



S B O R N Í K P Ř E D N Á Š E K

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

3.-4. KVĚTNA 2012
NOVÉ MĚSTO NA MORAVĚ
SKALSKÝ DVŮR

ARTROSKOPICKÉ KLEŠTĚ

Prvotřídní dílenská zpracování

Lékaři oceňovaný nástroj českého výrobce vyniká jednoduchostí čištění, kvalitou použitých materiálů i širokou variabilitou koncovek.

MEDIN
ve vašich rukou

1. Táhlo z vytvrditelné oceli

Zajišťuje vysokou pevnost, díky použitému materiálu není táhlo křehké.

2. Tvrdost koncovky 55 HRc

Tvrdost funkční části výrazně převyšující standard na trhu. Vysoká tvrdost zajišťuje vyšší odolnost proti opotřebení a tím i delší životnost nástroje.

3. Velmi dobrá korozní odolnost

Austenitická ocel bez uhlíku, ze které je nástroj vyroben, velmi dobře odolává korozi během operačních použití i opakovaných sterilizačních cyklech.

4. Systém převlečné matice

Speciální cleaning systém artroskopických kleští umožňuje detailní a přitom rychlé čištění nástroje.

5. Počet typů nabízených koncovek: 36

Spektrum tvarů zahrnuje úchopné, nůžkové, trim-cord, propichovací, štipací i extraktor stehů.



Vážení účastníci XIV. Setkání českých a slovenských chirurgů 2012,
milí kolegové, přátelé,

je mně opětovnou ctí říci několik slov úvodem ke „Sborníku přednášek“. Především děkuji firmě MEDIN, že se již po čtrnácté zhošťuje tohoto nelehkého úkolu a „Sborník“ vydává tak, aby Vám byl předán již při prezentaci a byl pro Vás průvodcem celým programem a snad si našel i místo ve Vaší odborné knihovně.

Srovnáme-li na sebe „Sborníky“ od jedničky po čtrnáctku, vznikne docela objemná kniha. A nyní stačí, s trochou pozornosti, listovat. Nacházíme celou řadu jmen těch, kteří se nemalou měrou zasloužili a podíleli se na rozvoji české a slovenské moderní chirurgie a kteří již nejsou mezi námi. Dovolte mi, abych na jejich počest chvílku postál a s úctou smekl (samozřejmě čepici operační).

Stejně tak tento sloupec „Sborníků“ poskytuje neobvykle výstižný obraz o tryskovém rozvoji našeho oboru v posledním zhruba dvacetiletí. Nevím ale, zda všechny ty cesty a cestičky, ovlivněné komercializací, technizací, atomizací oboru a které jsou zatíženy někdy nepochopitelnými právními aspekty a chybami, vedou a povedou k těm ideálním destinacím.

Doufám, že si exaktní věda a hlavně pak praxe vybere sama, že přežijí osvědčené a z nových jen ty kvalitní metody, přinášející prospěch našim nemocným.

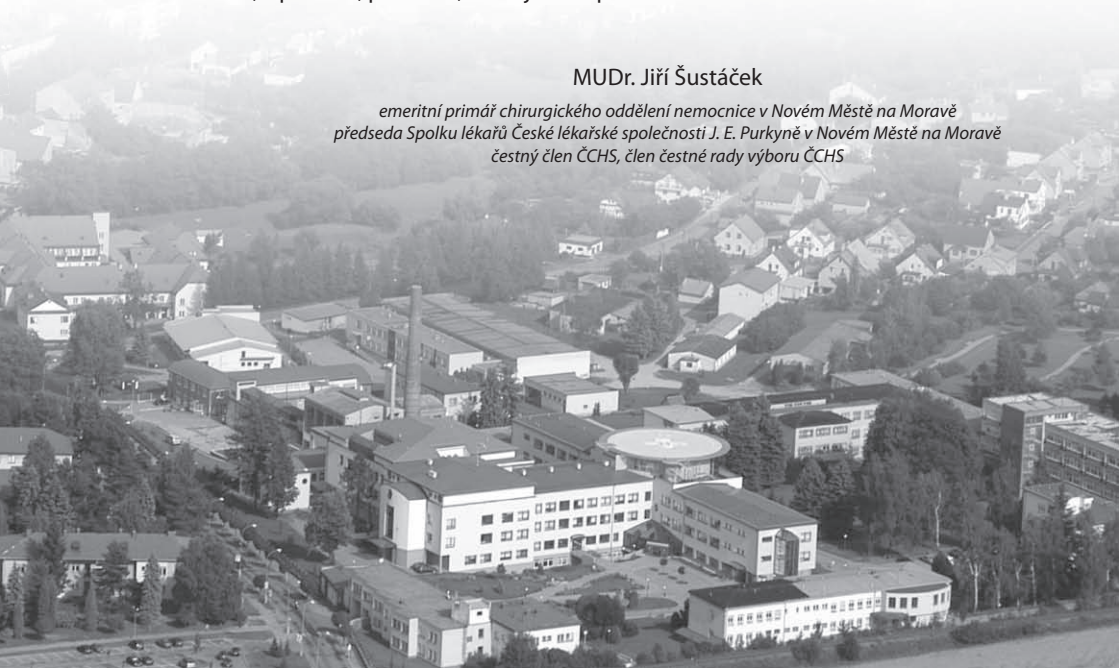
Stejně tak věřím, že po letech zmatků, nejistoty, dohadů a diskutabilní úrovně, se bude v dalších letech ubírat postgraduální vzdělávání chirurgů progresivně, kvalitně ve prospěch léčících i léčených.

Bez nadsázky se domnívám, že toto vzdělávání bylo na vysoké úrovni a že přizpůsobování se metám nižším není vždy jednoznačným pokrokem.

Nikdy se však nezbavím hlubokého přesvědčení, že při všech těch změnách odborných i organizačních, i s přehlédnutím k otázkám odměny za naši práci, zůstane vždy pro úroveň chirurgie primárním a nejdůležitějším lidský a citlivý vztah k našim nemocným, entuziasmus, láska k oboru, trpělivost, pečlivost, důstojnost a pokora.

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

Čtyři workshopy s účastí českých odborníků traumatologie, stovka přednášejících a kolem tří set lékařů přihlášených k pasivní účasti jsou velmi dobré zprávy a dobré důvody k pokračování v tradici kongresu Setkání chirurgů. Pro nás jsou to nejen čísla, která z našeho pohledu jednoznačně potvrzují pozitivní trend a zájem odborné veřejnosti o tento kongres, ale především signál, že jsme na správné cestě.

Ing. Milan Ettl
generální ředitel MEDIN, a.s.



XIV. setkání českých a slovenských chirurgů na Moravě

Mezinárodní symposium XIV. Setkání českých a slovenských chirurgů na Moravě 2012 se koná pod patronací výboru České chirurgické společnosti a pod záštitou ministra zdravotnictví doc. MUDr. Leoše Hegera, CSc.

POŘADATELÉ

Česká chirurgická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně
Česká lékařská společnost J. E. Purkyně – Spolek lékařů v novém Městě na Moravě
Slovenská chirurgická spoločnosť
Česká společnost pro úrazovou chirurgii ČLS JEP
Chirurgické oddělení Nemocnice Nové Město na Moravě, p. o.
Česká společnost chirurgie ruky

ČESTNÉ PŘEDSEDNICTVO

prof. MUDr. Peter Kothaj, Ph.D.	prezident Slovenskej chirurgickej spoločnosti
prof. MUDr. Jiří Látal, CSc.	emeritní přednosta Kliniky traumatologie, Univerzitná nemocnica akad. L. Déreza Bratislava
prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc.	předseda výboru České chirurgické společnosti ČLS JEP
prof. MUDr. Pavel Pařko, Dr.Sc.	emeritní přednosta III. chirurgické kliniky FN Motol, člen výboru České chirurgické společnosti ČLS JEP
prof. MUDr. František Antoš, DrSc.	emeritní přednosta Chirurgické kliniky 1. LF UK Praha
doc. MUDr. Karel Havlíček, CSc.	místopředseda výboru České chirurgické společnosti ČLS JEP
Dr. Constantin Hrabě Kinský	Žďár nad Sázavou
JUDr. Věra Palečková	ředitelka Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.
Ing. Milan Ettl	generální ředitel MEDIN, a.s., Nové Město na Moravě

ORGANIZAČNÍ VÝBOR

MUDr. Jiří Šustáček
Prim. MUDr. Jiří Toman
MUDr. Dobroslav Novák
MUDr. Roman Dvorský
Gabriela Holovičová
Marie Křenková

GENERÁLNÍ PARTNER SETKÁNÍ CHIRURGŮ

MEDIN, a.s.

vývoj, výroba a prodej lékařských nástrojů a implantátů

Programový přehled

koordinátor sekce A prim. MUDr. Jiří Toman	koordinátor sekce B MUDr. Dobroslav Novák	koordinátor sekce C MUDr. Roman Dvorský
---	--	--

ČTVRTEK 3. KVĚTNA 2012		
SEKCE A	SEKCE B	SEKCE C
8.30–9.30 hodin – sál A ZAHÁJENÍ SETKÁNÍ A ÚVODNÍ PŘEDNÁŠKY P. Kothaj, F. Antoš, D. Hoskovec		
9.30–9.40 hodin přestávka, coffee break		
předsednictvo: J. Dvořák, F. Antoš, P. Kothaj, P. Brychta	předsednictvo: J. Látal, P. Šimko, L. Pleva, M. Mašek	předsednictvo: A. Schmoranzová, J. Cígaňák
9.45–13.00 hodin A1–A16	9.45–12.45 hodin B1–B16	9.45–12.15 hodin C1–C12
přestávka, oběd		
předsednictvo: S. Adámek, J. Škultéty, Š. Durdík	předsednictvo: J. Krajničák, P. Janata, T. Skříčka	předsednictvo: B. Zálešák, I. Čizmář, K. Orlovský
14.00–16.00 hodin A17–A26	14.00–15.00 hodin B17–B21	13.30–15.00 hodin C13–C19
15.00–17.00 hodin – sál B WORKSHOP TRAUMATOLOGIE		
16.30–18.50 hodin – hrad Svojanov KULTURNÍ PROGRAM		
20.00 hodin – hotel Skalský Dvůr SPOLEČENSKÝ VEČER		

PÁTEK 4. KVĚTNA 2012		
SEKCE A	SEKCE B	SEKCE C
předsednictvo: J. Palaj, A. Prochotský, J. Toman	předsednictvo: V. Vaculík, T. Pešl, P. Nestrojil	předsednictvo: S. Vajczíková, J. Pilný, M. Zábavníková
9.00–12.30 hodin A27–A41	9.00–12.30 hodin B22–B35	9.00–12.30 hodin C20–C30
12.30 hodin sál A – zakončení setkání		

8.30 **SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ – SÁL A**

úvodní slovo

ÚVODNÍ PŘEDNÁŠKY

1. **P. Kothaj¹, J. Pechan²**

1) Chirurgická klinika SZU, Nemocnica F. D. Roosevelta, Banská Bystrica, 2) II. Chirurgická klinika LFUK, NsP sv. Cyrila a Metoda, Bratislava

Zmeny doškoľovania v chirurgii na Slovensku po vstupe do Európskej únie“

2. **F. Antoš**

Chirurgická klinika, Nemocnice Na Bulovce, Praha

Chirurgická koloproktologická a onkologická atestace – naše a evropská (EBSQ)

3. **D. Hoskovec, Z. Krška**

1. chirurgická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Specializační vzdělávání v oboru chirurgie – současnost

9.30–9.40 **přestávka, coffee break**

SEKCE A

9.45–13.00 **I. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE A**

předsednictvo: J. Dvořák, F. Antoš, P. Kothaj, P. Brychta

A1 **J. Dvořák**

Chirurgické oddělení KKN, Karlovy Vary

Současný stav tyreoidální chirurgie

A2 **P. Pafko**

III. Chirurgická klinika 1.LF UK a FNM Praha

Náhlé příhody břišní – stálý problém

A3 **Š. Durdík, R. Králík, D. Šiška, M. Sabol**

Klinika onkologické chirurgie, OÚsA, Bratislava

Trendy chirurgické liečby na KOCH v OUsA Bratislava

A4 **S. Smutný, H. Dralle, S. Holobrada, J. Svoboda**

Chirurgické oddělení Obl. Nemocnice Příbram

Jak a kdy operovat štítnou žlázu

- A5 I. Brychta, A. Mayer, M. Vician, M. Gergel, I. Tibenský, J. Olejník**
Chirurgická klinika SZU a UNB, Nemocnica akad. L. Déreza, Bratislava
Výhody harmonického skalpela v tyroidální chirurgii
- A6 J. Dvořák, D. Dyrč, J. Hamous**
Chirurgické oddělení KKN, Karlovy Vary
Hashimotova tyreoiditida
- A7 D. Šiška, R. Králík, Š. Durdík, M. Sabol**
Klinika onkologické chirurgie, OÚsA, Bratislava
Malý karcinóm ŠŽ – jedná sa vždy o mikrokarcinóm?
- A8 R. Králík, D. Šiška, Š. Durdík, M. Sabol**
Klinika onkologické chirurgie, OÚsA, Bratislava
Chirurgická liečba diferencovaného karcinómu ŠŽ – význam disekcie krčných kompartmentov
- A9 J. Jarošek, R. Doležel**
Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN Praha
Neodkladné operace štítné žlázy
- A10 B. Dudašek, J. Duben, J. Gatěk, P. Kosáč**
Chirurgické oddělení Nemocnice ATLAS Zlín
Sedm let s neuromonitoringem n.laryngeus recurrent
- A11 M. Mocňáková, P. Bachleda, Š. Fritscherová**
II. chirurgická klinika FN Olomouc
Intralaryngeální elektrody – neinvazivní neurostimulace NLR při thyroidektomii
- A12 D. Kachlík, H. Menšíková, V. Musil, T. Lískovec, V. Báča**
Ústav anatomie 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze
Cévní zásobení štítné žlázy
- A13 S. Adámek, M. Fialová, R. Lischke, J. Tvrdoň, P. Libánský**
III. Chirurgická klinika 1. LF UK a FNM Praha
Úskalí pro operace pro primární hyperparathyreózu
- A14 P. Libánský, M. Fialová, J. Tvrdoň, R. Lischke, S. Adámek**
III. Chirurgická klinika 1. LF UK a FNM Praha
Předoperační a peroperační lokalizační vyšetření u primární hyperparathyreózy
- A15 M. Linhartová, L. Mítáš**
Chirurgická klinika, FN Brno a LF MU Brno
Ultrazvuková navigace v operativě příštitných tělísek - zavedení do praxe
- A16 M. Fialová, S. Adámek, P. Broulík, R. Lischke, J. Tvrdoň, P. Libánský**
III. chirurgická klinika 1.LF UK a FNM Praha, III. interní klinika 1.LF UK a VFN Praha
Terciální hyperparathyreóza – kasuistika

13.00–14.00 **přestávka, oběd**

14.00–16.00 **II. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE A**

předsednictvo: S. Adámek, J. Škultéty, Š. Durdík

A17 J. Škultéty, J. Sekáč, A. Prochotský, M. Huťan, M. Ježovít*II. chirurgická klinika LF UK a UN Bratislava, Petržalka*
Zriedkavé príčiny náhlych brušných príhod**A18 R. Hrivnák, T. Grolich, R. Svatoň, V. Procházka***Chirurgická klinika, FN Brno*
Náhlé příhody břšní u geriatrických pacientů**A19 R. Svatoň, I. Penka, Č. Neumann, Z. Kala, J. Hlavsa, J. Ivičič***Chirurgická klinika LF MU a FN Brno*
Krvácení v gastroduodenální oblasti u geriatrických pacientů**A20 J. Sekáč, J. Škultéty, A. Prochotský, I. Daniel, P. Sýkora, V. Javorka, M. Huťan***II. chirurgická klinika, Univerzitná nemocnica Bratislava*
Súčasnne možnosti managementu krvácania do hornej časti tráviaceho traktu – endoskopické a endovaskulárne techniky**A21 J. Smékalová, J. Toman, P. Zítka, O. Polaková, P. Blahák***Chirurgické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě*
Krvácení do GIT a warfarinizovaný pacient**A22 J. Mazuch, E. Huřo, D. Mištuna, Z. Červená***Chirurgická klinika JLF UK a UNM v Martine*
Chirurgická liečba ULCUS CRURIS VENOSUM**A23 L. Mítáš, I. Penka, Z. Kala, V. Procházka, O. Robek, J. Ivičič, J. Hlavsa, T. Grolich***Chirurgická klinika FN Brno a LF MU*
Chirurgická léčba těžkých forem klostridiové kolitidy**A24 J. Hanzel, Horňák, A. Krausko, Mokřý***Chirurgické oddelenie Zlaté Moravce*
Poranenie brušnej steny cudzím telesom s neskorou perforáciou GITu**A25 P. Janda, K. Vysloužil, Č. Neoral***I. a II. Chirurgická klinika FN Olomouc*
Krytá perforace sigmoidea, diagnostika a léčba**A26 E. Boroš, M. Halecký, T. Borošová***Železničné zdravotníctvo Košice s.r.o., chirurgické oddelenie*
GIST-óm v herniovom vaku slabinovej prietrže ako príčina náhlejšej brušnej príhody16.30–18.50 **KULTURNÍ PROGRAM – HRAD SVOJANOV**20.00 **SPOLEČENSKÝ VEČER – HOTEL SKALSKÝ DVŮR**

A1Název: **Současný stav tyreoidální chirurgie**Autor: **J. Dvořák**

Pracoviště: Chirurgické oddělení KKN, Karlovy Vary

Primář: prim. MUDr. Pavel Novotný

A2Název: **Náhlé příhody břišní – stálý problém**Autor: **P. Pařko**

Pracoviště: III. chirurgická klinika 1. LF UK a FNM Praha

Přednosta: doc. MUDr. Robert Lischke, Ph.D.

A3Název: **Trendy chirurgickej liečby na KOCH v OÚSA Bratislava**Autor: **Š. Durdík, R. Králik, D. Šiška, M. Sabol, J. Palaj**

Pracoviště: Klinika onkologickej chirurgie, OÚSA, Bratislava

Přednosta: doc. MUDr. Štefan Durdík, PhD.

Anotace: Klinika onkologickej chirurgie OÚSA patří medzi vysoko špecializované pracoviská v tyroidálnej chirurgii na Slovensku. Vykonávame ako kuratívne, tak aj paliatívne operačné výkony. V našej prednáške udávame prehľad operačných výkonov, pooperačných komplikácií, nadobudnuté skúsenosti a zaradenie ich do operačnej liečby v šesť ročnom období od roku 2006.

Na našom pracovisku sme od roku 2006 do roku 2011 operovali 1351 pacientov pre tumory štítnej žľazy, z toho 482 bolo karcinómov. V našom súbore pozorujeme ústup od strumektómia, nTTE (tieto výkony máme rezervované pre detských pacientov). V skupine pacientov s benígnym ochorením sme vykonali 478 (55%) limitovaných výkonov na ŠŽ (istmektómia, lobektómia) a 391 totálnych tyroidektómii. Minimálnym výkonom na štítnej žľaze je lobektómia s istmektómiou, ktorých sme vykonali 478 (55%). v prípade karcinómu totálna tyroidektómia s krčnou disekciou Súčasťou operačnej liečby karcinómov sa stala krčná disekcia, ktorú vykonávame u každého peroperačne verifikovaného karcinómu štítnej žľazy.

Najčastejšou malignitou v našom súbore bol diferencovaný karcinóm, vykonali sme 325 primárnych operácií a 157 reoperácií pre recidívu ochorenia. Medulárny karcinóm sme mali v 28 prípadov, a 4 pacientov sme reoperovali pre recidívu ochorenia. V 10 prípadoch bola indikácia postavená na základe genetického vyšetrenia. 4 pacientov sme operovali pre lymfóm, a 2 pacientov pre anaplastický karcinóm.

Od roku 2009 sme začali využívať neuromonitoring NLR, pomocou ktorého sme zaznamenali signifikantný pokles paréz n.laryngeus recurrens. Pred zavedením tejto metódy sme mali 4,8% paréz NLR, po zavedení tejto metódy nám to kleslo na 1,5%.

Peroperačne aktívne vyhladávame prístupné telieska. Pokiaľ máme pochybnosti o ich vitalite, implantujeme ich do muclis sternocleidomastoideus. U všetkých pacientov došlo k uchyteniu teliesok a obnoveniu funkcie.

A4

Název:	Jak a kdy operovat štítnou žlázu
Autor:	S. Smutný, H. Dralle, S. Holobrada, J. Svoboda
Pracoviště:	Chirurgické oddělení Oblastní nemocnice Příbram
Primář:	MUDr. Jiří Svoboda
Anotace:	Počty operací štítné žlázy v posledních desetiletí stoupají, autoři s letitou zkušeností z předního fakultního pracoviště diskutují o základních pravidlech, za kterých by měla chirurgie štítné žlázy probíhat.

A5

Název:	Výhody harmonického skalpela v tyroidálnej chirurgii
Autor:	I. Brychta, A. Mayer, M. Vician, M. Gergel, I. Tibenský, J. Olejník
Pracoviště:	Chirurgická klinika SZU a UNB, nemocnica akad. L. Déreera, Bratislava
Přednosta:	prof. MUDr. Juraj Olejník, PhD.
Anotace:	Východisko: Výhody harmonického skalpela ako inštrumentu, poskytujúceho kvalitné a rýchle pretínanie ciev sú v chirurgii známe. Autori prezentujú svoje skúsenosti s jeho použitím pri operáciách štítnej žľazy. Metódy: Retrospektívna analýza 840 operácií štítnej žľazy s použitím harmonického skalpela s vyhodnotením operačného času (priemerný operačný čas lobektómie – 60 min., totálnej tyroidektómie – 77 min.), dĺžky hospitalizácie (2,5 dňa) a pooperačných komplikácií. Prednáška sa zameriava tiež na prezentáciu technických špecifik pri použití uvedenej techniky na základe vlastných skúseností. Záver: Harmonický skalpel má okrem výhod, ako sú bezpečná hemostáza a krátky operačný čas, tiež vplyv na zníženie invazivity operácie (potreba menšieho pracovného priestoru, kratšia incízia, krátka hospitalizácia).

A6

Název:	Hashimotova tyreoiditida
Autor:	J. Dvořák, D. Dyrč, J. Hamous
Pracoviště:	Chirurgické oddělení KKN, Karlovy Vary
Primář:	MUDr. Pavel Novotný
Anotace:	V roce 1912, tedy před 100 lety, popsal japonský chirurg Hakaru Hashimoto ve své doktorské práci lymfomatosní strumu, která od té doby nese jeho jméno. Autoři zmiňují současné názory na postavení HT mezi chronickými záněty štítnice, diagnostiku, klinický obraz, indikace k chirurgickým výkonům, které pro přítomnost zánětlivých změn mohou mít významnější rizika.

A
čt

A7

Název: Malý karcinóm ŠŽ – jedná sa vždy o mikrokarcinóm?

Autor: D. Šiška, R. Králik, Š. Durdík, M. Sabol

Pracovište: Klinika onkologickej chirurgie, OÚsA, Bratislava

Přednosta: Doc. MUDr. Štefan Durdík PhD.

Anotace: Zlepšením diagnostiky (USG, biopsia) sa zvýšil záchyt malých uzlov v štítnej žľaze, ktoré sú odosielané na operáciu. U diferencovaného karcinómu ŠŽ sa vytvorila skupina tzv. mikrokarcinómu, ktorý je definovaný, ako TU do 1 cm (WHO udáva do 2 cm), unifokálny, bez angioinvázie, bez metastáz v regionálnych LU, bez prerastania puzdra ŠŽ.

Cieľom našej práce bolo vyhodnotiť súbor pacientov za 6 rokov (2006–2011) a navrhnúť chirurgickú taktiku pri malých karcinómoch ŠŽ.

V priebehu 6 rokov (2006–2011) bolo na Klinike onkologickej chirurgie operovaných 51 pacientov pre diferencovaný karcinóm ŠŽ veľkosti do 1cm, a 99 pacientov pre karcinóm od 1–2 cm.

A8

Název: Chirurgická liečba diferencovaného karcinómu ŠŽ – význam disekcie krčných kompartmentov

Autor: R. Králik, D. Šiška, Š. Durdík, M. Sabol

Pracovište: Klinika onkologickej chirurgie, OÚsA, Bratislava

Přednosta: Doc. MUDr. Štefan Durdík PhD.

