



S B O R N Í K P Ř E D N Á Š E K

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

19.–20. KVĚTNA 2011
NOVÉ MĚSTO NA MORAVĚ
SKALSKÝ DVŮR



ÚHLOVĚ STABILNÍ DLAHY



PROVEDENÍ OCEL A TITAN

Vážené kolegyně a kolegové,
vážení účastníci XIII. Setkání českých a slovenských chirurgů na Moravě,

o tom, jak velice si vážíme spolupráce s firmou MEDIN a jak důležitá je, nejen pro organizaci tohoto „Setkání“, ale i pro naši odbornou práci v chirurgii, jsem se zmínil v minulém ročníku Sborníku přednášek a jenom bychom opakovali řečené. Je ale nutno konstatovat, že tomu tak je i nadále – jedním z důkazů je i tento třináctý sborník, který si Vám dovoluujeme předložit.

Naším přáním je, aby Vám byl dobrým pomocníkem v rychlé orientaci v programu sjezdu a snad i zaarchivovanou vzpomínkou na něj.

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 a pánové,

za firmu MEDIN mám letos osobně poprvé čest říci, jak si naše společnost opravdu velmi váží spolupráce s vámi a je naším cílem ji i nadále rozvíjet a prohlubovat. Proto se vás chceme ještě více ptát na vaše přání a doporučení a doufám, že k tomu budeme mít vhodnou příležitost právě i na tomto setkání.

Událost by však měla být i příležitostí k setkání s přáteli a kolegy a prožití příjemných chvil v malebné části Českomoravské vrchoviny, což doufám, se nám společně podaří naplnit.

Ing. Milan Ettl

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



XIII. setkání českých a slovenských chirurgů na Moravě

POŘADATELÉ

Česká lékařská společnost J. E. Purkyně – Spolek lékařů v Novém Městě na Moravě

Česká chirurgická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně

Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace

Česká společnost chirurgie ruky

MEDIN, a.s., Nové Město na Moravě

ČESTNÉ PŘEDSEDNICTVO

Prof. MUDr. Peter Kothaj, Ph.D. prezident Slovenskej chirurgickej spoločnosti

prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc. předseda výboru České chirurgické společnosti ČLS JEP

Ing. Milan Ettel generální ředitel MEDIN, a.s.,
Nové Město na Moravě

Doc. MUDr. Karel Havlíček, CSc. místopředseda výboru České chirurgické společnosti ČLS JEP

Dr. Constantin hrabě Kinský Žďár nad Sázavou

Prof. MUDr. Július Mazuch, DrSc. Chirurgická klinika JLF UK a UNM Martin

JUDr. Věra Palečková ředitelka Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.

Bc. Michal Šmarda starosta Nového Města na Moravě

Ing. Josef Zvěřina emeritní generální ředitel MEDIN, a.s.,
Nové Město na Moravě

ORGANIZAČNÍ VÝBOR

MUDr. Jiří Šustáček

MUDr. Dobroslav Novák

Marta Malušková

Marie Křenková

Ing. Alice Nejedlá

David Mahel

Programový přehled

ČTVRTEK 19. KVĚTNA 2011	
koordinátor sekce A MUDr. Jiří Šustáček	koordinátor sekce B MUDr. Dobroslav Novák
SEKCE A	SEKCE B
9.00 hodin sál A – zahájení setkání	
přestávka – coffee break	
9.30–11.00 hodin A1–A6	9.30–11.00 hodin B1–B6
přestávka – coffee break	
11.30–13.00 hodin A7–A12	11.30–13.00 hodin B7–B13
přestávka – oběd	
SEKCE C	
14.00–15.15 hodin hotel Skalský Dvůr – sál C WORKSHOP TRAUMATOLOGIE	
15.15 hodin odjezd autobusu od hotelu Skalský Dvůr EXKURZE MEDIN	
17.00 hodin hotel Skalský Dvůr – sál B KULTURNÍ PROGRAM	
19.30 hodin hotel Skalský Dvůr SPOLEČENSKÝ VEČER	
PÁTEK 20. KVĚTNA 2011	
koordinátor sekce A MUDr. Jiří Šustáček	koordinátor sekce B MUDr. Dobroslav Novák
SEKCE A	SEKCE B
9.00–11.30 hodin A13–A24	9.00–11.30 hodin B14–B26
11.30 hodin zakočení setkání, oběd	

9.00 **SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ – SÁL A**

ÚVODNÍ SLOVO

PŘESTÁVKA, COFFEE BREAK

9.30–11.00 **I. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE A**

předsednictvo: Durdík Š., Hruban J., Škultéty J.

- A1 **Durdík Š., Marek V., Palaj J., Sabol M.**
Klinika onkologickej chirurgie OUSA, Bratislava
Kolorektalny karcinóm – predoperačný paging a rozvaha
- A2 **Klementa I., Skalický P., Zbořil P., Starý L., Vysloužil K., Neoral Č.**
I. chirurgická klinika FN, Olomouc
Naše první zkušenosti s robotickou chirurgií rekta
- A3 **Hemmelová B., Vavříková M., Penka I., Robek O., Ostřížková L.**
Chirurgická klinika FN, Brno-Bohunice
Korelace EUS, CT a MRI u infiltrace rekta s klinickým nálezem
- A4 **Grolích T., Kala Z., Penka I., Procházka V., Robek O., Bednařík O., Ostřížková L.**
Chirurgická klinika FN, Brno-Bohunice
Využití laparoskopické ileostomie a sigmoideostomie u výrazně stenozujících symptomatických tumorů rekta před neadjuvantní léčbou
- A5 **Gergel M., Hladík M., Olejník J.**
Chirurgická klinika SZU a UNB, nemocnica akad. L. Déreera, Bratislava
Radikálnosť klasickej verzus laparoskopickej chirurgie kolorektálneho karcinómu
- A6 **Krajničák R., Vrzgula A., Pribula V., Dečo Š.**
III. chirurgická klinika SZU, Nemocnica Košice – Šaca, a.s.
Protetivna ileostómia při laparoskopickej nízkej resekcii rekta

11.00–11.30 **COFFEE BREAK**

11.30–13.00 **II. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE A**

předsednictvo: Čavojec P., Huťan M., Olejník J.

- A7 **Marek F., Kala Z., Kysela P., Ostřížková L., Penka I., Ivičič J.**
Chirurgická klinika FN, Brno-Bohunice
Vynucené operační revize u pacientů s KRK probíhající biologickou léčbou

- A8 **Adamov R., Bizík I., Johanes R.**
Chirurgické oddělení FNŠP, Žilina
Diagnostický a terapeutický přínos laparoskopie v limbe ileu tenkého čreva
- A9 **Marek V., Palaj J., Durdík Š., Sabol M.**
Klinika onkologické chirurgie OUSA, Bratislava
Metastázy kolorektálního karcinómu v pečeni – je možné eliminovat ich recidivu?
- A10 **Kachlík D., Musil V., Menšíková H., Le Roy A., Bába V.**
Ústav anatomie 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, Praha
Klinická anatomie makro- i mikrocirkulace tlustého střeva
- A11 **Bruk V., Lonský V.**
Kardiochirurgická klinika FN, Olomouc
Penetrující masivní bodné poranění pravé komory srdeční
- A12 **Bruk V., Steriovský A.**
Kardiochirurgická klinika FN, Olomouc
Torakoskopicky asistované radiofrekvenční ablace pro fibrilaci síní
- 13.00 **OBĚD**
- 15.15 **EXKURZE MEDIN, a.s.** (odjezd autobusu od hotelu Skalský Dvůr)
- 17.00 **KULTURNÍ PROGRAM** (na hotelu Skalský Dvůr)
- 19.30 **SPOLEČENSKÝ VEČER** (na hotelu Skalský Dvůr)

Název:	Kolorektálny karcinóm – predoperačný staging a rozvaha
Autor:	Durdík Š., Marek V., Palaj J., Sabol M.
Pracovišťe:	Klinika onkologickej chirurgie OUSA, Bratislava
Přednosta:	Doc. MUDr. Štefan Durdík, Ph.D.
Anotace:	<p>Incidencia kolorektálneho karcinomu je na Slovensku jedna z najvyšších na svete. Jeho liečba vyžaduje multidisciplinárny prístup. Na to, aby bola liečba čo najefektívnejšia je potrebný kvalitný predoperačný staging.</p> <p>Autori vo svojej práci analyzujú jednotlivé predoperačné vyšetrenia využívané pri stagingu kolorektálneho karcinómu. Za podstatné považujú zhodnotenie 1. T štádia, 2. regionálnych uzlín, 3. extramurálnej venózne infiltračie, 4. vzdialených metastáz. Na podklade porovnania svojich skúseností s renomovanými svetovými štúdiami vyberajú najvhodnejšie vyšetrenia pri kompletizácii predoperačného stagingu.</p> <p>Následná multidisciplinárna liečba úzko súvisí s predoperačným stagingom. Veľký význam prisudzujeme neoadjuvantnej radiochemoterapii. Snažíme sa najst' kritéria vhodné k selekcii pacientov na krátkodobú radioterapiu, či dlhodobú radiochemoterapiu. Navrhujeme vyšetrenia a ich načasovanie vhodné k restagingu ochorenia po neoadjuvantnej liečbe.</p> <p>V závere práce sa zameriavame na výber najvhodnejšej chirurgickej techniky k danému štádiu ochorenia. Súčasťou tejto časti je aj pokus o riešenie v súčasnosti aktuálnej dilemy – kedy operovať laparoskopicky, kedy otvorenou metódou.</p>

Název:	Naše první zkušenosti s robotickou chirurgií rekta
Autor:	Klementa I., Skalický P., Zbořil P., Starý L., Vysloužil K., Neoral Č.
Pracoviště:	I. chirurgická klinika FN, Olomouc
Přednosta:	Doc. MUDr. Čestmír Neoral, CSc.
Anotace:	Autoři ve svém sdělení shrnou obecné výhody a nevýhody robotické chirurgie pro karcinom rekta. Součástí bude i hodnocení vlastního souboru operovaných nemocných za 1,5 roku provádění robotických výkonů na I. chirurgické klinice FN Olomouc.

