



S B O R N Í K P Ř E D N Ā Š E K

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

25.–26. DUBNA 2013
NOVÉ MĚSTO NA MORAVĚ
SKALSKÝ DVŮR

NÁSTROJE PRO ENDOSKOPII

MEDIN[®]
ve vašich rukou



ROZŠÍŘENÍ PORTFOLIA PRO CHIRURGII

NÁSTROJE PRO ENDOSKOPII

- laparoskopické nástroje resterilizovatelné
- nástroje pro miniinvazivní chirurgii
- ke sterilizaci rozložitelné na tři části
- vybaveny konektorem HF pro monopolární koagulaci
- ergonomická držadla s/bez západky nebo kombinace

OPTIKY PRO ENDOSKOPII

- endoskopické optiky rigidní pro všechny obory
- autoklávovatelné při 134 °C
- speciální nerezová ocel FINUX se zvýšenou odolností
- safírové sklo na distálním i proximálním konci endoskopu

Vážení účastníci XV. Setkání českých a slovenských chirurgů na Moravě 2013,

vím, že dnes je téměř výhradně „in“, zvláště pak v mezilidské komunikaci, slovo, které je sdělováno elektronicky. Skromně se však domnívám, že krása a vůně slova tištěného na papíře má svůj zcela neopakovatelný půvab od dob staré Číny či Johanneše Gutenberga, až po časy současné.

Dovolujeme si Vám předložit Sborník přednášek v této formě, jako průvodce programem našeho sympozia. Některé věci totiž, ač se jeví jako archaické maličkosti, přece jen tvoří velkou část akademické tradice našeho chirurgického stavu. Tablety, e-knihy, e-sborník, e-přednášky, e-přednášející a e-účastníky snad až někdy přistě.

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*



Vážení lékaři, dámy a pánové,

při příležitosti již patnáctého Setkání českých a slovenských chirurgů na Moravě se vám do rukou dostává další Sborník přednášek, který vás letošním ročníkem nejen provede, ale také vám umožní se k jeho tématům kdykoli vrátit.

Firma MEDIN se po mnoho let podílí na přípravě kongresu a v posledních ročnících jsme do programu zařadili i oblast praktického předvedení nových operačních technik. Letošek je zaměřen na oblast řešení poranění ruky, kde jsme pro vás připravili workshop s použitím nové generace implantátu pro řešení zlomenin distálního radia.

Je mi velkým potěšením vás informovat, že MEDIN nezůstává jen u workshopů pořádaných v rámci kongresů, ale rozhodli jsme se pravidelně organizovat školení pro lékaře i zdravotnický personál v našem vlastním školicím středisku, které je plně vybaveno pro pořádání seminářů, symposií a workshopů. První akce proběhly již v minulém roce ve spolupráci s ČSÚCH. Letos jsme školící akce rozšířili vedle lékařů i na školení sálových sester. Z posledních akcí je možné připomenout workshop C-NAIL, který proběhl za účasti zahraničních lektorů a účastníků. Ohlasy na zrealizovaná školení jsou velmi dobré, což nás utvrzuje v tom, že jsou nejen ideální formou prezentace novinek a inovativních postupů, ale i místem pro výměnu zkušeností mezi odborníky. Pro začínající lékaře jsou školení naopak dobrou příležitostí osahat a vyzkoušet si na modelech kostí různé operační postupy.

Závěrem mi dovolu,te, abych vám popřál příjemně strávený kongres, ze kterého si odnesete nejen to užitečné pracovní, ale také to hezké z přátelského setkání s kolegy.

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



XV. setkání českých a slovenských chirurgů na Moravě

Mezinárodní symposium XV. Setkání českých a slovenských chirurgů na Moravě 2013 se koná pod garancí výboru České chirurgické společnosti.

POŘADATELÉ

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

ČESTNÉ PŘEDSEDNICTVO

| | |
|----------------------------------|--|
| doc. MUDr. Karel Havlíček, CSc. | <i>místopředseda výboru České chirurgické společnosti ČLS JEP</i> |
| prof. MUDr. Peter Kothaj, Ph.D. | <i>prezident Slovenskej chirurgickej spoločnosti</i> |
| prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc. | <i>předseda výboru České chirurgické společnosti ČLS JEP</i> |
| prof. MUDr. Pavel Pafko, Dr.Sc. | <i>emeritní přednosta III. chirurgické kliniky FN Motol, člen výboru České chirurgické společnosti ČLS JEP</i> |
| doc. MUDr. Michal. Mašek, CSc. | <i>Místopředseda výboru České společnosti pro úrazovou chirurgii</i> |
| MUDr. Jiří Toman | <i>přednosta chirurgického oddělení Nemocnice Nové Město na Moravě, p. o.</i> |
| Ing. Milan Ettel | <i>generální ředitel MEDIN, a.s., Nové Město na Moravě</i> |
| Dr. Constantin hrabě Kinský | <i>Žďár nad Sázavou</i> |
| JUDr. Věra Palečková | <i>ředitelka Nemocnice Nové Město na Moravě, p. o.</i> |

ORGANIZAČNÍ VÝBOR

MUDr. Jiří Šustáček
prim. MUDr. Jiří Toman
MUDr. Dobroslav Novák
MUDr. Roman Dvorský
Gabriela Holovičová
Jaroslava Kubíková

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 25. DUBNA 2013 | | |
|---|---|--|
| SEKCE A | SEKCE B | SEKCE C |
| 9.00–9.30 hodin – sál A ZAHÁJENÍ SETKÁNÍ A ÚVODNÍ PŘEDNÁŠKY P. Pafko – Začátky české a slovenské chirurgie | | |
| předsednictvo: P. Kothaj, J. Mazuch, J. Šustáček, J. Toman | předsednictvo: J. Bartoníček, P. Janata, P. Nestrojil, D. Novák, M. Pompach | |
| 9.30–11.15 hodin A1–A10 | 9.30–12.00 hodin B1–B10 | |
| přestávka, coffee break | | |
| předsednictvo: S. Adámek, J. Škultěty, Š. Durdík | | |
| 11.30–13.00 hodin A11–A19 | oběd | oběd |
| přestávka, oběd | | |
| předsednictvo: K. Havlíček, M. Huťan, J. Šiller, J. Škultěty | | předsednictvo: R. Dvorský, A. Schmoranzová, R. Vronský |
| 14.00–14.30 hodin A20–A22 | | 13.30–15.00 hodin C1–C6 program bude probíhat v sále sekce B |
| předsednictvo: členové budou vyzváni v průběhu konání kongresu | | |
| 14.30–15.15 hodin Diskuze – Kulatý stůl | | |
| 14.00–16.00 hodin – sál C WORKSHOP TRAUMATOLOGIE | | |
| 17.00–19.00 hodin – poutní kostel na Zelené hoře KULTURNÍ PROGRAM | | |
| 20.00 hodin – hotel Skalský Dvůr SPOLEČENSKÝ VEČER | | |

| PÁTEK 26. DUBNA 2013 | | |
|--|---|---|
| SEKCE A | SEKCE B | SEKCE C |
| předsednictvo: Š. Durdík, A. Prochotský, J. Toman | předsednictvo: I. Čížmář, M. Mašek, T. Pešl, M. Serbák | předsednictvo: T. Hellmuth, A. Sukop |
| 9.00–11.00 hodin A23–A34 | 9.00–12.00 hodin B11–B30 | 9.00–10.00 hodin C7–C10 |
| 11.30 hodin sál A – zakončení setkání | | |
| 13.00–15.30 hodin exkurze MEDIN | | |

9.00 **SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ – SÁL A**

úvodní slovo

ÚVODNÍ PŘEDNÁŠKY

1. Začátky české a slovenské chirurgie
P. Pafko
III. chirurgická klinika 1. LF UK a FN Motol, Praha

SEKCE A

9.30–13.00 **I. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE A**

předsednictvo: P. Kothaj, J. Mazuch, J. Šustáček, J. Toman

- A1 „Up side down stomach“ riešený laparoskopicky
P. Kothaj, A. Ianecsko, I. Slobodník
II. chirurgická klinika SZU, FN F.D. Roosevelta, Banská Bystrica
- A2 Corona mortis – mýtus anatómie?
K. Vymětalová¹, D. Kachlík^{1,2}, M. Laboš³, A. LeRoy¹, Z. Marvanová¹, V. Bácal^{1,2}
1) Ústav anatómie, III. LF UK v Praze, 2) Katedra zdravotnických studií, VŠPJ Jihlava, 3) Radiodiagnostická klinika FNKV Praha
- A3 Naše zkušenosti s laparoskopickou operativou tříselné kýly
P. Tóth, E. Anzenbacherová, P. Novotný
Chirurgické oddělení, KKN, Karlovy Vary
- A4 Laparoskopická hernioplastika TAPP – 14 roků zkušeností
R. Krajničák, A. Vrzgula, Š. Dečo, V. Pribula
Chirurgická klinika LF UPJŠ, Nemocnica Košice-Šaca a.s., 1. súkromná nemocnica
- A5 TEP – totální extraperitoneální plastika tříselné kýly
L. Tomala, Z. Vojkůvka, M. Bartoň
Chirurgické oddělení NsP Karviná-Ráj
- A6 Výhody a nevýhody TAPP, TEP ve srovnání s otevřenými metodami řešení inguinálních hernií
R. Pohnán
Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN Praha
- A7 Laparoskopická hernioplastika 3D sítkou bez fixácie
M. Murcko, A. Ferencik, Š. Tutka, A. Štepienová, R. Černý
Chirurgické oddelenie NsP Trebišov a.s.