Anotace: Diferencovaný karcinóm ŠŽ je najčastejšou endokrinnou malignitou. Počet novo diagnostikovaných karcinómov ročne stúpa. Chirurgická liečba je základnou primárnou liečbou.

Na Klinike onkologickej chirurgie OÚsA sme v priebehu 6 rokov (2006–2011) operovali 482 pacientov pre diferencovaný karcinóm. Primárnych operácií sme vykonali 325. Všetci pacienti boli štandardne vyšetrení (USG a PAB). Primárnou operáciou bola ipsilaterálna lobektómia, pri peroperačnom resp. pooperačnom dokázaní diferencovaného karcinómu sme vykonali TTE s disekciou centrálného krčného kompartmentu, laterálnu krčnú disekciu sme vykonali pri dokázanej mts LAP. Percento mts postihnutia LU centrálného kompartmentu stúpalo s veľkosťou TU. Pri TU do 1cm to 23 %, 1–2 cm 37 %, 2–4cm 47 %, 4 cm 62 %. U 24 pacientov sme vykonali debulking TTE pre lokálne pokročilý karcinóm s prerastaním do okolia.

Najčastejšou komplikáciou bola hypokalciémia na podklade hypoparatyreozy u 8,4 % pacientov. Paréz NLR sme mali 4,8 %.

Disekcia CK je bezpečnou chirurgickou liečbou, má nielen kuratívny charakter, ale aj stagingový charakter. Umožňuje stratifikáciu pacientov. Patrí do špecializovaných centier.

A9

A
čt

Název:	Neodkladné operace štítné žlázy
Autor:	J. Jarošek, R. Doležel
Pracoviště:	Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN Praha
Přednosta:	prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc.
Anotace:	<p>Současné indikace k operacím štítné žlázy jsou stanovovány endokrinology na základě klinického, funkčního a sonografického vyšetření doplněného event. o punkční cytologii. Endokrinně zaměřený chirurg nemocné objednává k plánované operaci podle naléhavosti celkového stavu a typu tyreopatie. Z ověřené praxe se vymykají pacienti, u kterých operace nesnese odkladu. Pomineme-li nutnost urgentní revize pro pooperační krvácení, setkáváme se s pacienty s náhlým zvětšením štítné žlázy způsobující mechanicky zúžení dýchacích cest na podkladě intraparenchymatózního krvácení, abscesu štítné žlázy nebo překotného nádorového růstu. Úlohou chirurga v těchto případech je uvolnění dýchacích cest buď radikální operací nebo paliativní resekcí v případě pokročilé malignity často se založením tracheostomie. Podrobněji jsou prezentovány 2 případy, u kterých bylo nutno neodkladně operovat pro obstrukci dýchacích cest nádorovým růstem štítné žlázy, kdy v prvním případě šlo o maligní lymfom a podruhé o anaplastický karcinom.</p>

A10

Název:	Sedm let s neuromonitoringem n.laryngeus recurrent
Autor:	B. Dudešek, J. Duben, J. Gatěk, P. Kosáč
Pracoviště:	Chirurgické oddělení Nemocnice ATLAS Zlín
Primář:	MUDr. Jiří Gatěk, Ph.D.
Anotace:	<p>Na chirurgickém oddělení Nemocnice ATLAS Zlín se od roku 2005 rutinně provádí u každé operace na štítné žláze neuromonitoring NLR. Za tuto dobu byl použit u více jak 2000 pacientů. Přínost této metody je ve sníženém počtu poranění NLR. Autoři dále rozebírají výhody a nevýhody této metody a prezentují výsledky vlastního souboru.</p>

A11

Název: **Intralaryngeální elektrody – neinvazivní neurostimulace NLR při thyroidektomii**

Autor: **M. Mocňáková, P. Bachleda, Š. Fritscherová**

Pracoviště: II. chirurgická klinika FN Olomouc

Přednosta: prof. MUDr. Petr Bachleda, CSc.

Anotace: Neurostimulace při thyroidektomii je jednou z alternativ bezpečné identifikace nervus laryngeus recurrens, minimalizující riziko jeho peroperačního poranění.

Na souboru 60 pacientů, operovaných na II. chirurgické klinice FN Olomouc v roce 2011, jsme demonstrovali užití jednorázových neinvazivních snímacích elektrod a vyhodnotili jejich praktické výhody a nevýhody ve srovnání s aplikací punkční elektrody.

A12

Název: **Cévní zásobení štítné žlázy**

Autor: **D. Kachlík, H. Menšíková, V. Musil, T. Lískovec, V. Báča**

Pracoviště: Ústav anatomie 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze

Přednosta: prof. MUDr. Josef Stingl, CSc.

Anotace: Štítná žláza je zásobována tepennou krví obvykle ze dvou zdrojů. K horním částem obou laloků přichází zcela konstantní párová arteria thyroidea superior, větev z arteria carotis externa (50 %), z bifurcatio carotidis (35 %) nebo přímo z arteria carotis communis (15 %). V posledním případě však její větev pro hrtan, arteria laryngea superior, bývá větví z nejbližší kraniální tepny (tedy z arteria lingualis – 1,5 %). K dolní části obou laloků přivádí krev párová arteria thyroidea inferior (křížící u žlázy nervus laryngeus recurrens), větev z truncus thyrocervicalis nebo společně s arteria cervicalis ascendens (92 %), z povodí arteria subclavia. Vzácně odbočuje přímo z arteria subclavia (5 %) či dokonce z arteria vertebralis (1 %). Je také téměř konstantní větví, chybí pouze ve 2 % případů, v nichž může být nahrazena delšími větvemi z arteria thyroidea superior nebo ima. Nekonstantní tepnou vstupující do dolního okraje žlázy může být nepárová arteria thyroidea ima (Neubaueri). Vyskytuje se v méně než 2 % případů, nejčastěji na pravé straně (90 %), odstupuje z arcus aortae (70 %), nebo z truncus brachiocephalicus, arteria carotis communis, arteria subclavia dextra, arteria thoracica interna, arteria thyroidea inferior nebo truncus thyrocervicalis. Její přítomnost může zkomplikovat založení tracheostomie. Žilní krev je odváděna soustavou tří žil. Venae thyroideae superiores sbírají krev z horní poloviny žlázy a ústí do vena jugularis interna. Venae thyroideae mediae (Lichačevae) bývají přítomny v 50 % případů a odvádějí žilní krev rovněž do vena jugularis interna. Z dolního obvodu žlázy odtéká krev cestou venae thyroideae inferiores, které mezi sebou bohatě anastomózují a vytvářejí plexus thyroideus impar, ústící do vena brachiocephalica sinistra.

A13

Název:	Úskalí pro operace pro primární hyperparathyreózu
Autor:	S. Adámek, M. Fialová, R. Lischke, J. Tvrdoň, P. Libánský
Pracoviště:	III. chirurgická klinika 1. LF UK a FNM Praha
Přednosta:	doc. MUDr. Robert Lischke, Ph.D.
Anotace:	<p>Primární hyperparathyreóza je onemocnění způsobené nadměrnou sekrecí parathormonu z jednoho, více nebo všech příštítných tělísek. Po stanovení jasně diagnózy primární hyperparathyreózy endokrinologem záleží úspěch chirurgického řešení na zkušenosti a úsudku chirurga. Chirurgická léčba nabízí definitivní vyléčení pro pacienty s primární hyperparathyreózou. Ve specializovaných endokrinochirurgických centrech je taková úspěšnost výkonu mezi 95–98%. V posledních letech je na 3. chirurgické klinice 1 LF UK v Praze operováno ročně 150–170 pacientů. Naše zkušenosti s více jak 1500 operací (včetně reoperací) provedenými v letech 1994–2011 nás utvrzují v tom, že v případě primární operace s jasnou sonografickou a SPECT/CT lokalizací se bude více jak v 90% jednat o krátký, nenáročný výkon pro pacienta, s minimem komplikací. Při reoperacích může naopak jít o náročný výkon, stoupá riziko komplikací jako je postižení nervus laryngeus recurrens i riziko trvalé hypokalcémie.</p>

A14

Název:	Předoperační a peroperační lokalizační vyšetření u primární hyperparathyreózy
Autor:	P. Libánský, M. Fialová, J. Tvrdoň, R. Lischke, S. Adámek
Pracoviště:	III. chirurgická klinika 1. LF UK a FNM
Přednosta:	doc. MUDr. Robert Lischke, Ph.D.
Anotace:	<p>Chirurgické řešení primární hyperparathyreózy je vysoce účinnou metodou. Před operací je snaha lokalizovat patologické příštítné tělísko. Předoperační lokalizační vyšetření se dají rozdělit na neinvazivní, invazivní a peroperační. Z neinvazivních metod jsou prezentovány zkušenosti především z vyšetření sonografie a scintigrafických metod, především SPECT/CT. Další metody, které budou v přednášce diskutovány jsou počítačová tomografie (CT), nukleární magnetická rezonance (NMR), angiografie, selektivní odběr parathormonu (PTH) a punkční aspirace tenkou jehlou. Z peroperačních metod zde bude diskutován význam stanovení intaktního parathormonu během operace, peroperační histologické vyšetření a bude zmíněna radionavigovaná operace. Jaké jsou výhody a nevýhody těchto vyšetření? Budou prezentovány zkušenosti s jednotlivými metodami.</p>

A15**Název:** Ultrazvuková navigace v operativě příštítných tělísek – zavedení do praxe**Autor:** M. Linhartová, L. Mitáš**Pracoviště:** Chirurgická klinika, FN Brno a LF MU Brno**Přednosta:** prof. MUDr. Zdeněk Kala, Ph.D.

Anotace: Ultrazvuk krku je suverénní pomocnou zobrazovací metodou vhodnou k určení morfologických změn v tyreoidologii, která pro oblast krku využívá tzv. B mode – dvourozměrné zobrazení. V některých případech doplníme dopplerovským duplexním zobrazením. Diagnostické ověření provádějí sonografisté z řad radiologů a dispenzarizujících endokrinologů, chirurg využívá ultrazvuku pro navigaci operovaného ložiska peroperačně. Sonografií dostaneme informaci o struktuře štítnice, paratyreoidei, o jejich vztahu k okolním orgánům (lokalizace, velikost, vztah k dýchacím a polykacím cestám). Zjišťujeme přítomnost případné patologické odchylky, jako je postižení dalších orgánů, invaze tumoru do okolí, je důležité zhodnotení velikosti a charakteru krčních uzlin pretracheálních, prelaryngeálních, paratracheálních, podél cévního svazku a supraklavikulárních, kam mohou metastázovat nádory štítné žlázy. USG zhodnocení regionálních lymfatických uzlin by v žádném případě nemělo být opomenuto před chirurgickým řešením tyreoidálního uzlu, či paratyreoidey. Zavedením ultrazvuku jako další detekční metody v operativě příštítných tělísek jsme získali možnost přesnější lokalizace a úspěšnosti nalezení patologické příštítné léze prospěšně pro nemocné s hyperparatyreózou.

A16**Název:** Terciální hyperparathyreóza – kasuistika**Autor:** M. Fialová, S. Adámek, P. Broulík, R. Lischke, J. Tvrdoň, P. Libánský**Pracoviště:** III. chirurgická klinika 1. LF UK a FNM Praha, III. interní klinika 1. LF UK a VFN Praha**Přednosta:** doc. MUDr. Robert Lischke, Ph.D.

Anotace: Při hyperparathyreóze jde o zvýšenou sekreci parathormonu, který má vliv na kalciovou homeostázu. Podle příčiny se hyperparathyreóza dělí na primární, sekundární a terciální. Primární hyperparathyreóza je způsobena adenomem, hyperplasií nebo karcinomem. Sekundární hyperparathyreóza je způsobena sekundárně při hypokalcémii např. při insuficienci ledvin, malabsorbci. Jestliže hypokalcémie trvá déle a příštítná tělíska jsou stimulována trvale, dojde k jejich hyperplazii a tak k sekundární hyperparathyreóze. Terciální hyperparathyreóza vzniká při sekundární hyperparathyreóze, kdy se sekrece parathormonu stane autonomní, tzn. že pokračuje i po normalizaci kalcémie (např. po transplantaci ledvin). Autoři prezentují kasuistiku pacientky, u níž došlo k rozvoji sekundární hyperparathyreózy při insuficienci ledvin. V tomto terénu byl diagnostikován adenom příštítného tělíska, který byl odoperován.

A17

Název:	Zriedkavé príčiny náhlych brušných príhod
Autor:	J. Škultéty, J. Sekáč, A. Prochotský, M. Huťan, M. Ježovít
Pracovište:	II. chirurgická klinika LF UK a UN Bratislava, Petržalka
Přednosta:	doc. MUDr. Ján Škultéty, CSc.
Anotace:	<p>Autori vo svojom príspevku chcú upozorniť na menej časté príčiny náhlych príhod brušných. Aj keď tieto náhle príhody brušné sa vyskytujú zriedkavo, predsa sa vyskytujú! Vedú ku vysokej morbidite a taktiež pri nerozpoznaní sú príčinou vysokej úmrtnosti.</p> <p>Autori na podklade dvoch kazuistík upozorňujú na dôkladnosť a precíznosť predoperačných vyšetrení, venovanie pozornosti anamnéze pacienta a kritické zhodnotenie a nutnosť indikácie akutne alebo urgentnej operácie pri náhlej brušnej príhode.</p> <p>Poukazujú na náhle príhody brušné pri systémovom lupus erythematosus pri pacientke, ktorá sa podrobila plánovanej náhrade bedrového kĺbu a následne dvom akútnym brušným operáciám.</p> <p>V ďalšej kazuistike išlo o pacienta s nočnou hemoglobínúriou, u ktorého došlo ku krytej perforácii čreva. Obidvaja pacienti po operáciách sa zotavili a opustili našu kliniku na ďalšiu systémovú liečbu.</p>

A18

Název:	Náhlé příhody bříšní u geriatrických pacientů
Autor:	R. Hrivnák, T. Grolich, R. Svatoň, V. Procházka
Pracovište:	Chirurgická klinika, Fakultní nemocnice Brno
Přednosta:	prof. MUDr. Zdeněk Kala, Csc.
Anotace:	<p>Náhlé příhody bříšní jsou závažnou skupinou onemocnění, která nejednou ohrožují pacienta na životě. Zvláštní skupinou nemocných jsou geriatrickí pacienti, u kterých můžou NPB probíhat atypicky a proto je hlavně jejich diagnostika obtížnější. Navíc je u těchto pacientů vyšší morbidita a mortalita. V přednášce autoři rozebírají akutní divertikulitidy u geriatrických pacientů, výsledky terapie, morbiditu a mortalitu. Záludnost diagnostiky je rozebrána v jedné konkrétní kazuistice.</p>

A
čt

A19

Název: Krvácení v gastroduodenální oblasti u geriatrických pacientů

Autor: R. Svatoň, I. Penka, Č. Neumann, Z. Kala, J. Hlavsa, J. Ivičič

Pracoviště: Chirurgická klinika Lékařské fakulty Masarykovy Univerzity a Fakultní nemocnice Brno

Přednosta: prof. MUDr. Zdeněk Kala, CSc.

Anotace: Z důvodu stárnutí populace se v naší praxi stále častěji setkáváme s pacienty vyššího věku. O geriatrickém pacientovi mluvíme, pokud dosáhne věku 75 let více. Ačkoliv se krvácení v gastroduodenální oblasti (GD) vyskytuje ve všech věkových skupinách a při jeho vzniku se uplatňuje řada faktorů, platí pro geriatrické pacienty určitá specifika. Především komorbidity vztahující se k vyššímu věku zvyšují morbiditu a mortalitu. Užívání nesteroidních antiflogistik (NSAF) často v kombinaci s antiagregační nebo antikoagulační terapií je pravděpodobně důvodem nejčastější příčiny krvácení z GD u geriatrických pacientů a to krvácení z peptické ulcerace. Spolu s erozivní gastritis tvoří 70–90 %. Z méně častých příčin jsou to poté: nádorové onemocnění, cévní malformace, mechanická poranění a u pacientů po zákrocích na aortě nutno pomyslet také na možnost aortoduodenální píštěle. Zavedením endoskopie, invazivní radiologie a moderních postupů v intenzivní péči došlo k poklesu úmrtnosti u pacientů starších 65 let z 85 % na 14 %. Vysoká morbidita (65 %) i mortalita (36 %) však i nadále zůstává u pacientů, u kterých bylo nutno přistoupit k akutnímu operačnímu řešení. Podobně jako u mladých pacientů se krvácení z gastroduodena v 50 % případů projeví hematemézou, ve spojení s melénou poté v 20 %. Samotná meléna se vyskytuje ve 30% případů. Vzhledem k nízkým funkčním rezervám a riziku rychlého rozvoje šokového stavu umísťujeme geriatrického pacienta zásadně na monitorovaná lůžka – JIP. V diagnostice se uplatňuje gastrofibroskopie (GFS), CT angiografie nebo angiografie. Jak u GFS, tak u angiografie můžeme s výhodou využít terapeutický potenciál těchto metod. Rozhodující je klinický stav pacienta, pokud nedojde k terapeutickému efektu po primárním endoskopickém ošetření, lze se pokusit ještě o jednu intervenci (endoskopickou/radiologickou). Pokud však i poté krvácení pokračuje, přistupujeme k operačnímu řešení. Alternativou u vysoce rizikových a tedy i geriatrických pacientů je selektivní embolizace. Součástí léčby je samozřejmě volumoterapie, hrazení krve a krevních derivátů, podávání hemostyptik, PPI a parenterální výživy. U geriatrických pacientů nutno také počítat s primárně špatným stavem výživy, zpomaleným hojením tkání a obnovou orgánových funkcí, s různým stupněm poruchy kvality a kvantitativní vědomí.

Od května 2009 jsme provedli na naší klinice 21 akutních operací pro krvácení z gastroduodenální oblasti. Průměrný věk pacientů byl 65,5 let (min.: 31, max.: 86). Geriatrických pacientů bylo 33,3 %. Celkový poměr zastoupení mužů a žen byl 3 : 1, ale v souboru geriatrických pacientů byl už tento poměr 3 : 4 v prospěch žen. U všech operovaných geriatrických pacientů byla příčinou krvácení peptická ulcerace, přičemž v duodenu byla lokalizovaná v 86 %. Pouze ve 2 případech ze všech operovaných pacientů byl příčinou akutního krvácení histologicky verifikovaný adenokarcinom žaludku. U všech geriatrických pacientů byl v medikaci minimálně jeden lék ze skupiny – NSAF, antiagregancia, antikoagulancia. Endoskopické vyšetření podstoupili všichni pacienti starší 75 let, z toho v 57 % bylo pro závažnost a charakter krvácení přistoupeno k operační revizi již po prvním GFS vyšetření. V 71 % jsme u geriatrických pacientů provedli transligaci z duodenumie, v jednom případě byla nutná klínovitá resekce a jednou resekce žaludku typu Billroth II. Pooperační mortalita u pacientů mladších 75let činila 36 %, u geriatrických pacientů dosahovala 57 %. Morbidita poté 64 % vs. 85 %. Recidiva krvácení se vyskytla celkově u 3 pacientů.

Jak dokumentují naše, ale i světové výsledky, endoskopicky nezvládnutelné krvácení zůstává nadále závažným problémem spojeným s vysokou mortalitou a morbiditou. Vysoký věk doprovázený řadou komorbidit významně zhoršuje přežití pacientů. Možnou alternativou k chirurgickému řešení by mohla být u těchto pacientů selektivní arteriální embolizace.

Název:	SúčasnÉ možnosti managementu krvácania do hornej časti tráviaceho traktu – endoskopické a endovaskulárne techniky
Autor:	J. Sekáč, J. Škultéty, A. Prochotský, I. Daniel, P. Sýkora, V. Javorka, M. Huřan
Pracoviště:	Univerzitná nemocnica Bratislava, II. chirurgická klinika
Přednosta:	Doc. MUDr. Ján Škultéty, CSc.
Anotace:	<p>Ciel: Krvácanie do hornej časti tráviacej trubice je napriek modernej endoskopickEj technike epidemiologicky najzávažnejšou náhlou brušnou príhodou v gastroenterológii s incidenciou okolo 100/100 000 obyvateľov a so stabilne vysokou mortalitou okolo 10 %. V poslednom desaťročí v prípade zlyhania endoskopickEj zástavy krvácania sa dostáva do popredia transkatérová embolizácia a postupne vytláča chirurgickú liečbu.</p> <p>Metódy: Autori hodnotia spektrum a vývoj dostupných metód pri riešení krvácania z horného gastrointestinálneho traktu.</p> <p>Záver: Aj v súčasnosti chýbajú unifikované guidelines pre jednotlivé lézie, ktoré sú vo svete aktualizované dľa „evidence based medicine“ - čím možno predísť sporom o kvalite poskytnutej starostlivosti. Každý prípad aktívneho krvácania z horného tráviaceho traktu by mal byť prediskutovaný v multidisciplinárnom tíme s chirurgom, čo napomôže správne mu načasovaniu eventuálnej operácie. V súčasnosti vývoj nových endoskopických metód a enormný rozvoj endovaskulárnych hemostatických techník, materiálov a embolizujúcich látok (transkatérová arteriálna embolizácia) výrazne napomáha pri liečbe životohrozujúceho krvácania z horného gastrointestinálneho traktu.</p>

A21

Název: Krvácení do GIT a warfarinizovaný pacient

Autor: J. Smékalová¹, J. Toman¹, P. Zítka², P. Blahák², O. Polaková³

Pracoviště: 1) Chirurgické oddělení, Nemonice Nové Město na Moravě, p.o.
2) Gastroenterologické a interní oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.
3) Hematologické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.

Primář: 1) MUDr. Jiří Toman, 2) MUDr. František Kazda, 3) MUDr. Musilová Vlasta

Anotace: Krvácení do zažívacího traktu představuje stále jednu z nejobsáhlejších problematik v medicíně vůbec. V diagnostice a terapii se setkává s celou řadou medicínských oborů. Přes všechny nové a sotisfikované diagnostické a terapeutické přístupy se nepodařilo letalitu u těžkých forem krvácení zásadně ovlivnit.

Krvácení do GIT je nejčastější krvácivou komplikací antikoagulační terapie. Antikoagulační prevence a léčba je, ale jedna z nejužívanějších terapeutických modalit každodenní terapeutické praxe. Je základem prevence a léčby žilního trombembolismu, fibrilace síní, ischemické choroby srdeční a péče o kardiochirurgické pacienty. První část sdělení je tedy věnována farmakokinetice warfarinu. Proč dochází k akumulaci antitrombotika? Jaký je index rizika krvácivých komplikací antikoagulační léčby warfarinem? Jaká je potřeba rychlého zrušení antikoagulancia před urgentní operací.

Druhá část sdělení prezentuje zkušenosti z vlastního pracoviště. Strategie vlastní péče o pacienta s těžkým krvácením do GIT na našem pracovišti je koordinována chirurgem-intenzivistou, který spolupracuje s gastroenterologem, v případě nejasných laboratorních výsledků s hematologem. Výrazně profitujeme z přítomnosti zkušeného internisty, který je na chirurgickém oddělení zaměstnán na celý úvazek. Hemodynamicky nestabilní pacienti jsou přijímáni na jednotku intenzivní péče, kde je zahájena komplexní resuscitační péče a dle výsledků urgentních odběrů podána první antidota warfarinu, zahájena intervence endoskopisty. Případný endoskopický „second look“ indikujeme po vzájemné dohodě.

Ke standartním zásadám chirurgické péče patří samozřejmě racionální a včasná indikace operace.

Primární či sekundární úspěšná endoskopická hemostáza s aktivní medikamentózní terapií, s kvalitní a komplexní intenzivní péčí snižuje nejen náklady našeho pracoviště, ale i počet recidiv krvácení a emergentních operací.

Závažné krvácení do Git u warfarinizovaného pacienta vyžaduje rychlé, nepřetržité a opakované hodnocení situace, laboratorní monitorování, časně podání antidota.

Závěrem sdělení.

Krvácení je jednou z nejobávanějších komplikací antikoagulační léčby. Rizika sebou nesou všechna v praxi používaná antikoagulancia. Zatímco warfarin jako nejstarší a nejužívanější antikoagulanc má specifické antidotum rušící jeho účinek, většina nových látek (přímé a nepřímé inhibitory koagulačních faktorů Xa nebo II.a) specifické antidotum nemají. Dalším problémem nových antikoagulancií jsou omezené možnosti laboratorního monitorování antikoagulačního účinku. Specifické testy stanovující plasmatickou hladinu léku neexistují, nejsou k dispozici kalibrační standardy pro testy inhibiční aktivity dabigatranu, lepiridinu a rivaroxabatranu, a proto se používají skupinové testy. Spolehlivé stanovení terapeutického rozmezí je komplikované a nemožné. Akumulace antitrombotika vzniká z různých důvodů (při renální insuficienci, intoxikaci, apod.) a nezachycená spolehlivým laboratorním monitorováním může vést k život ohrožujícímu krvácení...