Název:	Korelace EUS, CT a MRI u infiltrace rekta s klinickým nálezem
Autor:	Hemmelová B., Vavříková M., Penka I., Robek O., Ostřížková L.
Pracoviště:	Chirurgická klinika FN, Brno-Bohunice
Přednosta:	Prof. MUDr. Zdeněk Kala CSc.
Anotace:	Komplexní staging nádorů rekta je podmínkou stanovení léčebné strategie. Lokální nález na základě hloubky infiltrace stěny rekta a postižení lymfatických uzlin stanoví EUS a MRI pánve. Systémové postižení posoudí CT plic, CT břicha - pánve, nádorové markery. V našem sdělení dokládáme na několika kazuistikách korelaci stagingových vyšetření s klinickým nálezem, efekt neoadjuvantní léčby a specifický přístup v jednotlivých případech podle stagingu nádorů rekta. Zatímco EUS dobře odliší T1 od T2, MR dokáže posoudit hloubku postižení jednotlivých vrstev stěny rekta, vztah infiltrace k fascia rectalis a okolním orgánům u lokálně pokročilých TU ve stadiu T3 a T4. MR, CT i EUS se stejnou specifitou a senzitivitou posoudí postižení uzlin. Každá z těchto vyšetřovacích metod má nezastupitelné místo ve stagingu tumorů rekta, posouzení operability, efektu neoadjuvantní léčby a vzniku lokální recidivy.

Název:	Využití laparoskopické ileostomie a sigmoideostomie u výrazně steno- zujících symptomatických tumorů rekta před neoadjuvantní léčbou
Autor:	Grolich T., Kala Z., Penka I., Procházka V., Robek O., Bednařík O., Ostříž- ková L.
Pracoviště:	Chirurgická klinika FN, Brno-Bohunice
Přednosta:	Prof. MUDr. Zdeněk Kala CSc.
Anotace:	Pacienti s adenokarcinomem rekta, kteří jsou indikováni k neoadjuvantní léč- bě a mají poruchu pasáže v oblasti tumoru je, dle našich zkušeností, vhodné zajistit před neoadjuvantní léčbou stomií. Stomii, jejíž typ je zvolen dle typu předpokládaného resekcčního výkonu, zakládáme přednostně laparoscopic- ky. Tam, kde bude stomie sloužit jako definitivní, ji zakládáme extraperitone- ální cestou z důvodu prevence parastomální herniace

Název:	Radikálnosť klasickej verzus laparoskopickej chirurgie kolorektálneho karcinómu
Autor:	Gergel M., Hladík M., Olejník J.
Pracovišťe:	Chirurgická klinika SZU a UNB, nemocnica akad. L. Déreera, Bratislava
Přednosta:	prof. MUDr. Juraj Olejník, Ph.D.
Anotace:	<p>Východisko: Chirurgia kolorektálneho karcinómu aj pri svojej prevalencii je kvalitatívne dominantnou časťou chirurgie kolorekta. Využitie laparoskopickej techniky v štandardnej chirurgickej praxi onkochirurgie kolorekta rezonovalo v poslednom decéniu predchádzajúceho milénia. Stále znejúcou otázkou ale ostáva obava o primeranú onkologickú radikálnosť laparoskopického prístupu. Naša prezentácia porovnáva vlastné skúsenosti v chirurgickej radikálnosti klasických verzus laparoskopických resekcii kolorekta.</p> <p>Metódy: Porovnanie dvoch súborov pacientov (klasické verzus laparoskopické operačné postupy) z obdobia 2009–2010. Pacienti v oboch súboroch podstúpili elektívnu radikálnu resekciu pre kolorektálny karcinóm v I.–III. štádiu WHO. Súbor s klasickým postupom tvorilo 25 pacientov, súbor s laparoskopickým prístupom tvorilo 22 pacientov.</p> <p>Výsledky: Priemerný počet zachytených lymfatických uzlín v resekáte bol 13,3 / 12,3 ($p=0,64$); najkratšia vzdialenosť okraja resekatu bola 6,0 cm / 6,4 cm ($p=0,32$); operácia trvala 128 min / 175 min</p>

Název:	Protektívna ileostómia pri laparoskopickej nízkej resekcii rekta
Autor:	Krajničák R., Vrzgula A., Pribula V., Dečo Š.
Pracovište:	III. chirurgická klinika SZU, Nemocnica Košice – Šaca, a.s.
Přednosta:	MUDr. Andrej Vrzgula, Ph.D.
Anotace:	<p>Výskyt laeku z anastomózy po nízkej resekcii rekta je jednou z najčastejších komplikácií a vyskytuje sa u 5–20% pacientov po nízkej resekcii rekta. Čo je presnou príčinou vzniku laeku a aké sú rizikové faktory je predmetom záujmu mnohých štúdií. Presná patogenéza sa nedá určiť, zatiaľ poznáme len rizikové faktory.</p> <p>Na základe týchto skutočností môžeme predpokladať vyššie riziko vzniku laeku a komplikácií s ním spojených. Protektívna stómia je jednou z možností ako predísť týmto komplikáciám a znížiť morbiditu.</p> <p>Autori na pracovisku vykonávajú laparoskopické resekcie pre kolorektálny karcinóm od roku 2004 a prezentujú prvé skúsenosti s realizáciou protektívnej stómie pri laparoskopickej nízkej resekcii rekta. Pacientom s rizikom vzniku laeku z anastomózy zakladajú loop ileostómiu a uzatvárajú ju najskôr po 3 mesiacoch po kontrolných vyšetreniach.</p> <p>Metódu hodnotia ako jednoduchú a v súlade s dostupnou literatúrou znižujú výskyt komplikácií spojených s laekom z anastomózy.</p>

Název:	Vynucené operační revize u pacientů s KRK a probíhající biologickou léčbou
Autor:	Marek F., Kala Z., Kysela P., Ostřížková L., Penka I., Ivičič J.
Pracoviště:	Chirurgická klinika FN, Brno-Bohunice
Přednosta:	prof. MUDr. Zdeněk Kala, CSc.
Anotace:	V onkologických centrech přibývá pacientů s metastazujícím kolorektálním karcinomem léčených biologickou léčbou. Incidence komplikací hojení operační rány i intraabdominálních komplikací narůstá právě u těchto pacientů. V klinických studiích jsou udávány tyto komplikace u 15 % pacientů v porovnání se 4 % u pacientů bez podání bevacizumabu. Doporučený odstup od chirurgického výkonu je udáván minimálně 28 dnů. V našem sdělení chceme prezentovat naše zkušenosti u 3 pacientů operovaných akutně při probíhající biologické léčbě bevacizumabem.

Název:	Diagnostický a terapeutický prínos laparoskopie v liečbe ileu tenkého čreva
Autor:	Adamov R., Bizík I., Johanés R.
Pracovište:	Chirurgické oddelení FNŠP, Žilina
Primář:	MUDr. Rastislav Johanés
Anotace:	Na chirurgickom oddelení FNŠP Žilina je pri klinickej diagnóze ileu tenkého čreva štandardne indikovaná laparoskopická revízia. Naše skúsenosti s iniciálnou laparoskopickou diagnostikou a v indikovaných prípadoch možnosťou rýchlej terapeutickkej intervencie prezentujú pozitívne výsledky a prínos laparoskopie v liečbe ileu tenkého čreva.

Název:	Metastázy kolorektálneho karcinómu v pečeni – je možné eliminovať ich recidívu?
Autor:	Marek V., Palaj J., Durdík Š., Sabol M.
Pracovište:	Klinika onkologickej chirurgie OUSA, Bratislava
Přednosta:	Doc. MUDr. Štefan Durdík Ph.D.
Anotace:	<p>Približne u 50 % pacientov s kolorektálnym karcinómom sa v priebehu ochorenia vytvoria metastázy v pečeni. Hepatálna resekcia predstavuje metódu voľby pri ich liečbe. Pri jej zvažovaní vznikajú dva závažné problémy:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Väčšina pacientov je v čase diagnostiky ochorenia nevhodným kandidátom pre resekčný výkon (veľkosť a lokalizácia mts ložísk) 2. Pacienti, ktorí absolvujú resekčnú liečbu sú postihnutí častými a včasnými recidívami mts ložísk v pečeni. <p>Zavedením nových chemoterapeutík včetně monoklonálnych protilátok a zdokonalením chirurgickej techniky dochádza k podstatnému zlomu vo výsledkoch liečby hepatálnych metastáz kolorektálneho karcinómu – predlžuje sa doba bezchorobia ako aj doba pečívania po hepatálnych resekciách, vďaka downstagingu ochorenia sú k operácii indikovaní pacienti prv neoperovaní.</p> <p>Autori sa vo svojej práci snažia poukázať na výhody resp. nevýhody chemoterapie pri liečbe kolorektálnych metastáz pečene. Vytvárajú stratégiu prevencie a diagnostiky chemoterapiou indukovaného poškodenia pečene (steatosis, steatohepatitis, sinusoidálny obštrukčný syndróm), zvažujú rozne kombinácie chemoterapie a resekcie pečene a najvhodnejší timing resekčného výkonu po chemoterapii. Navrhujú agresívnejšie chirurgické postupy (dvojdobá resekcia pečene) v snahe zefektívniť liečbu hepatálnych metastáz kolorekta.</p>