- A8 Naše zkušenosti s miniinvazívnou vnitřobrušnou hernioplastikou
I. Tibenský, A. Mayer, M. Hladík, F. Kulíšek, J. Olejník
Chirurgická klinika SZU a UNB Kramáře
- A9 Tintera P „umbrella“ u hernii laparoskopicky aj klasicky
A. Ferencík, M. Murcko, A. Tovtyn, P. Hajdu, A. Jurková
Chirurgické oddelenie NsP Trebišov, a.s., Svet zdravia
- A10 Laparoskopická inguinální hernioplastika na našem pracovišti, zkušenosti se sítkou parietene progrip
D. Kadlec, J. Toman
Chirurgické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě, p. o.
- A11 Operace kýlu na našem pracovišti
M. Vlach
Chirurgické oddělení, Litomyšl
- A12 Operace tříselné kýly v jednodenní chirurgii
P. Dorr
Homedica s.r.o., pracoviště jednodenní chirurgie, Hodonín
- A13 Prevence komplikací při hernioplastice a její vliv na recidivu kýly
R. Pěček, R. Kyzlink, V. Hřiba
Chirurgie, Úrazová nemocnice Brno
- A14 Srovnání jednodobého a dvoudobého provedení transuretrální prostatektomie a laparoskopické inguinální hernioplastiky
T. Lakomý, J. Janů, J. Tůma
Urologické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě, p. o.
- A15 Hernia: existuje ideální síťka alebo ideální operační technika?
J. Sekáč, J. Škultéty, A. Prochotský, M. Huťan, I. Daniel, R. Okoličány
Univerzitná nemocnica Bratislava, II. chirurgická klinika
- A16 Úskalia a limity chirurgickej liečby hernie
A. Mayer, M. Hladík, I. Tibenský, J. Olejník
Chirurgická klinika SZU a UN Bratislava, nemocnica akad. L. Déreza
- A17 Chirurgická liečba rozsiahlych hernií brušnej steny
J. Mazuch, D. Mištuna, E. Huľo, Z. Červená
Chirurgická klinika JLF UK a UNM, Martin
- A18 Obnova integrity masívneho defektu brušnej steny pri nemožnosti štandardnej rekonštrukcie
M. Huťan, I. Majeský, J. Škultéty, A. Prochotský, Ch. Bartko, P. Koudelka
II. chirurgická klinika LFUK a UNB

A19 Chirurgické riešenie umbilikálnej hernie u pacienta s cirrhózou a ascitom

I. Slobodník¹, P. Kothaj¹, L. Skladaný², S. Čarský¹

1) II. chirurgická klinika SZU FNŠP F. D. Roosevelta Banská Bystrica,

2) Hepatogastroenterologické oddelenie FNŠP F. D. Roosevelta Banská Bystrica

13.00–14.00 **přestávka, oběd**

14.00–14.30 **II. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE A**

předsednictvo: K. Havlíček, M. Huťan, J. Šiller, J. Škultéty

A20 Možnosti léčby parastomální kýly – naše zkušenosti

J. Majerník, D. Bis, P. Hanousek, V. Ninger

Chirurgické oddělení, Chrudimská nemocnice a.s.

A21 Hernia v hiatus ezofagealis po ezofagektómii

J. Škultéty, J. Sekáč, A. Prochotský, R. Okoličány, M. Huťan

II. chirurgická klinika LF UK a UN v Bratislave

A22 Možnosti NPWT v léčbě infektů – kazuistiky

J. Halamka, A. Hudáč

Chirurgické oddělení Městské nemocnice v Litoměřicích

14.30–15.15 **DISKUZE – KULATÝ STŮL**

předsednictvo: členové budou vyzváni v průběhu konání kongresu

17.00–19.00 **KULTURNÍ PROGRAM – POUTNÍ KOSTEL NA ZELENÉ HOŘE**

20.00 **SPOLEČENSKÝ VEČER – HOTEL SKALSKÝ DVŮR**

A1

Název: **„Up side down stomach“ riešený laparoskopicky**

Autor: **P. Kothaj, A. Ianecsko, I. Slobodník**

Pracovište: II. chirurgická klinika SZU, FN F. D. Roosevelta, Banská Bystrica

Přednosta: prof. MUDr. Peter Kothaj, CSc.

Anotace: Videoprezentácia ukazuje spôsob riešenia závažnej paraezofageálnej hernie s presunom celého žalúdka do hrudníka miniinvazívnym spôsobom. Ukázané sú prednosti laparoskopického prístupu v problematike hiatových hernií a upozornené je na detaily operačnej techniky pri riešení syndrómu „up side down stomach“.

A2

Název: **Corona mortis – mýtus anatomicie?**

Autor: **K. Vymětalová¹, D. Kachlík^{1,2}, M. Laboš³, A. LeRoy¹, Z. Marvanová¹, V. Báčal^{1,2}**

Pracovište: 1) Ústav anatomicie, III. LF UK v Praze, 2) Katedra zdravotnických studií, VŠPJ Jihlava, 3) Radiodiagnostická klinika FNKV Praha

Anotace: Jako *corona mortis* (Hesselbachi) se označuje cévní svazek, který přechází horní raménko stydké kosti. Vzhledem k jeho lokalizaci má znalost tohoto způsobu uspořádání *vasa obturatoria* velký klinický význam. Jeho poškození je v literatuře zmiňováno v souvislosti s frakturami pánve a jejich léčbou, operací tříselných a stehenních kýl. Výskyt *corona mortis* dále může komplikovat angiografickou embolizaci prováděnou z důvodů vnitřního krvácení v malé pánvi.

Následující data jsme získali pitvou téměř 200 kadaverů a evaluací 70 CT angiografií. Celkem jsme vyhodnotili 512 pŕlpánví pro tepennou variaci a 373 pŕlpánví pro žilní. Rozdíl je daný nemožností vyšetřit žíly pomocí CT angiografie. Kromě četnosti a průsvitu cév jsme zjišťovali i jejich vzdálenost od středu *symphysis pubis*.

Arteria obturatoria je většinou větví z předního kmene *arteria iliaca interna*. Tato céva ale v 22% případů chybí a je nahrazena cévou aberantní, která je větví z *arteria epigastrica inferior* nebo přímo vzácněji z *arteria iliaca externa*. Méně častý (5%) je výskyt *arteria obturatoria accessoria*, která se vyskytuje společně s obvyklou cévou z řečiště *arteria iliaca interna*. Upořádání žil je nejčastěji (85%) takové, že je přítomná *vena obturatoria*, která se vlévá do *vena iliaca interna*, a navíc *vena obturatoria accessoria* ústící do řečiště *vena iliaca externa*. Méně často nacházíme *vena obturatoria aberrans* (v 8% případů). Průměrný průsvit tepen byl 2,3 mm a žil 2,8 mm, průměrná vzdálenost od *symphysis pubis* se příliš nelišila u tepen a žil – 58 mm resp. 59 mm.

Data získaná metaanalýzou dosud publikovaných studií zahrnující 4919 pŕlpánví zkoumaných na incidenci abnormální *arteria obturatoria* a 1164 na žilní variantu ukazují celkovou incidenci tepenné *corona mortis* v 24% případů a žilní v 61% případů. Podpořeno projektem UK v Praze – Prvok 38.

A3

| | |
|-------------|---|
| Název: | Naše zkušenosti s laparoskopickou operativou tříselné kýly |
| Autor: | P. Tóth, E. Anzenbacherová, P. Novotný |
| Pracoviště: | Chirurgické oddělení, KKN, Karlovy Vary |
| Primář: | MUDr. Pavel Novotný |
| Anotace: | Laparoskopická operativa tříselných kýl je dobře etablovanou metodou, široce využívanou v léčbě tohoto onemocnění. V nemocnici v Karlových Varech byla zavedena do praxe v roce 1996. V přednášce autoři přinášejí vlastní postřehy a zkušenosti získané při použití nejen TAPP metody, ale i při aplikaci samofixačních sítěk. |

A4

| | |
|-------------|---|
| Název: | Laparoskopická hernioplastika TAPP - 14 rokov skúseností |
| Autor: | R. Krajničák, A. Vrzgula, Š. Dečo, V. Pribula |
| Pracoviště: | Chirurgická klinika LF UPJŠ, Nemocnica Košice-Šaca a.s., 1. súkromná nemocnica |
| Přednosta: | MUDr. Andrej Vrzgula, PhD. |
| Anotace: | <p>Operácia ingvinálnej hernie je jedným zo základných chirurgických výkonov. Rozvoj miniinvazívnej chirurgie koncom 20. storočia nám ponúka laparoskopické riešenie ingvinálnej hernie. Je založené na princípoch beznapätovej plastiky s preperitoneálne uloženou sieťkou. Na týchto základoch boli rozvinuté dva postupy laparoskopickej hernioplastiky TAPP (Trans-Abdominal Pre-Peritoneal) a TEP (Totally Extra-Peritoneal). Podľa údajov z dostupnej literatúry sú obe metódy rovnocenné a najviac rozšírené.</p> <p>Na pracovisku autorov prednášky, operujú ingvinálne hernie metódou TAPP od marca 1999. Autori na súbore 1500 pacientov prezentujú skúsenosti pracoviska s týmto typom laparoskopickej hernioplastiky. Rozoberajú dosiahnuté výsledky, ako aj komplikácie, s ktorými sa počas získavania skúseností stretli a poukazujú na možnosti, ako im predchádzať. V závere v súlade s dostupnou literatúrou konštatujú, že laparoskopická hernioplastika je ideálnou metódou na operačné riešenie ingvinálnej hernie so všetkými výhodami miniinvazívneho prístupu.</p> |

A
čt

A5

Název: **TEP – totální extraperitoneální plastika tříselné kýly**

Autor: **L. Tomala, Z. Vojkůvka, M. Bartoň**

Pracoviště: Chirurgické oddělení NsP Karviná-Ráj

Primář: MUDr. Martin Bartoň

Anotace: Operace tříselné kýly patří mezi nejčastěji prováděné operace na chirurgických odděleních. Pro své výhody jsou laparoskopické výkony stále čtenější. Laparoskopické výkony dělíme na TAPP (transabdominální preperitoneální plastika), TEP a IPOM (intraperitoneal onlay mesh). Nejrozšířenějším výkonem v České republice je TAPP. Taktéž na našem oddělení provádíme, z laparoskopických výkonů, dominantně TAPP. Od roku 1993 jsme provedli 480 výkonů TAPP. Cílem toho sdělení je seznámení s metodou TEP a s našimi prvními zkušenostmi s touto metodou. Při srovnání TAPP s TEP se tyto výkony neliší v počtu recidiv, pooperační bolesti, neuralgiemi, poraněním cév či délkou pobytu v nemocnici. U TAPP je vyšší počet „port site“ hernií a viscerálních poranění. U TEP je více konverzí a je delší „learning curve“. Výhody TEP vyplývají z toho, že se neprotíná peritoneum. Na základě zkušeností s více než 60 TEP ve vysokoobjemovém centru v General Hospital v Torbay ve Velké Británii, jsme začali provádět tyto výkony na našem oddělení v září loňského roku. Zatím jsem provedli 12 TEP. TEP provádíme se stejným přístrojovým vybavením jako TAPP. Náklady na materiál jsou nižší u TEP než u TAPP. Považujeme TEP za moderní, bezpečnou a ekonomicky zajímavou metodu operační léčby tříselné kýly.