Název: **Chirurgická léčba ULCUS CRURIS VENOSUM**

Autor: **J. Mazuch, E. Huľo, D. Mištuna, Z. Červená**

Pracoviště: Chirurgická klinika JLF UK a UNM v Martine

Přednosta: Doc. MUDr. Dušan Mištuna, Ph.D., mim. prof.

Anotace: Ulcus cruris venosum alebo venostaticum (UCV) predstavuje aj v súčasnosti stále závažný medicínsky, estetický a socio-ekonomický problém. Odhaduje sa, že až 1 % obyvateľov v strednej Európe má ulcus cruris venózne etiológie. UCV je najzávažnejšou komplikáciou chronickej venózne insuficiencie (CHVI) a zo všetkých vredov predkola ich výskyt je až v 72 %. CHVI môže byť spôsobená primárnymi varixami alebo posttrombotickým syndrómom (PTS). PTS je však najčastejšou príčinou venózneho vriedu – ulcus cruris venosum posttromboticum. CHVI je všeobecným pojmom venózne nedostatočnosti, kde zahŕňa poruchu venózne makrocirkulácie a mikrocirkulácie. Hlavnými protogenetickými činiteľmi CHVI sú: vaskulárna inkompetencia na rôznych úrovniach venózneho systému (povrchový, hĺbkový a spojovací) a z toho rezultujúce venózne refluxy a venózna hypertenzia. Venózna hypertenzia významne zhoršuje mikrocirkuláciu. Dochádza k zvýšeniu kapilárneho filtračného tlaku, naruší sa rovnováha medzi hydrostatickým a koloidne osmotickým tlakom a vzniká edém. Venózna hypertenzia spôsobí dilatáciu kapilár a venúl a zvýši sa ich permeabilita. Dochádza tiež k dysfunkcii endotelu a zvýšenej expresii adhezívnych molekúl na endotelových bunkách i na leukocytoch, pohyb leukocytov sa spomalí a dochádza k zvýšenej aktivácii a adhézii leukocytov na povrch endotelu. Adhézia, migrácia a aktivácia leukocytov vedie k uvoľneniu škodlivých látok ako sú: cytokiníny, leukotriény, voľné kyslíkové radikály, proteínové enzýmy a faktor aktivujúci trombocyty (PAF), ktoré významne poškodzujú mikrocirkuláciu, adherované leukocyty spôsobujú parciálnu obštrukciu kapilárneho lumenu, zníži sa perfúzia, postupne dochádza ku kapilárnej tromboze, čím vzniká tkanivová hypoxia a malnutrícia, ktorá vyvoláva klinický korelát kožných zmien až ulcus cruris.

Pretrvávaním venózne hypertenzie, dochádza k negatívnemu ovplyvneniu metabolizmu kože a podkožia, a taktiež vzniká aj ireverzibilné postihnutie lymfatického systému. Výsledkom je ulcus cruris venostaticum, čo sa považuje za viditeľný prejav dekompenzovanej venózne hypertenzie.

Cieľom liečby CHVI a ulcus cruris venosum je odstrániť alebo znížiť venóznou hypertenziu, odstrániť varixy a refluxné body chirurgickou intervenciou, zlepšiť mikrocirkuláciu venofarmakami, lokálne vyčistiť spodinu ulkusu, podporiť granuláciu a epitelizáciu vriedu. Nevyhnutnou súčasťou komplexnej liečby je kompresívna terapia.

Autori uvádzajú výsledky chirurgickej liečby u 78 pacientov a ulcus cruris venosum, kde bola evidentná CHVI s venóznou hypertenziou. Príčinou venózne hypertenzie bola hlavne valvulárna inkompetencia na úrovni povrchového venózneho systému (VSM a SFJ 100 %, VSP 21, 8 %). Perforátorový systém bol insuficientný hlavne na úrovni Cockettových perforátorov: Cockett I 14 (17,9 %), Cockett II 50 (64,1 %), Cockett III 12 (15 %).

Z chirurgických výkonov boli realizované nasledovné výkony: crosssectomia s vysokou ligatúrou VSM a stripping VSM 78, stripping VSP 17, Cockettova operácia a jej modifikácia 71, excízia ulkusu 10, transplantácia kože 3. V jednom prípade bola vykonaná valvulo – plastika VFS podľa Raju kde bola dokázaná valvulárna inkompetencia VFS pri descendentnej flebogafii.

Nevyhnutnou súčasťou liečby bola kompresívna terapia a venofarmaká (mikronizovaný diosmín).

U všetkých venostatických ulkusov došlo po chirurgickej intervencii a komplexnej liečbe k zhojeniu v priebehu 2–3 mesiacov. Významný bol aj kozmetický efekt liečby.

A23**Název:** Chirurgická léčba těžkých forem klostridiové kolitidy**Autor:** L. Mitáš, I. Penka, Z. Kala, V. Procházka, O. Robek, J. Ivičič, J. Hlavsa, T. Grolich**Pracoviště:** Chirurgická klinika FN Brno a LF MU**Přednosta:** prof. MUDr. Zdeněk Kala, CSc.

Anotace: Klostridiová kolitida je akutním zánětlivým onemocněním tlustého střeva, které je vyvoláno sporulující grampozitivní anaerobní bakterií – *Clostridium difficile*. U rizikové skupiny pacientů se jedná o relativně častou komplikaci antimikrobiální terapie zejména širospektrými antibiotiky, která jsou vylučována převážně stolicí. Mezi rizikové faktory pro rozvoj tohoto onemocnění řadíme vysoký věk, imunodeficit, antisekreční léčbu a dlouhodobou antibiotickou terapii zejména kombinací preparátů. Klinický průběh onemocnění kolísá od mírných průjmů bez makroskopického postižení sliznice, přes lehkou kolitidu bez pseudomembrán až po těžkou pseudomembranózní kolitidu s fulminantním průběhem. Diagnostika onemocnění se opírá o klinické vyšetření, anamnézu proběhlé antibiotické terapie a průkaz *Clostridiových* toxinů ze stolice. Léčebnou modalitou první volby je antibiotická terapie nejčastěji Metronidazolem nebo Vankomycinem, dále parenterální výživa a korekce vnitřního prostředí. Chirurgická terapie je indikována u stavů nereagujících na konzervativní terapii a u stavu s fulminantním průběhem se sepsí.

Autoři v přednášce prezentují své zkušenosti s operacemi pacientů s těžkou formou klostridiové kolitidy, kteří byli operováni na Chirurgické klinice FN Brno od 1/2008 až 2/2012. V tomto období podstoupilo operaci pro těžkou klostridiovou kolitidu celkem 18 pacientů, z nichž 5 bylo mužů s mediánem věku 54 let a 13 žen s mediánem věku 77 let.

U 89% pacientů byla provedena subtotální kolektomie s terminální ileostomií. 30-ti denní mortalita dosahovala 22%. Diskutovány jsou předcházející antibiotická terapie, rizikové faktory, průběh léčby, indikace k operaci, pooperační morbidita a mortalita a načasování operací obnovujících kontinuitu zažívacího traktu.

A24**Název:** Poranenie brušnej steny cudzím telesom s neskorou perforáciou GITu**Autor:** J. Hanzel, Horňák, Krausko, Mokry**Pracoviště:** Chirurgické oddelenie Zlaté Moravce**Přednosta:** prim. MUDr. Jozef Hanzel

Anotace: Autori prezentujú kazuistiku pacienta s bodným poranením prednej brušnej steny sklom, primárne neošetným a spontánne zhojeným, u ktorého došlo po dvoch týždňoch k perforácii hrubého čreva s následnou sterkorálnou peritonitídou.

Název:	Krytá perforace sigmoidea, diagnostika a léčba
Autor:	P. Janda, K. Vysloužil, Č. Neoral
Pracoviště:	I. ¹ a II. ² Chirurgická klinika FN Olomouc
Přednosta:	1) doc. MUDr. Čestmír Neoral, CSc., 2) prof. MUDr. Petr Bachleda, CSc.
Anotace:	<p>V letech 1991–2011 bylo léčeno ve FN Olomouc na I. a II. Chirurgické klinice 122 nemocných s perforací sigmoidea. U 24 nemocných se jednalo o krytou perforaci, tzn. perforaci do oblasti mesosigmoidea nebo epiploického apendixu. U 16/24 nemocných vznikla perforace při koloskopii, u 8/24 se jednalo o krytou perforaci divertiklu sigmoidea. Diagnostika kryté perforace je obtížnější. Klinická manifestace kryté perforace není dramatická. Na prostém snímku břicha nebyly u 22/24 nemocných známky pneumoperitonea. U 11/24 pacientů jsme provedli irrigografické vyšetření vodní kontrastní látkou, vždy s průkazem drobné extravasace. U 13/24 nemocných bylo preferováno vyšetření CT s kontrastem per os a extravasace byla prokázána jen u 9/13 nemocných. U 4/13 nemocných bylo CT falešně negativní. Tito nemocní byly indikováni s odstupem k operaci na základě klinických a laboratorních nálezů a při operaci byly perforace prokázány. Vzhledem k tomu, že kryté perforace je možné léčit konzervativně má včasná diagnostika kryté perforace je důležitá, neboť některé nemocné s krytou perforací lze léčit konzervativně. V naší sestavě jsme konzervativně vyléčili 3/24 nemocných.</p> <p>Conclusion. Z našich výsledků lze vyvodit závěr, že ústup od klasického irrigografického vyšetření ve prospěch CT vyšetření s k.I. per os není ideální a může ovlivnit jak diagnostiku, tak možnost neinvazivní léčby kryté perforace tračniku.</p>

A26

Název: **GIST-óm v herniovom vaku slabinovej prietrže ako príčina náhlej brušnej príhody**

Autor: **E. Boroš¹, M. Halecký¹, T. Borošová²**

Pracovište: 1) Chirurgické oddelenie Železničné zdravotníctvo Košice s.r.o. , 2) Gynekologické oddelenie, VOU Košice a.s.

Přednosta: MUDr. Erich Boroš

Anotace: Neepitelové nádory tráviaceho traktu tvoria heterogénnu skupinu nádorov, ktorá zahrňuje ako nádory benígne, tak nádory malígne. Samostatnú skupinu tvoria gastrointestinálne stromálne tumory, ktoré vykazujú semimalígne chovanie. Gastrointestinálne stromálne tumory (GISTs) sú mezenchymálne semimalígne nádory exprimujúce c-KIT protein. Tvoria 3 % všetkých GIT malignít. Obvykle bývajú benígne, ale v 20–30 % sú malígne a môžu metastazovať do pečene, peritonea a pľúc. Metastázy bývajú často prvým príznakom choroby. Za obdobie od januára roku 2005 do marca roku 2012 sme na našom oddelení operovali 197 pacientov pre tumory tráviacej rúry. Neepiteliálne tumory boli diagnostikované u 6 pacientov (1× hemangiom žalúdka, 1× lipóm žalúdka, 2× malígný B-bunkový lymfóm, čreva hrubého čreva s diseminovaným postihnutím lymfatických uzlín, 1× T-lymfóm tenkého čreva postihnutím lymfatických uzlín a 1× GIST steny ilea). Uvádzame kazuistiku našej pacientky operovanej pre ileózný stav pri inkarcerácii slabinovej prietrže s nálezom stromálneho nádoru ilea.

CHIRURGICKÉ NÁSTROJE

MEDIN
ve vašich rukou

- vysoká tvrdost (prům. 569 HV 1)
- velmi dobrá korozní odolnost

kompletní sortiment pro chirurgické obory:
chirurgie, gynekologie, ORL, plastická chirurgie,
oftalmologie, artroskopie a další specializace

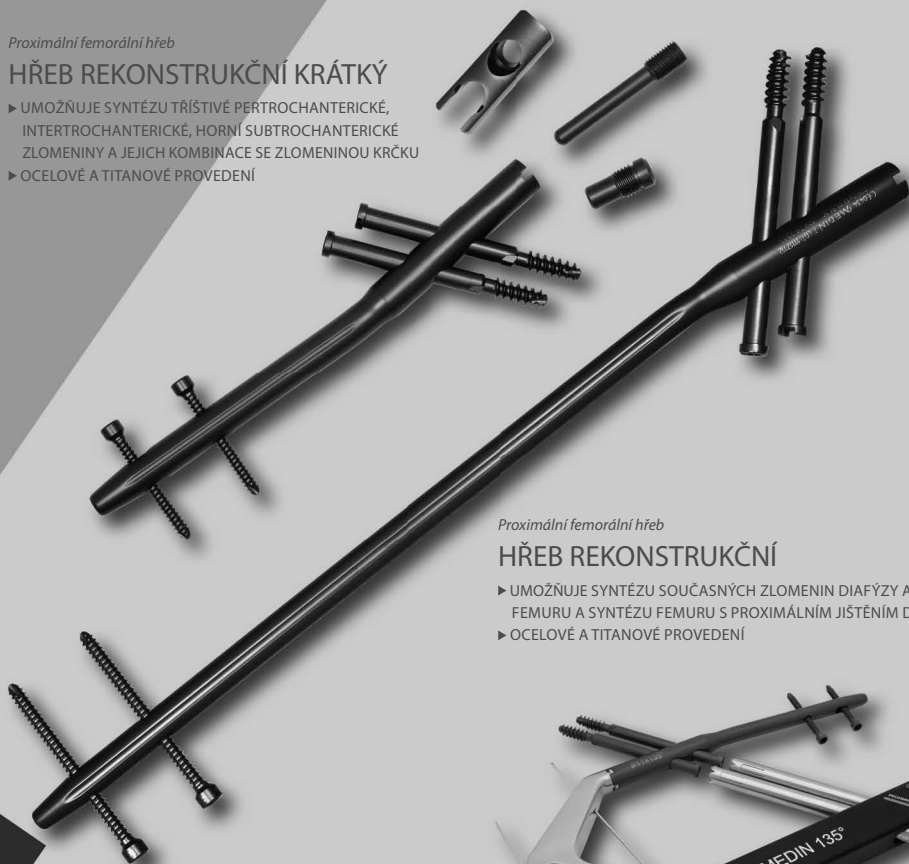
IMPLANTÁTY A NÁSTROJE PRO TRAUMATOLOGII

MEDIN
ve vašich rukou

Proximální femorální hřeb

HŘEB REKONSTRUKČNÍ KRÁTKÝ

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



Proximální femorální hřeb

HŘEB REKONSTRUKČNÍ

- ▶ UMOŽŇUJE SYNTÉZU SOUČASNÝCH ZLOMENIN DIAFYZY A KRČKU FEMURU A SYNTÉZU FEMURU S PROXIMÁLNÍM JIŠTĚNÍM DO KRČKU
- ▶ OCELOVÉ A TITANOVÉ PŘEVODENÍ

Cílič pro proximální femorální hřeb

CÍLIČ PFN MEDIN 130° / 135°

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



SEKCE B

9.45–12.45 I. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE B

předsednictvo: J. Látal, P. Šimko, L. Pleva, M. Mašek

- B1 J. Látal, P. Šimko**
KÚCH SZU a UN, Bratislava
História, vývoj a súčasný stav intramedulárnej osteosyntézy
- B2 P. Šimko, J. Látal**
Klinika úrazovej chirurgie LF SZU a UN Bratislava
Starneme a kam smeruje traumatológia?
- B3 I. Čížmář, P. Špiroch, P. Sedlák, M. Knápek**
Traumatologické oddělení FN Olomouc
Méně frekventní formy nitrodřeňového hřebování
- B4 L. Pleva, V. Ječmínek, M. Novák**
Traumatologické centrum FN Ostrava
Komplikace po nitrodřeňovém hřebování
- B5 M. Mašek, P. Mach, V. Ruber**
Klinika úrazové chirurgie FN a LF MU
Komplikace nitrodřeňového hřebování
- B6 V. Košťálek, I. Navrátil**
Ortopedicko-traumatologické oddělení, Nemocnice Prostějov
Ošetření zlomenin klíční kosti hřebem Hofer
- B7 J. März, P. Tóth**
Chirurgie, KKN a.s.
Intramedulární osteosyntéza klíční kosti
- B8 J. Krajničák, R. Krajničák, I. Liberko, J. Zeleňák**
Chirurgické oddelenie, Vranov nad Topľou
Liečba zlomenín dlhých kostí v detskom veku
- B9 R. Suchomel, R. Veselý, J. Valentová**
Úrazová nemocnice Brno
Hřebová syntéza v oblasti proximálního humeru

B10 J. Plecítý*Rokycanská nemocnice, a.s.*

PHN v podmínkách okresní nemocnice

B11 J. Harčarik, M. Roják, P. Klóč*Oddelenie úrazovej chirurgie*

Naše prvé skúsenosti s antegrádnym zaisteným kľincovaním zlomenín diafýzy humeru

B12 R. Pikula, P. Kvasnička, J. Dušátko*KÚCH TC FN Brno*

Komplikace nitrodřeňového hřebování zlomenin diafýzy humeru

B13 J. Kraus*I. chirurgická klinika hrudní, břišní, a úrazové chirurgie, VFN Praha*

PFN

B14 J. Bujňák, J. Daňo, P. Klóč*Klinika úrazovej chirurgie FN sP Prešov*

GAMMA 3 klinca pri liečbe zlomenín proximálneho konca stehnovej kosti v gerontotraumatológii

B15 M. Šajter, S. Vajcziková, E. Sivík, T. Pavlík, L. Bučka*II. Ortopedicko traumatologická klinika LFUK, UN Bratislava*

Zlomeniny proximálneho femuru

B16 P. Janata, J. Kovář, P. Jindra*Chirurgické oddělení, Nemocnice Jičín*

Implantace proximálního femorálního hřebu MEDIN 125° u osteosyntéz proximálního femoru

12.45–14.00 **přestávka, oběd**14.00–15.00 **II. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE B**

předsednictvo: J. Krajničák, P. Janata, T. Skříčka

B17 P. Klóč, J. Harčarik, M. Roják, I. Petrov, P. Sopko*Oddelenie úrazovej chirurgie, Prešov*

Naše skúsenosti s retrográdnym zaisteným kľincovaním zlomenín femuru

B18 J. Müllerová, P. Klóč*Klinika úrazovej chirurgie FN sP J.A. Reimana, Prešov*

Intramedulárna osteosyntéza zlomenín predkolenia – naše skúsenosti

B19 R. Veselý, V. Procházka, R. Suchomel*Klinika traumatologie LF MU Brno, Úrazová nemocnice*

Tibiotalkalkaneální artrodéza retrográdním hřebem jištěným v rovině sagitální

B20 M. Pompach, H. Zwipp, M. Amlang, L. Žilka, M. Carda*Úrazová chirurgie, Pardubická krajská nemocnice a.s.*

Calcaneal Nail (C-nail)

B21 J. Cigaňák, D. Magdin, J. Konečný, M. Nemček*Traumatologicko-ortopedické oddelenie nemocnica v Bojniciach, NsP Prievidza*

Perkutánná osteosyntéza zlomenín klavikuly, bezpečný postup

WORKSHOP**15.00–17.00 WORKSHOP TRAUMATOLOGIE – SÁL B****a. M. Pompach***Úrazová chirurgie, Pardubická krajská nemocnice a.s.*

C-nail MEDIN

b. J. Kraus*I. chirurgická klinika VFN v Praze a I. LF UK*

Dlaha na distální femur

c. P. Janata*Chirurgické oddělení, Nemocnice Jičín*

Humerální hřeb, distální cílení

d. M. Mišák*Oddelenie úrazovej chirurgie, FN Trenčín*

Dlaha na clavicultu, fibulární dlahy

16.30–18.50 KULTURNÍ PROGRAM – HRAD SVOJANOV**20.00 SPOLEČENSKÝ VEČER – HOTEL SKALSKÝ DVŮR**

B1

Název:	História, vývoj a súčasný stav intramedulárnej osteosyntézy
Autor:	J. Látal, P. Šimko
Pracovište:	Klinika úrazovej chirurgie LF SZU a UN Bratislava
Přednosta:	prof. MUDr. Peter Šimko, CSc.
Anotace:	Autor hodnotí prvé pokusy o intramedulárnu fixáciu fragmentov koncom 19. storočia. Kľúčovým momentom boli práce G. Kuentschera v 40 rokoch minulého storočia, ktoré naštartovali obrovský rozvoj intramedulárných techník súčasnosti.

B2

Název:	Starneme a kam smeruje traumatológia?
Autor:	P. Šimko, J. Látal
Pracovište:	Klinika úrazovej chirurgie LF SZU a UN Bratislava
Přednosta:	prof. MUDr. Peter Šimko, CSc.
Anotace:	Zamyslenie nad postavením a perspektívou úrazovej chirurgie v súčasnosti.

B3

Název:	Méně frekventní formy nitrodřeňového hřebování
Autor:	I. Čížmář, P. Špiroch, P. Sedlák, M. Knápek
Pracovište:	Traumatologické oddělení FN Olomouc
Primář:	doc. MUDr. Igor Čížmář, Ph.D.
Anotace:	Na souboru pacientů autoři prezentují méně obvyklé indikace k nitrodřeňovému hřebování a rozebírají důvody indikací k tomto kontraverzním výkonům.

B4

Název:	Komplikace po nitrodřeňovém hřebování
Autor:	L. Pleva, V. Ječmínek, M. Novák
Pracovište:	Traumatologické centrum FN Ostrava
Přednosta:	doc. MUDr. Leopold Pleva, CSc.
Anotace:	<p>ÚVOD: U nitrodřeňového hřebování se stejně jako jiných typů osteosyntéz setkáváme s komplikacemi, které se vyskytují jednak při aplikacích hřebů, ale také v období hojení zlomenin.</p> <p>METODIKA: Autoři ve svém sdělení uvádějí kazuistiku pacientů se zlomenými intramedulárními hřeby, se kterými se setkali na TC FN Ostrava v posledních 5 letech a uvádějí možnosti léčby těchto závažných komplikací.</p> <p>ZÁVĚR: Zlomení intramedulárního hřebu v době léčení zlomeniny je závažná komplikace, která si vždy vyžaduje individuální přístup léčby vzhledem k technickým problémům při reosteosyntézách.</p>

B5

Název:	Komplikace nitrodřeňového hřebování
Autor:	M. Mašek, P. Mach, V. Ruber
Pracoviště:	Klinika úrazové chirurgie FN a LF MU
Přednosta:	Doc. MUDr. Michal Mašek, CSc.
Anotace:	<p>Na Klinice úrazové chirurgie bylo ošetřeno v roce 2011 metodou nitrodřeňového hřebu 274 zlomenin, včetně hřebů horního konce femoru. Indikace metody je ovlivněna charakterem pracoviště, které koncentruje vysokoenergetická poranění včetně polytraumat. Vyšší frekvenci vykazují ipsilaterální poranění, stejně jako současná poranění obou dolních končetin či souběh s dutinovými poraněními. Tím spíše je kladen akcent na stabilní metodu CRIF nebo ORIF a brzkou mobilizaci s vertikalizací. Na druhé straně pozorujeme častější stabilizaci zevní fixací při otevřených i zavřených zlomeninách s nutností okamžité stabilizace v rámci život zachraňujících výkonů v algoritmu Damage Control Surgery. Rovněž tak opakované výkony na měkkých tkáních u ztrátových poranění na dynamickém zevním fixátoru včetně následných spongioplastik nejsou výjimkou. Běžně pracujeme s metodami NPWT a překrytí defektů místním nebo vzdáleným lalokem.</p> <p>Nejčastější příčinou selhání metody hřebu s nutností revizních operací je primární nedostatečná repozice s logicky následujícím selháním osteosyntézy. Tato je podmíněna nesprávnou indikací operační metody. V případech tříštivých zlomenin jsme nuceni i během výkonu změnit operační strategii a konvertovat peroperačně podle místního a rtg nálezu na jiný vhodnější implantát. Leckdy se změnou operační polohy a desky op. stolu. Operační výkon je vždy ovlivněn technickým vybavením pracoviště, zkušeností a případnou únavou operátora. Nejsme vždy schopni postavit dostatečně široký operační tým zejména v době UPS. Tento musí být schopen souběžně nebo postupně řešit vícečetná poranění, kde Life Saving Surgery mají absolutní prioritu a zde je indikace dočasné aplikace zevní fixace projevem odborné zralosti a odvahy vedoucího týmu.</p>

**B
čt****B6**

Název:	Ošetření zlomenin klíční kosti hřebem Hofer
Autor:	V. Košťálek, I. Navrátil, R. Kloc
Pracoviště:	Ortopedicko-traumatologické oddělení Nemocnice Prostějov
Primář:	MUDr. Pavel Pilař
Anotace:	<p>Autoři referují o souboru zlomenin klíční kosti ošetřených hřebem Hofer v roce 2011. S metodou začínají, zmiňují se i o komplikacích. Výsledky malé sestavy se jeví jako nadějně.</p>

B7

Název: **Intramedulární osteosyntéza klíční kosti**

Autor: **J. März, P. Tóth**

Pracoviště: Chirurgie, KKN, a.s.