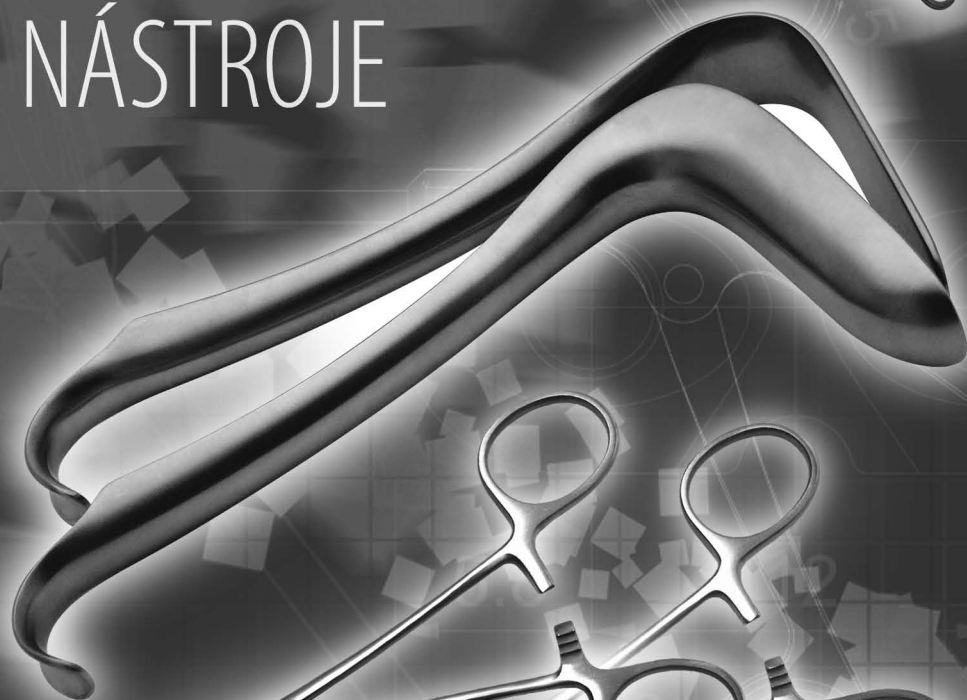
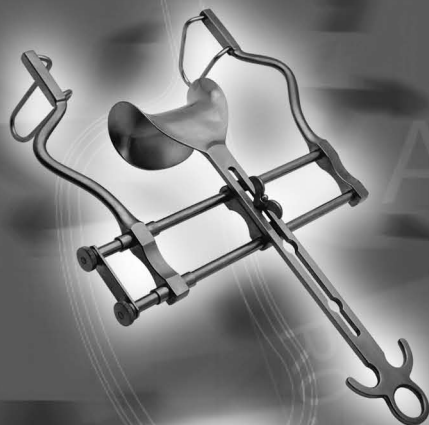
Název:	Klinická anatomie makro- i mikrocirkulace tlustého střeva
Autor:	Kachlík D., Musil V., Menšíková H., Le Roy A., Báča V.
Pracoviště:	Ústav anatomie 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, Praha
Přednosta:	Prof. MUDr. Josef Stingl, CSc.
Anotace:	<p>Krevní zásobením tlustého střeva a jeho variace má velký význam jak při chirurgických zásazích, tak při prognóze nespecifických střevních zánětů. Široká variabilita se týká zejména makrocirkulace, mikrocirkulace naopak vykazuje stabilní úpravu napříč populací.</p> <p>Metodika: Důkladná rešerše historické i současné literatury předcházela zpracování 151 vzorků tlustého střeva získaných jak peroperačně, tak ze sekčního materiálu. Vzorky byly buď zpracovány metodikou tušového nástříku, fixace a preparace nebo metodikou nástříku pryskyřicí, korozi a následným zpracováním v řádkovacím elektronovém mikroskopu.</p> <p>Výsledky: Makroskopická část ukázala variabilitu větvení, zejména přítomnost přídatných tračnickových tepen, např. arteria colica media z oblasti slivňkových tepen či arteria rectosigmoidea pro přechod esovitého tračnicku a konečníku. Oblast klinicky popisovaných kritických bodů (Griffitův, Toupetův, Sudeckův) nevykazovala žádné makroskopické rozdíly vůči okolí. Mikrocirkulační část zobrazila v detailu krátké a dlouhé přímé větve vytvářející plexus subserosus, z nichž některé podbíhají taeniae coli. Jejich větve se zanořují do stěny tlustého střeva, prorážejí svalovinou a vytvářejí plexus submucosus. Tato pletěň se rozprostírá skrz celé tlusté střevo i konečník a slouží jako mocná kolaterála. Svalovina dostává z této pleteně centrifugální větve a dílem menší centripetální větve z povrchu. Slizniční pletěň opřádá glandulae intestinales (Lieberkühnovy krypty) a vytváří charakteristický hexagonální vzor. Žádná mikroskopická místa s řidším cévním zásobením nebyla na tlustém střevě popsána.</p> <p>Závěr: Tzv. kritické body nabývají svého významu teprve u pacientů s dalším postižením, tj. nespecifickými záněty, akcentovanou arteriosklerózou a u malých dětí, jejichž cévní řečiště je teprve ve fázi vývoje.</p>

Název:	Penetrující masivní bodné poranění pravé komory srdeční
Autor:	Bruk V., Lonský V.
Pracoviště:	Kardiochirurgická klinika FN, Olomouc
Přednosta:	Doc. MUDr. Vladimír Lonský, Ph.D.
Anotace:	V naší kasuistice popisujeme případ, kdy mladému muži nešťastnou náhodou se do levého hemithoraxu zabodla dřevěná tříska velikosti oštěpu a způsobila velké perforující poranění pravé srdeční komory. Díky profesionálnímu zásahu RZP a úzké součinnosti s Kardiochirurgickou klinikou FN Olomouc, se nám podařilo standardním chirurgickým zákrokem nemocného zachránit bez použití mimotělního oběhu.

Název:	Torakoskopicky asistované radiofrekvenční ablace pro fibrilaci síní
Autor:	Bruk V., Steriovský A.
Pracoviště:	Kardiochirurgická klinika FN, Olomouc
Přednosta:	Doc. MUDr. Vladimír Lonský, Ph.D.
Anotace:	Četnost výskytu fibrilace síní (FS) odpovídá četnosti výskytu ICHS v populaci. V případě, že se vyskytuje s jiným onemocněním, indikovaným ke kardiochirurgické operaci, je léčení již rutinní. Pro velkou skupinu zejména mladších nemocných s izolovanou formou paroxysmální FS, je v současnosti nejefektivnější metodou miniinvazivní torakoskopická ablace fibrilace síní radiofrekvenční metodou (TARAFS). Součástí prezentace je i videozáznam z prováděné operace TARAFS (torakoskopicky asistované radiofrekvenční ablace fibrilace síní).



CHIRURGICKÉ NÁSTROJE





ÚHLOVĚ STABILNÍ DLAHY



PROVEDENÍ OCEL A TITAN

9.30–11.00 I. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE B

předsednictvo: Nestrojil P., Vaculík V., Vajcziková S.

- B1 **Vajcziková S., Chandoga I., Kilian M., Šajter M.**
II. Ortopedicko-traumatologická klinika LF UK, UN Bratislava
Rekonstrukční operace distálního predlaktia po fraktura male sanata
- B2 **Ruber V., Mach P., Mašek M.**
Klinika úrazové chirurgie LF MU a FN Brno
Nové typy dlah pro osteosyntézu zlomenin distálního radia dorzálním přístupem
- B3 **Pliska L., Bialý L.**
Traumacentrum FN, Ostrava
Ošetření zlomeniny distálního radia nitrodřeňovou osteosyntézou K dráty – výhody a limity
- B4 **Bialý L., Pliska L.**
Traumacentrum centrum FN, Ostrava
Perilunární luxace karpu – naše zkušenosti
- B5 **Kruželová L., Heger T., Božík M., Šimko P.**
Klinika úrazové chirurgie, UN Bratislava
Floating lunate – kazuistika
- B6 **Mihály J., Tarbajovský P.**
Oddelenie úrazovej chirurgie, FN Prešov
Poranenie flexorov ruky – timing, sutura, výsledky

11.00–11.30 COFFEE BREAK

11.30–13.00 II. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE B

předsednictvo: Hellmuth T., Krajničák J., Látal J.

- B7 **Hellmuth T., Parkánová S., Schmoranzová A.**
Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou
Rehabilitace po šlachových poraněních – flexory
- B8 **Parkánová S., Schmoranzová A., Hellmuth T.**
Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou
Poranění DA nad DIP – banální poranění?

- B9 **Hellmuth T., Kebrle R.**
Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou
Rehabilitace po šlachových poraněních – extenzory
- B10 **Hellmuth T., Kebrle R., Paroulek J.**
Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou
Nitrodřeňová osteosyntéza zavřených zlomenin metakarpů a následná RHB péče
- B11 **Krajničák J., Babik J., Krajničák R.**
Chirurgické oddelenie Vranov nad Topľou, Klinika popálenin a rekonštrukčnej chirurgie I. súkr. nemocnice Košice – Šaca
Zlepšení úchopovej funkcie ruky predĺžením kýptov po amputáciach
- B12 **Vronský R., Bialý L.**
Oddělení centrálního příjmu FN, Ostrava
Naše zkušenosti s ošetřením ztrátových poranění distálních článků prstů
- B13 **Hellmuth T., Kebrle R., Paroulek J.**
Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou
Terapie poranění distálních článků prstů – tipy a triky

13.00–14.00 **OBĚD**

14.00–15.15 **WORKSHOP TRAUMATOLOGIE – SEKCE C**

- C1 **Paša L., Kužma J.**
Klinika traumatologie LF MU, Úrazová nemocnice, Brno
Proximální femorální hřeb MEDIN
- C2 **Janata P.**
Chirurgické oddělení Oblastní nemocnice, Jičín
Proximální humerální hřeb MEDIN
- 15.15 **EXKURZE MEDIN, a.s.** (odjezd autobusu od hotelu Skalský Dvůr)
- 17.00 **KULTURNÍ PROGRAM** (na hotelu Skalský Dvůr)
- 19.30 **SPOLEČENSKÝ VEČER** (na hotelu Skalský Dvůr)

Název:	Rekonštrukčné operácie distálneho predlaktia po fraktura male sanata
Autor:	Vajcziková S., Chandoga I., Kilian M., Šajter M.
Pracovište:	II. Ortopedicko-traumatologická klinika LF UK, UN Bratislava
Přednosta:	Doc. MUDr. Silvia Vajcziková, Ph.D.
Anotace:	Výsledky primárneho riešenia komplikovaných zlomenín distálneho predlaktia B III, C II, III nie sú vždy optimálne a bývame nútení pristúpiť k rekonštrukčným operáciám. Timing a operačné riešenie je prísne individuálne. Na našej klinike sme za roky 2006–2010 operovali 29 pacientov s ťažkou osovou deformáciou distálneho predlaktia. Výsledky podľa Mayo skóre sú podľa závažnosti stavu prevažne dobré.

