vytvořen žádný kmen.</p> <p>Truncus gastropancreaticocolicus nesmí být během operací vystaven přílišnému tahu, poněvadž pravé úhly vústění jeho přítoků i v místě jejího ústí do vena mesenterica superior nedovolují velké výkyvy polohy kmene a hrozí jeho natržením a velkým krvácením.</p>

Název:	SEPS – naše zkušenosti
Autor:	Chalupník Š., Veverková L.
Pracoviště:	I. chirurgická klinika FN u sv. Anny, Brno
Přednosta:	Prof. MUDr. Ivan Čapov, CSc.
Anotace:	<p>Chronické žilní onemocnění je významnou příčinou morbidit se zdravotními, sociálními a ekonomickými aspekty. U dospělé evropské populace je prevalence chronické žilní insuficience (CVI) 5–15 %. Endoskopická léčba inkompetentních perforátorů – SEPS (Subfascial Endoscopic Perforator Surgery) otevřela zcela novou éru periferní žilní chirurgie. Význam inkompetentních perforátorů v léčbě chronické venózní nedostatečnosti je zřejmý. Asi 1–2 % populace má nebo mělo venózní vřed. Hlavní skupinou pacientů, kteří by měli být léčeni touto metodou, jsou všichni s CVI (chronickou venózní nedostatečností) se zhojeným či otevřeným vředem s rozsáhlou lipodermatosklerozou, kde klasická operace by představovala riziko nezhojitelného defektu nekvalitní tkáně.</p> <p>Správná indikace je podmínkou a nutným předpokladem dobrého léčebného výsledku. Příchod nových léčebných metod, jako je SEPS si vyžaduje identifikaci perforátoru. Klinické vyšetření pacienta a vyšetření duplexní sonografií je významným parametrem při hodnocení perforátoru.</p> <p>Na I. chirurgické klinice Fakultní nemocnice u svaté Anny v Brně od roku 1997 do 2009 bylo operováno metodou SEPS celkem 153 pacientů. Celkový počet takto léčených končetin byl 162. Průměrný věk našich pacientů byl 43,2 let. Dvacet šest nemocných prodělalo dle dokumentace hluboký zánět žil s následnou rekanalizací žilního řečiště. Diabetes mellitus byl nalezen u 21 pacientů. Pacienti byli rozděleni dle stádia chronické žilní nedostatečnosti do kategorií CEAP. Ve čtvrtém stupni bylo 25 končetin pacientů, s příznaky patřící do V. stupně CEAP náleželo 105 končetin nemocných a otevřený bérkový vřed jich mělo 32 pacientů.</p> <p>Dle nálezu žilního refluxu byla zvolena operace. V 55 % se jednalo o izolovaný zákrok na spojkách, v 41 % byl proveden stripping VSM kombinovaný se SEPS a jen ve 4 procentech byl stripping VSP kombinován se SEPS.</p> <p>Pacienti jsou i nadále v naší dispenzární péči a výsledky po operaci jsou velmi příznivé. Po operaci bylo našim pacientům provedeno kontrolní vyšetření duplexem v rozmezí jednoho roku po operaci a D-PPG, které zhodnotilo zlepšení žilní insuficience. Z celkového počtu přerušených 379 perforátorů bylo nalezeno 19 insuficientních. Došlo ke zlepšení CVI ve všech případech, 26 pacientů ze 32 má zavřený bérkový vřed, ale v šesti případech se objevily znovuotevření bérkových defektů, které se otevřely po více jak 6 měsících. Jedná o pacienty s přidruženými chorobami DM a ICHS. Žilní reflux u těchto pacientů nebyl zjištěn.</p>

Název:	Rarítní příčina krvácení do horní části GIT
Autor:	Tomanová K., Šuráň M.
Pracoviště:	Chirurgické oddělení Městské nemocnice, Litoměřice
Přednosta:	MUDr. Karel Pacholík
Anotace:	Neobvyklá příčina krvácení do HČ GIT u 35letého pacienta.