Primář: MUDr. Pavel Novotný

Anotace: Zlomeniny difúzy klíční kosti byly dlouhou dobu jasnou indikací ke konzervativní léčbě s výjimkou poranění kožního krytu či nervově cévních poranění. Opakovaně však bylo prezentováno překvapivě vysoké procento vzniku pakloubu (až 25 %). Stále častěji i pacienti preferují metodu, která jim umožní časný návrat do zaměstnání. To vše spolu s dostupností nových implantátů vede k častější indkaci operačního řešení. Autoři prezentují své zkušenosti a výsledky při použití intramedulárního pinu se závitem i dosavadní výsledky srovnání s použitím dlah. Ukazuje se, že obě metody jsou rovnocenné.

B8

Název: **Liečba zlomenín dlhých kostí v detskom veku**

Autor: **J. Krajničák, R. Krajničák, I. Liberko, J. Zelenák**

Pracoviště: Chirurgické oddelenie, Vranov nad Topľou

Primář: MUDr. Miroslav Hlivák

Anotace: Zlomeniny v detskom veku sa vyskytujú najviac na horných končatinách, hlavne na predlaktí a prstoch a závisia od veku dieťaťa vzhľadom na jeho mobilitu a psychomotorickú vyspelosť. V rôznych vekových obdobiach sa výskyt jednotlivých zlomenín dlhých kostí mierne líši a majú aj rôzne spôsoby liečenia. Za ostatné tri roky 2009–2011 sme liečili 20 detí vo veku 1 deň po pôrode až 18 rokov. U nestabilných zlomenín predlaktia sme použili vnútrodeňovú fixáciu K. drôťmi. U zlomenín stehnovej kosti Enderove pružky, Prevotové pružky a dlahovú techniku. U detí do 4 rokov vertikálnu trakciu podľa Bardenheuera. Vážne komplikácie sme nezaznamenali. V súlade so súčasnými poznatkami, hlavne u starších detí nad 4–5 rokov uprednostňujeme vnútrodeňovú osteosyntézu. Dôležitá je spolupráca s rodičmi, pretože od rodičov a ich sociálnych pomerov závisí aj dĺžka hospitalizácie a dosiahnutý výsledok.

B9

Název:	Hřebová synteza v oblasti proximálního humeru
Autor:	R. Suchomel, R. Veselý, J. Valentová
Pracoviště:	Úrazová nemocnice Brno
Přednosta:	prof. MUDr. M. Janeček
Anotace:	Autoři v obecné části rozebírají zlomeniny v oblasti proximálního konce humeru a možnosti jejich ošetření, dále pak prezentují vlastní soubor pacientů ošetřených hřebovou syntezou pro zlomeninu proximálního humeru v ÚN Brno.

B10

Název:	Osteosynteza proximálního humeru v podmínkách okresní nemocnice
Autor:	J. Plecítý
Pracoviště:	Chirurgické oddělení, Rokycanská nemocnice, a.s.
Primář:	MUDr. Vilém Kuntscher, Ph.D.
Anotace:	Rozdělení a klasifikace zlomenin proximálního humeru v souvislosti s možnostmi operačního řešení a srovnání věkového složení souboru pacientů. Srovnání incidence dvou spádových oblastí. Technické a personální předpoklady operačního řešení zlomenin proximálního humeru.

B11

Název:	Naše první zkušenosti s antegrádnym zaisteným klincovaním zlomenin diafýzy humeru
Autor:	J. Harčarik, M. Roják, P. Kľoc
Pracoviště:	Oddelenie úrazovej chirurgie
Primář:	primár MUDr. Bujňák Jozef
Anotace:	Na našom pracovisku používame za účelom osteosyntézy zlomenín diafýzy humeru tradične zväzok Prévotových klincov. Táto časom overená metóda sa nám osvedčila, no v prípadoch špecifických, najmä vysoko nestabilných zlomenín býva zaťažena vyšším výskytom komplikácií, predovšetkým v zmysle migrácie osteosyntetického materiálu. Od roku 2008 máme k dispozícii zaistený rigidný humerálny klince. V prednáške by sme sa chceli podeliť s našimi prvými skúsenosťami s jeho použitím, indikáciami, výsledkami a zhodnotiť prínos tejto metódy osteosyntézy.

B
čt

B12

Název: **Komplikace nitrodřeňového hřbování zlomenin diafýzy humeru**

Autor: **R. Pikula, P. Kvasnička, J. Dušátko**

Pracoviště: Klinika úrazové chirurgie LF MU a TC FN Brno

Přednosta: Doc. MUDr. Michal Mašek, CSc.

Anotace: Tato práce poukazuje na komplikace při ošetřování zlomenin diafýzy humeru při nitrodřeňovém hřbování. Na naší klinice se snažíme o komplexní přístup k daným zlomeninám. Tzn. exaktní diagnostika, určení typu zlomeniny, míry dislokace a zvážení celkového biologického stavu pacienta. Z těchto ukazatelů se rozhodujeme o operační či konzervativní léčbě. Nitrodřeňové hřbování je dominantní metodou při ošetřování zlomenin diafýzy humeru. Jako každá operační léčba, má i tato metoda své úskalí a komplikace. Při anterográdním přístupu se setkáváme s komplikacemi typu „bolesti ramena“, prominencí hřebu či pakloubem. Při retrográdní technice jsou nejčastější komplikace suprakondylární zlomenina či pakloub. Infekt či pareza n. radialis patří mezi méně časté komplikace. V naší práci prezentujeme jednotlivé komplikace a řešení těchto komplikací v období od 01/2010 do 01/2012.

B13

Název: **PFN – krátký rekonstrukční hřeb**

Autor: **J. Kraus**

Pracoviště: I. chirurgická klinika hrudní, břišní a úrazové chirurgie, VFN Praha

Přednosta: prof. MUDr. Zdeněk Krška, CSc.

Anotace: Na našem pracovišti používáme proximální rekonstrukční hřeb MEDIN přes dva roky jako standartní implantát pro řešení zlomenin proximálního femuru. V roce 2010 bylo provedeno 157 osteosyntéz za použití PFN MEDIN (cca 10% v dlouhé variantě). Poslední inovovanou verzí instrumentaria používáme cca jeden rok. Nová operační technika s kontrolou pozice v axiální projekci zajišťuje minimum komplikací jdoucích na vrub implantátu.

B14

Název:	GAMMA 3 klinca pri liečbe zlomenín proximálneho konca stehnovej kosti v gerontotraumatológii
Autor:	J. Bujňák, J. Daňo, P. Kľoc
Pracovište:	Klinika úrazovej chirurgie FNŠP Prešov
Přednosta:	MUDr. Jozef Bujňák
Anotace:	<p>Problematika zlomenín proximálneho konca stehnovej kosti predstavuje v súčasnosti závažný problém v gerontotraumatológii. V prednáške prezentujeme výsledky liečby zlomenín proximálneho konca stehnovej kosti pomocou trochanterického klinca Gamma3 firmy Stryker. Vyzdvihujeme naše výsledky, ale taktiež poukazujeme na možné komplikácie pri liečbe týchto zlomenín. Od roku 2007 máme na Klinike úrazovej chirurgie k dispozícii nový typ trochanterického klinca Gamma3 firmy Stryker, ktorý používame k liečbe nestabilných trochanterických, intertrochanterických a subtrochanterických zlomenín. Do našej štúdie sme zahrnuli pacientov operovaných za obdobie od októbra 2007 do júla 2011 v celkovom počte 304. Metódu osteosyntézy pomocou Gamma3 klinca firmy Stryker považujeme za veľmi významný krok vpred najmä pri nestabilných zlomeninách pertrochanterických a subtrochanterických u gerontologických pacientov. Jeho implantácia je z pohľadu operátora technicky nenáročná a stabilita tohto typu osteosyntézy vyhovuje požiadavkám skoraj vertikalizácie a rehabilitácie s možnosťou 50 % telesnej záťaže postihnutej končatiny.</p>

B
čt**B15**

Název:	Zlomeniny proximálneho femuru
Autor:	M. Šajter, S. Vajcziková, E. Sivík, T. Pavlík, L. Bučka
Pracovište:	II. Ortopedicko traumatologická klinika LFUK, UN Bratislava
Přednosta:	doc. MUDr. Silvia Vajcziková, PhD.
Anotace:	<p>Autori prezentujú vlastné skúsenosti s liečbou zlomenín proximálneho femuru. Tieto zlomeniny sa najčastejšie vyskytujú vo vyššom veku. V liečbe týchto zlomenín dominuje jednoznačne chirurgická liečba. Konzervatívne možno postupovať len u zaklinených zlomenín u pacientov s kontraindikáciou k operačnej liečbe. Cieľom liečby je včasná vertikalizácia a mobilizácia pacientov</p>

B16

Název: **Implantace proximálního femorálního hřebu MEDIN 125° u osteosyntéz proximálního femoru**

Autor: **P. Janata, J. Kovář, P. Jindra**

Pracoviště: Chirurgické oddělení, Nemocnice Jičín

Primář: MUDr. Miroslav Sirový

Anotace: Autor prezentuje implantaci 99 proximálních femorálních hřebů s úhlem 125 stupňů, implantovaných za období VI/2004 – II/2012. I když je neoddiskutovatelný benefit valgotizace krčku, speciálně tento implantát umožňuje v některých případech lepší retenci centrálních šroubů v krčku. Ve sledovaném souboru nebylo prokázáno selhání osteosyntézy.

B17

Název: **Naše zkušenosti s retrográdnym zaisteným klincovaním zlomenín femuru**

Autor: **P. Kľoc, J. Harčarik, M. Roják, I. Petrov, P. Sopko**

Pracoviště: Oddelenie úrazovej chirurgie, Prešov

Primář: MUDr. Bujňák Jozef

Anotace: V prednáške sa zaoberáme intramedulárnou osteosyntézou zlomenín femuru retrográdnym zaisteným klincovaním. Hoci naše pracoviisko patrí k jedným z prvých v bývalom Československu, ktoré začali používať tento spôsob osteosyntézy, až v posledných piatich rokoch ošetrujeme väčšinu zlomenín distálnej časti femuru a niektoré diafyzárne zlomeniny femuru moderným retrográdne aplikovaným implantátom. Prezentujeme naše indikácie, skúsenosti, krátkodobé a strednodobé výsledky liečby. Prezentujeme tiež prvé pokusy s retrográdnym zaisteným klincovaním na našom pracovisku spred niekoľkých desaťročí. Na záver diskutujeme indikačné hranice, pozitívna i negatíva tohto spôsobu osteosyntézy.

B18

Název: **Intramedulárna osteosyntéza zlomenín predkolenia – naše zkušenosti**

Autor: **J. Müllerová, P. Kľoc**

Pracoviště: Klinika úrazovej chirurgie FNŠP J. A. Reimana, Prešov

Přednosta: prim. MUDr. Jozef Bujňák

Anotace: Prednáška je venovaná problematike intramedulárnej osteosyntézy zlomenín predkolenia v kontexte skúseností z materského pracoviška. Súčasťou je náhľad do histórie, bazálny teoretický prehľad poznatkov o zlomeninách predkolenia vhodných na liečbu intramedulárnym klincovaním, štatistické údaje o takýchto výkonoch realizovaných na našom pracovisku za obdobie posledných dvoch rokov a kazuistiky.

B19

Název:	Tibiototalokalkaneální artrodéza retrográdním hřebem jistěným v rovině sagitální
Autor:	R. Veselý, V. Procházka, R. Suchomel
Pracoviště:	Klinika traumatologie LF MU Brno Úrazová nemocnice
Přednosta:	prof. MUDr. Miloš Janeček, CSc.
Anotace:	<p>Hodnotíme naše zkušenosti s použitím retrográdního hřebu zajištěného v sagitální rovině pro tibiototalokalkaneální artrodézu v indikacích těžkého pouřazového postižení hlezenného a subtalárního kloubu.</p> <p>Materiál: Je hodnoceno 32 pacientů. Soubor tvořilo 18 mužů a 14 žen v průměrném věku 55,7 roku (23–72). U všech pacientů se jednalo o těžké pouřazové změny v talokrurálním a talokalkaneálním kloubu. U sedmi pacientů byla přítomna equinózní deformita. Ve třech případech bylo nutno vykřít defekt měkkých tkání lokálním fasciokutánním lalokem. U všech pacientů byla použita standardní operační technika.</p> <p>Výsledky: Komplikace jako poranění neurovaskulárního svazku nebo pakloub nebyly pozorovány. V šesti případech se vyskytla reakce na přední ploše tibie u proximálního jisticího šroubu, která byla vyřešena jeho dřívější extrakcí v lokální anestézii. V jednom případě jsme museli hřeb předčasně odstranit pro infekční komplikaci. Devatenáct pacientů nebylo limitováno při běžné denní aktivitě ani při rekreačním sportu, jedenáct bylo limitováno bolestmi při rekreačním sportu, nikoliv při běžné aktivitě a dva pacienti mají bolesti i při běžné chůzi. Všechny artrodézy se zhojily v korektním postavení během 18. týdnů.</p> <p>Diskuse: Tibiototalokalkaneální artrodéza není častým operačním výkonem v traumatologii a ortopedii. V léčení těchto komplikovaných stavů se častěji než nitrodřeňový hřeb užívá vnitřní fixace šrouby, dlahami nebo zevní fixace. Vysoké procento zhojených artrodéz lze vysvětlit dodržáním přesného zajištění hřebu v sagitální rovině. Předozadní přístup zajišťuje pevnější ukotvení v kosti a pomáhá v neutralizaci sagitálních sil v místě artrodézy.</p>

B
čt**B20**

Název:	Calcaneal Nail (C-nail)
Autor:	M. Pompach¹, H. Zwipp², M. Amlang², L. Žilka³, M. Carda¹
Pracoviště:	1) Úrazová chirurgie, Pardubická krajská nemocnice, a.s., 2) Department of traumatology, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden, Germany, 3) MEDIN a.s., Nové Město Na Moravě
Primář:	MUDr. Martin Carda
Anotace:	Autoři prezentují první výsledky v léčbě osteosyntézy zlomenin patních kostí novou metodou pomocí kalkaneálního hřebu C-NAIL. V přednášce popisují průběh klinické zkoušky, zmiňují indikace, vysvětlují operační postup této nové metody a na závěr hodnotí dosažené výsledky.

B21

Název: **Perkutánná osteosyntéza zlomín klavikuly, bezpečný postup**

Autor: **J. Cigaňák, D. Magdin, J. Konečný, M. Nemček**

Pracoviště: Traumatologicko-ortopedické oddelenie nemocnica v Bojniciach, NsP
Prievidza

Primář: MUDr. V. Gaman

Anotace: Výrazný pokrok technický vo výrobe osteosyntetických materiálov smerom k novým dlahám akoby do úzadia zatláčal jednoduchšie metódy biologickej osteosyntézy Kirschnerovým drôtom, často nazývané obsolentné. Autori popisujú presne postup perkutánnnej osteosyntézy zlomenín strednej časti klavikuly za rtg C-arm asistencie ako primerane bezpečný. Takáto osteosyntéza je biologická: rešpektuje primárny interfragmentárny haematom, je miniinnazívna a esteticky akceptovateľná s minimálnymi jazvičkami.

IMPLANTÁTY A NÁSTROJE PRO TRAUMATOLOGII

MEDIN
ve vašich rukou

Proximální humerální hřeb

HŘEB HUMERÁLNÍ DLOUHÝ

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



NOVINKA

Cílič pro proximální humerální hřeb

CÍLIČ HUMERÁLNÍ DISTÁLNÍ

- ▶ ZKRACUJE OPERAČNÍ DOBU
- ▶ PŘESNÉ A BEZPEČNÉ CÍLENÍ
- ▶ RTG PRŮHLEDNÁ RAMENA
- ▶ ODLEHČENÁ KONSTRUKCE

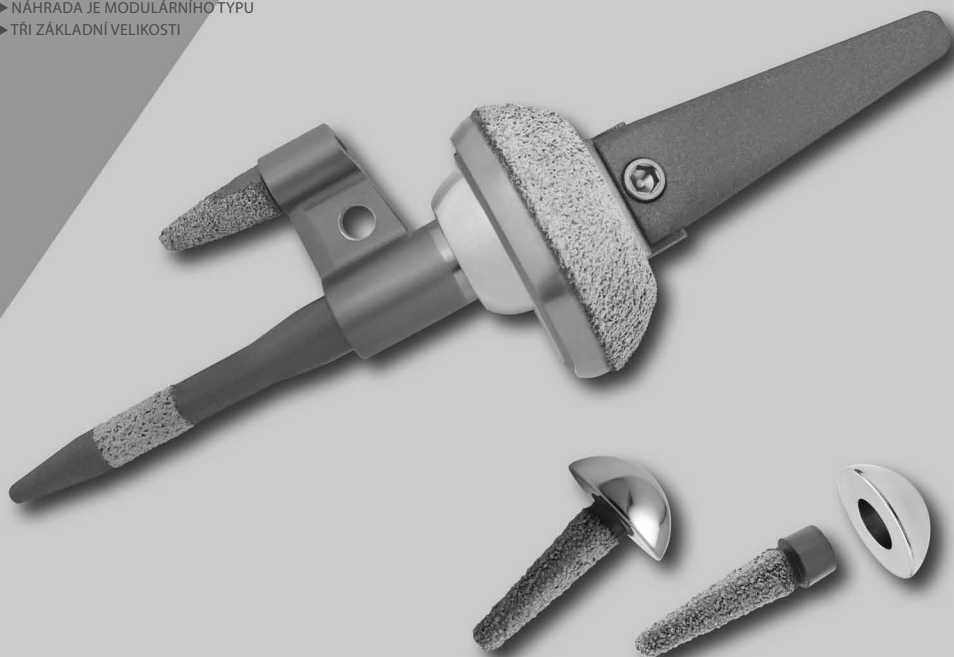


IMPLANTÁTY PRO ORTOPEDII



ENDOPROTÉZA ZÁPĚSTÍ

- ▶ NECEMENTOVANÉ PŘEVEDENÍ
- ▶ KOMBINOVANÝ TITANOVÝ PORÉZNÍ POVRCH DOPLNĚNÝ VRSTVOU HYDROXYAPATITU
- ▶ NÁHRADA JE MODULÁRNÍHO TYPU
- ▶ TŘI ZÁKLADNÍ VELIKOSTI



NÁHRADA BAZE I. METAKARPU PALCE RUKY

- ▶ NECEMENTOVANÉ PŘEVEDENÍ
- ▶ KOMBINOVANÝ TITANOVÝ PORÉZNÍ POVRCH DOPLNĚNÝ VRSTVOU HYDROXYAPATITU
- ▶ DŘÍK V ŠESTI VELIKOSTECH
- ▶ HLAVICE VE ČTYŘECH VELIKOSTECH

Titanový porézní povrch s vrstvou hydroxyapatitu
makroporézní vrstva • prorůst kostní tkáň do labyrintu porézního povrchu
nástržik hydroxyapatitu • vrstvy jsou nanášeny plazmovou technikou

vývoj a výroba
MEDIN ORTHOPAEDICS, a.s.
Ringhofferova 115/1, 155 21 Praha 5 – Zličín
tel.: 234 252 346, fax: 234 252 347

SEKCE C

9.45–12.15 I. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE C

předsednictvo: A. Schmoranzová, J. Cigaňák

C1 A. Schmoranzová

Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou
Úvod do problematiky Dupuytrenovy kontraktury

C2 R. Lhotský

Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou
Anatomické podklady ke správnému porozumění Dupuytrenově kontraktuře

C3 L. Holohlavská

Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou
Standartní ošetření pacienta s Dupuytrenovou kontrakturou

C4 A. Schmoranzová

Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou
Komplikace po operaci pro Dupuytrenovu kontrakturu a jejich řešení

C5 J. Paroulek

Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou
Řešení Dupuytrenovy kontraktury jehlovým protětím

C6 K. Kovářová

Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou
Rehabilitace pacienta po operaci Dupuytrenovy kontraktury

C7 K. Kovářová

Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou
Sudekova algoneurodystrofie jako následek operace Dupuytrenovy kontraktury a její řešení

C8 G. Šlárko, P. Rochová, T. Kluka, M. Zábavníková

Klinika plastickej, rekonštrukčnej a estetickej chirurgie, Košice
Porovnanie výsledkov viacerých postupov v liečbe Dupuytrenovej kontraktúry

C9 I. Humhej, I. Fílová

Neurochirurgká klinika UJEP, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem o.z., Krajská zdravotní a.s.
Výsledky chirurgické léčby syndromu karpálního tunelu – prospektivní studie, 1389 pacientů

C10 J. Cigaňák, D. Magdin, T. Cigaňák, M. Nemček*MANUS-MED Prievidza*

Syndrom karpálního kanála metodou dvouh miniincízií

C11 I. Humhej, M. Sameš*Neurochirurgická klinika UJEP, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem o.z., Krajská zdravotní a.s.*

Výsledky chirurgické léčby syndromu Guyonova kanálu

C12 J. Pilný*Ortopedické oddělení, Pardubická krajská nemocnice, a.s.*

Postižení CMC kloubu palce ruky

12.15–13.30 **přestávka, oběd**13.30–15.00 **II. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE C**

předsednictvo: B. Zálešák, I. Čižmář, K. Orlovský

C13 I. Čižmář, R. Vinter, P. Dráč, I. Dospěl, J. Kovařík*Traumatologické oddělení FN Olomouc*

Zdánlivě netraumatické onemocnění ruky a zápěstí

C14 R. Lhotský*Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou*

Palmar pocket – první zkušenosti

C15 B. Zálešák, M. Molitor, D. Stehlík, I. Menšík, R. Lysák*Oddělení plastické a estetické chirurgie, FN Olomouc*

„Náhlé příhody ruční“ – přání a realita

C16 M. Kavečanský, M. Zábavníková, T. Kluka, V. Jabur*Klinika plastickej, rekonštrukčnej a estetickej chirurgie, Košice*

Limity a indikácie v replantačnej chirurgii

C17 A. Sukop, M. Tvrdek¹, J. Bayer¹, K. Schwarzmannová¹, O. Měšťák²*1) Klinika plastické chirurgie FNKV Praha; 2) Klinika plastické chirurgie nemocnice Bulovka*

Rekonstrukce rukavicových skalpací kombinací volných fasciokutánních a stopkovacích laloků

C18 J. Mihály, P. Miščik*Oddelenie úrazovej chirurgie, FN Prešov*

Poranenie šľachy dlhého flexora palca ruky

C19 A. Schmoranzová

Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou

Vzácný tumor ruky – kasuistika

16.30–18.50 **KULTURNÍ PROGRAM – HRAD SVOJANOV**

20.00 **SPOLEČENSKÝ VEČER – HOTEL SKALSKÝ DVŮR**

C1

Název:	Úvod do problematiky Dupuytrenovy kontraktury
Autor:	A. Schmoranzová
Pracoviště:	Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou
Přednosta:	MUDr. Alena Schmoranzová

C2

Název:	Anatomické podklady ke správnému porozumění Dupuytrenově kontraktuře
Autor:	R. Lhotský
Pracoviště:	Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou
Přednosta:	MUDr. Alena Schmoranzová

C3

Název:	Standartní ošetření pacienta s Dupuytrenovou kontrakturou
Autor:	L. Holohlavská
Pracoviště:	Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie Vysoké nad Jizerou
Přednosta:	MUDr. Alena Schmoranzová
Anotace:	přednáška popisuje možnosti řešení standartní situace

C4

Název:	Komplikace po operaci pro Dupuytrenovu kontrakturu a jejich řešení
Autor:	A. Schmoranzová
Pracoviště:	Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou
Přednosta:	MUDr. Alena Schmoranzová

C5

Název:	Řešení Dupuytrenovy kontraktury jehlovým protětím
Autor:	J. Paroulek
Pracoviště:	Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou
Přednosta:	MUDr. Alena Schmoranzová

C6

Název:	Rehabilitace pacienta po operaci Dupuytrenovy kontraktury
Autor:	Kovářová Kristýna
Pracoviště:	Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou
Přednosta:	MUDr. Alena Schmoranzová

C7

Název:	Sudekovaalgoneurodystrofie jako následek operace Dupuytrenovy kontraktury a její řešení
Autor:	Kovářová Kristýna
Pracoviště:	Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou
Přednosta:	MUDr. Alena Schmoranzová

C8

Název:	Porovnanie výsledkov viacerých postupov v liečbe Dupuytrenovej kontraktúry
Autor:	G. Šlárko, P. Rochová, T. Kluka, M. Zábavníková
Pracoviště:	Klinika plastickej, rekonštrukčnej a estetickej chirurgie, Košice
Přednosta:	MUDr. Marianna Zábavníková, PhD.
Anotace:	Porovnanie výsledkov viacerých postupov v liečbe Dupuytrenovej kontraktúry.