Název:	Nové typy dlah pro osteosyntézu zlomenin distálního radia dorzálním přístupem
Autor:	Ruber V., Mach P., Mašek M.
Pracoviště:	Klinika úrazové chirurgie LF MU a FN Brno
Přednosta:	Doc. MUDr. Michal Mašek, CSc.
Anotace:	Zlomeniny distálního radia patří k nejčastějším zlomeninám ošetřovaným na chirurgických či traumatologických ambulancích. I přes to, že k operační léčbě přistupujeme asi ve 30 % případů, patří díky počtu poranění osteosyntéza distálního radia k velmi frekventovaným výkonům. Operační léčba se řídí dle principů AO společnosti. Dorzální operační přístup přitom patří k méně častým a zároveň ve všeobecném podvědomí k méně oblíbeným. Dle principů AO jsou však typy zlomenin které jsou k tomuto přístupu jednoznačně indikovány. Naše práce přináší první informaci o zkušenostech s využitím nového typu anatomicky preformovaných úhlově stabilních dlah určených právě k ošetření zlomenin distálního radia z dorzálního přístupu.

Název:	Ošetření zlomeniny distálního radia nitrodřeňovou osteosyntezou K dráty – výhody a limity
Autor:	Pliska L., Bialý L.
Pracoviště:	Traumacentrum FN, Ostrava
Přednosta:	Doc. MUDr. Leopold Pleva, CSc.
Anotace:	Léčba zlomenin distálního radia zaznamela v poslední dekádě nebyvalý pokrok. Nástup úhlově stabilních implantátů změnil pohled na tuto problematiku a umožnil dosahovat mnohem lepší léčebné výsledky. Na pracovišti autorů je základní metodou léčby zlomenin distálního radia osteosyntáza úhlověstabilním implantátem, přesto je nadále oblíbenou a využívanou i metoda osteosyntézy nitrodřeňově zavedenými K dráty, v literatuře popsána jako osteosyntéza sec. Py. Autoři prezentují svoje desetileté zkušenosti s touto metodou na souboru 63 pacientů, zaměřují se na indikační limity uvedené osteosyntézy a její komplikace a výhody.

Název:	Perilunární luxace karpu – naše zkušenosti
Autor:	Bialy L., Pliska L.
Pracoviště:	Traumacentrum centrum FN, Ostrava
Přednosta:	Doc. MUDr. Leopold Pleva, CSc.
Anotace:	Složitá architektura radiokarpálního kloubu a jeho poranění má za následek vysokou variabilitu klinických a rtg nálezů, včetně možnosti diagnostických a léčebných omylů při jejich nesprávné interpretaci. V sdělení pojednáváme o našem souboru léčených pacientů.

Název:	Floating lunate – kazuistika
Autor:	Kruželová L., Heger T., Božík M., Šimko P.
Pracoviště:	Klinika úrazovej chirurgie, UN Bratislava
Přednosta:	Prof. MUDr. Peter Šimko, CSc.
Anotace:	Kazuistika pacientka s dg. floating lunate, diagnostikovaná s odstupom cca 6 mesiacov od úrazu. U pacienta klinicky aj RTG verif. kombinovaná nestabilita zápästia, následne AS verifikovaná SL a LT instabilita, ktorá riešená plasticou sec. Brunelli a dorzálnou kapsulodézou. Klinické výsledky a porovnanie s dostupnou literatúrou.

Název:	Poranenie flexorov ruky – timing, sutura, výsledky
Autor:	Mihály J., Tarbajovský P.
Pracovište:	Oddelenie úrazovej chirurgie, FN Prešov
Primár:	MUDr. Jozef Bujňák
Anotace:	<p>V retrospektívnej štúdii bolo analyzovaných 50 poranení šliach flexorov prstov ruky s kompletnou léziou v zónach ZI, ZII a ZIII. Cieľom štúdie bola analýza timingu definitívneho ošetrenia, spôsobu sutúry a získaných výsledkom po ukončení rehabilitácie.</p> <p>V súčasnosti nie je nevyhnutné ošetrenie do 6, ev. 24 hodín preferované v prvej polovici 20. storočia na základe prác S. Bunnella. Ukázalo sa, že ošetrenie do 72–94 hodín po úraze má rovnako dobré výsledky a lepšie je prvotné ošetrenie na špecializovanom pracovisku, ako urgentné ale nedokonalé ošetrenie šliach.</p> <p>V štúdii sú:</p> <p>a) komparované výsledky po ošetrení 50 poranení šliach flexorov prstov ruky v zónach ZI, ZII, a ZIII, ktoré boli ošetrené Kesslerovým modifikovaným stehom a obšitím do 24 hodín, do 94 hodín a po 14 dňoch,</p> <p>b)komparovaný výsledok oštreňa rovnakého poranenie šliach flexorov ukazováka do 94 hodín a urgentne ošetenených šliach,</p> <p>c) prezentované ošetrenie šliach po 7 dňoch s vynikajúcim výsledkom.</p>

Název:	Rehabilitace po šlachových poraněních – flexory
Autor:	Hellmuth T., Parkánová S., Schmoranzová A.
Pracoviště:	Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou
Primář:	MUDr. Alena Schmoranzová
Anotace:	Přednáška navazuje na přednášku o rehabilitaci po poranění extenzorového aparátu, rehabilitační postupy jsou opět probrány s ohledem na zónování, timing a použité techniky. Popisuje aktivní (Mantero), semiaktivní (Kleinertovu) a pasivní (Duran-Hauser, Coony, place and hold) techniky a jejich možné kombinace.

Název:	Poranění DA nad DIP – banální poranění?
Autor:	Parkánová S., Schmoranzová A., Hellmuth T.
Pracoviště:	Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou
Primář:	MUDr. Alena Schmoranzová
Anotace:	Mechanismus extenze prstů ruky je velmi složitý. Narušení extenzorového systému patří mezi běžná a častá poranění, a může být spojeno se špatnou péčí o pacienta, pokud není adekvátně léčeno. Zranění extenzoru je v literatuře věnována mnohem menší pozornost, než poranění flexoru. Tato prezentace přináší přehled o léčbě poranění DA nad DIP dvou a tříčlánekových prstů.

Název:	Rehabilitace po šlachových poraněních – extenzory
Autor:	Hellmuth T., Kebrle R.
Pracoviště:	Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou
Primář:	MUDr. Alena Schmoranzová
Anotace:	Přednáška navazuje na přednášku o rehabilitaci po poranění extenzorového aparátu, rehabilitační postupy jsou opět probrány s ohledem na zónování, timing a použité techniky. Popisuje aktivní (Mantero), semiaktivní (Kleinertovu) a pasivní (Duran-Hauser, Coony, place and hold) techniky a jejich možné kombinace.

Název:	Nitrodřeňová osteosyntéza zavřených zlomenin metakarpů a následná RHB péče
Autor:	Hellmuth T., Kebrle R., Paroulek J.
Pracoviště:	Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou
Primář:	MUDr. Alena Schmoranzová
Anotace:	Zavřené fr. metakarpů patří mezi středně – vysokoenergetické trauma. Otevřená osteosyntéza způsobuje další trauma, které zpomaluje hojení, zvyšuje riziko infektu, prodlužuje otok a zvyšuje kloubní ztuhlost a návrat do plné funkce. Nitrodřeňová OS metakarpů je všeobecně známou technikou, poprvé popsanou G. Foucherem v roce 1976. Přednáška popisuje indikace, vlastní operační techniku a následnou rehabilitaci. Vlastní metodika je dokumentována na souboru sériových fraktur řešených touto technikou na našem pracovišti v posledních 10 letech. K výhodám nitrodřeňové osteosyntézy patří retence úlomků bez nutnosti zásahu do místa traumatu, časná mobilizace, nízké riziko infektu, možnost kombinace s jiným druhem osteosyntézy, relativní jednoduchost a cena. K nevýhodám pak patří užší indikační šíře a pracnost při vyšším počtu metakarpů.