A6

Název: **Výhody a nevýhody TAPP, TEP ve srovnání s otevřenými metodami řešení inguinálních hernií**

Autor: **R. Pohnán**

Pracoviště: Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN Praha

Přednosta: prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc.

Anotace: Operace tříselné kýly patří mezi nejčastější operace a chirurgická léčba je jediným způsobem vyléčení tříselné kýly. Miniinvazivní endoskopické postupy zaváděné od 90. let dvacátého století dosáhly značného rozšíření a pro mnohé pacienty a chirurgy představují alternativu ke klasickým otevřeným metodám. TAPP – transabdominal preperitoneal approach a TEP – total extraperitoneal approach jsou v současnosti nejčastěji používané miniinvazivní endoskopické postupy při řešení tříselné kýly. Pomocí elektronické databáze MEDLINE, Pubmed a Ebscohost byly tyto metody porovnány s otevřenými klasickými technikami, kdy byly sledovány pooperační a pooperační komplikace, výskyt recidiv kýly a kvalita života v souvislosti s provedeným výkonem. Endoskopický výkon nabízí oproti otevřeným metodám signifikantní výhody u nemocných s recidivou tříselné kýly nebo s oboustrannou tříselnou kýlou. U nemocných s primární jednostrannou tříselnou kýlou dosahují endoskopické i otevřené metody se sítkou stejných výsledků.

A7

| | |
|-------------|---|
| Název: | Laparoskopická hernioplastika 3D sieťkou bez fixácie |
| Autor: | M. Murcko, A. Ferenčík, Š. Tutka, A. Štepienová, R. Černý |
| Pracovište: | Chirurgické oddelenie NsP Trebišov a.s. |
| Přednosta: | MUDr. Andrej Ferenčík |
| Anotace: | Autori prezentujú svoje skúsenosti s laparoskopickou hernioplastikou použitím tvarovanej 3D sieťky pri operáciách inguinálnych hernií prístupom TAPP a TEP. Tieto sieťky nie je nutné fixovať. Autori použili dva druhy sieťok rozmerov 15×10 cm, z ktorých jeden druh je tvarovaný pre pravo aj ľavostranné použitie a druhý typ je vyrábaný pre pravú a ľavú stranu zvlášť. |

A8

| | |
|-------------|---|
| Název: | Naše skúsenosti s miniinvazívnou vnútrobrušnou hernioplastikou |
| Autor: | I. Tibenský, A. Mayer, M. Hladík, F. Kulíšek, J. Olejník |
| Pracovište: | Chirurgická klinika SZU a UNB – Kramáre |
| Přednosta: | prof. MUDr. Juraj Olejník, PhD. |
| Anotace: | Autori v prednáške prezentujú vlastné skúsenosti s miniinvazívnymi postupmi pri riešení brušných hernií. Skúsenosti sú základom pre tvorbu optimálnych krokov pri operačnom výkone od prístrojového vybavenia, umiestnenia pracovných trokárov až po výhodnú aplikáciu materiálov ako sú sieťky a fixátory od klasických až po najmodernejšie typy. Poukazujú na možné komplikácie a ich riešenie. Cieľom prednášky je podeliť sa o detaily, ktoré sa v učebniciach chirurgie nenachádzajú. |

A9

| | |
|-------------|---|
| Název: | Tintra P „umbrella“ u hernii laparoskopicky aj klasicky |
| Autor: | A. Ferenčík, M. Murcko, A. Tovtyn, P. Hajdu, A. Jurková |
| Pracovište: | Chirurgické oddelenie NsP Trebišov, a.s., Svet zdravia |
| Primář: | MUDr. Andrej Ferenčík |
| Anotace: | Autori na svojom pracovisku v roku 2012 operovali hernie u pacientov systémom TintraP za kontroly laparoskopom s pracovným kanalom a zavedením „dáždnika“ do branky hernie. V tomto roku autori operovali pupočné hernie s využitím systému TintraP „umbrella“ klasicky. System TintraP sa veľmi jednoducho zavádza do branky hernie ako za laparoskopickej kontroly laparoskopom s pracovným kanalom, tak aj pri operáciách klasických z jednej malej incízie miniinvazívne. |

A10

| | |
|-------------|---|
| Název: | Laparoskopická inguinální hernioplastika na našem pracovišti, zkušenosti se sítkou parietene progrip |
| Autor: | D. Kadlec, J. Toman |
| Pracoviště: | Chirurgické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě, p. o. |
| Primář: | MUDr. Jiří Toman |
| Anotace: | Laparoskopická inguinální hernioplastika na našem pracovišti, zkušenosti se sítkou parietene progrip |

A11

| | |
|-------------|---|
| Název: | Operace kýl na našem pracovišti |
| Autor: | M. Vlach |
| Pracoviště: | Chirurgické oddělení, Litomyšl |
| Primář: | MUDr. Marek Serbák |
| Anotace: | Shrnutí operativy kýl za 3leté období – metody, komplikace. |

A12

| | |
|-------------|--|
| Název: | Operace tříselné kýly v jednodenní chirurgii |
| Autor: | P. Dörr |
| Pracoviště: | Homedica s.r.o., pracoviště jednodenní chirurgie, Hodonín |
| Přednosta: | MUDr. Přemysl Dörr |
| Anotace: | System jednodenní péče na našem pracovišti a jeho výhody u menších operací. Operační postup u plastiky tříselné kýly – tension free dle Lichtensteina. |

A13

| | |
|-------------|--|
| Název: | Prevence komplikací při laparohernioplastice a její vliv na recidivu kýly |
| Autor: | R. Pěček, R. Kyzlink, V. Hřiba |
| Pracoviště: | Chirurgie, Úrazová nemocnice Brno |
| Primář: | MUDr. Radim Kyzlink |
| Anotace: | Prevence komplikací při laparohernioplastice a její vliv na recidivu kýly |

A14

| | |
|-------------|---|
| Název: | Srovnání jednodobého a dvoudobého provedení transuretrální prostatektomie a laparoskopické inguinální hernioplastiky |
| Autor: | T. Lakomý, J. Janů, J. Tůma |
| Pracoviště: | Urologické oddělení Nové Město na Moravě |
| Primář: | MUDr. Jaroslav Tůma |
| Anotace: | V našem sdělení mezi sebou porovnáváme různé aspekty jednodobého a dvoudobého provedení transuretrální prostatektomie a laparoskopické inguinální hernioplastiky. Vycházíme z retrospektivního vyhodnocení dohledatelných údajů pacientů, kteří tuto kombinaci operací prodělali na našem pracovišti od roku 2005. Zaměřujeme se nejen na srovnání peroperačního průběhu, délky hospitalizace, výskytu komplikací, náročnosti péče, ale chtěli bychom také porovnat ekonomické důsledky takto provedených operací. |

A15

| | |
|-------------|---|
| Název: | Hernia: existuje ideálna sieťka alebo ideálna operačná technika? |
| Autor: | J. Sekáč, J. Škultéty, A. Prochotský, M. Huťan, I. Daniel, R. Okoličány |
| Pracoviště: | Univerzitná nemocnica Bratislava, II. chirurgická klinika |
| Přednosta: | doc. MUDr. J. Škultéty, CSc. |
| Anotace: | Tak ako stále neexistuje ideálna (jednotná) operačná technika pre riešenie hernii prednej brušnej steny, stále prebieha vývoj aj v oblasti chirurgických sieťok. Pri drobných herniach druh použitej sieťky nie je dôležitý, ale podstatne ťažšie je nájsť vhodný typ sieťky pri väčších herniach. Úvod: Od 50. rokov minulého storočia sa skúšali rôzne materiály pri výrobe sieťok a predpokladalo sa, že samotná chirurgická sieťka, ako biologicky inertná, nemá vplyv na pooperačný priebeh. Až v 90. rokoch pri stúpaní počtu komplikácií súvisiacich s uložením sieťky – recidívy, pretrvávajúca bolesťivosť a infikovanie sieťky nás prinútili skúmať biokompatibilitu rôznych typov sieťok. Výsledkom je rozdelenie sieťok do 2 základných skupín: klasické („heavyweight“) s malými pórmí (1–2,0 mm) a „odľahčené“ s veľkými pórmí (1,24–3,0 mm). Oba typy sieťok majú úplne odlišné patofyziologické princípy ako napomáhajú pri riešení defektov brušnej steny. Cieľ práce: Cieľom tejto práce je stručné zhrnutie vlastností a možných komplikácií pri použití u nás dostupných sieťok – Prolene, Vypro, Ultrapro, Mersilene, Parietene. Záver: Sieťky dostupné na operačnom sále odrážajú finančnú situáciu daného pracoviska. Je našou snahou štandardizovať klasifikáciu sieťok a tým presne vymedziť ich indikáciu. Na druhej strane treba zdôrazniť, že typ nevstrebateľnej sieťky nie je v priamom vzťahu k vzniku recidívy. Napriek vývoju nových materiálov, novým chirurgickým technikám uchytenia sieťky je dnes uznávaný názor, že neexistuje univerzálna sieťka určená na prekrytie každého defektu a spevnenie brušnej steny. V súčasnosti využívame 3 základné biomateriály: polyester, polypropylén a polytetrafluoroetylén (ako zástupca sieťok s malými pórmí – s využitím aj na reperitonealizáciu viscerálneho povrchu sieťky pri nemožnosti uzavravretia peritonea). Je snahou znížiť riziko infikovania sieťky antimikrobiálnou impregnáciou striebrom alebo chlorhexidínom, s akým úspechom ukáže budúcnosť. Ako alternatívou k sieťkam sa v posledných rokoch uvádza myofasciálna transpozícia. Prioritou však stále zostáva operačná technika – kvalitná disekcia, maximálna vizualizácia, maximálne prekrytie anatomického defektu a snaha o minimálnu fixáciu sieťky. |

A16

Název: **Úskalia a limity chirurgickej liečby hernie**

Autor: **A. Mayer, M. Hladík, I. Tibenský, J. Olejník**

Pracovište: Chirurgická klinika SZU a UN Bratislava, nemocnica akad. L. Dérera

Přednosta: prof. MUDr. Juraj Olejník, PhD.