C
čt

C9

Název: **Výsledky chirurgické léčby syndromu karpálního tunelu – prospektivní studie, 1389 pacientů**

Autor: **I. Humhej, I. Fílová**

Pracoviště: Neurochirurgická klinika UJEP, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem o.z., Krajská zdravotní a.s.

Přednosta: Doc. MUDr. Sameš Martin, CSc.

Anotace: Úvod: Syndrom karpálního tunelu představuje jednu z nejčastějších indikací k operaci na horní končetině a na mnoha pracovištích je rutinně prováděným výkonem. Existuje několik způsobů, jak dosáhnout uvolnění nervus medianus v karpálním tunelu od endoskopických technik a miniinvasivních otevřených technik po uvolnění nervu z rozsáhlejšího přístupu. Každá z metod má své výhody a nevýhody, není však jednoznačně stanovena metoda nejefektivnější.

Cíl: Vyhodnotit výsledky léčby syndromu karpálního tunelu pomocí miniinvasivní otevřené techniky (2–2,5 cm kožní řez v oblasti interthenarové rýhy).

Soubor a metodika: Do prospektivní studie bylo zahrnuto 1389 pacientů odoperovaných pro syndrom karpálního tunelu na našem pracovišti v letech 2004–2006. Poměr žen k mužům byl 2,9:1,0; průměrný věk v době operace 53 let (18–91). Pravou ruku jsme operovali v 805 případech (58 %), levou v 584 (42 %). Průměrná doba trvání obtíží byla 3,1 roku. Hypestézie v inervační oblasti nervus medianus byla předoperačně přítomna u 54 % pacientů, oslabení volární abdukce palce u 33 %, hypotrofie thenaru u 15 %. Pozitivní Tinelův příznak byl zaznamenán u 66 % pacientů, pozitivní Phalenův test u 84 %. U všech pacientů byl před indikací operace syndrom karpálního tunelu verifikován na EMG. Před operací a s odstupem 1 a 6 měsíců od operace pacienti vyplňovali dotazník, jehož součástí byl Bostonský dotazník.

Výsledky: Za 6 měsíců od operace udávalo vymizení či zmírnění parestézií 95 % pacientů, bolest se zmírnila či ustoupila u 90 % operovaných. Citlivost se zlepšila u 85 % pacientů, jemná motorika u 82 % pacientů. Celkově hodnotilo stav ruky jako výrazně či částečně zlepšený 93 % jedinců za 6 měsíců od výkonu, 4 % zůstávaly beze změny, 3 % udávaly zhoršení. Dle Bostonského dotazníku došlo s šestiměsíčním odstupem od operace k průměrnému zlepšení o 1,44 v symptom severity scale (zlepšeno o 0,5 bylo 90,2 % pacientů, beze změny ($\pm 0,5$) 9,2 % pacientů a zhoršeno o 0,5 bylo 0,6 % pacientů). Ve function status scale došlo za 6 měsíců od operace ke zlepšení průměrně o 0,83 (zlepšeno 75,6 %, beze změny 20,3 % a zhoršeno 4,1 % pacientů).

Závěr: Miniinvasivní otevřená technika je metoda šetrná, bezpečná, rychlá a efektivní v léčbě syndromu karpálního tunelu. Signifikantní zlepšení udávalo 93 % pacientů po 6 měsících od operace.

Název:	Syndrom karpálního kanála metodou dvouh miniincízií
Autor:	J. Cigaňák, D. Magdin, T. Cigaňák, M. Nemček
Pracoviště:	MANUS-MED Prievidza
Přednosta:	MUDr. Jaroslav Cigaňák, PhD.
Anotace:	Autori referujú 10ročné skúsenosti s operáciami syndroma canalis carpi metódou dvoch minincízií, obdobných ako pri two-port endoskopickéj release. Metóda umožňuje širšiu deliberáciu n. medianus na úseku 6–7 cm, dekompresiu aj motorickej vetvy k thenaru, avšak šetrenie kritického volárneho úseku cutis karpi, čím umožňuje ľahší pooperačný priebeh, neprítomnosť pillar syndrómu a minimalizáciu ďalších komplikácií.

C11

Název: **Výsledky chirurgické léčby syndromu Guyonova kanálu**

Autor: **I. Humhej, M. Sameš**

Pracoviště: Neurochirurgická klinika UJEP, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem o.z., Krajská zdravotní a.s.

Přednosta: Doc. MUDr. Sameš Martin, CSc.

Anotace: Úvod: Syndrom Guyonova kanálu (SGK) je relativně vzácný úžinový syndrom n. ulnaris v oblasti zápěstí. Ze všech operací pro úžinový syndrom periferního nervu zaujímá SGK na našem pracovišti cca 1%. N. ulnaris se při průchodu Guyonovým kanálem rozděluje na převážně senzitivní r. superficialis a čistě motorický r. profundus. Podle Shea a McClaina rozlišujeme 3 typy útlaku n. ulnaris v průběhu Guyonovým kanálem, klinicky se lišící tím, zda je komprimován celý kmen nervu ještě před jeho rozdělením, či selektivně r. superficialis či r. profundus po bifurkaci n. ulnaris. V diferenciální diagnostice je třeba vždy pomýšlet na onemocnění projevující se podobným klinickým obrazem jako SGK, zejména syndrom ulnárního sulku, radikulopatii C8, lézi dolní porce brachiálního plexu a další. Po EMG verifikaci komprese n. ulnaris v oblasti zápěstí přistupujeme u lehčích forem útlaku nervu s krátkodobým trváním potíží ke konzervativní léčbě, naopak u těžších postižení nervu či při neefektivním konzervativním postupu indikujeme operační dekompresi nervu.

Cíl: Vyhodnotit efektivitu operací pro syndrom Guyonova kanálu na našem pracovišti.

Metodika: Retrospektivně hodnotíme soubor 56 pacientů (20 žen, 36 mužů) operovaných v letech 1999–2010 na našem pracovišti pro SGK. V 77 % se jednalo o 1. typ útlaku n. ulnaris (komprese kmene nervu), v 7 % o 2. typ (selektivní komprese r. profundus) a v 16 % o 3. typ (útlak pouze r. superficialis). U 32 % pacientů byl diagnostikován útlak nervu pouze v Guyonově kanálu, u 52 % double crush syndrom SGK + syndrom ulnárního sulku a u 16 % pacientů double crush syndrom SGK + radikulopatie C8. Detailně popíšeme operační techniku pro SGK. V 93 % jsme našli útlak nervu ligamentózními strukturami, u 3 pacientů (5 %) gangliem a u 1 pacienta (2 %) lipomem.

Výsledky: Pooperační dispenzarizaci splnilo 46 pacientů (82 %). Průměrný follow-up byl 8 měsíců. Ke kompletnímu vymizení symptomů útlaku n. ulnaris či k jejich zmírnění došlo pooperačně u 83 % pacientů, nezměněné potíže udávalo 17 % operovaných, nikdo se nezhoršil. Z komplikací jsme v jednom případě zaznamenali povrchový zánět v ráně zvladatelný ATB, 2x hematom léčený konzervativně a 1x dehiscenci rány. Hyperestézii jizvy či jejího okolí udávalo pooperačně 20 % pacientů.

Závěr: SGK je vzácný úžinový syndrom loketního nervu. Má dobrou prognózu pokud je léčen včas, před rozvojem těžkého postižení n. ulnaris s oslabením a hypotrofiemi. Relativně často se vyskytuje jako součást double crush syndromu s útlakem n. ulnaris na více etážích.

C12

Název:	Postižení CMC kloubu palce ruky
Autor:	J. Pilný
Pracoviště:	Ortopedické oddělení, Pardubická krajská nemocnice, a.s.
Přednosta:	prim. MUDr. Jiří Kubeš
Anotace:	Karpometakarpální (CMC) kloub palce člověka umožňuje jeho opozici a tím i jemnou mechaniku ruky. Jeho anatomická stavba však vývojem predisponuje ke vzniku nestabilit, které pokud nejsou léčeny vedou k rozvoji artrotckých změn, risartróze. Autor představuje anatomickou stavbu CMC kloubu palce a předpoklady nestability. Na vznik nestability mohou mít vliv poškození vazů kloubu i nestability v souvislosti s hypermobilitou. K ošetření risartrózy bylo popsáno velké množství operačních postupů, proto autor představuje základní operace, se kterými má zkušenosti. V letech 2009–2011 bylo na ortopedickém oddělení Pardubické krajské nemocnice provedeno celkem 141 CMC kloubu. Z toho 6 artroskopických ošetření, 37 rekonstrukcí vazů při nestabilitě operací dle Littler-Eatona, resekční hemiartroplastika dle Menoneho 23, artroplastika dle Burton-Pellegriniho u 63 pacientů a u 12 pacientů byla provedena artrodéza CMC kloubu.

C13

Název:	Zdánlivě netraumatické onemocnění ruky a zápěstí
Autor:	I. Čižmář, R. Vinter, P. Dráč, I. Dospěl, J. Kovařík
Pracoviště:	Traumatologické oddělení FN Olomouc
Přednosta:	doc. MUDr. Igor Čižmář, Ph.D.
Anotace:	Autoři prezentují spektrum diagnóz, které jsou přijímány jako „netraumatické, tedy degenerativního charakteru. Rozborem dílčích případů jsou rozebrány reálné etiologické faktory.

C14

Název:	Palmar pocket – první zkušenosti
Autor:	R. Lhotský
Pracoviště:	Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie Vysoké nad Jizerou
Přednosta:	MUDr. Alena Schmoranzová
Anotace:	Autor popisuje první zkušenosti s řešením amputačních poranění distálních článků prstů bez nutnosti využití mikrochirurgické techniky.

C
čt

C15

Název: **„Náhlé příhody ruční“ – přání a realita**

Autor: **B. Zálešák, M. Molitor, D. Stehlík, I. Menšík, R. Lysák**

Pracoviště: Oddělení plastické a estetické chirurgie, FN Olomouc

Primář: MUDr. Bohumil Zálešák, Ph.D.

Anotace: Autoři se zamýšlí nad záludnostmi rozhodovacího procesu před primárním ošetřením ztrátových poranění v oblasti ruky. Uvádí nejčastější chyby a omyly, se kterými se během své praxe setkali. Současně se snaží vyvrátit některá mylná dogmata.

Proces správného rozhodování vidí jako systém správně kladených otázek ve smyslu: „co, jak a jestli vůbec“. Zamýšlí se nad čtyřmi aspekty v procesu rozhodování: osobnost pacienta a jeho vůle, osobnost lékaře a jeho vůle, možnosti systému a role „třetích osob“.

V závěru poskytují návod jak efektivně komunikovat s vyšším pracovištěm za účelem převzetí pacienta.

C16

Název: **Limity a indikácie v replantačnej chirurgii**

Autor: **M. Kavečanský, M. Zábavníková, T. Kluka, V.Jabur**

Pracoviště: Klinika plastickej, rekonštrukčnej a estetickej chirurgie, UNLP v Košiciach

Přednosta: MUDr. Zábavníková Marianna Ph.D.

Anotace: Limity v replantačnej chirurgii súvisia s typom poranenia, aj celkovým stavom pacienta, preto je indikácia k mikrochirurgickému výkonu niekedy náročná. V prednáške prezentujeme prehľad replantačných výkonov na našom pracovisku a niektoré neobvyklé kazuistiky.

C17

Název: **Rekonstrukce rukavicových skalpací kombinací volných fasciokutáních a stopkovaných laloků**

Autor: **A. Sukop¹, M. Tvrdek¹, J. Bayer¹, K. Schwarzmánová¹, O. Měšťák²**

Pracoviště: 1) Klinika plastické chirurgie FNKV Praha, 2) Klinika plastické chirurgie nemocnice Bulovka

Přednosta: 1) Doc. MUDr. Tvrdek Miroslav, 2) MUDr. Jan Měšťák Doc., CSc.

Anotace: Autoři popisují řešení závažných poranění ruky jakým jsou rukavicové skalpace. Je prezentován historický vývoj ošetření až po nejmodernější postupy s využitím mikrochirurgických přenosů volných fasciokutánních laloků v kombinaci s klasickými stopkovanými laloky.

Název: **Poranenie šľachy dlhého flexora palca ruky**

Autor: **J. Mihály, P. Miščík**

Pracovište: Odd. úrazovej chirurgie, FN Prešov

Přednosta: MUDr. Jozef Bujňák

Anotace: Poranenie šľachy dlhého flexora palca ruky:
timing ošetrenia – spôsob ošetrenia – sutúra – rehabilitácia – hodnotenie

Úvod: Anatomická stavba šľachy dlhého flexora palca ruky a anatomická stavba šliach II.–V. flexora prstov ruky je rozdielna. Dlhý ohýbač palca ruky, m. flexor pollicis longus, má samostatné origo, priebeh a odlišný spôsob cievneho zásobenia. Rozdielne anatomické pomery determinujú aj terapeutický postup po poranení šľachy m. fl. pollicis longus.

Materiál a metodika: Na Odd. úrazovej chirurgie FN Prešov bolo v rokoch 2003–2010 ošetrovaných 34 pacientov s 34 poraneniami m. fl. pollicis longus. Najčastejšie bola poranená šľacha v zóne II. 5× bolo poranenie šľachy v zóne I, 14× poranenie v zóne II, 3× poranenie v zóne III, 2× v zóne IV a 10× poranenie v zóne V. 26× bola poranená len šľacha dlhého flexora palca a 8× bolo súčasné poranenie šľachy flexorov prstov. U jedného pacienta bola šľacha dlhého ohýbača palca ruky poranená subkutánne. 2 pacienti mali urobenú náhradu šľachy, 1× bola urobená liberácia šľachy a 31× bola urobená sutúra šľachy Kesslerovým modifikovaným stehom a obšitím. Retrahované konce prerušenej šľachy bolo možné aproximovať a sutúrovať aj 30 dní po poranení (sekundárne odložená sutúra). Po sutúre šľachy bola aplikovaná rehabilitácia podľa Kleinerťa so špeciálne upravenou dlahou (ťah smerujúci k V. MCP kĺbu ruky). Hodnotenie výsledkov bolo robené podľa klasifikácie TAM a subjektívne hodnotenie DASH skórovacím systémom. U 1 pacienta vznikol infekcia v mieste ukotvenia šľachy, u 3 pacientov flekčná kontraktúra IP kĺbu a u dvoch pacientov flekčná kontraktúra MCP a aj IP kĺbu s výraznou limitáciou pohybu. Reruptúra diagnostikovaná nebola.

Záver: Sutúra šľachy dlhého ohýbača palca Kesslerovým modifikovaným stehom a obšitím je dostatočne pevná pre skorú rehabilitáciu a je stále aktuálna. Sutúru retrahovaných koncov šľachy dlhého ohýbača palca ruky je možné urobiť do 30 dní s veľmi dobrým až výborným výsledkom, ale túto odloženú sutúru retrahovaných koncov šľachy je možné robiť len po ich aproximácii bez napatia.

C19

Název: **Vzácný tumor ruky – kasuistika**

Autor: **A. Schmoranzová**

Pracoviště: Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie Vysoké nad Jizerou

Přednosta: MUDr. Alena Schmoranzová

Anotace: Přednáška popisuje netypický nález tumoru ruky a řešení.

IMPLANTÁTY PRO ORTOPEDII



NÁHRADA PRSTNÍHO KLOUBU

- ▶ SILIKON NUSIL
- ▶ ENDOPROTÉZA JE URČENA K NÁHRADĚ METAKARPOFALANGEÁLNÍHO (MCP) A INTERFALANGEÁLNÍHO (PIP) KLOUBU
- ▶ SEDM VELIKOSTÍ



NÁHRADA CMC KLOUBU PALCE RUKY

- ▶ SILIKON NUSIL



DOČASNÁ NÁHRADA ŠLACHY

- ▶ SILIKON NUSIL
- ▶ IMPLANTÁT JE URČEN K DOČASNÉ NÁHRADĚ ŠLACHY FLEXORU RUKY
- ▶ Ø 3; 4; 5 a 6 mm, DÉLKY 120; 180 a 220 mm

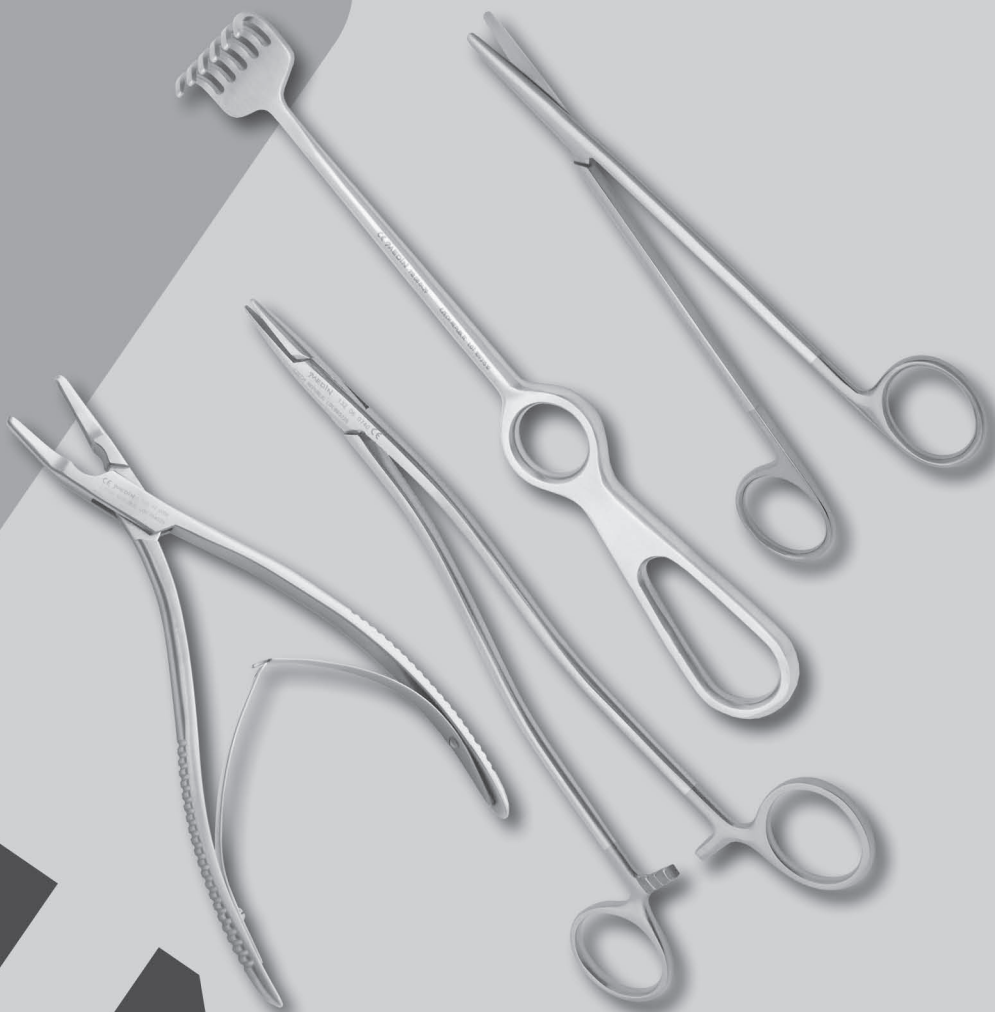
Silikon Nusil

materiál je určen pro dlouhodobou implantaci uvnitř organismu člověka, své mechanické vlastnosti si zachovává po celou dobu implantace

vývoj a výroba
MEDIN ORTHOPAEDICS, a.s.
Ringhofferova 115/1, 155 21 Praha 5 – Zličín
tel.: 234 252 346, fax: 234 252 347

CHIRURGICKÉ NÁSTROJE

MEDIN
ve vašich rukou



kompletní sortiment pro chirurgické obory:
chirurgie, gynekologie, ORL, plastická chirurgie,
oftalmologie, artroskopie a další specializace

- vysoká tvrdost (prům. 569 HV 1)
- velmi dobrá korozní odolnost

SEKCE A

9.00–12.30 **III. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE A**

předsednictvo: J. Palaj, A. Prochotský, J. Toman

A27 T. Skříčka

Chirurgická klinika LF MU, Brno

Jaroslav Bakeš – výrazná postava evropské a světové chirurgie

A28 F. Hampl, P. Kothaj, J. Janek, I. Slobodník

Transplantačné centrum FNŠP FDR v Banskej Bystrici

Transplantácia pečene v liečbe hepatocelulárneho karcinómu

A29 I. Slobodník, F. Hampl, P. Kothaj

Transplantačné centrum FNŠP FDR v Banskej Bystrici

Domino transplantácia pečene

**A30 A. Prochotský¹, P. Hlavčák², R. Okoličány, J. Škultéty, J. Sekáč, M. Huťan jr., S. Do-
lák, M. Ježovít¹**

1) II. chirurgická klinika LF UK a UNG, Bratislava-Petržalka, 2) Histopatológia, a.s., Bratislava-Petržalka

Divertikul veľkej kurvatúry žalúdka ako príčina anemizácie

A31 T. Skříčka

Chirurgická klinika LF MU, Brno

Neobvyklá chirurgická komplikace u lupus erythematoses

A32 J. Palaj, Š. Durdík, V. Marek, M. Sabol, D. Dytter, R. Králik

Klinika onkologickej chirurgie OUSA Bratislava

Súčasná možnosti radikálnej liečby pokročilého karcinómu žalúdka

A33 J. Škach, P. Biath, V. Beran

Oddělení chirurgie Krajské nemocnice Liberec a.s.

VAC systém jako Formule 1 v řešení břišních katastrof v KNL

A34 V. Pribula, A. Vrzgula, R. Krajničák, M. Múdry

III. Chirurgická klinika SZU, Nemocnica Košice-Šaca a.s. 1. súkromná nemocnica

SILS cholecystektómie, naše skúsenosti

A35 R. Krajničák, A. Vrzgula, V. Pribula

III. Chirurgická klinika SZU, Nemocnica Košice-Šaca a.s.

Akútna apendicitída - konvenčne laparoskopicky versus SILS

A36 A. Ferenčík, M. Murcko, A. Čierny, R. Černý*chirurgické oddelenie NsP Trebišov a.s.*

SILPEC – prietrží brušnej steny

A37 S. Černý, J. Král, Z. Šebesta*Chirurgické oddělení Nemocnice Na Františku*

1000 operací hemoroidů a análních prolapsů Longovou metodou

A38 P. Dörr*Homedica s.r.o., Hodonín*

Jednodenní chirurgie na Jižní Moravě, operace hemoroidů HAL s pexí hemoroidální zóny – ideální typ operace pro jednodenní chirurgii

A39 M. Pačiska*Chirurgické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě*

HAL/RAR – naše dvouleté zkušenosti

A40 M. Huťan, J. Škultéty, J. Sekáč, A. Prochotský J. Firment, P. Koudelka, M. Huťan**II. chirurgická klinika LFUK a UNB, *) IV. chirurgická klinika LFUK a UNB*

Empirická antibiotikoterapia komunitnych intraabdominálnych infekcií

A41 J. Kotoč, K. Kotočová, J. Gatěk, J. Duben, B. Dudašek*Nemocnice Atlas a.s., chirurgické oddělení*

Využití probiotik v kolorektální chirurgii

A
pá

12.30

ZAKONČENÍ SETKÁNÍ

A27

Název: **Jaroslav Bakeš – výrazná postava evropské a světové chirurgie**

Autor: **T. Skříčka**

Pracoviště: Chirurgická klinika LF MU, Brno

Přednosta: prof. MUDr. Zdeněk Kala, CSc.