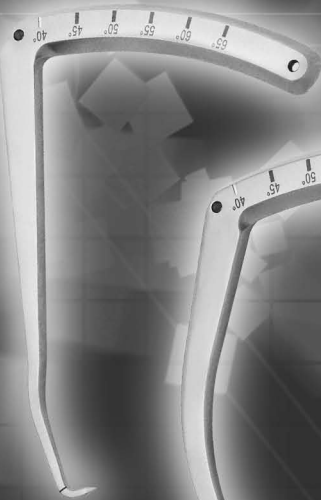
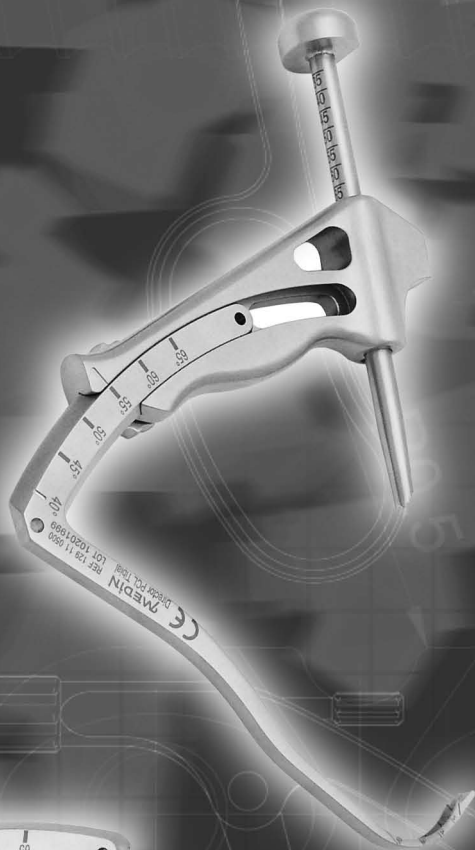
Název:	Zlepšení úchopové funkce ruky předlžením kýptv po amputáciach
Autor:	Krajničák J., Babik J., Krajničák R.
Pracoviště:	Chirurgické oddelenie Vranov nad Topľou, Klinika popálenin a rekonštrukčnej chirurgie I. súkr. nemocnice Košice – Šaca
Přednosta:	MUDr. M. Hlivák, MUDr. J. Babik
Anotace:	<p>Najčastejším úrazom znižujúcim funkciu ruky sú amputácie, popáleniny alebo davastujúce poranenia palca a prstov ruky. Pri niektorých nie je možná replantácia, ktorá však má tiež svoje úskalia. Určité šance prináša možnosť predlženia kýptv najmä palca, ukazováka a prsteníka, ktoré sú dôležité pre pinzetový úchop a úchop v štipke. Vyhodnotili sme subjektívne pocity pacientov po predlžení v ich praktickom živote.</p> <p>Najčastejšie predlžované boli kýpte základných článkov palca, ukazováka a 3. prsta. Indikáciou na predlženie bolo predpokladané zlepšenie pinzetového úchopu alebo vylepšenie úchopu v štipke. Väčšina pacientov mala predlžený jeden kýpeť a jeden pacient 2 kýpte (základný článok ukazováka a 3. prsta). Predlžovanie sa začína okolo 10. dňa po osteotómii 2x0,5 mm denne. Kýpte boli predlžené o 1–2 cm. Komplikácie neboli pozorované.</p> <p>Použili sme vonkajší fixátor rámového typu. Je možné použiť akýkoľvek malý fixátor s ktorým je možné vykonávať denne posun úlomkov. Pacient po zcvičení si predlžovanie vykonáva sám obyčajne ráno a večer.</p> <p>Všetci pacienti hodnotili zlepšenie funkcie ako veľmi dobre, hlavne vo vzťahu k vlastným obslužným funkciám. V profesnej činnosti a hobby je prínos veľmi individuálny.</p>

Název:	Naše zkušenosti s ošetřením ztrátových poranění distálních článků prstů
Autor:	Vronský R., Bialý L.
Pracoviště:	Fakultní nemocnice Ostrava, Odd. centrálního příjmu
Primář:	MUDr. Stanislav Jelen
Anotace:	<p>Ruka, jeden z nejdokonalejších nástrojů člověka je často vystavena poranění. Téměř 30 % všech poranění připadá na poranění ruky. Poranění prstů se podílí až 50 % na těchto poraněních, velmi často jsou poraněny distální články prstů. I přes incidenci těchto poranění nejsou výsledky jejich ošetření vždy uspokojivé a to jak pro jejich podcenění, tak i ne zcela adekvátní léčebné postupy. K nejzávažnějším poraněním distálních článků prstů patří poranění ztrátová. Uvádíme naše zkušenosti s ošetřováním těchto poranění za období 1999–2010.</p> <p>Poranění bývají nejčastěji způsobena okružní pilou, hoblovkou, nářezovým strojem příp. poranění nožem. K netypickým mechanismům pak řadíme poranění způsobená pádem kanálové výpusti, zachycení ozubeným soukolím, řetězem jízdního kola nebo noži, sekačky na trávu.</p> <p>Rozsah poranění hodnotíme dle Trumbleho. Používáme plastiku dle Tranquillioho nebo Kutlera. Vlastní postup je znázorněn na schématech a diapozitivech. Zdůrazňujeme, že incize nesmí přesahovat interfalangeální rýhu. K sutuře používáme monofilní nevstřebatelné vlákno síly 3/0 příp. 4/0.</p> <p>Chtěli jsme upozornit na poměrně jednoduchý způsob řešení ztrátových poranění distálních článků prstů. Jeho výhodu proti volnému štěpu vidíme v tom, že přenášíme resp. posouváme kůži se zachovaným cévním zásobením a inervací. Vzhledem k jeho technické jednoduchosti jej lze použít v každé chirurgické ambulanci.</p>

Název:	Terapie poranění distálních článků prstů – tipy a triky
Autor:	Hellmuth T., Kebrle R., Paroulek J.
Pracoviště:	Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou
Primář:	MUDr. Alena Schmoranzová
Anotace:	V přednášce jsou popsány techniky ošetření subunguálního hematomu, jednoduché lacerace a avulze dist. čl., poranění nehtového lůžka a germin. matrix. Dále je zde popsáno řešení přidružených lézí, jako jsou zlomeniny, traumata n. lůžka, devaskularizační a amputační poranění.



ACL/PCL CÍLIČ



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

předsednictvo: Davinič V., Mazuch J., Šauer V.

- A13 **Huťan M., Huťan M. ml. *, Novák Š., Rybář J.**
*IV. chirurgická klinika UNB a LFUK Bratislava, *II. chirurgická klinika UNB a LFUK Bratislava*
K problematice paliativnej liečby malígneho ikteru
- A14 **Škultéty J., Sekáč J., Prochotský A., Huťan M. ml.**
II. chirurgická klinika LF UK a UN Bratislava
GIST pažeráka
- A15 **Chalupník Š., Vlček P., Korbička J.**
I. chirurgická klinika FN U sv. Anny, Brno
Abdominální kompartment syndrom
- A16 **Huťan M., ml., Huťan M. *, Škultéty J., Sekáč J., Prochotský A.**
*II. chirurgická klinika UNB a LFUK Bratislava, *IV. chirurgická klinika UNB a LFUK Bratislava*
Rationale použitia VAC (Vacuum assisted closure) pri technike open abdomen
- A17 **Sekáč J., Škultéty J., Prochotský A., Daniel I., Huťan M.**
IV. chirurgická klinika, Univerzitná nemocnica Bratislava
Stručný príspevok k managementu achalázie z pohľadu chirurga
- A18 **Šauer V.**
Chirurgické oddelení Domažlické Nemocnice
Inoperabilní tumor retroperitonea v podmínkách provinční nemocnice
- A19 **Davinič V., Lang J., Papp A.**
Chirurgické oddelenie Nemocničná a.s., Malacky
Harmonický skalpel a lupové okuláre logickým vývojom operách štítnej žľazy: naše skúsenosti
- A20 **Tomanová K., Šuráň M.**
Chirurgické oddelení Městské nemocnice, Litoměřice
Neobvyklá příčina haemoperitonea u mladé ženy
- A21 **Mazuch J., Mištuna D., Huľo E., Smolár M., Červená Z.**
Chirurgická klinika JLF UK a UNM Martin
Chirurgická liečba extrémnych varixov dolných končatín s ťažkou chronicou venóznou insuficienciou a trofickými zmenami po morbidnej obezite

- A22 **Bížik I., Adamov R., Benková M., Korec P.**
Chirurgické oddelenie FNsP, Žilina
Nezvyčajný prípad migrácie Kirschnerovho drotu v retroperitoneu
- A23 **Rindoš R., Kubas V., Uhliarik L.**
Chirurgická klinika ÚVN, FN Ružomberok
Nepoznané traumatické ruptury bránice – kazuistika
- A24 **Vogel P., Soboňa M., Víghová M., Soboňová J.**
Oddelenie úrazovej chirurgie, FNsP Nové Zámky
Naše skúsenosti s pooperačnou autológnou transfúziou krvi

11.30 **ZAKONČENÍ SETKÁNÍ**

Název:	K problematike paliatívnej liečby malígneho ikteru
Autor:	Huťan M., Huťan M. ml.*, Novák Š., Rybár J.
Pracovište:	IV. chirurgická klinika UNB a LFUK Bratislava, *II. chirurgická klinika UNB a LFUK Bratislava
Přednosta:	doc. MUDr. Martin Huťan CSc., * doc. MUDr. Ján Škultéty CSc.
Anotace:	<p>Obštrukčný ikterus ohrozuje pacienta krvácaním, hepatorenálnym zlyhaním a cholangiogénnou sepsou v dôsledku purulentnej cholangitídy. Možnosti liečby obštrukčného ikteru sú chirurgické, endoskopické, predovšetkým pri distálnej obštrukcii a intervenčne rádiologické, predovšetkým pri proximálnej obštrukcii (PTD – perkutánná transhepatická drenáž). Sú možné aj kombinácie metód, tzv. „rendez-vous“ techniky. Snahou chirurga je radikálna liečba (duodenopankreatektómia, resekcia, transplantácia), avšak mnohokrát sa musí uspokojiť s paliatívnou operáciou na umožnenie odtoku žlče. Z derivačných metód možno využiť biliodigestívne anastomózy, drenáže žlčových ciest, ako aj intrahepatálne anastomózy. V diagnostike sa využívajú nasledovné metódy – USG, CT, MRCP, ERCP a laparoscopia.</p> <p>Autori uvádzajú súbor 38 pacientov, u ktorých bola ERCP neuskutočnená alebo neúspešná a všetci mali stanovenú inoperabilitu procesu predoperačne alebo peroperačne. Najčastejšie vykonali hepatikojejunoanastomózu alebo choledochojejunoanastomózu (u 17 pacientov), u 4 pacientov našli hepatikojejunoanastomózu na III. segment. Exploratívnu laparotómiu urobili u 6 pacientov. U 20 pacientov došlo k ústupu ikteru a ústupu subjektívnych ťažkostí, 6 pacientov exitovalo do 30 dní. K biliodigestívnej anastomóze pripojili 6x gastroenteroanastomózu a 4x splanchiectómiu.</p> <p>V diskusii rozoberajú problematiku z hľadiska svetovej literatúry. Záverom uvádzajú, že pri voľbe paliatívnej derivácie žlče je potrebné zvážiť:</p> <ul style="list-style-type: none"> – celkový stav pacienta – predpokladané prežívanie pacienta – technické a personálne možnosti – dostupnosť – efektivitu zákroku (nutnosť reintervencie, možnosť pridruženého výkonu) – morbiditu a mortalitu zákroku

Název:	GIST pažeráka
Autor:	Škultéty J., Sekáč J., Prochotský A., Huťan M. ml.
Pracoviště:	II. chirurgická klinika LF UK a UN Bratislava
Přednosta:	Doc. MUDr. Ján Škultéty, CSc.
Anotace:	Autori vo svojej prezentácii poukazujú na výskyt tumorov klasifikovaných ako GIST. Prezentujú svoje skúsenosti s diagnostikou, liečbou a adjuvantnou liečbou GISTov, so zameraním predovšetkým na operačnú techniku pri liečbe GISTov.