Anotace: Náplňou informácie je kazuistika 62ročného pacienta, u ktorého symptomatická pravostranná inguinálne hernia od roka 2007 na viacerých chirurgických pracoviskách bola dôvodom ôsmich operačných výkonov – ako v liečbe, tak aj v riešení komplikácií operačnej liečby. Retrospektívna analýza jednotlivých postupov „step by step“ a prehodnotenie typov operačných výkonov vrátane použitého protetického materiálu, spolu s dominantnými faktami rozhodovacieho procesu vytvárajú názornú ilustráciu úskali aj limitov ako v diagnostike, tak aj optimálnom liečebnom postupe.

Cieľom prednášky je názorná ukážka, že 1) stále nepoznáme ideálnu operáciu hernie; 2) ak dvaja robia to isté, nie je to to isté; 3) akceptovaný algoritmus diagnostiky a liečby ovplyvňuje viacero pridružených faktorov, ktoré sú potenciálnym faktorom neúspechu chirurgickej liečby.

A17

Název: **Chirurgická liečba rozsiahlych hernií brušnej steny**

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

Pracovište: Chirurgická klinika JLF UK a UNM, Martin

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

Anotace: Rozsiahle hernie brušnej steny predstavujú hlavne technický chirurgický problém. Väčšinou ide o obéznych pacientov s oslabenými fasciálnymi pomermi brušnej steny, hlavne u ženskej populácie. Chirurgický prístup je často spojený s rozsiahlymi incíziami dosahujúcimi až 50 cm. Oslabené fasciálne pomery brušnej steny vyžadujú niekedy modifikované fascio-fasciálne plastiky „suomodo“ alebo použitie rôznych umelých plastických materiálov a sieťky. Autori demonštrujú Zaujímavé kazuistiky vlastných prípadov rôznych bizarných foriem rozsiahlych hernií brušnej steny dosahujúce veľkosť ľudskej hlavy a väčšie.

A18

| | |
|-------------|---|
| Název: | Obnova integrita masívneho defektu brušnej steny pri nemožnosti štandardnej rekonštrukcie |
| Autor: | M. Huťan, I. Majeský, J. Škultéty, A. Prochotský, Ch. Bartko, P. Koudelka |
| Pracovište: | II. chirurgická klinika LFUK a UNB |
| Přednosta: | doc. MUDr. Ján Škultéty CSc. |
| Anotace: | <p>Defekty brušnej steny vznikajú následkom traumy, tumorov brušnej steny, nekrotizujúcich infekcií alebo ako komplikácie predošlých brušných operácií. Takéto defekty majú mimo kozmetického najmä negatívny funkčný vplyv. Existuje množstvo techník na obnovenie integrity. Najdôležitejšie z nich sú tzv. „component separation“ techniky, s podporou vstrebatelného/ nevstrebatelného prostetického materiálu, použitie bioprostetického materiálu, acelulárnej dermálnej matrix, použitie lokálnych alebo vzdialených posuvných lalokov.</p> <p>Autori prednášky prezentujú troch pacientov, u ktorých bolo jedinou možnosťou obnovenia integrity brušnej dutiny použitie polypropylénovej siete s resorbovatelným antiadhezívnym hydrofilmom, následné vytvorenie granuláčného tkaniva ponad prostetický materiál za použitia negatívneho tlaku, a následné prekrytie kožným štepom.</p> <p>Všetci pacienti boli úspešne manažovaní touto technikou s dobrým kozmetickým a funkčným efektom, pričom všetci z nich majú dobrú kvalitu života.</p> |

A19

| | |
|-------------|---|
| Název: | Chirurgické riešenie umbilikálnej hernie u pacienta s cirhózou a ascitom |
| Autor: | I. Slobodník¹, P. Kothaj¹, Ľ. Skladaný², S. Čarský¹ |
| Pracovište: | 1) II. chirurgická klinika SZU FN sP F. D. Roosevelta Banská Bystrica, 2) Hepatogastroenterologické oddelenie FN sP F. D. Roosevelta Banská Bystrica |
| Přednosta: | prof. MUDr. Peter Kothaj, CSc. |
| Anotace: | <p>U pacientov s cirhotickým ascitom sa umbilikálna hernia vyskytuje v 20 %. Komplikácie ako inkarcerácia a perforácia, vedúca často ku bakteriálnej peritonitíde, sú príčinou vysokej mortality u týchto pacientov – v prípade konzervatívneho postupu až 60–88 %.</p> <p>Chirurgické riešenie umbilikálnej hernie, spočívajúce v radikálnej operácii a plastike brušnej steny, ostáva ešte stále problematické z dôvodu neexistujúceho konsenzu o indikáciách, načasovaní a technike operácie, takisto otáznou je stále modalita na kontrolu refrakterného ascitu v pooperačnom priebehu. Na pracovisku autora sa využíva na kontrolu ascitu konkomitantná implantácia katétra na peritoneálnu dialýzu za účelom frekventnej maloobjemovej drenáže ascitu. Od roku 2007 bolo danou technikou odoperovaných a do štúdie zaradených takmer 40 pacientov. Daná metóda sa na základe doterajších výsledkov javí ako efektívna, avšak potrebné je ešte potvrdenie hypotézy v prospektívnej časti štúdie.</p> |

A20

Název: Možnosti léčby parastomální kýly – naše zkušenosti

Autor: J. Majerník, D. Bis, P. Hanousek, V. Ninger

Pracoviště: Chirurgické oddělení, Chrudimská nemocnice a.s.

Primář: MUDr. Vladimír Ninger PhD.

Anotace: Parastomální kýla je typem kýly v jizvě v místě stomie a je jedna z komplikací u pacientů s kolostomií nebo ileostomií. Práce poukazuje na možnosti léčby jak konzervativní, tak chirurgické. Chirurgické techniky reparační parastomální kýly zahrnují přesazení stomie na jiné místo (relokace), přímá sutura fasciálního defektu nebo jeho reparační s použitím sítky. Možné operační přístupy: laparoskopie, laparotomie nebo pouze cirkumstomální řez. Autoři prezentují zkušenosti s léčbou parastomální kýly v Chrudimské nemocnici a.s.

A21

Název: Hernia v hiatus ezofagealis po ezofagektómii

Autor: J. Škultéty, J. Sekáč, A. Prochotský, R. Okoličány, M. Huťan

Pracoviště: II. chirurgická klinika LF UK a UN v Bratislavě

Přednosta: doc. MUDr. Ján Škultéty, PhD.

Anotace: Autoři se zabývají problematikou herniácie brušných orgánů do hrudníka po resekci pažeráka. Prezentují svoje zkušenosti s problematikou, a to v diagnostice a léčbě.

A22

Název: Možnosti NPWT v léčbě infektů – kazuistiky

Autor: J. Halamka, A. Hudáč

Pracoviště: Chirurgické oddělení Městské nemocnice v Litoměřicích

Primář: MUDr. Alexander Hudáč

Anotace: Krátké kazuistické sdělení týkající se 3 pacientek s infektem rány i sítky po incizionálním řešení ventrální kýly řešených pomocí podtlakové terapie – NPWT. Rizikové faktory pro vznik mesh infektu, prevence SSI, dosavadní možnosti léčby, nekonvenční přístupy.

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

DLAHA FEMORÁLNÍ DISTÁLNÍ

- ▶ UMOŽŇUJE OSTEOSYNTÉZU ZLOMENIN TYPU 33 – A1, A2, A3, B2, C1, C2, C3 DLE MÜLLERA A NĚKTERÝCH ETÁŽOVÝCH ZLOMENIN
- ▶ KOMPATIBILNÍ S PERIPROTETICKÝMI SVORKAMI
- ▶ OCELOVÉ A TITANOVÉ PŘEVEDENÍ
- ▶ CÍLÍ PRO MINIINVAZIVNÍ ZAVEDENÍ IMPLANTÁTU



DLAHA PŘÍMÁ

- ▶ UMOŽŇUJE FIXACI ZLOMENIN DIAFÝZY FEMURU
- ▶ VE VÝJIMEČNÝCH PŘÍPADECH I DIAFÝZY TIBIE
- ▶ OCELOVÉ A TITANOVÉ PŘEVEDENÍ



DLAHA TIBIÁLNÍ PROXIMÁLNÍ

- ▶ UMOŽŇUJE OSTEOSYNTÉZU ZLOMENIN TYPU 41 – A2, A3, B1, C1, C2, C3 DLE MÜLLERA A NĚKTERÝCH ETÁŽOVÝCH ZLOMENIN
- ▶ OCELOVÉ A TITANOVÉ PŘEVEDENÍ



SEKCE B

9.30–12.00 I. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE B

předsednictvo: J. Bartoniček, P. Janata, P. Nestrojil, D. Novák, M. Pompach

- B1 Dlahová osteosyntéza – současný stav
J. Bartoniček
Klinika traumatologie pohybového aparátu 1. LF UK a ÚVN Praha
- B2 Osteosyntéza zlomenin distálního konca humeru dlahou
J. Mihály, P. Sopko, I. Petrov
Oddelenie úrazovej chirurgie, FN Prešov
- B3 Periprotetické zlomeniny v oblasti kolene a kyčle
J. Chroustovský, P. Malušek
Ortopedické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě, p. o.
- B4 Pokroky v dlahování zlomenin distálního pilonu tibie
P. Janata, J. Kovář
Chirurgické oddělení, Oblastní nemocnice Jičín
- B5 Která dlaho pro distální fibulu?
D. Novák, R. Dvorský, R. Krejčí
Chirurgické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě, p. o.
- B6 Naše zkušenosti s operační léčbou zlomenin patní kosti
L. Pliska, R. Litner
Traumacentrum FN Ostrava
- B7 Dlahová osteosyntéza zlomenina distálního radia
J. Valentová, T. Kočíš, L. Paša
Úrazová nemocnice Brno, traumatologie
- B8 Časné výsledky – srovnání dvou implantátů sloužících ke stabilizaci zlomenin distálního radia volárním přístupem
P. Smékal
Klinika úrazové chirurgie FN Brno
- B9 Zlomeniny distálního předloktí – řešení na našem pracovišti
R. Krejčí, R. Dvorský, D. Novák
Chirurgické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě, p. o.