A28

Název: **Transplantácia pečene v limbe hepatocelulárneho karcinómu**

Autor: **F. Hampl, P. Kothaj, J. Janek, I. Slobodník**

Pracoviště: Transplantačné centrum FNsP FDR v BB

Přednosta: Prof. MUDr. Peter Kothaj, CSc.

Anotace: HCC je 5. najčastejšie sa vyskytujúci malígny tumor. Jeho liečba sa riadi podľa BCLC (Barcelona clinic criteria). Základné modalities liečby sú: resekcia pečene, OLTx, RFA, TACE a systémová onkologická terapia. Jednu z metód liečby predstavuje OLTx. Pacient s HCC musí spĺňať Milánske indikačné kritériá pre OLTx.

A29

Název: **Domino transplantácia pečene**

Autor: **I. Slobodník, F. Hampl, P. Kothaj**

Pracoviště: Transplantačné centrum FNsP FDR v Banskej Bystrici

Přednosta: Prof. MUDr. Peter Kothaj, CSc.

Anotace: Domino transplantácia predstavuje medicínsky výkon, ktorý vďaka jednému darcovi zachráni život dvom pacientom. Patrí medzi zriedkavé výkony, ale medzinárodná spolupráca transplantačných centier zvyšuje možnosť úspešnej realizácie tohto výkonu. Prvá domino transplantácia v SR bola úspešne uskutočnená 6. 9. 2010 v transplantačnom centre FNsP FDR v Banskej Bystrici vďaka medzinárodnej spolupráci s IKEM Praha. Pečeň z kadaverózneho dárca bola transplantovaná príjemcovi s hereditárnou amyloidózou, následovne pečeň 1. príjemcu bola transplantovaná 2. príjemcovi s HCC na pracovisku IKEM v Prahe. Obaja príjemcovia sa primerane zotavili po operacnom výkone.

A30**Název: Divertikul veľkej kurvatúry žalúdka ako príčina anemizácie****Autor: A. Prochotský¹, P. Hlavčák², R. Okoličány, J. Škultéty, J. Sekáč, M. Huťan jr., S. Dolák, M. Ježovít¹**Pracovište: 1) II. chirurgická klinika LF UK a UNG, Bratislava-Petržalka
2) Histopatológia, a.s., Bratislava-PetržalkaPrednosta: 1) prednosta doc. MUDr. J. Škultéty, CSc.
2) primár MUDr. P. Hlavčák, CSc.

Anotace: Úvod: Divertikuly žalúdka sú mimoriadne raritnou chirurgickou patológiou. Zvyčajne sú asymptomatické a vo väčšine prípadov sa zistia náhodne, či už ako rádiologický, endoskopický alebo pitevný nález. Incidenia ochorenia je 0,65% a vyskytujú sa rovnako často u mužov i žien. Najčastejšie bývajú lokalizované na zadnej stene kardia alebo malej kurvatúre žalúdka. Právě sú zvyčajne kongenitálne.

Kazuistika: Autori predkladajú kazuistiku 58ročnej pacientky, ktorá bola prijatá na GEK pre ťažkú sideropenickú anémiu a výrazný hmotnostný úbytok. Sťažovala si na slabosť, intermitentné pobolievanie v hornej polovici brucha, grganie a zvracanie natrávenej potravy 5–7 hodiny po jedle. Podozrenie na divertikul žalúdka vyjadrili gastroenterológovia na základe gastrofibroskopie. Rádiodiagnostik ho potvrdil dynamickým CT vyšetrením žalúdka. Divertikul bol lokalizovaný tesne pod kardiou zo strany veľkej kurvatúry žalúdka, čo je z hľadiska lokalizácie ešte zriedkavejšie ako divertikul žalúdka samotný. Pacientka bola operovaná. Pri konvenčnej laparotómii bola vykonaná divertikulektómia lineárnym staplerom. Pooperačný priebeh bol bez akýchkoľvek komplikácií a pacientka bola z nemocnice prepustená 7. pooperačný deň s per primam intencionem zahojenou ranou. T. č. sa má dobre, od operácie pribrala 7 kg, krvný obraz má v norme. Histopatológ potvrdil nepravý divertikul žalúdka.

Diskusia: Právě i nepravé (trakčné a pulzné) divertikuly žalúdka sú mimoriadne vzácné. Do roku 2007 bolo vo svetovej odbornej literatúre opísaných len 200 prípadov. Ochorenie prebieha často asymptomaticky, diagnostikuje sa náhodne a chirurgická intervencia je indikovaná len v prípadoch neúspešnej konzervatívnej liečby alebo pri komplikáciách. Tie zahŕňajú ťažkú anémiu, obštrukciu, akútne masívne krvácanie alebo perforáciu. Elektívna operácia môže byť realizovaná konvenčne – per laparotomiám, endoskopicky – per gastroscopiam alebo laparoskopicky. Pri laparoskopii však môže byť problém s identifikáciou divertikula a operáciu treba konvertovať.

V našom prípade sme zvolili konvenčný prístup, ktorý sa napokon aj potvrdil ako správny.

Záver: Kazuistika atypicky lokalizovaného diverikula žalúdka potvrdzuje doteraz známe fakty o tejto zriedkavej patológii. Diagnóza bola stanovená na základe pátrania po príčine anémie a chudnutia pacientky. Operácia – divertikulektómia – v našom prípade problémy pacientky vyriešila. Treba mať však na zreteli, že to tak nemusí byť vždy. Týka sa to najmä náhodne diagnostikovaných, inak asymptomatických, divertikulov žalúdka pri gastrofibroskopii alebo pri kontrastnom RTG vyšetrení horného GIT pre inú príčinu. Preto považujeme divertikulektómiu za opodstatnenú metódu liečby len v prípadoch neúspešnej konzervatívnej liečby alebo pri komplikáciách ochorenia.

A31Název: **Neobvyklá chirurgická komplikace u lupus erythematoses**Autor: **T. Skříčka**

Pracoviště: Chirurgická klinika LF MU, Brno

Přednosta: prof. MUDr. Zdeněk Kala, CSc.

A32Název: **Súčasná možnosť radikálnej liečby pokročilého karcinómu žalúdka**Autor: **J. Palaj, Š. Durdík, V. Marek, M. Sabol, D. Dytter, R. Králik**

Pracoviště: Klinika onkologickej chirurgie OUSA Bratislava

Přednosta: Doc. Š. Durdík, PhD.

Anotace: Mortalita na karcinóm žalúdka je celosvetovo vysoká. Mimo krajín, kde je zavedený a rozvinutý skrining týchto ochorení sa 5 ročné prežívanie pohybuje v rozmedzí 15–30 %. Radikálne resekcie včasných štádií prinieslo v špecializovaných centrách v Európe i v Severnej Amerike zlepšenie dlhodobého prežívania. U pacientov v 3. a 4. štádiu ochorenia je mortalita naďalej vysoká a dlhodobé prežívanie nízke. To viedlo k snahe o zavedenie radikálnejších operácií než resekcie s D2 lymfadenektómiou. Napriek tomu sa resekcie s D3 a D4 neosvedčili a viaceré štúdie, dokonca, i japonské nepotvrdili zlepšenie dlhodobého prežívania, pričom morbidita a mortalita je u týchto výkonov signifikantne vyššia a D2 lymfadenektómia aj u pokročilých karcinómov je dostačujúca. Naproti tomu zavedením niektorých nových preparátov v chemoterapii, biologickej liečby a ich kombináciou s rádioterapiou a s resekciami žalúdka v kombinácii D2 lymfadenektómiou, prinášajú profit v zlepšenom dlhodobom prežívaní. Zavedením neoadjuvantnej chemoterapie u pokročilých karcinómov strednej a distálnej tretiny žalúdka prináša zlepšenie dlhodobého prežívania až o 10–15 %. Kombinácia chemoterapie a biologickej liečby prináša profit menšej skupine pacientov s pozitívnym HER statusom. U karcinómov kardia, ktorých incidencia narastá je možné zlepšiť vyhladky pacienta neoadjuvantnou chemoterapiou v kombinácii s rádioterapiou a následnou resekcijnou liečbou. Mení sa taktika liečby metastatického karcinómu a pacientov, ktorí môžu v malom percente profitovať s resekcijnou liečbou v kombinácii s intraperitoneálnou chemoterapiou.

A
pá

A33

Název: VAC systém jako Formule1 v řešení břišních katastrof v KNL

Autor: J. Škach, P. Biath, V. Beran

Pracoviště: Oddělení chirurgie Krajské nemocnice Liberec a.s.

Přednosta: MUDr. Miroslav Baader

Anotace: Během posledních let jsme na našem pracovišti přešli prakticky výhradně k řešení břišních katastrof metodou VAC systému. Tato metoda jako jediná ze všech vyzkoušených je schopna zajistit pro pacienta i ošetřovatelský personál snesitelný management hojení za přítomnosti enteroatmosferických píštělí. Naopak zcela nezbytná je však pečlivá aplikace systému k prevenci vzniku iatrogeních komplikací. Žel ani tato metoda není samospásná a některé případy nezbytvá než ponechat k protražovanému a nedůstojnému sekundárnímu hojení. Pravidelným použitím metody VAC úzce spolupracujícím a navzájem zástupným týmem se daří zvyšovat inovativní know how a redukovat počet takových případů na minimum.

A34

Název: SILS cholecystektómie, naše skúsenosti

Autor: V. Pribula, A. Vrzgula, R. Krajničák, M. Múdry

Pracoviště: III. Chirurgická klinika SZU, Nemocnica Košice-Šaca a.s. 1. súkromná nemocnica

Přednosta: MUDr. Vrzgula Andrej, Ph.D.

Anotace: Autori referujú o svojich skúsenostiach so SILS cholecystektómiou a vyhodnocujú retrospektívne súbor 153 pacientov operovaných v intervale dvoch rokov. Súbor bol vyhodnocovaný z hľadiska veku, pohlavia, BMI, priemerneho operačného času, doby pooperačnej hospitalizácie a peroperačných a pooperačných komplikácií. Výsledky potvrdili, že SILS cholecystektómia je vhodnou alternatívou tradičnej laparoskopickej cholecystektómie a je s ňou porovnateľná v miere komplikácií, dĺžky hospitalizácie a pooperačnej rekonvalescencie. Nesporný je výborný kozmetický efekt. Metóda je vhodná, hlavne v začiatkoch, pre pacientov s nižším BMI a bez známok akútneho zápalu.

A35

Název:	Akútna apendicitída – konvenčne laparoskopicky versus SILS
Autor:	R. Krajničák, A. Vrzgula, V. Pribula
Pracovište:	III. Chirurgická klinika SZU, Nemocnica Košice-Šaca a.s.
Přednosta:	MUDr. Andrej Vrzgula, PhD.
Anotace:	<p>Akútna apendicitída patrí medzi najčastejšie náhle príhody brušné. Apendektómia je preto jedným z najčastejších akútnych operačných výkonov na chirurgických pracoviskách.</p> <p>Autori vykonávajú laparoskopickú apendektómiu od mája 1996 a SILS apendektómiu od novembra 2009. V prednáške prezentujú výsledky dvojročných skúseností s novou metodikou a porovnávajú ich s výsledkami operatívny konvenčnou laparoskopiou. V priebehu dvoch rokov operovali pre akútnu apendicitídu celkovo 116 pacientov, z toho 47 pacientov SILS metódou. Obidve skupiny boli čo sa týka veku a BMI porovnateľné.</p> <p>Peroperačnú komplikáciu v skupine operovaných SILS metódou autori nezaznamenali a konvertovať na konvenčnú laparoskopiou, či klasickú operáciu nebolo nutné. Z pooperačných komplikácií zaznamenali dvakrát absces v rane a jedenkrát bola nutná operačná revízia pre abscedovaný hematóm pericekálne, ktorú autori realizovali laparoskopicky. Pri porovnaní obidvoch metód zaznamenali v skupine operovaných SILS metódou kratšiu dobu hospitalizácie a kratší priemerný operačný čas.</p> <p>Záverom autori v súlade s údajmi z dostupnej literatúry konštatujú, že SILS apendektómia je bezpečná a poskytuje alternatívu štandardnej laparoskopii s lepším kozmetickým efektom, avšak stále otvorená ostáva otázka finančnej náročnosti metódy.</p>

A
pá

A36

Název:	SILPEC-prietrží brušnej steny
Autor:	A. Ferenčík, M. Murcko, A. Čierny, R. Černý
Pracovište:	Chirurgické oddelenie NsP Trebišov a.s.
Přednosta:	MUDr. Andrej Ferenčík
Anotace:	<p>Autori po skúsenostiach s jednoportovou chirurgiou a laparoskopom s pracovným kanálom u apendektómii, hrudníkovej chirurgii, detských prietrží využívajú túto techniku pri operáciách prietrží brušnej steny u dospelých. SILPEC (single-incision laparoscopic percutaneous extraperitoneal closure) autori zavádzajú 10 mm trokar do pupka alebo mezogastria s kapnoperitoneom 8 mm Hg a za kontroly a asistencie laparoskopom s pracovným kanálom s 5 mm optikou po revízii dutiny brušnej robia mikroincízie cez ktoré uzatvárajú bránku hernie a steh uzlia v podkoží. SILPEC podľa našich skúseností má všetky výhody, ktoré poskytuje laparoskopia.</p>

A37

Název: 1000 operací hemoroidů a análních prolapsů Longovou metodou

Autor: S. Černý, J. Král, Z. Šebesta

Pracoviště: Chirurgické oddělení Nemocnice Na Františku

Přednosta: MUDr. Stanislav Černý

Anotace: Hemoroidy jsou běžným onemocněním, které však vytváří závažné klinické a sociální problémy.

Prezentujeme naše zkušenosti, časné i dlouhodobé výsledky, možné komplikace léčby cirkulárním staplerem dle Longa u 1000 pacientů, operovaných na našem pracovišti od ledna 2000 do února 2012. Bylo užito 5 typů PPH staplerů 3 různých výrobců.

Konstatujeme, že Longova metoda – PPH je v indikovaných případech – při hemoroidálním onemocnění III.–IV. stupně či prolapsu sliznice anorekta vhodnou alternativou k ostatním chirurgickým metodám.

A38

Název: Jednodenní chirurgie na Jižní Moravě, operace hemoroidů HAL s pexí hemoroidální zóny – ideální typ operace pro jednodenní chirurgii

Autor: P. Dörr

Pracoviště: Pracoviště jednodenní chirurgie Homedica, s.r.o., Hodonín

Ved. lékař: MUDr. Přemysl Dörr

Anotace: 1. Jednodenní chirurgie na J.M.

Zkušenosti se zdravotními pojišťovnami,

Spektrum výkonů,

Hodnocení výkonů,

Požadované technické a jiné podmínky ZP,

Provádění výkonů,

Revize VZP výkonů jednodenní chirurgie na našem pracovišti.

2. Ligace hemoroidálních arterií s pexí hemoroidální zóny je jednoduchá, rychlá a velmi efektivní operace.

Je poměrně bezpečnou operací, i když i zde je nutno počítat se vzácným a spíše pozdním pooperačním krvácením (zaznamenáno 1×/cca 200 operací).

Indikace, provedení, pooperační péče a sledování

Technický popis operace

A39

Název:	HAL/RAR – naše dvouleté zkušenosti
Autor:	M. Pačiska
Pracoviště:	Chirurgické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě
Primář:	MUDr. Jiří Toman
Anotace:	Autor předkládá zkušenosti a výsledky s metodou HAL/RAR v léčbě hemoroidů na pracovišti nemocnice okresního typu. Nabízí i srovnání s metodou klasické hemoroidektomie, která i přes nové a moderní postupy neztrácí svůj význam.

A40

Název:	Empirická antibiotikoterapia komunitných intraabdominálních infekcií
Autor:	M. Huťan, J. Škultéty, J. Sekáč, A. Prochotský, J. Firment, P. Koudelka, M. Huťan*
Pracoviště:	II. chirurgická klinika LFUK a UNB, *) IV. chirurgická klinika LFUK a UNB
Přednosta:	doc. MUDr. Ján Škultéty, CSc., *) doc. MUDr. Martin Huťan, CSc.

Anotace: Intraabdominálne infekcie (IAI) je skupina rozličných zápalových ochorení, s ktorými sa chirurg denne stretáva u svojich pacientov. Väčšinu z nich možno viac alebo menej jednoducho, s pomerne nízkou morbiditou a mortalitou, vyriešiť za pomoci antibiotickej terapie, odstránenia zdroja infekcie, poprípade obnovenia anatomických pomerov pri nutnosti resekčného výkonu. Bohužiaľ, v určitom percente prípadov dôjde k masívnej aktivácii zápalovej odpovede organizmu, generalizácii tohto zápalu, hemodynamickej instabilite, multiorgánovej dysfunkcii a multiorgánovému zlyhaniu. Takto komplikovaný stav vyžaduje úzky a intenzívny multidisciplinárny prístup, napriek najlepšej snahe sa však mortalita aj morbidita týchto pacientov podľa stavu a podkladového ochorenia pohybuje v rozmedzí od 25 až do 70 % (Barie et al, 2006, Barie et al, 1997, Farthman et al, 1990, Garcia Sabrido et al, 1988). Základom liečby je chirurgická sanácia infekčného ložiska (source control) s adekvátnou antibiotickou terapiou pri intenzívnej systémovej podpore orgánových systémov.

Antibiotická terapia, ako jedna zo základných zložiek liečby intraabdominálních infekcií, má byť skorá, dostatočne účinná, v dostatočnej dávke a s prihliadnutím na lokálnu epidemiologickú situáciu. Bohužiaľ, veľkým problémom liečby antibiotikami je nárast rezistencií, tak v komunite ako aj v nemocničnom prostredí. V komunite je antibiotická rezistencia eskalovaná nadmerným používaním chinolónov a cefalosporínov, čoho následkom je nárast ESBL (Extended Spectrum of Beta Lactamases) baktérií. Jedná sa najmä o kmene E.coli, klebsiely, acinetobaktery a klostrídiá. Tieto už vykazujú rezistenciu na cefalosporíny a chinolóny, ktoré boli doteraz základom empirickej liečby.

IDSa (The Infectious Disease Society of America) v pravidelných intervaloch vytvára odporúčania empirickej liečby, pričom posledné publikované sú z roku 2010 (Solomkin et al, 2010).

Autori analyzujú epidemiologickú situáciu na ich chirurgickej klinike za posledné roky, analyzujú efektivitu, resp. platnosť súčasných odporúčaní pri momentálnom stave, analyzujú farmakoekonomiku podávania jednotlivých antibiotík. V súbore pacientov ukazujú komplikácie IAI ako aj mieru reálnej efektivity podanej antibiotikoterapie. Autori záverujú prácu konštatovaním, že je nutná prísna racionalizácia antibiotikoterapie v zmysle výberu empirickej liečby na základe epidemiologickej situácie v konkrétnom zdravotníckom zariadení, v súčinnosti s antibiotickou komisiou.

A
pá

A41**Název: Využití probiotik v kolorektální chirurgii****Autor: J. Kotoč, K. Kotočová, J. Gatěk, J. Duben, B. Dudešek****Pracoviště:** Nemocnice Atlas a.s., Chirurgické oddělení**Primář:** MUDr. Jiří Gatěk, Ph.D.

Anotace: Předoperační podávání probiotik u pacientů podstupujících elektivní výkon v kolorektální chirurgii ovlivňuje intestinální bariérovou funkci a redukuje bakteriální translokaci stěvnou. Mechanismus působení probiotických bakterií spočívá v kolonizaci lamina propria mucosae a dále v kolonizaci mezenteriálních lymfatických uzlin s následnou modulací imunitního systému. Autoři ve svém sdělení prezentují první zkušenosti s využitím probiotik v kolorektální chirurgii, které dokládají ovlivněním markerů pooperační zánětlivé odpovědi a redukcí infekčních komplikací.

CHIRURGICKÉ NÁSTROJE

MEDIN
ve vašich rukou



NOVINKA

APLIKÁTOR NA HEMOROIDY

- ▶ NOVÝ DESIGN
- ▶ MODERNÍ MATERIÁLY
- ▶ VYNIKAJÍCÍ ŽIVOTNOST A FUNKČNOST

www.medin.cz

IMPLANTÁTY A NÁSTROJE PRO TRAUMATOLOGII

MEDIN
ve vašich rukou

Úhlově stabilní implantát

DLAHA FEMORÁLNÍ DISTÁLNÍ

- ▶ UMOŽŇUJE SYNTÉZU EXTRAARTIKULÁRNÍCH A ARTIKULÁRNÍCH ZLOMENIN
- ▶ KOMPATIBILNÍ S PERIPROTETICKÝMI SPONAMI
- ▶ OCELOVÉ A TITANOVÉ PŘEVODENÍ



Instrumentárium pro úhlově stabilní implantáty

ČÍLIČ PRO DLAHU FEMORÁLNÍ DISTÁLNÍ

- ▶ MINIINVAZIVNÍ ZAVEDENÍ IMPLANTÁTU
- ▶ UNIVERZÁLNÍ RTG PRŮHLEDNÉ RAMENO
- ▶ BAREVNÉ ZNAČENÍ INSTRUMENTŮ

SEKCE B

9.00–12.30 III. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE B

předsednictvo: V. Vaculík, T. Pešl, P. Nestrojil

B22 D. Novák

Chirurgické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě

Zlomeniny proximální metafýzy tibie a vývoj nitrodřeňového implantátu MEDIN

B23 R. Madeja, L. Pleva, V. Ječmínek

Traumatologické centrum FN Ostrava

Navigované nitrodřeňové hřebování

B24 V. Ruber, M. Mašek, P. Mach

Klinika úrazové chirurgie LF MU a FN Brno

Stabilní osteosyntéza zlomenin hrudního koše

B25 D. Langer, F. Bělina, R. Doležel, E. Lásziková, I. Buřič, M. Ryska

Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN Praha

Poranění jater – místo operační léčby v současném terapeutickém postupu

B26 P. Mach, M. Mašek, V. Ruber

Klinika úrazové chirurgie FN a LF Brno

Dvojdobá ruptura sleziny

B27 T. Kocourek, J. Kotrč, P. Skácel

Ortopedicko-traumatologické oddělení Nemocnice Přerov

ZipTight – nová operační metoda léčby AC luxace – naše první zkušenosti

B28 T. Pešl, P. Havránek, M. Čepelík

Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK

Poranění laterální epifýzy klíčku u dětí

B29 V. Vaculík, M. Mantič

Oddelenie všeobecnej a úrazovej chirurgie, NsP Bardejov

Nezvyčajná migrácia osteosyntetického materiálu po operácii ramenného kĺbu (kazuistika)

B30 D. Novák

Chirurgické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě

Osteotomie a vynucené rekonstrukce pro zlomeniny distálního radia

B31 P. Janata, M. Sirový, P. Jindra, J. Kovář*Chirurgické oddělení, Nemocnice Jičín*

Implantace necementovaného díšku MEDIN u cervikokapitálních náhrad hlavice kosti kyčelní

B32 P. Nestrojil, M. Mašek, T. Pavlacký*Klinika úrazové chirurgie LF MU a TC FN Brno*

Kombinované poranění stehna petardou – kasuistika

B33 R. Vronský, I. Kopáček, J. Chmelová, A. Jahodová*FN Ostrava, oddělení centrálního příjmu, Traumatologické centrum, Radiodiagnostický ústav*

Diagnostika a léčba subchondrálních zlomenin dolního konce kosti stehenní u dětí

B34 P. Kvasnička, J. Hlaváč, R. Pikula*Klinika úrazové chirurgie FN Brno*

Miniosteosyntéza zlomenin tibiálního pilonu

B35 L. Krajčí, P. Holáň, B. Slovák, D. Suchoň, T. Klos, T. Jínek*Chirurgické oddělení, Nemocnice Nový Jičín*

Poranění ATC AO 44 – A1.1 – naše zkušenosti s operačnou léčbou

12.30

ZAKONČENÍ SETKÁNÍ**B**

pá

B22

Název:	Zlomeniny prox. metafýzy tibie a vývoj nitrodřeňového implantátu MEDIN
Autor:	D. Novák
Pracoviště:	Chirurgické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě
Primář:	MUDr. Toman Jiří
Anotace:	Přes některé problémy s nitrodřeňovým implantátem zůstává hřeb pro 4/6 tibie implantátem volby. V oblasti distální šestiny tibie je možné posílit stabilitu osteosyntézou fibuly, přídatnou fixací či zevním fixátorem. V krajíně proximální metafýzy nabízí alternativu dlahové osteosyntéze hřeb s proximálním rozšířeným zajištěním. Vývoj a indikace jsou předloženy autorem ke zhodnocení.