Název:	Abdominální kompartment syndrom
Autor:	Chalupník Š., Vlček P., Korbička J.
Pracoviště:	I. chirurgická klinika FN U sv. Anny, Brno
Přednosta:	Prof. MUDr. Ivan Čapov, CSc.
Anotace:	<p>Zvýšení nitrobřišního tlaku představuje jeden ze základních patofyziologických mechanismů limitující perfuzi/metabolismus splachnických orgánů a přispívá ke zvýšené frekvenci pooperačních komplikací.</p> <p>Příčiny zvýšení nitrobřišního tlaku představují traumata, rozsáhlé operace a záněty v dutině břišní a retroperitoneu.</p> <p>Následné komplikace jsou jednak břišní – snížené prokrvení splachnických orgánů (jak na úrovni makrocirkulace tak i mikrocirkulace), zhoršené hojení ran, prodloužení střevní paralýzy. Komplikace mimobřišní představují zhoršení plicních funkcí, snížení žilního návratu (oběhová instabilita), porušení funkce ledvin, snížení intrakraniálního prokrvení.</p> <p>Terapie je založena na odstranění reverzibilní příčiny IAH (katetrizace močového měchýře u močové retence, gastrická sonda u gastroparezy atd., tento postup považujeme v léčbě IAH za samozřejmost). Dále udržení adekvátního perfúzního tlaku pro nitrobřišní orgány (Minimální abdominální perfúzní tlak (APP) nad 70 mm Hg (APP = MAP – IAP), korekce volémie, podávání noradrenalinu do CŽK. V krajním případě pak snížení IAP založením dekompresní laparostomie (ethizip).</p> <p>Závěr: Měření IAP je jedním ze základních faktorů monitorace pacientů s rizikem výskytu IAH. Zachování minimálního abdominálního perfúzního tlaku vede ke snížení množství komplikací.</p>

Název:	Racionale použitia VAC (Vacuum assisted closure) pri technike open abdomen
Autor:	Huťan M., ml., Huťan M.*, Škultéty J., Sekáč J., Prochotský A.
Pracovište:	II. chirurgická klinika UNB a LFUK Bratislava, *IV. chirurgická klinika UNB a LFUK Bratislava
Přednosta:	Doc. MUDr. Ján Škultéty CSc.; *Doc. MUDr. Martin Huťan CSc.
Anotace:	<p>VAC (Vacuum Assisted Closure) je systém podtlakovej drenáže rany, ktorý pôsobením na celulárnej aj subcelularnej úrovni umožňuje jej rýchlejšie hojenie. Pre jeho cenovú náročnosť je rezervovaný pre komplikovné rany, pričom metodika otvorenej laparostómie takouto ranou jednoznačne je. Podľa predbežných case control sérií sa práve ošetrovanie otvorenej laparostómie pomocou VAC osvedčilo, pričom predčilo klasické techniky (na čele s laparostomiou podľa Kerna). Problematické ale ostáva identifikovanie metodiky v zmysle EBM (evidence based medicine) pre rôznorodosť súborov či už v zmysle podkladového ochorenia a príčiny indikácie open abdomen (pancreatitis acuta, terciarna peritonitida, damage control surgery), ako aj stavu pacientov a ich pridružených ochorení.</p> <p>Pri indikáciach jednotlivých techník zohráva však rolu nielen ich prínos pre pacienta, ale aj ekonomická náročnosť. Práve ekonomická náročnosť býva príčinou neskorého zavádzania nových metodík do štandardnej praxe v našich podmienkach. Je ale nutné si uvedomiť, že túto ekonomickú náročnosť obtiažne posudzovať vzhľadom na fakt, že pri momentálnej situácii v zdravotníctve sa hodnotí iba cenu materiálu a nezohľadňuje sa prácu lekára a personálu, a taktiež sa nestanovuje cenu lôžka.</p> <p>Autori sa snažia zhrnúť doteraz publikované štúdie na tému použitia VAC v open abdomene, pričom tieto porovnávajú s vlastným súborom pacientov. Taktiež sa snažia zhrnúť tak technické a medicínske aspekty tejto metodiky, ako aj aspekty ekonomické. Záverom konštatujú, že použitie VAC pri metodike otvoreného brucha je nadradená iným metodikám TAC (temporary abdominal closure) napriek jej finančnej náročnosti, ktoré je ale v konečnom dôsledku nižšia pri skoršom a menej komplikovanom zhojení pacienta.</p>

Název:	Stručný příspěvek k managementu achalázie z pohledu chirurga
Autor:	Sekáč J., Škultéty J., Prochotský A., Daniel I., Huťan M.
Pracoviště:	IV. chirurgická klinika, Univerzitná nemocnica Bratislava
Přednosta:	Doc. MUDr. Ján Škultéty, CSc.
Anotace:	<p>Achalázia – idiopatické ochorenie spôsobené irreverzibilnou stratou myenterických neurónov kontrolujúcich funkciu hladkého svalstva dolného pažerákového zvierača (LES) je spojené s nekompletnou až chýbajúcou relaxáciou dolného pažerákového zvierača. Incidencia narastá. Cieľom práce je poukázať na súčasné trendy v medikamentóznom a chirurgickom managemente achalázie. Sú štyri základné prístupy k liečbe:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. medikamentózna – nitroglycerín, kalciové blokátory a iné látky znižujú síce tonus LES, ale zároveň redukujú kontraktibilitu celého tela pažeráka. Ich význam spočíva v prechodnom zlepšení symptómov achalázie v úvode liečby 2. Botulotoxín – jedným z mechanizmov účinku je blok uvoľňovania acetylcholínu z neurónov a tým inhibícia perzistujúceho tonusu LES vyvolaného cholinergicky. Výhodou je, že na rozdiel od dilatácii nenesie so sebou riziko perforácie, nevýhodou je len niekoľkomesačné zlepšenie príznakov a nutnosť opakovania procedúry, dosť vysoká cena botulotoxínu a preto je liečba u nás navrhovaná len u chirurgicky rizikových pacientov 3. Pneumatická dilatácia – zostáva aj v súčasnosti základom liečby napriek riziku perforácie (3 % dľa literatury), napriek nejednotnosti aký tlak je vhodné vyvinúť, napriek zvýšenému riziku následnej chirurgickej liečby 4. Chirurgická liečba – laparoskopicky alebo otvorenou cestou. Ako prevenciu refluxu využívame rôzne druhy antirefluxných operácií. <p>Zhrnutie: Chirurg musí zvážiť či je vhodná seromyotómia alebo resekcia distálnej časti pažeráka, musí zvážiť výber antirefluxnej manžety a v neposlednom rade načasovanie operačného výkonu.</p>

Název:	Inoperabilní tumor retroperitonea v podmínkách provinční nemocnice
Autor:	Šauer V.
Pracoviště:	Chirurgické oddělení Domažlické Nemocnice
Primář:	MUDr. Václav Šauer
Anotace:	Kazuistika referuje o odstranění gigantického tumoru retroperitonea v podmínkách okresní chirurgie v situaci, kdy to bylo jediné možné řešení po odmítnutí pacientky jinými pracovišti.

Název:	Harmonický skalpel a lupové okuliare logickým vývojom operách štítnej žľazy: naše skúsenosti
Autor:	Davinič V., Lang J., Papp A., Balog D.
Pracovište:	Chirurgické oddelenie Nemocničná a.s., Malacky
Primár:	MUDr. Vladimír Davinič
Anotace:	Autori v svojej prednáške porovnávajú a poukazujú na prínos a prednosti harmonického skalpela a lupových okuliarov pri operáciach štítnej žľazy. Jedná sa o cca cez 1100 odoperovaných strum, pričom od roku 2008 len s lupovými okuliarmi a harmonickým skalpelom.

Název:	Neobvyklá příčina haemoperitonea u mladé ženy
Autor:	Tomanová K., Šuráň M.
Pracoviště:	Chirurgické oddělení Městské nemocnice, Litoměřice
Primář:	MUDr. Karel Pacholík
Anotace:	Neobvyklá příčina haemoperitonea u mladé ženy v koincidenci traumatu a anatomické anomalie.

Název:	Chirurgická liečba extrémnych varixov dolných končatín s ťažkou chronickou venóznou insuficienciou a trofickými zmenami po morbidnej obezite
Autor:	Mazuch J., Mištuna D., Huľo E., Smolár M., Červená Z.
Pracovište:	Chirurgická klinika JLF UK a UNM Martin
Přednosta:	Doc. MUDr. Dušan Mištuna, Ph.D., mim. prof.
Anotace:	Autori popisujú prípad extrémnych varixov dolných končatín s ťažkou chronickou venóznou insuficienciou (CHVI) v štádiu C5–C6 (podľa CEAP klasifikácie) po morbidnej obezite u 32 ročného pacienta. Varixy boli hrúbky 10–12 mm a cirkulárne postihovali obidve dolné končatiny, stenu brušnú a hrudnú. Trofické zmeny, hyperpigmentácia a lipodermatoskleróza boli prítomné na dolných ľ oboch predkolení. Pacient už ako 22ročný bol plne invalidizovaný pre morbidnú obezitu – 225 kg. V priebehu 3 rokov (2003–2006) diétou a pevnou vôľou schudol na 85 kg. Pacient sa rozhodol pre chirurgické riešenie na Chirurgickej klinike JLF UK a UNM v Martine. U pacienta bolo nutné riešiť nielen extrémne varixy dolných končatín s ťažkou CHVI, ale aj následky enormného chudnutia, čo sa prejavilo nadbytkom kožných lalokov na bruchu a hrudníku, ktoré vyžadovali aj plastické korekcie nadbytočných kožných lalokov. V priebehu 1 roka sme urobili u pacienta 7 operácií. Pacient dobre spolupracoval, bol mimoriadne disciplinovaný. V súčasnosti je pacient už 3 roky od poslednej operácie, cíti sa dobre, urobil si rekvalifikáciu, zrušil si invaliditu, je zamestnaný a vrátil sa do normálneho spoločenského života.