B10 Distální radius

P. Toufar

Oddělení úrazové a plastické chirurgie, Nemocnice České Budějovice a.s.

12.00–14.00 **oběd**

WORKSHOP

14.00–16.00 **WORKSHOP TRAUMATOLOGIE – SÁL C**

Zlomeniny distálního radia – dlaha radiální distální volární

P. Toufar¹, D. Novák²

1) Oddělení úrazové a plastické chirurgie Nemocnice České Budějovice a.s.

2) Chirurgické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě, p. o.

17.00–19.00 **KULTURNÍ PROGRAM – POUTNÍ KOSTEL NA ZELENÉ HOŘE**

20.00 **SPOLEČENSKÝ VEČER – HOTEL SKALSKÝ DVŮR**

B1

| | |
|-------------|---|
| Název: | Dlahová osteosyntéza – současný stav |
| Autor: | J. Bartoníček |
| Pracoviště: | Klinika traumatologie pohybového aparátu 1. LF UK a ÚVN Praha |
| Přednosta: | prof. MUDr. Jan Bartoníček, DrSc. |
| Anotace: | Přednáška se zabývá současnými problémy dlahové osteosyntézy. |

B2

| | |
|-------------|--|
| Název: | Osteosyntéza zlomenín distálního konce humeru dlahou |
| Autor: | J. Mihály, P. Sopko, I. Petrov |
| Pracoviště: | Oddelenie úrazovej chirurgie, FN Prešov |
| Primář: | MUDr. Jozef Bujňák |
| Anotace: | <p>V rokoch 2008–2012 bolo na Odd. úrazovej chir. FN Prešov operačne stabilizovaných 186 zlomenín distálneho konca humeru u 186 pacientov. Z toho bolo 36 zlomenín stabilizovaných dlahou. 34× bola zlomenina stabilizovaná dlahou primárne a 2× po zlyhaní osteosyntézy K drôtmí.</p> <p>U 8 pacientov bol výsledok hodnotený ako výborný (flexia s limitáciou do 10 st, extenzia s limitáciou do 10 st, supinácia s limitáciou do 10 st, pronácia s limitáciou do 10 st pri komparácii so zdravou končatinou), 8× veľmi dobrý, 8× dobrý, 7× uspokojivý a 5× neuspokojivý (z toho 4× pre pseudoartrózu). U 4 pacientov po osteosyntéze pretrvávajú parestézie, 3× n. ulnaris a u jedného nespolpracujúceho pacienta, (liečba na psychiatrii) parestézie n. ulnaris a n. radialis.</p> <p>Výborný výsledok bol u pacientov do 70 rokov, pacientov spolupracujúcich a včasne rehabilitujúcich. Neuspokojivý výsledok bol hlavne u pacientov s triestivou, intraartikulárnou zlomeninou, u pacientov s rehabilitáciou začatou po 3 týždňoch po operácii, u nespolpracujúcich pacientov a pacientov vo veku nad 70 rokov. Prezentovaný je súčasne kompletný terapeutický postup u dvoch pacientov.</p> <p>Záver: Napriek pokrokom intramedulárnej osteosyntézy, hlavne stále sa zlepšujúcim technickým pokrokom vo vývoji zaistených klincov sú anatomicke régia, kde je stále osteosyntéza dlahou nezastupiteľná. A to hlavne u triestivých intraartikulárnych zlomenín.</p> <p>Výsledok liečby zlomenín distálneho konca humeru (supra a interkondylických) prezentovaného súboru závisel od typu zlomeniny, anatomickej rekonštrukcie a stability osteosyntézy a spolupráci pacienta.</p> <p>Kľúčové slová: zlomenina distálneho humeru – dlahová osteosyntéza</p> |

B
čt

B3

Název: **Periprotetické zlomeniny v oblasti kolene a kyčle**

Autor: **J. Chroustovský, P. Malušek**

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

Primář: MUDr. Jaromír Chroustovský

Anotace: Autoři se ve svém sdělení zabývají problematikou periprotetických zlomenin v oblasti kolene a kyčle. Uvádějí příčiny jejich vzniku, používané klasifikace a možnosti řešení těchto zlomenin. Na vlastním souboru pacientů rozebírají jednotlivé případy a dokumentují způsob ošetření dle klasifikace poranění. Součástí sdělení jsou též komplikace, které tyto zlomeniny provázejí.

B4

Název: **Pokroky v dlahování zlomenin distálního pilonu tibie**

Autor: **P. Janata, J. Kovář**

Pracoviště: Chirurgické oddělení, Oblastní nemocnice Jičín

Přednosta: MUDr. Miroslav Sirový

Anotace: Autor podává přehled operací zlomenin distální tibie (bérce) v okresní (oblastní) nemocnici v letech 1995–2012. Na chirurgickém oddělení bylo od roku 1995 odoperováno 79 pacientů se zlomeninou distální tibie, klasifikace poranění dle AO 43 C X, z toho 9 otevřených, 1 poranění bilaterální (kazuis-tika). Použity metody zevní fixace 21×, z toho 9× jako definitivní řešení, 9× jako dočasná fixace, 3× jako řešení komplikací. Metoda nitrodřeňového hřebování použita ve 3 případech pro C 1 zlomeniny. Ve 3 případech řešeno poranění primární fuzí talokrurálního a subtalárního kloubu retrográdním hřebem. Metodu dlahové osteosyntézy jsme použili v 52 případech – konvenční 23, sofistikované 29. V případě deprese kloubní plochy vysoké riziko poúrazové arthrozy, zvýšeno při otevřeném poranění. Sofistikované dlahy pro sanaci zlomenin distální tibie umožňují miniinvazivní přístup s menší traumatizací měkkých tkání a menším rizikem raných komplikací. Za optimální považujeme dvoudobé řešení – zevní fixátor v akutní fázi a následnou konverzi na vnitřní osteosyntézu z miniinvazivního přístupu. Preferujeme anterolaterální uložení dlahy. Při špatné kondici měkkých tkání volíme jako metodu zevní fixaci jako definitivního ošetření s artroskopickou sanací kloubní plochy. Hluboký infekt zaznamenán 4×, 1× po otevřeném poranění 3× při zavřeném poranění, vždy po dlahové osteosyntéze, vždy při extenzivním přístupu. Vše řešeno extrakcí kovu a sekundární fuzí TC kloubu. Neurální leze 0, amputace 0.

B5

| | |
|-------------|--|
| Název: | Která dlaho pro distální fibulu? |
| Autor: | D. Novák, R. Dvorský, R. Krejčí |
| Pracoviště: | Chirurgické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě, p. o. |
| Přednosta: | MUDr. Jiří Toman |
| Anotace: | Zlomenina zevního kotníku je neprávem znevažována a odsouvána na okraj traumatologického zájmu. Anatomická repozice je avšak klíčová pro další funkci hlezna a proto autor preferuje otevřenou repozici a stabilní fixaci. Mezi nabízenými dlahami upřednostňuje v poslední době dlahy anatomické se zámkovými šrouby. Zkušenost hodnotí na základě posledních 3 let, kdy na jeho pracovišti odoperovali 168 zlomenin hlezna. Fibulární dlaho umožňují dřívější rehabilitaci a z toho plynoucí výhody. |

B6

| | |
|-------------|---|
| Název: | Naše zkušenosti s operační léčbou zlomenin patní kosti |
| Autor: | L. Pliska, R. Litner |
| Pracoviště: | Traumacentrum FN Ostrava |
| Přednosta: | doc. MUDr. Pleva Leopold, CSc. |
| Anotace: | <p>Patní kost je největší kostí nohy a je jedním z klíčových prvků stavby nohy. Její složitý tvar umožňuje skloubení s kostí krychlovou a hlezenní, pro kterou poskytuje oporu při přenášení celé váhy těla. Tvar kosti současně umožňuje, aby pákovým mechanismem přenášela síly <i>m.triceps surae</i> a umožnila chůzi. Porušení architektiky a celistvosti patní kosti úrazem, byť i malého rozsahu, proto může způsobit rozvoj bolestivé pórúrazové artrózy s následnou poruchou chůze. Významnou okolností u zlomenin patní kosti je i relativní nedostatek měkkých tkání, kdy chybí svalový korzet, chránící kost, a tato je kryta jenom tenkou vrstvou podkoží a kůže. Poranění měkkých tkání s rozvojem pórúrazového otoku a až s možnou následnou poruchou trofiky kůže bylo a je limitující faktor operační léčby zlomenin této kosti.</p> <p>Rozvoj diagnostiky, zejména CT vyšetření, zlepšil diagnostiku tohoto poranění a umožnil vývoj nových anatomicky preformovaných implantátů, šetřících měkké tkáně.</p> <p>Původní osteosyntézy K dráty a šrouby jsou postupně vytlačovány novými modernějšími léčebnými postupy založenými na otevřené repozici a stabilní vnitřní fixaci. Na pracovišti autorů byly od roku 2008 postupně zavedeny metody ošetření zlomenin patní kosti úhlově stabilní dlahou a následně hřebem C-nail. Ve sdělení autoři rozebírají svoje zkušenosti s diagnostikou poranění, přípravou pacientů, ošetřením patní kosti uvedenými typy osteosyntéz a následným dolčením.</p> |

B
čt

B7**Název:** Dlahová osteosyntéza zlomenin distálního radia**Autor:** J. Valentová, T. Kočíš, L. Paša**Pracoviště:** Úrazová nemocnice Brno, traumatologie**Přednosta:** prof. MUDr. Miloš Janeček, CSc.**Primář:** doc. MUDr. Libor Paša, PhD.