Název:	Miniinvazívne operácie varixov dolných končatín metódou EVLT
Autor:	Boroš E., Halecký M., Borošová T.
Pracovište:	Chirurgické oddelenie, Železničné zdravotníctvo Košice s.r.o.; Gynekologické oddelenie, Východoslovenský onkologický ústav a.s. Košice
Primár:	MUDr. Erich Boroš
Anotace:	<p>V posledných 15 rokoch sa chirurgické techniky liečby varixov vyvíjajú smerom k výkonom s menšou invazivitou pri zachovaní ich dostatočnej radikality. Účelom liečby je adekvátne korigovať príčiny a dôsledky chronickej žilovej insuficiencie a pritom zachovať nepostihnuté žilové kmene. Dosiahnuť, čo najlepší kozmetický efekt, to vyžaduje rutinné využívanie farebnej duplexnej sonografie. Miniinvazívne postupy posledných 10 rokov rozširujú tradičnú žilovú chirurgiu. Znižujú operačnú morbiditu, redukujú počet a veľkosť chirurgických rezov, redukujú operačný čas a umožňujú rýchlejší návrat do bežného života. Súčasná možnosť miniinvazívnych techník v žilovej chirurgii su svetlom riadená flebektómia (TriVex®systém) a endoluminálne techniky: radiofrekvenčná ablácia vena saphena magna (VNUS Closure® systém), ablácia VSM laserom (EVLT®). Obe metódy z funkčného hľadiska vyradujú patologické žily bez toho, aby ich kompletne odstraňovali z tela pacienta. Uzáver safény umožňuje kompletne zastaviť reflux a významne zmenšiť alebo i celkom uzavrieť samotné varikózne konvoluty.</p> <p>Výsledky: Od septembra roku 2008 do marca 2010 sme operovali laserom 184 pacientov. Z nich 66 na obe dolné končatiny. Všetci operovaní pacienti boli pred operáciou vyšetrení sonograficky a bol dokázaný saféno-femorálny reflux. V súbore pacientov hodnotíme výskyt všeobecne uvádzaných komplikácií (žilová trombóza, porucha hojenia rany, termické poškodenie kože, krvácanie a vznik hematómu po perforácii žilovej steny laserom. V 100% sme dosiahli sonograficky preukázaný primárny uzáver veľkej bludivej žily. Výkon sme dopĺňali mikroflebektómiou vedľajších varikozít, prípadne sme ich ošetrili pooperačne skleroterapiou.</p> <p>Diskusia: Naše skúsenosti s EVLT sú povzbudivé. Pacienti znášajú tieto zákroky dobre, pooperačný priebeh je bezbolestný s okamžitým návratom k bežným aktivitám. Kozmetický efekt je veľmi dobrý. Zárok je ideálny pre jednoduchú chirurgiu a nevyžaduje celkovú anestéziu. Základom úspechu je dokonalé predoperačné vyšetrenie farebným duplexným ultrazvukom a jeho rutinné použitie počas celého operačného výkonu, čo môžeme považovať za <i>conditio sine qua non</i>. Zárok vyžaduje presné rešpektovanie metodiky výkonu, aby percento recidív bolo obmedzené na minimum a porovnateľné s klasickou chirurgickou liečbou.</p> <p>Súhrn: Endovenózna laserová ablácia VSM sa stáva štandardom pre liečbu povrchovej venózne insuficiencie. Poskytuje rýchly terapeutický efekt pre liečbu kmeňovej insuficiencie VSM s minimálnou záťažou pre pacienta a s minimom komplikácií. Naše výsledky s EVLT sú povzbudivé, dosiahli sme v 90 % prípadov veľmi dobrý terapeutický efekt bez závažných komplikácií.</p>

Název:	Desmoid a familiárna adenomatózna polypóza
Autor:	Durdík Š., Donát R., Palaj J., Dyttert D.
Pracovišťe:	Onkologický ústav Sv. Alžbety, Bratislava, Klinika chirurgickej onkologie
Přednosta:	Doc. MUDr. Durdík Štefan, Ph.D.
Anotace:	<p>Desmoid, mesenteriálna fibromatóza, je zriedkavé ochorenie, ktoré sa spolu s ampulárnym a duodenálnym karcinómom stalo najčastejšou príčinou smrti u pacientov s familiárnou adenomatóznou polypózou po zavedení profylaktickej kolektomie. Ide o ochorenie s lokálne agresívnym rastom bez metastatického potenciálu. Svojou najčastejšou lokalizáciou v mesenteriu a retroperitoneu sa správa ako malígne ochorenie pre intímny vzťah k mesenterickým cievam, črevu, močovodom a ďalším orgánom. Jednoznačná diferenciálna diagnostika mesenteriálnej fibromatózy najmä oproti gastrointestinálnym stromálnym tumorom je dôležitá nielen v rôznej prognóze ochorení ale v rozdielnom menežmente terapie. Spolu so zavedením nových liečebných modalít ako biologická terapia, hormonálna terapia a neoadjuvantná terapia sa zlepšili lekárske výsledky v boji s desmoidom. Chirurgická terapia má napriek častej rekurencii nádoru po resekcii a nevýhodnej lokalizácii tumoru v mesenteriu svoje nezastupiteľné miesto v terapii ako primárneho ochorenia, tak aj jeho komplikácii. V prednáške uvedieme dve kazuistiky, ktoré priblížia jednak diferenciálno diagnostický problém mesenteriálnej fibromatózy a jednak ťažký chirurgický boj s týmto „benígnym“ ochorením.</p>

Název:	Úskalí chirurgické léčby karcinomu prsu po neoadjuvantní chemoterapii
Autor:	Pecha V., Skovajsová M.
Pracoviště:	Medicon a.s., Praha
Primář:	MUDr. Václav Pecha
Anotace:	<p>Chemoterapie je jednou ze čtyř základních modalit onkologické léčby u karcinomu prsu, tedy: chirurgie, chemoterapie, radioterapie a hormonoterapie. V poslední době zde ještě přibyla biologická léčba. Neoadjuvantní chemoterapie je časový posun chemoterapie, který má minimálně jasně dvě dané indikace.</p> <p>A. zmenšení primárního nádoru a umožnění konzervativního chirurgického výkonu</p> <p>B. časné zahájení systémové léčby při pokročilém, nebo rizikovém nádoru</p> <p>Základem pro obě je:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. nádor cca 2, 5 cm a více – T2-3, N0 2. nádor jakékoliv velikosti s pozitivními axilárními uzlinami – T1-3 N1 3. nádor jakékoliv velikosti a stavu axilárních uzlin při vysokém stupni rizikovitosti nádoru stanovené imunohistochemickým vyšetřením – T1-3, NO-2, ER, PR neg HER2 neg, vysoká proliferativní aktivita <p>Očekávaný profit neoadjuvance je:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. předoperační zmenšení nádoru a možnost provedení konzervativního chirurgického zákroku. Jde vlastně o test chemoterapie in vivo 2. zahájení systémové léčby v případech pravděpodobného krevního či lymfatického rozsevu při velkém nádoru při primární diagnóze, primárním postižení lymfatických uzlin či rizikovém typu nádoru. <p>Pro využití možnosti provedení konzervativního výkonu při primárně velkých nádorech – T2 až T3 je nutno při dokonalé spolupráci s radiologem připravit operační terén před zahájením neoadjuvance tak, aby operující chirurg zcela přesně znal pozici původního nádoru před změnami po provedené chemoterapii.</p> <p>Bez přesné předchemoterapeutické a předoperační přípravy nelze po ukončení předoperační chemoterapie využít možnosti provedení konzervativního výkonu po změně velikosti primárního nádoru a tudíž se eliminuje jedna ze dvou možností využití předoperační chemoterapie, tedy provedení konzervativního zákroku při původně jakkoliv velkém primárním nádoru.</p> <p>Úzká spolupráce mezi radiologem, onkologem a operujícím chirurgem je základní podmínka pro efektivní využití předoperační chemoterapie v chirurgické léčbě pokročilého nebo agresivního karcinomu prsu.</p>