Název:	Nezvyčajný prípad migrácie Kirschnerovho drotu v retroperitoneu
Autor:	Bízík I., Adamov R., Benková M., Korec P.
Pracovište:	Chirurgické oddelenie FNŠP, Žilina
Primár:	MUDr. Rastislav Johanes
Anotace:	V práci prezentujeme zaujímavú kazuistiku 12 ročného pacienta u ktorého došlo po Dias Ariesovej operácii pravej coxy k zlomeniu Kirschnerovho drôtu s následnou migráciou malou panvou a retroperitoneom. Nález si vyžadoval chirurgickú intervenciu s následnou extrakciou úlomku z prekvapivej lokalizácie.

Název:	Nepoznané traumatické ruptury bránice – kazuistika
Autor:	Rindoš R., Kubas V., Uhliarik L.
Pracoviště:	Chirurgická klinika ÚVN, FN Ružomberok
Přednosta:	MUDr. Ivan Kubačka
Anotace:	Autori uvádzejú prípad pacienta, ktorý v januári 2011 utrpel úraz ľavého hemitoraxu so sériovou fraktúrou rebier a malým potraumatickým hemotoraxom. Odoslaný traumatológom na torakochirurgické konzílium, kde na konvenčnej rtg snímke zistený pravostranný nález nadbránične (t.j. na „zdravej“ strane hrudníka). Autori predstavujú i v prednáške dôvod a priebeh operácie pravého hrudníka a zdôrazňujú význam kontrolných vyšetrení po úrazoch hrudníka s odstupom 7–14 dní i u pacientov asymptomatických. Na záver zdôvodňujú potrebu kompletneho RTG hrudníka pri úrazoch (obzvlášť u pacientov s kontralaterálnym úrazom v anamnéze.

Název:	Naše skúsenosti s pooperačnou autológnou transfúziou krvi – poster
Autor:	Vogel P., Soboňa M., Víghová M., Soboňová J.
Pracovište:	Oddelenie úrazovej chirurgie, FNŠP Nové Zámky
Přednosta:	MUDr. Peter Vogel
Anotace:	<p>Cieľ</p> <p>Cieľom posteru je poukázať na dôležitosť autológnej transfúzie krvi v bezprostrednom pooperačnom období vzhľadom na možné problémy spojené s podávaním allogénnej transfúzie.</p> <p>Metodika</p> <p>Po krátkej histórii transfúzie a objavu krvných skupín autori popisujú riziká transfúzie, výhody, indikácie a kontraindikácie autológnej transfúzie krvi. Od roku 2007 používajú na svojom oddelení autológný transfúzny systém CellTrans TM (ADRIANmed) aplikovaný len pri implantáciách totálnej endoprotézy koxy. Po popise metodiky prezentujú zatiaľ nevelký súbor pacientov.</p> <p>Záver</p> <p>Používanie autológneho transfúzneho systému zatiaľ nie je súčasťou štandardných terapeutických postupov. Pri zvažovaní ekonomických nákladov však treba brať do úvahy jeho nesporné výhody.</p>



SILIKONOVÉ
IMPLANTÁTY

DOČASNÁ
NÁHRADA ŠLACHY

NÁHRADA PRSTNÍHO
KLOUBU

NÁHRADA CMC
KLOUBU PALCE RUKY

MEDiN
ORTHOPAEDICS



NÁHRADA
BAZE I. METAKARPU
PALCE RUKY



ENDOPROTÉZA ZÁPĚSTÍ

MEDiN
ORTHOPAEDICS

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

Předsednictvo: Janata P., Mašek M., Novák D.

B14 **Koutný J.**

Záchranná služba kraje Vysočina, Jihlava
Polytrauma – postup a možnosti RLP

B15 **Zábranský D., Mannová J.**

KARIM FN Brno, LZSS ZZS kraje Vysočina, Jihlava
Polytrauma z interdisciplinárního pohledu

B16 **Smékal P., Nestrojil P.**

Klinika úrazové chirurgie, LF MU a FN Brno
Boxerské zlomeniny – operovat či neoperovat

B17 **Ira D., Krtička M., Bilik A., Mašek M.**

Klinika úrazové chirurgie, LF MU a FN Brno
Zlomeniny článků prstů

B18 **Krajčí L., Holář P.**

Chirurgické oddělení Nemocnice s poliklinikou, Nový Jičín
Kazuistika – dvouetapové ošetření laceráčního poranění prstu ruky s implantací náhrady PIP klíbu NeuFlex

B19 **Miletín J., Dvořáková H., Kníže J., Kachlík D.**

Ústav anatomie 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, Praha
Bezejmenná povrchová variace tepen hřbetu ruky

B20 **Mašek M., Mach P., Ruber V.**

Klinika úrazové chirurgie, LF MU a FN Brno
Targon® PFT – novinka pro osteosyntézu zlomenin horního konce stehenní kosti

B21 **Novák D.**

Chirurgické oddělení Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.
Krátký rekonstrukční hřeb MEDIN verze 2010

B22 **Janata P.**

Chirurgické oddělení, Oblastní nemocnice, Jičín
Miniinvasivní operace v oblasti kolenního kloubu na našem pracovišti

B23 **Kvasnička P., Otáhal M., Vojtaník P.**

Klinika úrazové chirurgie, LF MU a FN Brno
Infekční komplikace zlomenin distálního bérce – kazuistika

- B24 **Haranta P., Orlovský K., Štefánek L.**
Oddelenie úrazovej chirurgie FNsP, Žilina
Poranenia talu – úskalía v diagnostike a limbe
- B25 **Novák D.**
Chirurgické oddělení Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.
Periprotetické zlomeniny humeru
- B26 **Molitor M., Zálešák B., Stehlík D., Lysák R., Kalinová L.**
Oddělení plastické a estetické chirurgie FN Olomouc
Posterior interosseus artery flap.

11.30 **ZAKONČENÍ SETKÁNÍ**

Název:	Polytrauma – postup a možnosti RLP
Autor:	Koutný J.
Pracoviště:	Záchranná služba kraje Vysočina, oblastní středisko Nové Město na Moravě
Primář:	MUDr. Petr Novotný
Anotace:	Postup a možnosti RLP v ošetřování pacienta s polytraumatem.

Název:	Polytrauma z interdisciplinárního pohledu
Autor:	Zábranský D., Mannová J.
Pracoviště:	KARIM FN Brno, LZSS ZZS kraje Vysočina, Jihlava
Přednosta:	prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc.
Anotace:	polytrauma z interdisciplinárního pohledu, lékaře LZSS, urgentního příjmu, traumatologa a rentgenisty, intenzivisty

Název:	Boxerské zlomeniny – operovat či neoperovat
Autor:	Smékal P., Nestrojil P.
Pracoviště:	Klinika úrazové chirurgie, LF MU a FN Brno
Přednosta:	Doc. MUDr. Michal Mašek, CSc.
Anotace:	<p>Subkapitální zlomeniny 5. metacarpu, nazývané podle mechanismu vzniku jako boxerské zlomeniny, jsou téměř denně k vidění na všech chirurgických a traumatologických ambulancích. Tyto zlomeniny v mnoha případech zanechávají trvalé funkční následky a jejich léčení představuje závažný problém. Diagnostika pomocí RTG vyšetření a na základě jeho výsledku jsou zlomeniny klasifikovány a na základě toho je indikován léčebný postup. Konzervativní postup je indikován u stabilních, 2úlomkových zlomenin a vyžaduje dobrou repozici a hlavně retenci úlomků ve správném postavení. Operační léčení je indikováno u nestabilních, víceúlomkových zlomenin a intraartikulárních zlomenin s dislokací úlomků a diskongruencí kloubní plochy hlavičky 5. metacarpu. Osteosyntézu je možné provést několika způsoby: nitrodřeňová stabilizace nebo adaptační osteosyntéza pomocí Ki-drátů, stabilní osteosyntéza pomocí implantátů instrumentária Compact-Hand, případně řešení pomocí zevní fixace.</p> <p>V přednášce autoři prezentují soubor pacientů KUCH TC FN Brno a porovnávají funkční výsledky u zlomenin řešených konzervativně a různými způsoby osteosyntézy.</p> <p>Závěr: Dobrý funkční výsledek léčení boxerských zlomenin závisí na dobré diagnostice, přesné klasifikaci typu zlomeniny, indikaci léčebného způsobu a především na spolupráci poraněného a kvalitní rehabilitaci.</p>

Název:	Zlomeniny článků prstů
Autor:	Ira D., Krტიčka M., Bilik A., Mašek M.
Pracoviště:	Klinika úrazové chirurgie, LF MU a FN Brno
Přednosta:	Doc. MUDr. Michal Mašek, CSc.
Anotace:	Fraktury článků prstů na horních končetinách tvoří až 10% z celkového počtu zlomenin. Přímé násilí nebo torzní síly jsou nejčastějšími mechanismy vzniku těchto poranění. Stabilní fraktury s minimální dislokací bez závažnějších poranění měkkých tkání prstů jsou úspěšně léčeny konzervativně. Nestabilní dislokované fraktury, často zasahující intraartikulárně nebo kombinace měkkotkáňového a kostního poranění většinou vyžadují operační řešení. Zevní fixace a fixace K-dráty jsou relativně málo invazivní, ale na druhé straně často neumožňují časnou rehabilitaci a anatomickou repozici. I přes časný pooperační pohyb po otevřené repozici a vnitřní fixaci falangeálních zlomenin zůstává ztuhlost nejčastější komplikací této operační techniky. Výběr adekvátního terapeutického postupu při léčbě zlomenin článků prstů má zásadní vliv nejen na funkci daného prstu ale i na funkci celé ruky.