Anotace: Zlomenina distálního radia patří mezi velmi frekventované diagnózy v ambulanci chirurga nebo traumatologa. Převažují nízkoenergetické zlomeniny u starších pacientů, což zvyšuje náročnost léčby. Cílem tohoto sdělení je shrnout používané možnosti dlahové osteosyntézy u pacientů ošetřovaných v Úrazové nemocnici v Brně.

l když se jedná převážně o zlomeniny geriatrických pacientů, je nutné při volení terapie přihlížet k celkovému stavu a nárokům pacienta. Operační řešení je indikováno akutně u luxačních poranění, otevřených zlomenin a zlomenin s ohrožením nervově-cirkulačního svazku. U zlomenin nestabilních se rozhodujeme dle stavu měkkých tkání a k operačnímu řešení je indikujeme po opadnutí otoku. Při první rentgenové kontrole také indikujeme zlomeniny se ztrátou repozice zejména typu 23-A3, kde předpokládáme další zhoršování postavení a zvyšující se zkratek radia.

Operační přístup volíme dle typu zlomeniny, na našem pracovišti převažuje volární přístup. Ke stabilizaci zlomeniny vybíráme osteosyntetický materiál dle typu zlomeniny a kvality skeletu. Pro jednoduché extraartikulární zlomeniny používáme úhlově stabilní dlahy bez možnosti multidirekčního zavedení distálních šroubů, tyto implantáty volíme u zlomenin intraartikulárních nebo s velkou kominucí.

Další možností je také zavedení zevního fixatéru a adaptační osteosyntéza Kirschnerovými dráty, eventuálně kombinace obou metod. To volíme u zlomenin otevřených, s velkou kominucí a při nepříznivém stavu měkkých tkání.

Nedílnou součástí pooperační péče je také rehabilitace. Díky stabilní dlahové osteosyntéze je možné ji zahájit časně po operaci a předejít tak možným komplikacím vznikajícím při dlouhodobé imobilizaci.

B8

| | |
|-------------|---|
| Název: | Časné výsledky – srovnání dvou implantátů sloužících ke stabilizaci zlomenin distálního radia volárním přístupem |
| Autor: | P. Smékal |
| Pracoviště: | Klinika úrazové chirurgie FN Brno |
| Přednosta: | doc. MUDr. Michal Mašek, CSc. |
| Anotace: | Přednáška shrnuje časné výsledky srovnání dvou úhlově stabilních dlahových implantátů sloužících ke stabilizaci zlomenin distálního radia volárním přístupem. U obou skupin pacientů operovaných těmito implantáty hodnotí rozdíly a podobnosti týkající se demografické struktury, mechanismu poranění, typů zlomenin, předoperačního plánování s indikacemi a pooperačních výsledků včetně komplikací. Závěrem shrnuje výhody jednotlivých implantátů zjištěné krátkodobou retrospektivní studií. |

B9

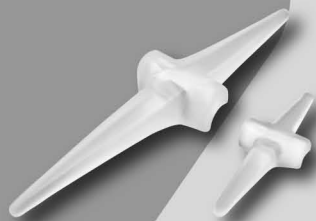
| | |
|-------------|--|
| Název: | Zlomeniny distálního předloktí – řešení na našem pracovišti |
| Autor: | R. Krejčí, R. Dvorský, D. Novák |
| Pracoviště: | Chirurgické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě, p. o. |
| Primář: | MUDr. Jiří Toman |
| Anotace: | Zlomeniny distálního předloktí – řešení na našem pracovišti |

B10

| | |
|-------------|--|
| Název: | Zlomeniny distálního radia – moderní implantáty |
| Autor: | P. Toufar |
| Pracoviště: | Oddělení úrazové a plastické chirurgie, Nemocnice České Budějovice a.s. |
| Primář: | MUDr. Pavel Kopačka |
| Anotace: | Cesta vývoje imlantátů pro ošetření zlomenin distálního radia vedla od použití Kirschnerových drátů k zevní fixaci a dlahám různých typů. Postupně se objevila technologie úhlově stabilních implantátů se zamykacími šrouby. Tato výrazně změnila indikační kritéria u ošetření dislokovaných zlomenin v této oblasti. I úhlově stabilné implantáty šly cestou nejdříve 3,5 mm zamykacích šroubů až k anatomicky upraveným dlahám se subtilnějšími 2,4–2,7 mm šrouby, které je možno zavést cíleně do oblasti subchondrální kosti a tak lépe fixovat a podepírat fragmenty kloubní plochy distálního radia. Tyto implantáty v současné době respektují nové anatomické poznatky a biomechanické požadavky na optimální implantát. |

B
čt

IMPLANTÁTY PRO ORTOPEDII



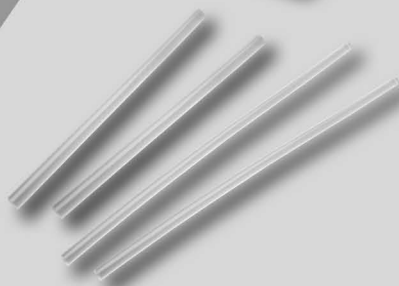
NÁHRADA PRSTNÍHO KLOUBU

- ▶ 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



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 tkáně do labyrintu porézního povrchu
nástržik hydroxyapatitu • vrstvy jsou nanášeny plazmovou technikou

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

SEKCE C

13.30–15.00 **I. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE C**
program bude probíhat v sále sekce B

předsednictvo: R. Dvorský, A. Schmoranzová, R. Vronský

- C1 Někteří nešťastná řešení poranění ruky
A. Schmoranzová a kol.
Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou
- C2 Dynamická prstová ortéza v léčbě poranění prstů
R. Vronský, L. Bialý, I. Krejčí
Oddělení centrálního příjmu, FN Ostrava
- C3 Porucha funkce středního kloubu prstů ruky
A. Schmoranzová a kol.
Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou
- C4 Primární ošetření šlach na ruce versus rekonstrukce
R. Remeš
Plasticare s.r.o., Chrudim
- C5 Ztrátové poranění konečného článku prstu, možnosti ošetření
R. Lhotský a kol.
Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou
- C6 Porucha funkce extenze konečného článku palce po poranění, problém a řešení
T. Hellmuth a kol.
Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou

17.00–19.00 **KULTURNÍ PROGRAM – POUTNÍ KOSTEL NA ZELÉNÉ HOŘE**

20.00 **SOPOČENSKÝ VEČER – HOTEL SKALSKÝ DVŮR**

C1

| | |
|-------------|--|
| Název: | Některá nešťastná řešení poranění ruky |
| Autor: | A. Schmoranzová a kol. |
| Pracoviště: | Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou |
| Přednosta: | MUDr. Alena Schmoranzová |
| Anotace: | Přednáška na příkladech ukazuje chybná řešení poranění na ruce a možnost nápravy |

C2

| | |
|-------------|---|
| Název: | Dynamická prstová ortéza v léčbě poranění prstů |
| Autor: | R. Vronský, L. Bialý, I. Krejčí |
| Pracoviště: | Oddělení centrálního příjmu, Klinika léčebné rehabilitace FN Ostrava |
| Přednosta: | MUDr. Stanislav Jelen |
| Anotace: | <p>Cíl: V přednášce jsou popsány první zkušenosti s použitím dynamické prstové dlahy při léčbě poranění prstů ruky, a to jak při primární léčbě, tak i při jejich rehabilitaci.</p> <p>Materiál a metody: Ruka je z anatomicko-biologického a fyziologického hlediska velmi složitý orgán. Je často vystavena poranění. Téměř 30% všech poranění připadá na ruku. Poranění prstů se podílí až 50% na poraněních ruky. Harmonická souhra jednotlivých struktur je základem pro její správnou funkci. Léčba poranění tedy vyžaduje nejen přesnou a šetrnou reparaci jednotlivých anatomických struktur, ale i obnovení její fyziologické funkce. Časná rehabilitace tak představuje nedílnou a velmi významnou součást léčby. Uvádíme naše první zkušenosti s použitím dynamické prstové dlahy, kterou jsme použili u deseti pacientů ve věku 12–40 let.</p> <p>Výsledky a závěr: Z našich dosavadních skromných zkušeností považujeme použití dynamické prstové dlahy v léčbě poranění prstů za perspektivní alternativu rozšiřující možnosti léčby těchto poranění.</p> |

C3

| | |
|-------------|---|
| Název: | Porucha funkce středního kloubu prstů ruky |
| Autor: | A. Schmoranzová a kol. |
| Pracoviště: | Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou |
| Přednosta: | MUDr. Alena Schmoranzová |
| Anotace: | Přednáška pojednává o různých druzích poranění oblasti středního kloubu a řešení. |

C4

| | |
|-------------|--|
| Název: | Primární ošetření šlach na ruce versus rekonstrukce |
| Autor: | R. Remeš |
| Pracoviště: | Plasticare s.r.o., Chrudim |
| Přednosta: | MUDr. Robert Remeš |
| Anotace: | Kazuistika zpracovává jeden z častých úrazů ruky. Hledá příčiny neúspěchů při operacích šlach. Porovnává pooperační průběh primární sutury šlachy flexoru na ruce s rekonstrukcí šlachy štěpem. |

C5

| | |
|-------------|--|
| Název: | Ztrátové poranění konečného článku prstu, možnosti ošetření |
| Autor: | R. Lhotský a kol. |
| Pracoviště: | Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou |
| Přednosta: | MUDr. Alena Schmoranzová |
| Anotace: | Poranění konečných článků prstů patří mezi nejčastější úrazy na ruce ošetřované na běžné chirurgické ambulanci s někdy problematickými výsledky. Přednáška ukazuje možnost ošetření hrotu prstu tak, aby ztrátový a funkční defekt byl co nejmenší. |