Název:	HAL/RAR v Novém Městě na Moravě – naše první zkušenosti
Autor:	Pačiska M.
Pracoviště:	Chirurgické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě p.o.
Přednosta:	MUDr. Milan Maleček
Anotace:	Principy, výhody a první výsledky při použití metody HAL/RAR v léčbě hemoroidálního onemocnění konečníku na našem pracovišti.



KLOUBNÍ NÁHRADY
KYČELNÍ
KOLENNÍ



MEDiN
ORTHOPAEDICS

9.00–11.30 **III. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE B**

Předsednictvo: M. Huťan, S. Jelen, A. Jenča, O. Teyschl

- B20 Teyschl O., Plánka L.:**
FN Brno, PDM, Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie
Zlomeniny stehenní kosti u dětí
- B21 Klóč P.:**
Oddelenie úrazovej chirurgie, Prešov
ESIN detského femuru – problematika dolnej vekovej hranice
- B22 Vronský R., Jelen S., Kopáček I., Krawczyk P., Prusenovský P.:**
Chirurgická klinika FN, Ostrava
Komplexní léčba kosti stehenní u dětí
- B23 Jenča A.:**
Klinika stomatológie a maxilofaciálnej chirurgie UPJŠ LF a FN L.P. Košice
Fronto-naso-orbito-maxilárne zlomeniny, úskalia, diagnostika a liečba
- B24 Jenča A., Dráč R., Andrejko S.:**
Klinika stomatológie a maxilofaciálnej chirurgie UPJŠ LF a FN L.P. Košice
Ankylózy TMK jako dosledok nediagnostikovaných zlomenín klbového výbežku sánky
- B25 Huťan M. ml., Huťan M., Škultéty J., Prochotský A., Sekáč J.:**
II. chirurgická klinika LF UK a FN sP, Bratislava
Využitie VAC pri infekcii prostetického materiálu vo všeobecnej chirurgii
- B26 Molitor M.^{1,2}, Vassena F.³, Fiala H.⁴, Vychodilová M.¹:**
¹⁾ *Oddělení plastické a estetické chirurgie FN Olomouc*
²⁾ *Oddělení plastické chirurgie KNTB Zlín*
³⁾ *Instituto Italiano di Chirurgia Della Mano, Monza, Itálie*
⁴⁾ *Klinika anesteziologie a resuscitace FN Olomouc*
Kousnutí hadem na ruce
- B27 Rypal A., Kopačka P.:**
TC České Budějovice
Zlomeniny hlezna s poraněním syndesmózy – technika osteosyntézy, přehled literatury

B28 **Molitor M.^{1,2}, Stehlík D.¹, Boča R.¹, Zálešák B.¹:**

¹⁾ Oddělení plastické a estetické chirurgie FN Olomouc

²⁾ Oddělení plastické chirurgie KNTB, Zlín

Rekonstrukce využitím konceptu „Spare Part Surgery“

B29 **Kodýtková A., Penka I., Hanke I., Ivičič J., Wasiková S.:**

Chirurgická klinika FN, Brno-Bohunice

Vzduchová embolie komplikující centrální žilní katetr

11.30 **ZAKONČENÍ SETKÁNÍ**

Název:	Zlomeniny stehenní kosti u dětí
Autor:	Teyschl O., Plánka L.
Pracoviště:	FN Brno, PDM, Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie
Přednosta:	Prof. MUDr. Petr Gál, PhD, MBA
Anotace:	<p>Úrazy jsou nejčastější příčinou nemocnosti a úmrtí v dětském věku. Zlomeniny stehenní kosti se vyskytují méně než ve 2 % skeletálních poranění u dětí, mají však významný dopad jak na pacienta, tak i na jeho rodinu a také na náklady léčeni.</p> <p>Účelem sdělení je prezentace epidemiologických údajů a hodnocení léčebných postupů u dětí přijatých na Kliniku dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie ve Fakultní nemocnici v Brně v roce 2009.</p> <p>V tomto období bylo léčeno pro zlomeninu stehenní kosti 37 pacientů, průměrného věku 9,2 roku. Jednalo se o 26 chlapců a 11 dívek (poměr 2,4 : 1). Operační metodu ESIN jsme provedli u 16 dětí, s věkovým průměrem 10,8 roku.</p> <p>Autoři hodnotí výsledky léčby zlomenin stehenní kosti u dětí a uvádějí specifickou problematiku těchto zlomenin pro dětský věk.</p>