B23

Název:	Navigované nitrodřeňové hřebování
Autor:	R. Madeja, L. Pleva, V. Ječmínek
Pracoviště:	Traumatologické centrum FN Ostrava
Přednosta:	doc. MUDr. Leopold Pleva, CSc.
Anotace:	<p>Z rozvojem radiologické techniky a jejím propojení s počítačovými systémy vznikla možnost přenést RTG obraz do počítačového systému a pak pomocí infračervené kamery a čidel umístěných v tkáních pracovat s RTG obrazem v reálném čase již bez nutnosti RTG záření.</p> <p>Navigace je známá již řadu let zejména v ortopedii a neurochirurgii, postupně byl vypracován počítačový program pro traumatologii.</p> <p>Navigace v traumatologii se používá hlavně u některých osteosyntéz v oblasti pánve, femoru a bérce. Po zavedení speciálních čidel do kosti se provedou základní RTG projekce zlomeniny případně proximálního a distálního konce kosti RTG zesilovačem a tyto projekce se přenesou do počítače navigace. Poté se vyznačí již v počítači navigace bez použití RTG zesilovače jednotlivé lomné linie případně osa kosti. Navigace pak umožní repozici zlomeniny a zavedení osteosyntetického materiálu. Podle navigace se kontroluje směr a délka zavedení jednotlivých šroubků, je možné určit vstup pro intramedulární osteosyntézu, kontrolovat průběh zavádění hřebu, repozici zlomeniny a po zavedení hřebu pak provést distální jištění bez opakovaného použití RTG zesilovače. Kontrolujeme přitom délku kosti, osovou úchylku a zejména je umožněná přesná korekce rotační úchylky při repozici. Na traumacentru FNO Ostrava máme zkušenosti s navigací v traumatologii od roku 2006. Po provedení skušebních osteosyntéz na zapůjčeném přístroji, jsme zakoupili navigaci v roce 2007 a od této doby provádíme některé osteosyntézy pánve femoru a bérce navigovaně. Vhodné jsou zejména zlomeniny v oblasti SI skloubení pánve, diafýzy tibie a femoru. Z počtem operací se postupně zkracuje doba zavedení čidel a načtení zlomeniny do navigace a zkracuje se radiační čas během operace.</p> <p>Navigace v traumatologii je směr, který umožní přesnější osteosyntézu některých zlomenin zejména s kontrolou rotační úchylky a délky u zlomenin dlouhých kostí. Může významně omezit radiační zátěž pacienta a personálu na operačním sále.</p>

B
pá

B24

Název: **Stabilní osteosyntéza zlomenin hrudního koše**

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

Pracoviště: Klinika úrazové chirurgie LF MU a FN Brno

Přednosta: Doc. MUDr. Michal Mašek, CSc.

Anotace: Tupá poranění hrudníku představují 12,8% zranění u polytraumatizovaných nemocných. Poranění hrudní koše se podílí na jejich úmrtí 25 %. Jsou provázena plicní kontuzí – 44 %, pneumotoraxem – 33 % a hemothoraxem – 30 %. Jednoduché zlomeniny žeber nalézáme v 57% případů, seriové zlomeniny pak ve 36 %. U 7 % poraněných se vyskytují zlomeniny dvířkové. Nestabilní poranění hrudního koše velmi limituje ventilaci pacienta. Nestabilní ventilace pak významně přispívá k celkové nestabilitě pacienta, sťažuje léčbu šokového stavu a prohlubuje rozvoj posttraumatických komplikací ve smyslu SIRS a MODS.

Indikace ke stabilizaci hrudního koše je pak kombinovaná – anesteziologicko – traumatologická. Kromě potřeby zajištění kvalitní ventilace s možností snížení intenzity či agresivity ventilačního režimu předchází časná stabilizace hrudního koše rozvoji ireverzibilních změn plicního parenchymu.

Operační výkon je obvykle indikován do 48 hodin od poranění a kromě stabilizace skeletu je připojena i revize dutiny hrudní s ošetřením případných poranění a založením cílené hrudní drenáže. K vlastní stabilizaci skeletu používáme systém Matrix RIB firmy Synthes.

V roce 2011 jsme na našem pracovišti ošetřili celkem 140 pacientů se zlomeninami žeber (2010 – 160 pacientů). Operační stabilizace hrudního koše byla provedena u 15 pacientů (2010 – 10 pacientů). Jednalo se vždy o polytraumatizované pacienty. Z komplikací jsme za dvouleté období zaznamenali – 3× pooperační pneumonii, 2× infekci rány, 1× selhání osteosyntézy, 1× malpozice implantátu, 2× mors in tabula.

Stabilní osteosyntéza hrudního koše vede v indikovaných případech k významnému zkrácení délky umělé plicní ventilace a tím ke zkrácení doby pobytu na lůžku typu ARO. Tím velmi výrazně šetříme celkové náklady na pacienta. Rovněž stabilní ošetření skeletu hrudníku výrazně snižuje bolestivost pacienta a eliminuje riziko rozvoje případných komplikací a poúrazových následků (deformity, paklouby, funkční omezení).

Název:	Poranění jater – místo operační léčby v současném terapeutickém postupu
Autor:	D. Langer, F. Bělina, R. Doležel, E. Lászkivová, I. Buřič, M. Ryska
Pracoviště:	Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN Praha
Přednosta:	Prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc.
Anotace:	<p>Cíl: Prezentace současných možností diagnostického a léčebného procesu u nemocných s jaterním poraněním.</p> <p>Metoda: Retrospektivní zhodnocení skupiny 171 nemocných (122 mužů a 49 žen), kteří byli pro poranění jater ošetřeni na našem pracovišti v období od 1. 7. 1996 do 31. 1. 2012.</p> <p>Výsledky: Operační léčbu jsme indikovali u 71,3% pacientů. Letalita v našem souboru činila 27,5%. Ve skupině pacientů s penetrujícím poraněním jater jsme úmrtí nezaznamenali. Z počtu 49 konzervativně léčených nemocných zemřelo pět (10,2%) pro mimojaterní příčinu. Po chirurgickém ošetření tupého poranění jater zemřelo 42 (37,2%) nemocných (při traumatickém šoku 23 a 9 operantů se známkami multiorgánového selhání). Biliární komplikace se vyskytly u 12 nemocných (7%). Průměrná doba hospitalizace na intenzivní péči činila 21 dnů. Úroveň závažnosti poranění (ISS) činila 33,7. Autonehody zaujímaly první místo v četnosti úrazové příčiny.</p> <p>Závěr: V posledním desetiletí byla zaznamenána vzrůstající incidence jaterních traumat, ale současně klesající letalita pro tato poranění. Dokonalejší diagnostická zobrazovací vyšetření („bed-side“ ultrasonografie, spirální výpočetní tomografie, magnetická rezonance) a rozvoj miniinvasivních metod (invazivní radiologie, endoskopie) umožňují většinu nemocných s poraněním jater léčit bez chirurgické intervence. Pokud zdravotní stav zraněného vyžaduje operační léčbu, volíme šetrné a časově málo náročné chirurgické výkony. U velmi závažných případů uplatňujeme etapové ošetření pacientů („damage control surgery“). Vysoký stupeň závažnosti zranění (ISS), charakter jaterního poranění či sdružené trauma nitrobrěšních orgánů byly důvodem k vysokému podílu chirurgické terapie u naší skupiny pacientů.</p>

B26

Název: **Dvojdobá ruptura sleziny**

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

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

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

Anotace: V roce 2011 bylo na Klinice úrazové chirurgie FN Brno ošetřeno 397 polytraumat. Poranění sleziny bylo prokázáno u 38 pacientů. 30 pacientů bylo operováno, 25× byla provedena splenectomie, 2× byla aplikována vstřebatelná síťka, 3× bylo provedeno ošetření lokálně aplikovanými hemostyptiky. 8 pacientů s poraněním sleziny bylo léčeno konzervativně.

V přednášce je prezentován případ dvojdobé ruptury sleziny. Pacientka ve věku 54 let byla přijata po autohavárii s prokázanou zlomeninou pánve. Sonografickým i MDCT vyšetřením při přijetí byl prokázán subkapsulární hematoma sleziny a byl dále opakovaně sledován sonograficky. Pátý den po přijetí byla provedena osteosyntéza zlomeniny pánve. Operační výkon proběhl bez komplikací. Přes zprvu příznivý vývoj došlo devátý den po úrazu během kontrolního sonografického vyšetření k náhlému zhoršení klinického stavu pacientky. Sonografie prokázala čerstvé krvácení do volné dutiny břicha. Byla provedena akutní laparotomie s nálezem dvojdobé ruptury sleziny. Další pooperační průběh již byl standardní.

Touto kasuistikou chceme připomenout nezbytnost dlouhodobého sledování závažně poraněných pro trvale platné riziko vzniku dvojdobé ruptury parenchymatosních orgánů.

B27

Název: **ZipTight – nová operační metoda léčby AC luxace – naše první zkušenosti**

Autor: **T. Kocourek, J. Kotrč, P. Skácel**

Pracoviště: **Ortopedicko-traumatologické oddělení Nemocnice Přerov**

Přednosta: **MUDr. Jiří Selucký**

Anotace: Autoři referují o prvních zkušenostech s novou miniinvasivní operační metodou AC luxace Tossy III „ZipTight“ ve srovnání se standardní operační léčbou tahovou cerkláží.

Název: Poranění laterální epifýzy klíčku u dětí

Autor: T. Pešl, P. Havránek, M. Čepelík

Pracoviště: Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK

Přednosta: prof. MUDr. Petr Havránek, CSc.

Anotace: Cíl studie: Obecně platí, že je-li na RTG snímku patrné pourazové rozšíření akromioklavikulární distance při ještě otevřených fýzách na okolním skeletu, jde prakticky vždy o separaci v laterální fýze klíčku a nikoli o akromioklavikulární luxaci jako u dospělých. Poranění laterální epifýzy klíční kosti není časté a není jednotný názor na indikace chirurgické léčby. Cílem naší studie bylo zhodnotit soubor pacientů léčených na naší klinice s poraněním laterální epifýzy klíčku a navrhnout určité principy léčby.

Materiál a metody: hodnotili jsme soubor pacientů léčených na naší klinice za období 2007–2011 (pět let). Sledovali jsme věk pacienta, typ poranění, míru dislokace fragmentů, metodiku zvolené léčby a výsledek léčby.

Výsledky: za dané období jsme léčili 34 pacientů s poraněním laterálního klíčku. V naprosté většině případů byli poranění chlapci (10:1). V jedné třetině případů (32%) byli poranění mladší 10 let. Ve všech těchto případech se jednalo o poranění II. typu podle Saltera a Harrise. Ve věkové kategorii 10–14 let bylo poraněno 9 dětí (26%) i v této věkové kategorii se jednalo vždy o poranění II. typu. Ve věkové kategorii nad 15 let bylo ošetřeno 14 dětí (42%) a téměř ve třetině případů (29%) se jednalo poranění I. typu. Klinicky významnou dislokaci jsme zaznamenali u 9 pacientů z celého souboru (27%) – 1, 3 a 5 v jednotlivých věkových skupinách a 7 z nich bylo operováno (78%) – 1, 2 a 4 v jednotlivých věkových skupinách. Všichni pacienti z celého souboru, až na jednoho, se zhojili bez následků. Jediným pacientem s komplikacemi byl 16letý chlapec s dislokovanou separací laterální epifýzy klíčku II. typu, který nedodržel léčebný režim a zhojil se pakloubem, který byl následně chirurgicky řešen.

Závěr: Poranění laterální epifýzy klíční kosti je poranění vcelku vzácné, většinou bez významné dislokace. Nedislokovaná poranění doporučujeme léčit konzervativně, poranění s klinicky významnou dislokací doporučujeme léčit chirurgicky, v mladším věku především z hledisek kosmetických, v adolescentním věku pak i z hlediska funkčního.

B29

Název: **Nezvyčajná migrácia osteosyntetického materiálu po operácii ramenného kĺbu (kazuistika)**

Autor: **V. Vaculík, M. Mantič**

Pracovište: Oddelenie všeobecnej a úrazovej chirurgie, NsP Bardejov

Primár: MUDr. Vladimír Petráš

Anotace: 80-ročná pacientka utrpela zlomeninu proximálneho humeru vľavo (AO 11 C1), ktorá bola riešená operačne. Ako osteosyntetický materiál boli použité K-drôty (3×) a drôtená slučka. Po zhojení zlomeniny extrahovaný osteosyntetický materiál (K-drôty 2× a drôtená slučka). Po dvoch rokoch od úrazu pri ortopedickom vyšetrení ako vedľajší nález nájdené kontrastné teleso charakteru K-drôtu v oblasti panvy vľavo.

B30

Název: **Osteotomie a vynucené rekonstrukce pro zlomeniny distálního radia**

Autor: **D. Novák**

Pracovište: Chirurgické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě

Primár: MUDr. Toman Jiří

Anotace: Autor srovnává průběh a výsledek léčby u pacientů s opožděnou a pozdní rekonstrukcí. Po zhodnocení RTG nálezu, klinického stavu, očekávání a prognózy pacienta, preferuje co nejčasnější rekonstrukci. Při současném trendu operačního řešení zlomeniny zápěstí se zvětšují požadavky na dobrý funkční výsledek a oblast radioulnokarpální bude vyžadovat zvýšenou traumatologickou pozornost.

B31

Název:	Implantace necementovaného dřívku MEDIN u cervikokapitálních náhrad hlavice kosti kyčelní
Autor:	P. Janata, M. Sirový, P. Jindra, J. Kovář
Pracoviště:	Chirurgické oddělení, Nemocnice Jičín
Přednosta:	MUDr. Miroslav Sirový
Anotace:	Autor prezentuje implantaci 30 necementovaných dřívků MEDIN při hemiarthroplastice kyčelního kloubu pro trauma u gerontologických pacientů. K operaci byli indikováni pacienti v dobrém biologickém stavu s vysokým rizikem operace. Podmínkou implantace je částečné zachování Adamova oblouku a přítomnost spongiozní kosti. V souboru pacientů nebyl detekován infekt, nebylo detekováno uvolnění alloplastiky. Operační čas a krevní ztráta jsou srovnatelné s cementovaným dřívkem. Výhodou implantace je oběhová stabilita pacienta během výkonu, kde odpadá reakce na kostní cement. Nevýhodou je vyšší cena implantátu.

B32

Název:	Kombinované poranění stehna petardou – kasuistika
Autor:	P. Nestrojil, M. Mašek, T. Pavlacký
Pracoviště:	Klinika úrazové chirurgie LF MU a TC FN Brno
Přednosta:	doc. MUDr. Michal Mašek, CSc.
Anotace:	Poraněný 64 letý muž V. K., utrpěl dne 28. 12. 2011 úraz petardou, která se po odpálení odrazila od střechy rodinného domu a poranila jej na pravém stehně. Poraněný utrpěl kombinované poranění – tepelné (popálenina II. st.), mechanické (dilacerace svalů stehna) a toxické (znečištění rány střelným prachem) s celkovou odezvou organismu. I když se poranění na první pohled zdálo jako celkem banální, svým rozsahem, kombinací výše uvedených poškození a celkovou odezvou organismu na toto trauma, si vyžádalo komplexní léčebnou péči s hospitalizací na Klinice anestezie, resuscitace a intenzivní medicíny (KARIM – 8 dnů), Klinice úrazové chirurgie (KÚCH – 19 dnů), Chirurgické klinice (CHK – 3 dny) a Klinice popálenin (KPRCH – 19 dnů), celkem 49 dnů. V průběhu léčení a hospitalizace absolvoval 14 operačních výkonů. Úraz výrazně ohrozil život poraněného a zanechal trvalé následky. Autoři prezentují kasuistiku včetně obrazové dokumentace z průběhu léčení.

B
pá

B33

Název:	Diagnostika a léčba subchondrálních zlomenin dolního konce kosti stehenní u dětí
Autor:	R. Vronský, I. Kopáček, J. Chmelová, A. Jahodová
Pracoviště:	Fakultní nemocnice Ostrava, Oddělení centrálního příjmu, Traumatologické centrum, Radiodiagnostický ústav
Přednosta:	MUDr. Stanislav Jelen
Anotace:	<p>Zlomeniny kosti stehenní se podílí u dětí a dospívajících podle různých autorů 10–12 % na všech zlomeninách a 40–50 % na zlomeninách dolních končetin. Incidence zlomenin dolního konce kosti stehenní se pohybuje mezi 6–8 % zlomenin kosti stehenní. Subchondrální zlomeniny pak představují vzácně se vyskytující typ poranění s incidencí 1–2 % zlomenin kosti stehenní. Jeho závažnost je dána nízkou incidencí, obtížnou diagnostikou a při nesprávné léčbě závažnými komplikacemi v budoucnosti.</p> <p>Mechanismus poranění je na rozdíl od zlomenin v ostatních etážích stehenní kosti atypický, nejde většinou o tzv. high energy injury. V našem souboru šlo vždy o sportovní úrazy a postižení byli výhradně chlapci.</p> <p>Diagnostika: v klinickém obraze dominuje bolest kolene s otokem, skelet je klinicky pevný. Haemartros případně hygrom nejsou konstantními příznaky. Stav bývá hodnocen jako kontuze, případně distorze kolene. Rtg nález je negativní (alespoň v našem souboru). V dalším průběhu přetrvává bolestivost kolene a to při nízké zátěži. Diagnózu potvrdí až MR.</p> <p>Soubor: Za období 2000–2011 jsme ošetřili v DTC FNO 18 785 pacientů ve věku 2 měsíce – 16 let. Pro zlomeniny dolních končetin jsme ošetřili 1 896 pacientů. Hospitalizovali jsme 544 dětí, pro zlomeninu stehenní kosti bylo hospitalizováno 217 dětí a subchondrální zlomeninu dolního konce kosti stehenní jsme diagnostikovali u 7 dětí. Šlo o 6 chlapců a 1 dívku ve věku 9–12 let. Ve třech případech byla zlomenina lokalizována na mediálním kondylu a 2× na laterálním kondylu femoru. U dvou zraněných jsme navíc diagnostikovali 2× chondrální lézi na kontralaterálním kondylu femoru a 1× na stejnostranném kondylu tibie.</p> <p>Terapie: Všechny naše pacienty se subchondrální zlomeninou jsme léčili konzervativně. Vzhledem k charakteru zlomenin jsme nebyli nuceni operovat. Haemartros, který jsme zaznamenali u třech poraněných byl ošetřen punkcí. Recidivu jsme pozorovali v jednom případě.</p> <p>Vzhledem k dobré spolupráci s rodiči i pacienty jsme nebyli nuceni použít sádrové fixace.</p> <p>Konzervativní léčba spočívala v absolutním zákazu zátěže končetiny, tzn. chůze o berlích, do odeznění otoku a bolesti byla končetina fixována pouze vysokou 20 st. ortézou.</p> <p>Postupnou zátěž povolujeme až po 3 měsících a to po předchozím MR vyšetření, plnou zátěž pak s odstupem 6 měsíců při negativním klinickém i MR nálezu.</p> <p>Závěr: Chtěli jsme naším sdělením upozornit na tento typ poranění, na úskalí jeho diagnostiky a od toho se odvíjejícího se způsobu léčby. Je samozřejmé, že tito nemocní musí být dlouhodobě sledováni.</p>

B34

Název:	Miniosteosyntéza zlomenin tibiálního pilonu
Autor:	P. Kvasnička, J. Hlaváč, R. Pikula
Pracoviště:	Klinika Úrazové chirurgie FN Brno
Přednosta:	Doc. MUDr. Michal Mašek, CSc.
Anotace:	Zlomeniny pilonu tibie zůstávají jedním z největších problémů v současné traumatologii a většinou patří k závažným poraněním. Obal měkkých tkání je ve srovnání se střední třetinou výrazně redukována a zlomeniny distální třetiny vznikají mnohem častěji při vysokoenergetickém poranění. Ke specifickým těchto poranění patří rychlý vznik otoku s možným vznikem tenzních bul a následně s ohrožením vitality měkkých tkání. Operační ošetření zlomenin distální tibie má dnes jasně doporučené a definované kroky, jejichž dodržování výrazně snižuje riziko pooperačních komplikací. K nejčastějším metodám patří vnitřní osteosyntéza LCP dlahami, intramedulární osteosyntéza plným hřebem, komplikované a tzv. „high energy“ zlomeniny jsou většinou indikovány k akutní stabilizaci zevními fixatéry. Zlomeniny pilonu je možno též stabilizovat i použitím miniinvazivní techniky. Základním předpokladem je provedení detailního CT vyšetření, umožňující naplánování postupu pro repozici a fixaci zlomeniny. Samostatné tahové šrouby 3,5 nebo 4,0 mm jsou vyhrazeny pro spirální nebo šikmé zlomeniny s příznivým průběhem lomných linií. Tento typ osteosyntézy je též indikován u pacientů, u kterých je vysoké riziko vzniku pooperačních ranných komplikací při použití LCP dlah. V přednášce prezentujeme několik pacientů ošetřených miniosteosyntézou na Klinice Úrazové chirurgie v letech 2009–2011.

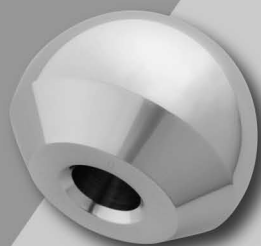
B35

Název:	Poranenie ATC AO 44 – A1.1 – naše skúsenosti s operačnou liečbou
Autor:	L. Krajčí, P. Holáň, B. Slovák, D. Suchoň, T. Klos, T. Jínek
Pracoviště:	Chirurgické oddělení, Nemocnice Nový Jičín
Primář:	MUDr. Matej Škrovina, Ph.D.
Anotace:	Referujeme naše skúsenosti s možno podceňovaným poranením systému laterálnych kolaterálnych väzov ATC v poslednom období, kde preferujeme operačnú liečbu.