Název:	Kazuistika – dvouetapové ošetrenie laceračného poranenia prstu ruky s implantáciou náhrady PIP kĺbu NeuFlex
Autor:	Krajčí L., Holáň P.
Pracovište:	Chirurgické oddelení Nemocnice s poliklinikou, Nový Jičín
Primář:	MUDr. Matej Škrovina, Ph.D.
Anotace:	V prednáške referujeme našu kazuistiku, ošetrenie laceračného poranenia prstu ruky v dvoch etapách s náhradou stratového poranenia PIP kĺbu 2. prstu dominantnej ruky implantátom NeuFlex.

Název:	Bezejmenná povrchová variace tepen hřbetu ruky
Autor:	Miletín J., Dvořáková H., Kníže J., Kachlík D.
Pracoviště:	Ústav anatomie 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, Praha
Přednosta:	Prof. MUDr. Josef Stingl, CSc.
Anotace:	<p>Úvod: V oblasti hřbetu ruky vysílá vřetenní tepna větve pro zásobení dorzální plochy ruky (zápěstí, zápěstí i části prstů), arteriae metacarpes dorsales. První a druhá z nich může být využita jako stopková céva pro volné kožní laloky. Poté se kmen tepny zanoří do Guiotova prostoru a vstupuje do dlaně, v níž vytváří hluboký oblouk. Před vstupem do musculus interosseus dorsalis primus může vyslat poměrně silnou větev povrchově a distálně až na úplný konec první meziprstní štěrbině, na němž se opět povrchově přetočí do dlaně. Popis této variace a její incidence však zcela chybí v dostupné současné literatuře jak anatomické, tak chirurgické.</p> <p>Metodika: Byla provedena pitva 61 horních končetin z materiálu Ústavu anatomie 3. LF UK v Praze a současně bylo sonograficky vyšetřeno 31 dobrovolníků na radiodiagnostické klinice FNKV.</p> <p>Výsledky: Průběžné výsledky studie této variace je 18,0 % u pitvaných končetin a 9,7 % u sonograficky vyšetřených dobrovolníků (jedná se o jednostrannou variaci bez stranové prevalence, pouze jeden dobrovolník ji měl oboustranně). Průměr cévy kolísá kolem hodnoty 1 mm.</p> <p>Diskuze a závěr: Cílem dále pokračující studie je uvážit doporučení anatomického pojmenování a nastínit klinickou využitelnost.</p>

Název:	Targon® PFT – novinka pro osteosyntézu zlomenin horního 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:	V práci předkládáme první zkušenosti s užitím nového proximálního femorálního hřebu Targon® PFT v léčbě zlomenin horního konce stehenní kosti. Jedná se o nový titanový úhlově stabilní implantát firmy Aesculap. Na Klinice úrazové chirurgie LF MU a FN Brno máme tento hřeb k dispozici od konce roku 2010. Dosud jsme tímto způsobem ošetřili 19 zlomenin proximálního femuru. Implantace hřebu Targon® PFT je relativně jednoduchá a rychlá. Po nezbytném zaškolení nečiní zvláštních potíží. Díky tomu se významně snižuje operační zátěž pacienta. Hřeb umožňuje provedení stabilní osteosyntézy s možností časně pooperační zátěže minimálně 50 % tělesné hmotnosti pacienta.

Název:	Krátký rekonstrukční hřeb MEDIN verze 2010
Autor:	Novák D.
Pracoviště:	Chirurgické oddělení Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.
Primář:	MUDr. Milan Maleček
Anotace:	Autor předvádí techniku inovovaného hřebu pro zlomeniny proximálního femuru. Nitrodřeňovou osteosyntézu užívá od roku 2000 a mezi všemi technikami řešení zlomenin proximálního femuru je tento implantát převažující.

Název:	Miniinvazivní operace v oblasti kolenního kloubu na našem pracovišti
Autor:	Janata P.
Pracoviště:	Chirurgické oddělení Oblastní nemocnice Jičín
Primář:	MUDr. Petr Janata
Anotace:	Autor prezentuje kazuistiky zlomenin distálního femoru ošetřených miniinvazivně, ASK sanaci nitrokloubních poranění a miniinvazivně řešených tříštivých zlomenin proximální tibie. Vyzdvihuje nutnost sofistikovaného implantátu s úhlově stabilními šrouby.

Název:	Infekční komplikace zlomenin distálního bérce – kazuistika
Autor:	Kvasnička P., Otáhal M., Vojtaník P.
Pracoviště:	Klinika úrazové chirurgie, LF MU a FN Brno
Přednosta:	Doc. MUDr. Michal Mašek, CSc.
Anotace:	<p>Ke specifickým zlomenin distálního bérce patří slabý kryt skeletu měkkými tkáněmi s ohrožením vitality kůže. Především tzv. vysokoenergetické zlomeniny patří k závažným poraněním. Jedná se často o otevřené zlomeniny s rizikem infekčních komplikací. Otevřené zlomeniny a též zavřené komplikované zlomeniny s rozsáhlým otokem indikujeme k primární stabilizaci zevním fixátérem. Po zmírnění otoku konvertujeme na vnitřní fixaci. K používaným metodám patří LCP dlahy, intramedulární osteosyntéza hřebem Expert, případně miniosteosyntéza jednotlivými šrouby. Při zlomenině distální fibuly je nezbytné provést též její stabilizaci k vytvoření tzv. „rámové konstrukce“ distálního bérce. Především u pacientů s diabetem a ischemickou chorobou tepen DKK je vysoké riziko vzniku pooperačních komplikací při hojení operační rány. V kazuistice ukazujeme terapeutický postup při léčbě pacienta se zlomeninou pilonu, typ osteosyntézy, pooperační průběh se sanací infikované pseudoarthrosy.</p>

Název:	Poranenia talu – úskalia v diagnostike a limbe
Autor:	Haranta P., Orlovský K., Štefánek L.
Pracovišťe:	Oddelenie úrazovej chirurgie FNŠP, Žilina
Primár:	MUDr. Karol Orlovský Ph.D.
Anotace:	Poranenia talu sú zriedkavé, ale obávané poranenia. Ich závažnosť je daná vysokým rizikom komplikácií – často vedú k avaskulárnej nekróze s kolapsom talu, k pseudoartróze, artritíde v subtalárnom a talokrurálnom kĺbe, k výraznému obmedzeniu hybnosti a trvalým bolestiam. Na praktických príkladoch prezentujeme niektoré úskalia v diagnostike a liečbe týchto poranení.

Název:	Periprotetické zlomeniny humeru
Autor:	Novák D.
Pracoviště:	Chirurgické oddělení Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.
Primář:	MUDr. Milan Maleček
Anotace:	Autor nabízí řešení tří periprotetických zlomenin u dvou pacientů, které řešili během posledních 12 let. Implantáty užili standardní dlahu, LCP dlahu, přístup dorsální a ventrální „no touch“. S dalším rozšířením endoprotetiky humeru budou tyto vzácné komplikace narůstat.

Název:	Posterior interosseus artery flap.
Autor:	Molitor M., Zálešák B., Stehlík D., Lysák R., Kalinová L.
Pracoviště:	Oddělení plastické a estetické chirurgie FN Olomouc
Přednosta:	MUDr. Bohumil Zálešák, Ph.D.
Anotace:	<p>Posterior interosseus artery flap je septokutánní lalok z dorza předloktí, který se dá využít jako proximálně stopkovaný ke krytí defektů oblasti lokte, nebo jako distálně stopkovaný ke krytí defektu zápěstí a ruky. Největší výhodou laloku je minimální morbidita dozorského místa, nevýhodou je kosmetický defekt předloktí a náročná preparace laloku.</p> <p>Autoři prezentují anatomii laloku a několik kasuistik jeho použití ke krytí poraněných defektů horní končetiny.</p>



NÁHRADA KYČELNÍ HLAVICE
MEDIN CEP BIPOLÁRNÍ
MEDIN CEP



MEDiN
ORTHOPAEDICS



HŘEBY
FEMORÁLNÍ
REKONSTRUKČNÍ
RETROGRÁDNÍ



PROVEDENÍ OCEL A TITAN



HŘEBY HUMERÁLNÍ

UNIVERZÁLNÍ
DLOUHÝ
KRÁTKÝ



PROVEDENÍ OCEL A TITAN



ARTROSKOPICKÉ KLEŠTĚ





nástroje a implantáty
pro traumatologii

Proximální femorální hřeb

HŘEB REKONSTRUKČNÍ KRÁTKÝ

- ▶ UMOŽŇUJE SYNTÉZU TRÍŠTIVÉ PERTROCHANTERICKÉ, INTERTROCHANTERICKÉ, HORNÍ SUBTROCHANTERICKÉ ZLOMENINY A JEJICH KOMBINACE SE ZLOMENINOU KRČKU
- ▶ OCELOVÉ A TITANOVÉ PŘEVEDENÍ



Cílič pro proximální femorální hřeb

CÍLIČ PFN MEDIN 130° / 135°

- ▶ RTG PRŮHLEDNÁ RAMENA
- ▶ DŮKLADNÁ KONTROLA POZICE V AXIÁLNÍ PROJEKCI



Proximální humerální hřeb

HŘEB HUMERÁLNÍ KRÁTKÝ

- ▶ UMOŽŇUJE SYNTÉZU STABILNÍCH NEBO NESTABILNÍCH ZLOMENÝCH ČÁSTÍ HLAVICE HUMERU, PATOLOGICKÝCH ZLOMENIN A PSEUDOARTRÓZ
- ▶ OCELOVÉ A TITANOVÉ PŘEVEDENÍ



Cílič pro proximální humerální hřeb

CÍLIČ HUMERÁLNÍ

- ▶ RTG PRŮHLEDNÁ RAMENA
- ▶ ODLEHČENÁ KONSTRUKCE

www.medin.cz