Název:	ESIN detského femuru – problematika dolnej vekovej hranice
Autor:	Klóc P.
Pracovište:	Oddelenie úrazovej chirurgie, Prešov
Přednosta:	MUDr. Bujňák Jozef
Anotace:	V posledných rokoch je zrejmy radikálny posun k operačnej liečbe zlomenín diafýzy detského femuru i v skupine najmladších pacientov. Prednáška pojednáva o motíváciách použitia, výhodách i kontroverziách ESIN v konfrontácii s konzervatívnou liečbou týchto zlomenín u detí mladších ako 5 rokov. Súčasťou prednášky je prezentácia vlastného súboru pacientov s vyhodnotením výsledkov ich liečby

Název:	Komplexní léčba kosti stehenní u dětí
Autor:	Vronský R., Jelen S., Kopáček I., Krawczyk P., Prusenovský P.
Pracoviště:	Chirurgická klinika FN, Ostrava
Přednosta:	Doc. MUDr. Leopold Pleva, CSc.; prim. MUDr. Stanislav Jelen
Anotace:	<p>Zlomeniny stehenní kosti se podílejí u dětí a dospívajících podle různých autorů 10–12% na všech skeletárních poranění končetin a 40–50% na poranění skeletu dolních končetin. Obecně je dělíme na zavřené a otevřené. Diagnostika se opírá o klinické a rtg vyšetření. Léčba zahrnuje široké spektrum konzervativních a operačních metod včetně včasné rehabilitace.</p> <p>Za období 2000–2009 jsme ošetřili v TC FN Ostravě 15 785 dětských pacientů se skeletárním poraněním končetin. Pro tuto diagnózu jsme hospitalizovali 1 646 dětí, u 458 šlo o poranění skeletu dolních končetin. V 176 případech šlo o zlomeniny stehenní kosti. Šlo o poraněné ve věku 0,2–16 let.</p> <p>Konzervativně jsme léčili 7 pacientů, ostatní byli léčeni operací. Počty jednotlivých typů operací jsou uvedeny v tabulce.</p> <p>U 21 dětí jsme byli nuceni po operaci zlomeniny stehenní kosti použít pro nestabilitu osteosyntézy dodatečné sádrové fixace – jednostranné sádrové kyčelní spiky.</p> <p>Vždy šlo o dlouhé šikmé, případně spirální zlomeniny stehenní kosti operované metodou ESSIN (TEN). Tento postup sice přináší velmi dobré výsledky, ale u starších dětí (od věku 6 let), a zvláště pak dívek je hůře tolerován.</p> <p>Tento nedostatek jsme se pokusili řešit ve spolupráci s Oddělením technické ortopedie v Ostravě stehenní ortézou fungující na Sarmienteho principu. Ortéza umožňuje časnou rehabilitaci, zlepšuje hygienický komfort a je dětmi dobře tolerována. V současné době jsme tuto ortézu použili již u 76 pacientů. Nezaznamenali jsme zatím žádnou komplikaci v léčení zlomenin kosti stehenní. Považujeme její použití za perspektivní, umožňující časnou pooperační rehabilitaci – vertikalizaci pacienta.</p>

Název:	Fronto-naso-orbito-maxilárne zlomeniny, úskalia, diagnostika a liečba
Autor:	Jenča A.
Pracovište:	Klinika stomatológie a maxilofaciálnej chirurgie UPJŠ LF a FN L.P. Košice
Přednosta:	Dr.h.c. prof. MUDr. Andrej Jenča, CSc.
Anotace:	Kľúčové slová: zlomeniny, čelo, očnica, maxila, neurokranium, diagnostika
	<p>Úvod</p> <p>Zlomeniny fronto-orbito-maxilárneho komplexu patria medzi najzávažnejšie úrazy, ktoré rieši maxilofaciálnych chirurg. Ich výskyt sa v súčasnosti zvyšuje a to v dôsledku mechanizmu vzniku pri ťažkých automobilových nehodách ale i vyhľadávaniu adrenalínových športov a stupňovaním agresivity jedincov.</p> <p>Materiál a metódy</p> <p>Autori diagnostikovali a liečili pacientov, ktorí boli hospitalizovaní na Klinike stomatológie a maxilofaciálnej chirurgie LF UPJŠ a FN L. Pasteura Košice a na iných traumatologických pracoviskách, kde boli prizvaní za účelom terapeutického riešenia komplikácií, vzniknutých pri fronto-orbito-maxilárnych zlomeninách. Za obdobie 3 rokov ošetrili 21 pacientov, u ktorých rekonštruovali stratové poranenia. Z toho bolo 17 mužov a 4 ženy vo veku od 9–75 rokov. Anatomické výsledky boli zabezpečené kostnými transplantátmi v 8 prípadoch. K rekonštrukcii dura mater použili v 2 prípadoch fasciu. V 12 prípadoch výstelky a krytiu úlomkov trieštivých zlomenín frontálneho sinusu používali periost kalvy. Fixáciu úlomkov zabezpečili Leibingerovými dlahami.</p> <p>Výsledky</p> <p>Funkčné, anatomické výsledky u 21 pacientov s obnovou čuchu, pohyblivosti očí, úpravy po pneumocephalus, zabezpečení drenáže čelovej dutiny prezentujú autori na klinických prípadoch.</p> <p>Diskusia</p> <p>Poškodenie kraniofaciálneho skeletu je aj v súčasnosti obtiažné presne diagnostikovať a terapeuticky zvládnuť. Vyžaduje si to dobrú interdisciplinárnu spoluprácu, zručnosť a dobré znalosti v rekonštrukčnej chirurgii. Vo všetkých 18 prípadoch anatomické pomery boli prinavrátené takmer do pôvodnej formy s pomocou auto, allogénnych transplantátov kosti, bioinertných materiálov (titánové mriežky) v 4 prípadoch. Stratové poranenia mäkkých tkanív boli upravované par glissement metódou resp. lalokmi z blízkosti defektu.</p> <p>Záver</p> <p>Autori za ostatné 3 roky diagnostikovali a liečili 21 prípadov, ktorým prinavrátili anatomické a funkčné poškodenia v oblasti fronto-orbito-maxilárneho komplexu.</p> <p>Práca je podporovaná z dotácie MŠ SR č. 026-006 UPJŠ-8/2008, č. 027-007 UPJŠ-8/2008</p>