B
pá

CERVIKOKAPITÁLNÍ NÁHRADA KYČELNÍHO KLOUBU

MEDIN
ve vašich rukou



HLAVICE KOVOVÁ

- ▶ 11 VELIKOSTÍ
- ▶ 40–60 mm



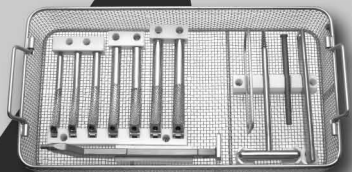
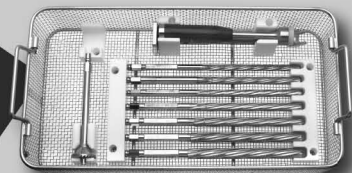
HLAVICE BIPOLÁRNÍ

- ▶ 9 VELIKOSTÍ
- ▶ 42–58 mm



MC-S CEMENTOVANÝ DŘÍK

- ▶ 6 VELIKOSTÍ



vývoj a výroba
MEDIN ORTHOPAEDICS, a.s.
Ringhoferova 115/1, 155 21 Praha 5 – Zličín
tel.: 234 252 346, fax: 234 252 347

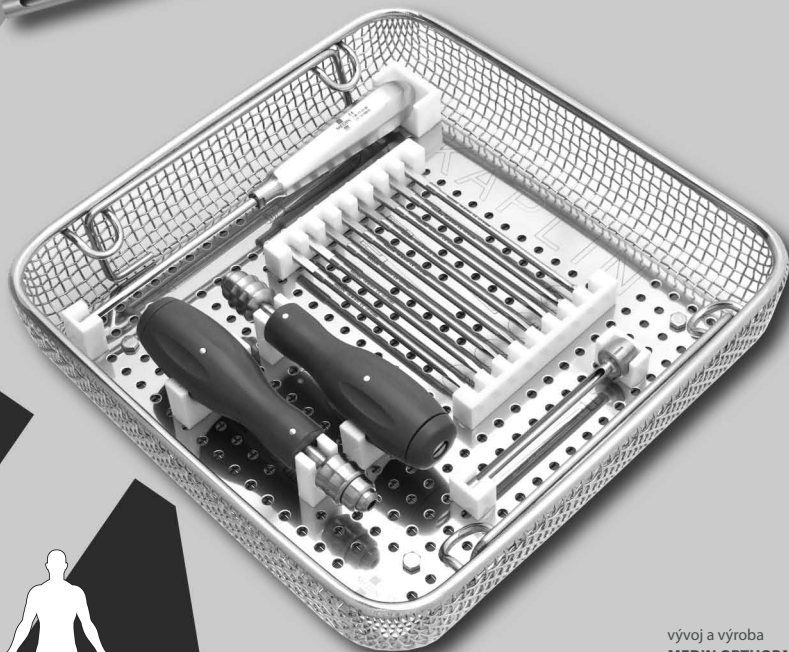
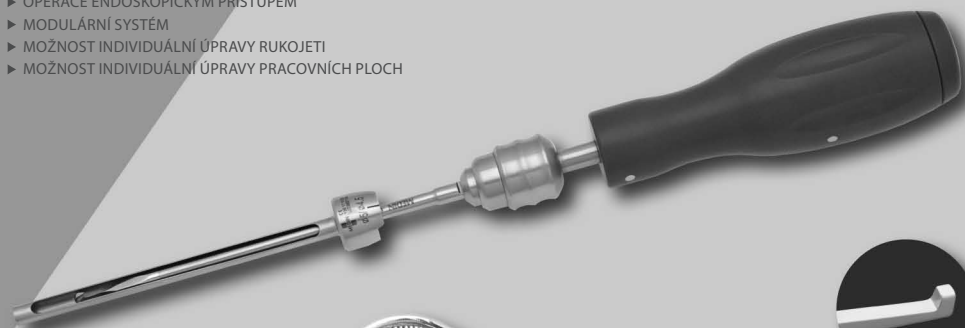
www.medin.cz

INSTRUMENTÁRIUM PRO OPERACI KARPÁLNÍCH A PLANTÁRNÍCH ŠLACH

MEDIN
ve vašich rukou

KAPLIN

- ▶ OPERACE ENDOSKOPICKÝM PŘÍSTUPEM
- ▶ MODULÁRNÍ SYSTÉM
- ▶ MOŽNOST INDIVIDUÁLNÍ ÚPRAVY RUKOJETI
- ▶ MOŽNOST INDIVIDUÁLNÍ ÚPRAVY PRACOVNÍCH PLOCH

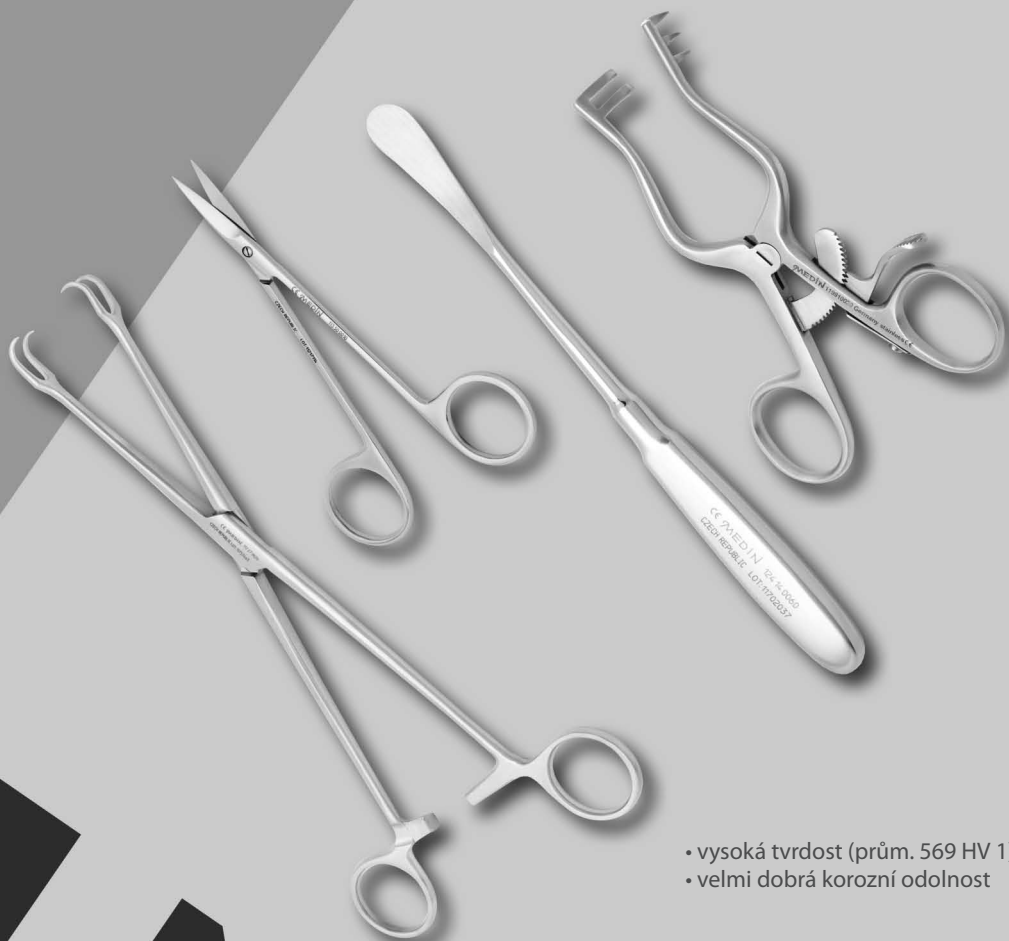


vývoj a výroba
MEDIN ORTHOPAEDICS, a.s.
Ringhofferova 115/1, 155 21 Praha 5 – Zličín
tel.: 234 252 346, fax: 234 252 347

www.medin.cz

CHIRURGICKÉ NÁSTROJE

MEDIN
ve vašich rukou



- vysoká tvrdosť (prům. 569 HV 1)
- velmi dobrá korozní odolnost

kompletní sortiment pro chirurgické obory:
chirurgie, gynekologie, ORL, plastická chirurgie,
oftalmologie, artroskopie a další specializace

SEKCE C

9.00–12.30 **III. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE C**

předsednictvo: S. Vajcziková, J. Pilný, M. Zábavníková

- C20 N. Gregorová, B. Lipový, I. Hufová, I. Suchánek. P. Brychta**
KPRCH FN Brno
Rekonstrukce popálených dětí pomocí tkáňových expandérů
- C21 M. Zábavníková, M. Kavečanský**
Klinika plastickej, rekonštrukčnej a estetickéj chirurgie, Košice
VAC, liečba v plastickej chirurgii
- C22 B. Lipový, Y. Kaloudová, H. Říhová, N. Gregorová, I. Suchánek**
Klinika popálenin a rekonštrukční chirurgie FN Brno
Epidemiologie úrazů způsobených vysokým napětím na jižní Moravě
- C23 D. Stehlík, B. Zálešák, R. Boča, M. Molitor**
Oddělení plastické a estetické chirurgie FN Olomouc
Raritní poranění obličeje a krku – management ošetření (kazuistika)
- C24 J. Pilný**
Ortopedické oddělení, Pardubická krajská nemocnice, a.s.
Nestability zápěstí
- C25 K. Orlovský, L. Štefánek, P. Haranta, J. Molitor**
oddelenie úrazovej chirurgie FNŠP Žilina
DRUJ instability
- C26 Z. Vodička, F. Krejčí, J. Stehlík**
Ortopedické oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s.
Abutment syndrom ulny – jeho chirurgické řešení
- C27 S. Vajcziková, I. Chandoga, P. Filan, M. Šajter**
II. Ortopedicko traumatologická klinika LFUK, UNB Bratislava-Petržalka
Matti- Russe metoda volby léčby pakľbu os scaphoideum
- C28 J. Miletín, A. LeRoy, K. Vymětalová, J. Štefela, V. Báča, D. Kachlík**
Ústav anatomie 3. LF UK v Praze
Arteria princeps pollicis pod drobnohledem

C29 **V. Kaválková**

Krajská nemocnice Liberec, a.s.

Možnosti homeopatie v chirurgii

C30 **J. Pilný**

Ortopedické oddělení, Pardubická krajská nemocnice, a.s.

3. Informace o právě se rozvíjejícím webu ortopedie-traumatologie.cz

12.30

ZAKONČENÍ SETKÁNÍ

C20

Název:	Rekonstrukce popálených dětí pomocí tkáňových expandérů
Autor:	Gregorová N.¹, Lipový B.^{1,2}, Huřová I.^{1,2}, Suchánek I.¹, Brychta P.^{1,2}
Pracoviště:	1) Klinika popálenin a rekonstrukční chirurgie FN Brno 2) Lékařská fakulta Masarykovy univerzity Brno
Přednosta:	Prof. MUDr. Pavel Brychta, CSc.
Anotace:	<p>Popáleniny představují jeden z nejzávažnějších typů úrazu s mnohdy celoživotní stigmatizací. K dosažení optimálních výsledků je často nutno provádnout mnoho opakovaných rekonstrukčních výkonů v etapách.</p> <p>Popáleninové trauma vzniká přímým nebo nepřímým působením tepelné energie, elektrické energie, radiace nebo následkem působení chemických látek. Závažnost popáleninového traumatu nezávisí jen na mechanismu úrazu, ale na rozsahu, hloubce, lokalizaci a věku postiženého. Průběh těžkého popáleninového traumatu je možno rozdělit do tří fází, které jsou spolu velmi úzce spojeny a navzájem na sebe navazují. První fází je popáleninový šok, na který dále navazuje akutní nemoc z popálení a jako třetí fáze následuje období rehabilitace a rekonstrukce.</p> <p>Úspěšnost v období rehabilitace a rekonstrukce je závislá nejen na mezioborovém přístupu zdravotních pracovníků z oboru popáleninové a plastické chirurgie, psychologie a rehabilitace, ale také na spolupráci pacienta a jeho rodiny. Kromě konzervativních metod jako je tlaková léčba, dlahování a rehabilitační cvičení lze jizvy a kontraktury ovlivnit rekonstrukčními operacemi, a tím zajistit funkční, ale i esteticky příznivý výsledek. Spektrum poskytovaných chirurgických intervencí je velmi široké, sahající od prostých excizií, až po volné laloky a tkáňové expandéry.</p> <p>Tkáňové expandéry se v současné době objevují stále častěji v popáleninové, plastické a dětské chirurgii. Jedná se o dočasně plnitelné silikonové implantáty vkládané do chirurgicky preformované dutiny. Postupným plněním expandéru fyziologickým roztokem dochází v průběhu několika měsíců k expanzi tkáně a jejího využití ke krytí defektu, který vznikl excizí jizevnatého terénu.</p> <p>Nejčastější indikací k použití tkáňových expandérů je již zmíněná rekonstrukce popáleninových deformit, kontraktur, ale mohou být použity i ke krytí defektů vzniklých po excizi velkých pigmentových névů a dále k terapii alopecie ať vrozené či posttraumatické.</p>

C21

Název:	VAC, léčba v plastickej chirurgii
Autor:	M. Zábavníková, M. Kavečanský
Pracoviště:	Klinika plastickej, rekonštrukčnej a estetickej chirurgie
Přednosta:	MUDr. Marianna Zábavníková, PhD.
Anotace:	VAC, léčba v plastickej chirurgii

C
pá

C22

Název: **Epidemiologie úrazů způsobených vysokým napětím na jižní Moravě**

Autor: **B. Lipový, Y. Kaloudová, H. Řihová, N. Gregorová, I. Suchánek**

Pracoviště: Klinika popálenin a rekonstrukční chirurgie FN Brno

Přednosta: Prof. MUDr. Pavel Brychta CSc.

Anotace: Vysokonapěťové elektrotrauma představuje jeden z nejkomplicovanějších typů úrazu. V průběhu terapie se může vysokonapěťové elektrotrauma manifestovat celou řadou akutních a chronických abnormalit. Proto je dnes pro úspěch v terapii pacienta s úrazem způsobeným průchodem vysokého napětí naprosto esenciální multioborová spolupráce několika medicínských disciplín. Přednáška je komplexně hodnotí epidemiologickou situaci vysokonapěťových elektrotraumat na jižní Moravě v období let 1999–2011.

C23

Název: **Raritní poranění obličeje a krku – management ošetření (kazuistika)**

Autor: **D. Stehlík, B. Zálešák, R. Boča, M. Molitor**

Pracoviště: Oddělení plastické a estetické chirurgie FN Olomouc

Primář: MUDr. Bohumil Zálešák, Ph.D.

Anotace: Prezentace se týká velmi raritního poranění obličeje a především krku po zasažení vysokotlakým čistícím zařízením s následnými lokálními a celkovými komplikacemi. Mapuje management ošetření a upozorňuje na možná pochybení v algoritmu vstupních vyšetření u méně frekventního poranění.

C24

Název:	Nestability zápěstí
Autor:	J. Pilný
Pracoviště:	Ortopedické oddělení, Pardubická krajská nemocnice, a.s.
Primář:	MUDr. Jiří Kubeš
Anotace:	Zápěstí je tvořeno osmi kostmi, které jsou uspořádány do dvou řad, proximální a distální. Na stabilitě kostí se podílí dva druhy vazů. Tzv. kapsulární, které zajišťují stabilitu jednotlivých řad mezi sebou a jsou stabilizátorem distálnímu předloktí, kosti uvnitř řad mají mezi sebou samostatné klouby stabilizované tzv. interosseálními vazy. Poškození vazů zápěstí dochází ke vzniku nestability, která se projeví na bolestivostí. Při běžném RTG vyšetření některé typy nestability nejsou patrné a k prokázání poškození je nutná artroskopie zápěstí. Autor představuje nejčastější typy nestabilit, způsob diagnostika a ošetření. V letech 2009–2011 bylo na ortopedickém oddělení Pardubické krajské nemocnice provedeno celkem 345 artroskopií. Pro nestability statickou skafolunární nestabilitu (SL) 66 artroskopií, pro dynamickou 145, jen 6 statické lunotriquetrální nestability, 68 dynamických lunotriquetrálních (LTq) nestabilit. Kombinovanou nestabilitu SL a LTq mělo 12 pacientů. Pět pacientů mělo mělo jiný typ nestability. Pro artrotické postižení bylo provedeno 43 artroskopií. Pro nestability jsem provedli 12 akutních rekonstrukcí vazů, 68 rekonstrukcí SL vazů dle Brunelli, 4 akutní rekonstrukce LTq vazů, 46 LTq stabilizací a kombinovanou SL a LTq stabilizací u 11 pacientů.

C25

Název:	DRUJ instability
Autor:	K. Orlovský, L. Štefánek, P. Haranta, J. Molitor
Pracoviště:	Oddelenie úrazovej chirurgie FNŠP Žilina
Přednosta:	MUDr. Karol Orlovský PhD.
Anotace:	Predmetom prezentácie sú pourazové chronické instability po izolovaných ligamentózných poškodeniach. Naše modifikované chirurgické riešenie DRUJ instability.

C26

Název: **Abutment syndrom ulny – jeho chirurgické řešení**

Autor: **Z. Vodička, F. Krejčí, J. Stehlík**

Pracoviště: ortopedické oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s.

Primář: doc. MUDr. Jiří Stehlík, CSc.

Anotace: Abutment syndrom ulny nebo syndrom ulnokarpální impakce je bolestivý stav ulnární strany zápěstí způsobený rozvojem degenerativních změn ulnokarpálního kloubu. Příčinou je dynamická nebo statická plus varianta ulny a tím zvýšení podílu ulnokarpálního kloubu na přenosu zátěže zápěstí – předloktí. Plus varianta ulny může být vrozená, vývojová nebo poúrazová. Autoři léčí tento syndrom zkrácením ulny metodou zkracovací ostetomie diafýzy, artroskopickou resekci distálního konce ulny nebo částečnou resekci distální ulny tzv. „Wafer“ metodou. V souboru 43 takto odoperovaných pacientů dosáhli u 85 % pacientů dobré nebo vynikající výsledky s ústupem bolesti a obnovením funkce. Jako komplikace zaznamenali 1x vznik pakloubu, 2x rejekce dlahy pro alergii na chrom, 4x iritaci osteosyntetickým materiálem. Nezaznamenali žádný infek.

C27

Název: **Russe metoda volby léčby paklíbu os scaphoideum**

Autor: **S. Vajcziková, I. Chandoga, P. Filan, M. Šajter**

Pracoviště: II. Ortopedicko traumatologická klinika LFUK, UNB Bratislava-Petržalka

Přednosta: doc. MUDr. Silvia Vajcziková, PhD

Anotace: Pri analýze výsledkov po operáciach pseudoartrózy os scaphoideum bola zistená 97 % úspešnosť po operácii sec. Matti – Russe I, oproti 85 % po operáciach s fixáciou Herbertovou skrutkou. Najlepšie, resp. porovnateľné výsledky sme dosahovali fixáciou Enderovými dlahami 98 %. Ich nevýhodu vidíme v nutnosti opakovanej operácii pre extrakciu OS materiálu.

C28

Název:	Arteria princeps pollicis pod drobnohledem
Autor:	J. Miletín, A. LeRoy, K. Vymětalová, J. Štefela, V. Báča, D. Kachlík
Pracoviště:	Ústav anatomie 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze
Přednosta:	prof. MUDr. Josef Stingl, CSc.
Anotace:	<p>Úvod: Termín arteria princeps pollicis je pevně zažitý v anatomické i chirurgické literatuře. Jedná se o krátkou silnou tepnu, koncovou větev z arteria radialis, zásobující většinu palce ruky. Přesto neexistuje jednotná definice této tepny.</p> <p>Metodika: Autoři vychází z důkladné metaanalýzy klasických i recentních prací.</p> <p>Výsledky: Práce přináší zevrubný přehled anatomie tepenného řečiště palce a prvního meziprstního prostoru i s jeho četnými variacemi. Zvláštní důraz je kladen na arteria princeps pollicis. Kromě podrobného zmapování jejich variací autoři vypátrali v bohaté anatomické i chirurgické literatuře, jaké atributy musí splňovat tepna, aby mohla být poctěna tímto označením.</p> <p>Diskuze a závěr: Výsledkem práce je návrh upustit od používání tohoto termínu pro nejednotnost a neurčitost jeho vymezení.</p>

C29

Název:	Možnosti homeopatie v chirurgii
Autor:	V. Kaválková
Pracoviště:	Krajská nemocnice Liberec, a.s.
Přednosta:	MUDr. Miroslav Baader
Anotace:	<p>V mé přednášce bych ráda poukázala na homeopatii jako alternativní možnost léčby i v tak racionálním odvětví medicíny jako je chirurgie. Homeopatie je terapeutická metoda založena na tzv. principu podobnosti, který využívá existence vztahu mezi toxickým a terapeutickým účinkem dané látky. To znamená, že každá farmakologicky aktivní substance, schopná vyvolat pomoci měřitelné dávky symptomy u zdravého jedince, může podobné symptomy potlačit u člověka nemocného za podmínky, že je použita slabá dávka. Homeopatii je možno využít jak v perioperační péči, tak v běžné ambulatní praxi. Příkladem ke zmírnění strachu z operace, omezení krevní ztráty, urychlení hojení, eliminaci nežádoucích účinků léků, snížení spotřeby analgetik. Dále např. k léčbě zánětů, abscesů, cévní problematiky, abdominálních kolik. S výhodou je homeopatie použitelná, tam kde si běžná medicína již neví rady. Zavěrem je ale nutno říci, že tyto léky nenahrazují klasické chirurgické ošetření, ale mohou výrazně zkrátit dobu hojení.</p>

C
pá

C30

Název: **3. Informace o právě se rozvíjejícím webu ortopedie-traumatologie.cz**

Autor: **J. Pilný**

Pracoviště: Ortopedické oddělení, Pardubická krajská nemocnice, a.s.

Přednosta: prim. MUDr. Jiří Kubeš

Anotace: Autor představuje informační internetovou stránku ortopedie-traumatologie.cz, kde mají možnost lékaři nejen z oborů ortopedie a traumatologie zjistit informace o diagnózách, léčí ale i implantátech používaných v daných oborech. Samostatná sekce pro pacienty umožňuje jednoduchou formou se seznámit s danou problematikou. V části studijní materiály jsou připraveny pro lékaře před atestací z chirurgických oborů přehledy k dané problematice.

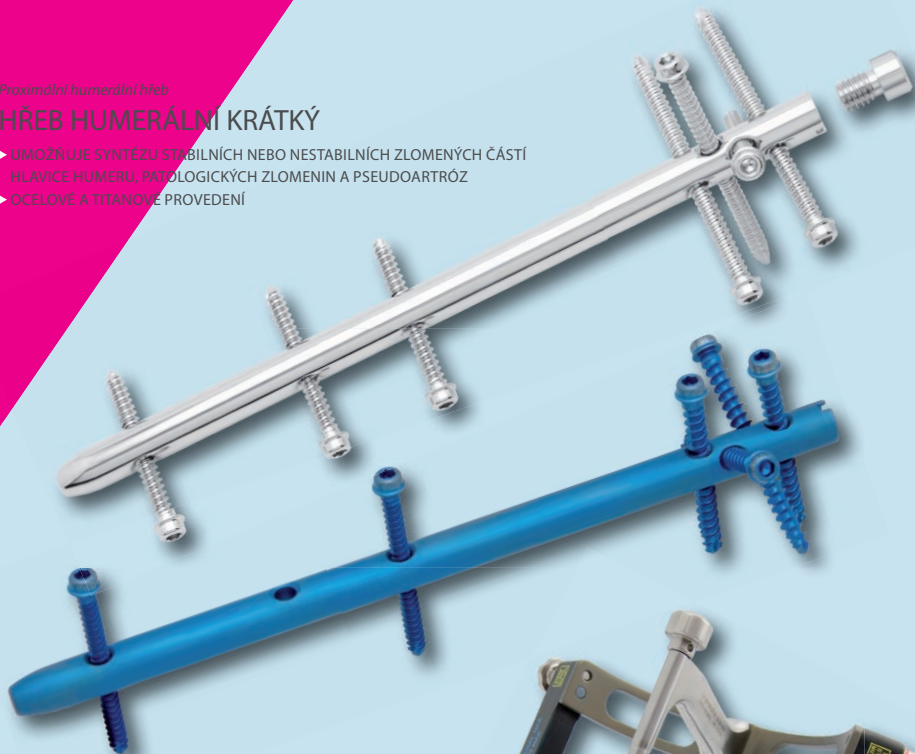
IMPLANTÁTY A NÁSTROJE PRO TRAUMATOLOGII

MEDIN
ve vašich rukou

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



C-NAIL MEDIN

první hřeb pro osteosyntézu patní kosti

MEDIN
ve vašich rukou



NOVINKA

plánované uvedení na trh 1. 7. 2012

Miniinvazivní přístup zavedení

pro repozici fragmentů stačí malý laterální přístup od apexu zevního kotníku směrem k bázi V. metatarzu cca 3 cm a pouze několik miniincizí k zavedení hřebu a šroubů

Vysoká stabilita fixace

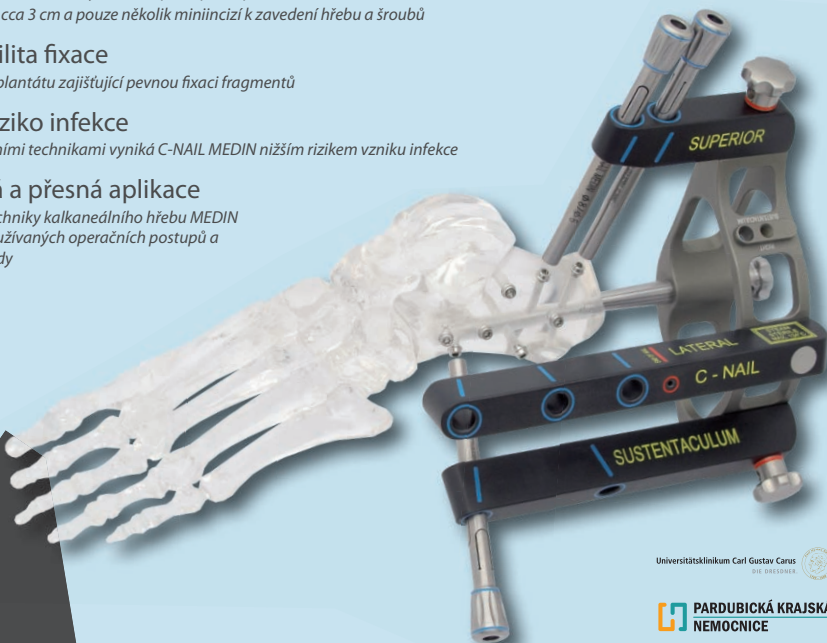
vysoká stabilita implantátu zajišťující pevnou fixaci fragmentů

Minimální riziko infekce

ve srovnání s ostatními technikami vyniká C-NAIL MEDIN nižším rizikem vzniku infekce

Jednoduchá a přesná aplikace

princip operační techniky kalkaneálního hřebu MEDIN vychází z běžně používaných operačních postupů a využívá jejich výhody



Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
DIE DRESSNER

**PARDUBICKÁ KRAJSKÁ
NEMOCNICE**

referenční pracoviště

www.c-nail.eu

www.medin.cz