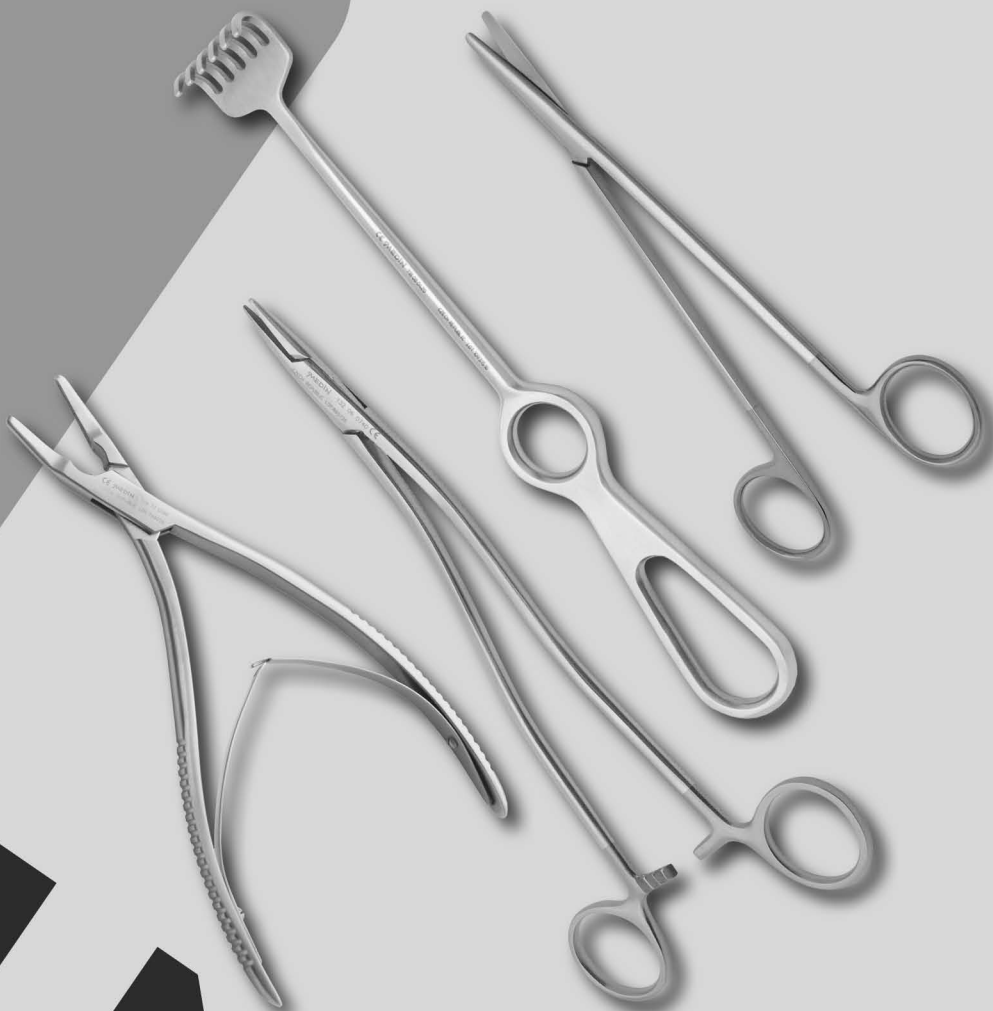
C6

| | |
|-------------|--|
| Název: | Porucha funkce extenze konečného článku palce po poranění, problém a řešení |
| Autor: | T. Hellmuth a kol. |
| Pracoviště: | Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou |
| Přednosta: | MUDr. Alena Schmoranzová |
| Anotace: | Velmi časté poranění šlachy EPL není vždy kvalitně doléčeno. V přednášce je ukázán problém a řešení. |

C
čt

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

www.medin.cz

SEKCE A

9.00–11.00 III. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE A

předsednictvo: Š. Durdík, A. Prochotský, J. Toman

- A23 Časný karcinom prsu a biopsie sentinelové uzliny – zkušenosti z vlastního pracoviště
J. Smékalová¹, J. Toman¹, F. Tonar¹, J. Brázdil², J. Bureš³, I. Hladká⁴, A. Bílek⁴
1) Chirurgické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě, p. o., 2) Patologicko-anatomické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě, p. o., 3) Oddělení nukleární medicíny, Nemocnice Nové Město na Moravě, p. o., 4) Radiologické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě, p. o.
- A24 Náhlá příhoda brušná u onkologického pacienta
Š. Durdík, R. Donát, J. Plaj, V. Marek
Klinika Onkologickej chirurgie LFUK a OUSA Bratislava
- A25 Sekundárne nádory tenkého čreva
E. Boroš, M. Halecký, T. Borošová, J. Bodnár
Chirurgické oddelenie, Železničné zdravotníctvo Košice s.r.o.
- A26 Roboticky asistovaná léčba abdominálních malignit – vlastní analýza 30 nemocných s karcinomem rekta
D. Langer, J. Pudil, J. Rudiš, M. Ryska
Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN Praha
- A27 Nové metody chirurgickej liečby primárnych či sekundárnych nádorov pľúc a pečene – technológia Nanoknife. Kazuistiky
R. Rindoš, J. Kodaj*
*Chirurgická klinika, *) Oddelenie invazívnej radiologie RDG kliniky ÚVN Ružomberok*
- A28 Periappendikulárny absces manifestujúci sa ako inkarcerovaná pravostranná inguinálna hernia
A. Prochotský, R. Okoličány, J. Škultéty, J. Sekáč, M. Huťan jr., S. Dolák
II. chirurgická klinika LF UK a UN Bratislava
- A29 Divertikulitida a její komplikace
P. Janda, M. Stašek, P. Zbořil
I. chirurgická klinika FN Olomouc
- A30 Tumory periférnych nervů – princípy operace, vyhodnocení souboru 48 pacientů
I. Humhej, M. Sameš
Neurochirurgická klinika UJEP, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem o.z., Krajská zdravotní a.s.

A31 Julius Tandler – světová osobnost z Vysočiny

J. Miletín¹, J. Štefela¹, V. Musil^{2,3}, D. Kachlík⁴

1) Ústav anatomie 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, 2) Středisko vědeckých informací, 3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze, 3) Ústav informačních studií a knihovnictví, Filozofická fakulta, Univerzita Karlova v Praze, 4) Katedra zdravotnických studií, Vysoká škola polytechnická Jihlava

A32 Co přineslo Theodoru Kocherovi Nobelovu cenu a jak se s tím vyrovnáváme v Novém Městě na Moravě

P. Jenerál, J. Toman, J. Šustáček, D. Šolcová*

Chirurgické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě, p. o., *) Interní oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě, p. o.

A33 Představení webové aplikace umožňující multicentrický sběr dat při tvorbě studií

J. Kovařík, J. Palčák, I. Čížmář

Oddělení traumatologie, Fakultní nemocnice Olomouc

A34 Může bursesektómia ovplyvniť prežívanie pacientov radikálne operovaných pre karcinóm žalúdka?

J. Palaj, Š. Durdík, M. Sabol, V. Marek, D. Dyttert

Klinika onkologickej chirurgie, Onkologický ústav sv. Alžbety, Bratislava

11.30

ZAKONČENÍ SETKÁNÍ

| | |
|-------------|---|
| Název: | Časný karcinom prsu a biopsie sentinelové uzliny – zkušenosti z vlastního pracoviště |
| Autor: | J. Smékalová¹, J. Toman¹, F. Tonar¹, J. Brázdil², J. Bureš³, I. Hladká⁴, A. Bílek⁴ |
| Pracoviště: | 1) Chirurgické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě, p. o., 2) Patologicko-anatomické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě, p. o., 3) Oddělení nukleární medicíny, Nemocnice Nové Město na Moravě, p. o., 4) Radiologické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě, p. o. |
| Primář: | J. Toman ¹ , J. Brázdil ² , J. Bureš ³ , A. Bílek ⁴ |
| Anotace: | <p>Mammární screening slaví letos 10 let. Ženy na Vysočině se mohou pochlubit nejvyšší celorepublikovou účastí. Zcela logicky tedy dochází na našem pracovišti k většímu zachytu časných karcinomů prsu.</p> <p>Multidisciplinární přístup, který je dnes nezbytnou součástí ve všech oborech medicíny je v terapii karcinomu prsu již pevným a dobře fungujícím algoritmem. První zkušenosti s nehmotnými tumory prsu jsme získali na našem pracovišti již v roce 1999 se zakoupením digitální substrakční jednotky mammarafu a operací mikrokalciifikací prsu. Stěžejní roli na samém počátku sehrálo radiologické oddělení, se kterým jsme postupně vypracovali jednotnou metodiku cílení nehmotných lézí .</p> <p>Se spuštěním mamografického screeningu se pomalu rozbíhala i detekce sentinelových uzlin. Zpočátku dvoudenní protokol značení sentinelových jsme v současné době vyměnili za jednodenní a detekce pomocí gamakamer se stala rutinní. Počáteční roky jsme značili současně, jak radionuklidem, tak patentní modří. Operační výkon preferujeme v jedné operační době. Zasíláme tedy sentinelovou uzlinu tzv. na zmrzlo našemu patologovi, který operatérovi zavolá na operační sál výsledek. V případech, že jsou v sentinelové uzlině přítomny makrometastázy provádíme disekci axilly v jedné operační době. Pokud je definitivní histologií prokázána mikrometastáza, je pacientka prokonzultována v onkoteamu, který určí další postup.</p> <p>Zdali u nehmotných karcinomů prsů vůbec disekci axilly provádět je žhavým tématem současných světových onkologických symposií.</p> |

A24

Název: **Náhla príhoda brušná u onkologického pacienta**

Autor: **Š. Durdík, R. Donát, J. Plaj, V. Marek**

Pracovište: Klinika Onkologickej chirurgie LFUK a OUSA Bratislava

Přednosta: doc. MUDr. Štefan Durdík, PhD.