Název:	Ankylózy TMK jako dosledek nediagnostikovaných zlomenin klbového výbežku sánky
Autor:	Jenča A., Dráč R., Andrejko S.
Pracoviště:	Klinika stomatologie a maxilofaciální chirurgie UPJŠ LF a FN L.P. Košice
Přednosta:	Dr.h.c. prof. MUDr. Andrej Jenča, CSc.
Anotace:	Důsledná diagnostika ochorení a nádorů oromaxilofaciální oblasti mnohokrát vede k předcházení patologických stavů. Nepoznané, nezdiagnostikované resp. podcenění symptomů vede k znižování funkčnosti a k strpčování života postihnutého.
	<p>Abstrakt: Ankylózy temporomandibulárních klbov mají rozmanitý příčinu. Stupeň poškození závisí od příčinného faktora, délky jeho trvání, způsobu a metodiky léčby. Autori poukazují na oneskorené diagnostické závěry, neskorou rozpoznání stavů a neadekvátní léčbu. Výsledkem patologického procesu je mnohokrát vznik deformací maxilofaciální kostry, ale i měkkých tkání tváře.</p> <p>Klíčové slová: Ankylóza, temporomandibulární klb, úrazy, komplikácie.</p> <p>Materiál a metodika: Autori v súbore 28 ankyloz temporomandibulárny klbov poukazujú na príčiny a dôsledky ochorenia. Súbor pozostáva z pacientov poukázaných na Kliniku stomatológie a maxilofaciálnej chirurgie v rokoch 1980–2008.</p> <p>Výsledky: V súbore 28 pacientov bolo 19 mužov vo veku 1–58 rokov a 9 žien vo veku 2–50 rokov. Priemerná doba pre určenie diagnózy ankylózy temporomandibulárneho klbu od prvých príznakov bola 7 rokov. Liečba prvých ťažkostí v oblasti temporomandibulárneho klbu bola s M 9 mesiacov. Konzervatívna liečba trvala s M 5 rokov. Chirurgická intervencia bola vykonaná na 14 poškodených temporomandibulárných klbov.</p> <p>Diskusia: Autori prezentujú vo svojom súbore ťažkosti v diagnostike a liečbe pacientov, ktoré korelujú s literárnymi údajmi (2). Neskorá diagnostika má za následky vznik vynútených anomálií MF systému tak ako to tiež uvádza (7). Liečbu ankylotických zmien autori korelovali s (3,5,4,6,7).</p> <p>Záver: Výsledky autorov oprávňuje poukázať na zvýšený diagnostický záujem odbornej verejnosti v oblasti lakomochého aparátu sánky. Mnohé mikrotraumy vedú k ťažkým poruchám funkčnosti oromaxilofaciálneho systému. Stomatológ, otorinolaringológ, traumatológ, dentoalveolárny, maxilofaciálny chirurg, by mali v konziliárnych vyšetreniach viac využívať progresívne metódy diagnostiky.</p> <p>Literatúra: 1. Buton K. W. et al.: The TTN-TMJ Prosthesis : Ten Yers since Introduction and its Three alterations, Int J Oral Maxillofac Surg. 32: Suppl. 1-60, 2003 2. Chidzonga M. M.: Temporomandibular joint ankylosis: review of thirty – two case, Brit. J. Oral Maxillofac. Surg. 37:123-126, 1999 3. Friction J. et al.: Long Term Study of Temporomandibular Joint Surgeiy With Alloplastic Implnts Compared With Nonimplnt Surgery and Nonsurgical Rehabilitation for painrul Temporomandibular Joint Disc Displacement, J Oral Maxillofac Surg 60: 1400-1411, 2002 4. Jenča A., Kunec M., Supler M.: Przyczyny złaman (vyrostka klykcion) vego zuchwy. In: Stomatológia Współczesns. ISSN 1321 – 3254. Vol.9, nr.3, 2002, s.37-39. 5. Kaban L.B. et al.: A Protocol for Management of Temporomandbular Joint Ankylosis. J Oral maxillofac Surg, 48: 1145-1151, 1990 6. Rososcha J., Bačenková D., Hrbková H., Vaško, G., Švihla R., Jenča, A.: Human osteoblasts culture – methodology & clinical applications. In: Research Methodology in Orthopaedics and Reconstructive Surgery. Danvers: World Scientific, 2002, ISBN 981-02-4775-3. S.428-449. 7. Tasanen A. et al.: Closed condylotomy in the treatment of osteoarthritis of the temporomandibular joint. Int. J Oral Surg 10: 230-235, 1981</p>

Název:	Využitie VAC pri infekcii protetikého materiálu vo všeobecnej chirurgii
Autor:	Huťan M. ml., Huťan M.*, Škultéty J., Prochotský A., Sekáč J.
Pracovište:	II. chirurgická klinika LFUK a FNsP Bratislava *) IV. chirurgická klinika LFUK a FNsP Bratislava
Přednosta:	doc. MUDr. Ján Škultéty, CSc, doc. MUDr. Martin Huťan CSc.*
Anotace:	<p>Jednou z najväčších nevýhod použitia protetikého materiálu v chirurgii je možnosť jeho infekcie. V tomto prípade je veľmi obtiažne infekciu zvládnuť konzervatívne a jedinou všeobecne uznávanou možnosťou je extrakcia protetikého materiálu. V určitých prípadoch je však táto extrakcia možná iba za cenu priameho ohrozenia pacienta a je vyslovene nežiadúca. Benefit takejto operácie je mimoriadne sporný.</p> <p>Vacuum assisted closure (VAC) je metodika, využívajúca podtlak v liečbe komplikovaných rán. Táto metodika si už našla svoje miesto v množstve indikácií vo všeobecnej chirurgii a traumatológii, pričom jej veľkou výhodou je manažment komplikovaných rán, ktoré by sa inou terapiou nedali zvládnuť. Jednou z indikácií na aplikáciu systému VAC je aj infekcia protetikého materiálu u komplikovaných pacientov, kedy by extrakciou tohoto materiálu došlo k zvažnému poškodeniu pacienta.</p> <p>Autori si dovoľujú odprezentovať ich názory a skúsenosti s použitím VAC pri infekcii protetikého materiálu, podložené foto a video dokumentáciou pričom hodnotia, že použitie tejto metodiky rozširuje naše možnosti a posúva starostlivosť o pacienta o krok ďalej.</p>

Název:	Kousnutí hadem na ruce
Autor:	Molitor M.^{1,2}, Vassena F.³, Fiala H.⁴, Vychodilová M.¹
Pracoviště:	1) Oddělení plastické a estetické chirurgie FN Olomouc 2) Oddělení plastické chirurgie KNTB Zlín 3) Istituto Italiano di Chirurgia Della Mano, Monza, Itálie 4) Klinika anesteziologie a resuscitace FN Olomouc
Primář:	MUDr. Martin Molitor, Ph.D.
Anotace:	Kousnutí jedovatým hadem působí celkově i lokálně. Pokud pacient přežije, do popředí se dostává lokální nález. Tkáně jsou destruovány jednak jedem, jednak flegmónou. To vše vede k těžkým jizevnatým změnám a v oblasti rukou k závažným kontrakturám. V přednášce autoři prezentují kasuistiku pacientů s tímto poraněním, které operovali v rámci humanitární mise v Sierra Leone.

Název:	Zlomeniny hlezna s poraněním syndesmózy – technika osteosyntézy, přehled literatury
Autor:	Rypl A., Kopačka P.
Pracoviště:	TC České Budějovice
Primář:	MUDr. P. Kopačka
Anotace:	Insuficience syndesmózy má za následek patologickou pohyblivost v hlezenním kloubu v podobě zvýšené everze talu ve spojení se subjektivním pocitem nestability a laterální posun talu, představující významnou preartrotickou deformitu. Kromě odpovídající kliniky a subjektivních pocitů nestability zjišťujeme anamnesticky pronačně everzní nebo pronačně abdukční zlomeninu hlezna. Při perzistujících chronických bolestech po ošetření hlezna musíme mj. myslet i na možnost chronické insuficience syndesmózy s nutností její operační rekonstrukce. Autoři se ve sdělení v kontextu s poraněním syndesmózy zabývají správnou interpretací zlomeniny hlezna ve vztahu ke klasifikaci zlomeniny, kladou důraz na intraoperační diagnostiku možného poranění syndesmózy.

Název:	Rekonstrukce využitím konceptu „Spare Part Surgery“
Autor:	Molitor M.^{1,2}, Stehlík D.¹, Boča R.¹, Zálešák B.¹
Pracoviště:	1) Oddělení plastické a estetické chirurgie FN Olomouc 2) Oddělení plastické chirurgie KNTB, Zlín
Primář:	MUDr. Bohumil Zálešák
Anotace:	<p>Úvod: Spare Part Surgery je chirurgický postup založený na principu maximálního šetření tkání v rekonstrukční chirurgii. Z poraněných nebo jinak poškozených tkání se dají odebrat buď štěpy (kostní, cévní, nervové, kožní), nebo laloky (tzv. „fillet flap“). Klasifikaci „fillet“ laloků provedl Küntscher a kol. a publikoval v PRS, Sept. 2001.</p> <p>Materiál a metodika: V přednášce je proveden rozbor několika kazuistik s použitím „fillet flapu“ jak stopkovaných, tak volných. Autoři hodnotí výhody postupu i funkční a estetický výsledky.</p> <p>Závěr: Při rekonstrukcích rozsáhlých defektů po devastačním poranění nebo po resekci tumorů je „Spare Part Surgery“ prospěšným konceptem, na který je nutno pamatovat a dle možnosti ho využít. Přináší většinou nejlepší kosmetické i funkční výsledky a snižuje, nebo zcela eliminuje, morbiditu donorského místa.</p>

Název:	Vzduchová embolie komplikující centrální žilní katetr
Autor:	Kodýtková A., Penka I., Hanke I., Ivičič J., Wasiková S.
Pracoviště:	Chirurgická klinika FN, Brno-Bohunice
Přednosta:	Prof. MUDr. Zdeněk Kala, CSc.
Anotace:	<p>Vzduchová embolie vznikající při manipulaci s CVK je vzácná, ale potenciálně letální komplikace. Může vzniknout při zavádění, manipulaci či extrakci CVK, a to tehdy, pokud je centrální žilní tlak nižší než tlak atmosferický a pokud existuje komunikace mezi vzdušným prostorem a žilním systémem. Hlavními faktory ovlivňujícími morbiditu a mortalitu jsou objem a akumulace vniknuvšího vzduchu a poloha pacienta. Pokud vnikne antegrádně do pravostranných srdečních oddílů jen malé množství vzduchu (desítky ml), je asymptomaticky vstřebáno. Při vniknutí vzduchu v množství stovek ml dochází sledem patofyziologických mechanismů až ke kardiovaskulárnímu selhání a v případě přítomnosti anomálního pravolevého zkratu může vést i k paradoxní embolii. Posledním případem je retrográdní průnik vzduchu do žilního systému mozku, který již v jednotkách mililitrů může vést k fatálním důsledkům.</p> <p>Referujeme případ 55-leté pacientky přijaté na naši kliniku s primoatakou akutní divertikulitidy. Pro podávání infuzní a ATB terapie byl cestou pravé subklaviální žíly zaveden CVK. Dochází k postupné regresi stavu, je plánována dimise. Bezprostředně po extrakci CVK ale náhle vzniká porucha vědomí, křeče. Akutně provedené CT mozku prokazuje vzduchové bublinky paraselárně v kavernožním sinu a v oblasti konfuens sinuum. Zavedena resuscitační péče, sedace, intubace, UPV. Postupně zlepšován stav vědomí, extubace, přetrvává pravostranná hemiparéza. Kontrolní CT za 48 hodin prokazuje mozkový edém a regresi denzit vzduchu. Nasazena antiedematózní terapie. Pacientčin stav se upravuje ad integrum, bez rezidua pravostranné hemiparézy.</p> <p>Na tomto případě chceme ukázat, že je důležité pomýšlet na tuto vzácnou, avšak závažnou komplikaci CVK a na nutnost dodržování preventivních opatření, která snižá pravděpodobnost jejího vzniku.</p>



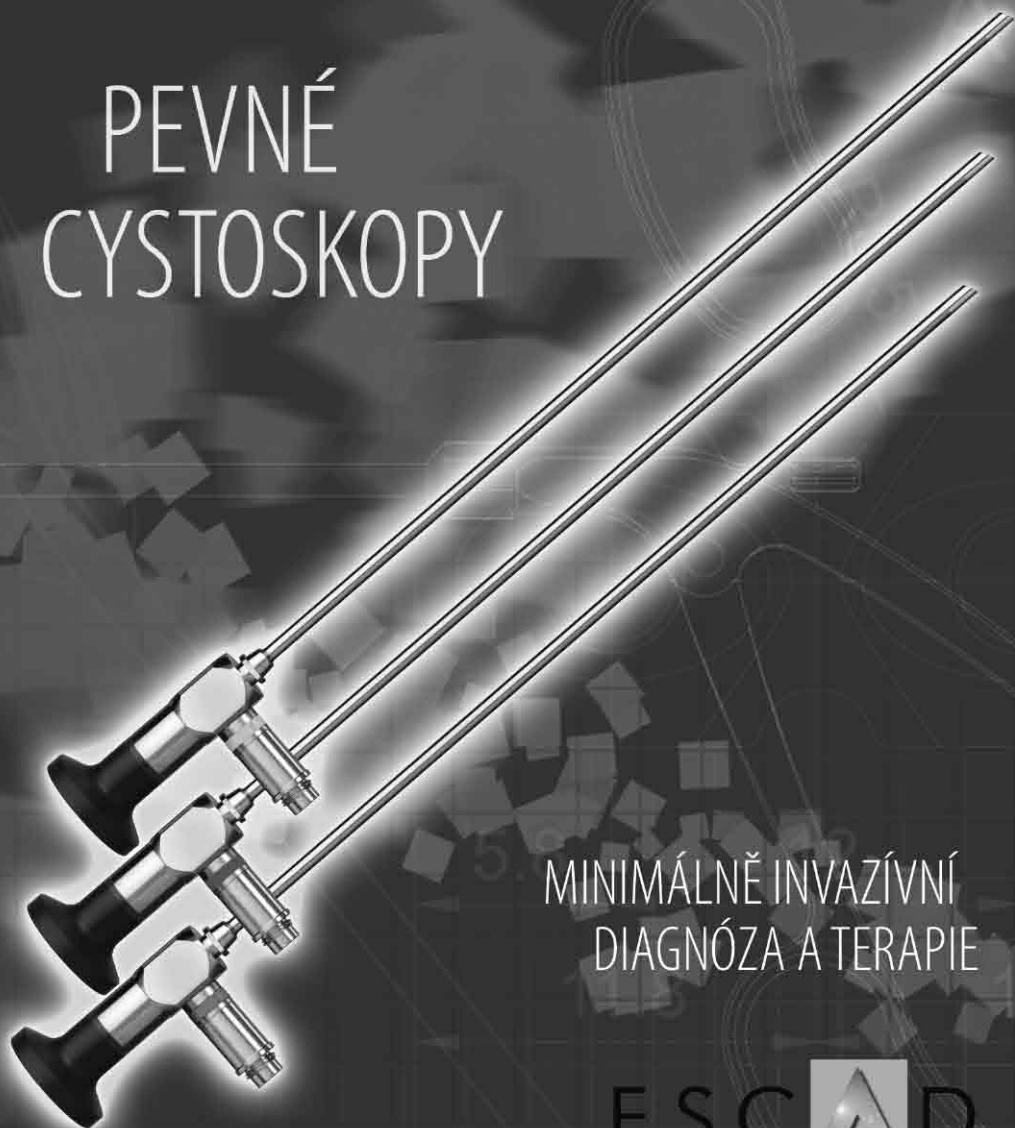
NÁHRADA KYČELNÍ HLAVICE
MEDIN CEP BIPOLÁRNÍ
MEDIN CEP



MEDiN
ORTHOPAEDICS



PEVNÉ CYSTOSKOPY



MINIMÁLNĚ INVAZÍVNÍ
DIAGNÓZA A TERAPIE

ESCAD
MEDICAL



FLEXIBILNÍ ENDOSKOPY



MINIMÁLNĚ INVAZIVNÍ
DIAGNÓZA A TERAPIE

ESCAD
MEDICAL



ARTROSKOPICKÉ KLEŠTĚ





HŘEBY TIBIÁLNÍ



PROVEDENÍ OCEL A TITAN



HŘEB HUMERÁLNÍ KRÁTKÝ



PROVEDENÍ OCEL A TITAN



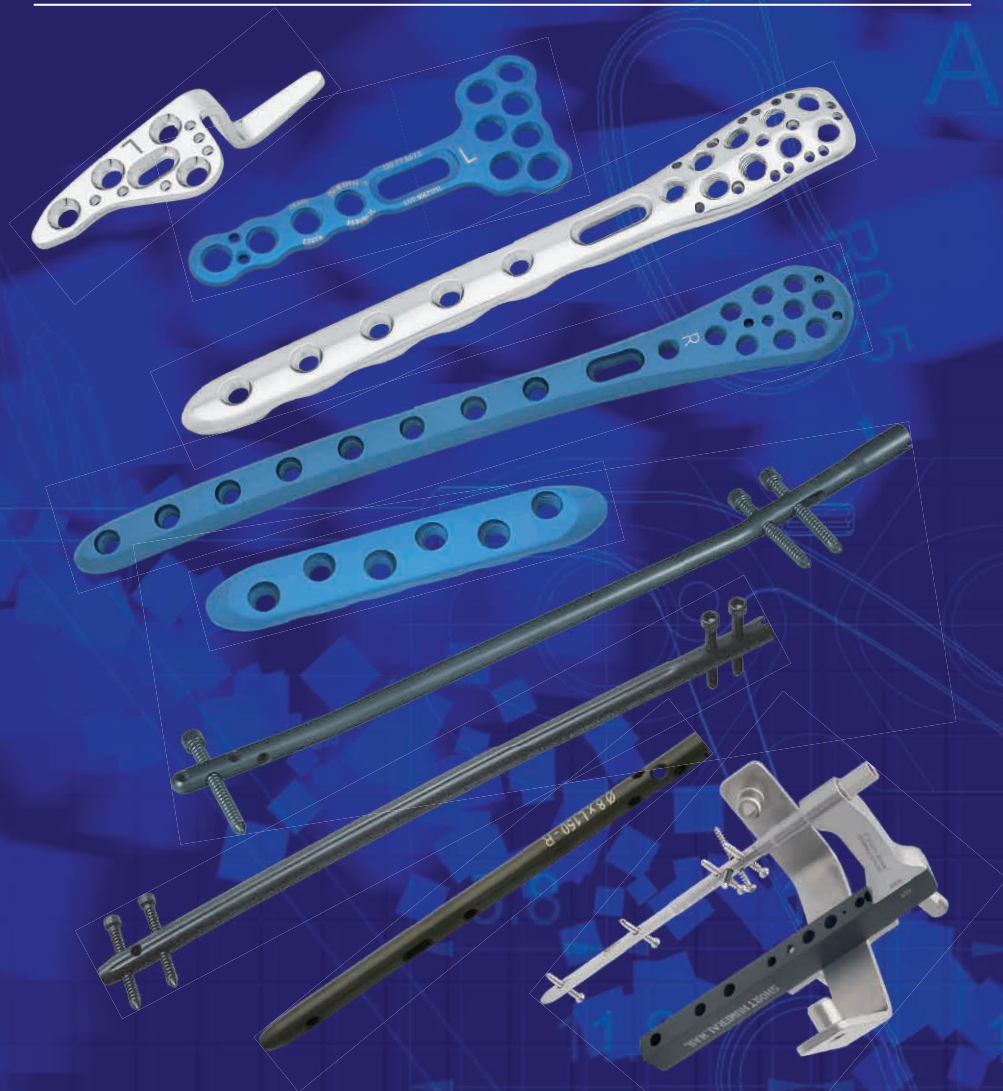
ÚHLOVĚ STABILNÍ DLAHY



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