Anotace: Náhla príhoda brušná (NPB) je napriek najmodernejším zobrazovacím vyšetrovacím metódam stále najzáľadnejším stavom, s ktorým sa chirurg stretáva. Okrem nutného využitia všetkých zmyslov, ktoré musí chirurg pri vyšetovaní pacienta s NPB využívať, sa pri akútnom bruchu zúročujú najmä dlhoročné skúsenosti chirurga, ktoré sa môžu v očiach mladších chirurgov javiť ako intuícia alebo šiesty zmysel. Najčastejšie sa vyskytujúce náhle brušné príhody v abdominálnej chirurgii u onkologického pacienta sú ileus, perforácia, krvácanie a neutropenická enterokolitída. Akútny chirurgický zákrok si vyžiada progresia alebo komplikácia základného onkologického ochorenia, pričom spektrum ako aj prezentácia náhlej príhody brušnej má svoje špecifiká oproti ostatnej populácii pacientov s náhlou príhodou brušnou. Onkologické ochorenie samotné ako aj sprievodná systémová terapia a imunosupresia môžu meniť klasický obraz NPB. S generalizáciou a pokročilosťou malígneho ochorenia pristupuje k rozhodovaciemu procesu aj etický problém vitálnej indikácie u onkologického pacienta, keď je náhla príhoda brušná vyústením inkurabilnej malignity. Pochopenie limitov fyzikálneho vyšetrenia a patofyziologických procesov, ktoré modifikujú obraz NPB pri onkologickom ochorení je kritické pre rýchlu diagnózu a teda aj správnu liečbu tohto urgentného stavu.

| | |
|-------------|---|
| Název: | Sekundárne nádory tenkého čreva |
| Autor: | E. Boroš¹, M. Halecký¹, T. Borošová², J. Bodnár³ |
| Pracovište: | 1) Chirurgické oddelenie, Železničné zdravotníctvo Košice s.r.o., 2) Gynekologické oddelenie VOU Košice a.s., 3) Bioptické a cytologické laboratórium, HIS-Dg s.r.o., Košice |
| Přednosta: | MUDr. Erich Boroš, PhD. |
| Anotace: | <p>Napriek tomu, že tenké črevo má 95 % slizničného povrchu tráviaceho systému a 75 % jeho dĺžky, sa nádory tenkého čreva vyskytujú veľmi zriedkavo. V tenkom čreve sa vyskytuje len niečo viac ako stotina zo všetkých gastrointestinálnych nádorov a to napriek živej mitotickej aktivite epiteliálnych buniek. Z benígnych nádorov najčastejšie symptomatické sú leiomyómy a najčastejšie asymptomatické, najviac nachádzané pri pitve sú adenómy. Treťou najčastejším benígnym nádorom tenkého čreva je lipóm, väčšinou asymptomatický. Hemanangiomy sa vyskytujú ako mnohopočetné a v 70 % sa prejavujú krvácaním. Z primárnych malígnych nádorov sa na tenkom čreve najviac vyskytujú adenokarcinóm, karcinoid, lymfóm a nádory pôvodom z mezenchymovej bunky. Sem patria leiomyosarkómy a gastrointestinálne stromálne tumory.</p> <p>Tenké črevo býva často postihnuté metastázami. Je to spôsobené jeho dobrým krvným zásobením. Často ide metastázy malígneho melanómu, nádorov z pľúc, prsníka, žalúdka, c. transversum, štítnej žľazy, teratómy, nádory maternice, semenníkov a obličiek.</p> <p>Malígny melanóm sa vyskytuje ako primárny a sekundárny nádor. Melanóm môže metastázovať do všetkých orgánov a tkanív, ale existujú určité predilekčné lokalizácie do ktorých sa šíri najčastejšie (koža a podkožie 45–55 %, lymfatické uzliny 40–50 %, pľúca 35–47 %, pečeň 25–35 %, CNS 25–37%,kosti 15–20 %, GIT 10–15 %, iné 5–10 %). Doba od chirurgickej liečby primárneho nádoru do vzniku prvej metastázy je veľmi variabilná. Asi 3 % metastáz sa u pacientov s melanómom objavia až po 10 a viacerých rokoch od operácie.</p> <p>Najčastejšie postihnutou oblasťou tráviaceho traktu je tenké črevo, žalúdok, mezenterium a omentum. Postihnutie tráviaceho traktu je väčšinou súčasťou generalizácie ochorenia a prebieha často asymptomaticky. Prvým príznakom môže byť až hypochrómna anémia z chronického krvácania. Profúzne krvácanie sa prejavuje hematemézou alebo melénou. Metastázy melanómu v čreve môžu vytvárať polypózne útvary, ktoré sťažujú črevnú priechodnosť a v niektorých prípadoch dochádza ku vzniku ileu. Medián prežitia chorých s viscerálnymi metastázami sa pohybuje v rozmedzí 6–9 mesiacov, bez závislosti na type liečby. Doba prežitia je výrazne ovplyvnená lokalizáciou metastáz a počtom postihnutých orgánov. Pri metastatickom postihnutí jedného vnútorného orgánu sa popisuje jednoročné prežitie u 10–15 % pacientov a pri metastázach do viacerých orgánov sa jedného roku dožije iba 6–9 % pacientov. Ročné prežitie pacientov s metastázujúcim melanómom sa pohybuje medzi 4–7 %. Hlavné úsilie pri liečbe metastázujúceho melanómu musí byť zamerané na dosiahnutie predĺženia prežitia a udržanie uspokojivej kvality života. Uvádzame kazuistiku nášho pacienta s metastázami melanómu do tenkého čreva, ktoré sa prejavili po 5 rokoch od chirurgickej liečby primárneho ložiska profúznym krvácaním.</p> |

A26

Název: Roboticky asistovaná léčba abdominálních malignit – vlastní analýza 30 nemocných s karcinomem rekta

Autor: D. Langer, J. Pudil, J. Rudiš, M. Ryska

Pracoviště: Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN Praha

Přednosta: prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc.

Anotace: Úvod: Od počátku třetího milénia je patrná robotizace miniinvasivních výkonů v mnoha chirurgických oborech. Cílem sdělení je zhodnotit přínos da Vinci asistence v léčbě abdominálních malignit na základě literárních údajů a na základě analýzy vlastní sestavy nemocných s karcinomem rekta.

Materiál, soubor pacientů a metody: Výsledky roboticky asistovaných, laparoskopických a otevřených operací pro abdominální onkologická onemocnění jsme získali ze světových databází Medline a Pubmed. Výsledky roboticky asistovaných výkonů jsme srovnávali s výsledky u manuálně laparoskopicky operovaných a laparotomicky operovaných nemocných. Na vlastní sestavě 30 nemocných s karcinomem rekta, u kterých jsme provedli roboticky asistovanou nízkou resekcí nebo abdominoperineální amputaci rekta, jsme sledovali epidemiologická data, staging onemocnění, provedenou neoadjuvantní CHRT, výskyt konverze výkonu, intraoperační krevní ztrátu, peroperační a časné pooperační komplikace. Dále jsme sledovali úplnost resekce (resekce R0) a výskyt rekurence onemocnění v průběhu dispenzarizace.

Výsledky: Výsledky hodnocených parametrů (konverze na laparotomický výkon, perioperační a nechirurgické komplikace, intraoperační krevní ztráta, výsledky patologa, letalita) jsou v publikovaných studiích obdobné, resp. bez signifikantních rozdílů u obou skupin nemocných (operovaných roboticky nebo laparoskopicky). U otevřených výkonů byla zaznamenána vyšší krevní ztráta, delší doba hospitalizace a kratší doba operačního výkonu než u miniinvasivních operací. Operační čas robotických výkonů je mírně (nesignifikantně) delší než u laparoskopických operací ve většině zveřejněných pracích.

Roboticky asistovanou operační léčbu pro karcinom rekta na našem pracovišti podstoupilo 30 nemocných: 14 mužů a 16 žen průměrného věku 60 let (33–80 let). Neoadjuvantní onkologická léčba byla indikována u 50% pacientů s karcinomem ve II.–IV. stadiu (AJCC). Průměrná krevní ztráta činila 260 ml (0–600 ml), u dvou nemocných byly podány transfuzní přípravky (2 TU EBR). Dvě operace jsme byli nuceni konvertovat (bodová léze močovodu, intraabdominální obezita), u 4 pacientů jsme zaznamenali komplikace (bodová léze močovodu, leak z anastomózy, krvácení, absces malé pánve). Žádný nemocný nezemřel. Průměrné trvání operačního výkonu bylo 260 min. Rekurenci maligního onemocnění jsme do současnosti ve sledovaném souboru neidentifikovali (dispenzarizace 4–50 měsíců).

Závěr: Da Vinci systém je při chirurgické léčbě nemocných s abdominálními malignitami (včetně hepato – pankreato – biliární oblasti) bezpečným manipulátorem. Randomizované kontrolované studie (RCT) potvrdily srovnatelné krátkodobé klinické i onkologické výsledky s operacemi laparoskopickými či otevřenými. V současnosti chybí zhodnocení přínosu robotické operativy pro pacienta v oblasti břišní chirurgie z dlouhodobého hlediska a s dostatečným počtem operantů, resp. vysokým stupněm evidence based medicine (EBM). Realizace dostatečného množství RCT je do budoucna nezbytná. Naše předběžné výsledky jsou obdobné jako závěry literárně uveřejněných prací.

A27

| | |
|-------------|---|
| Název: | Nové metódy chirurgickej liečby primárnych či sekundárnych nádorov pľúc a pečene – technológia Nanoknife. Kazuistiky |
| Autor: | R. Rindoš, J. Kodaj* |
| Pracovište: | Chirurgická klinika, *) Oddelenie invazívnej radiológie RDG kliniky ÚVN Ružomberok |
| Přednosta: | MUDr. I. Kubačka, PhD., MUDr. J. Kodaj, PhD.* |
| Anotace: | Autori chcú v svojej práci predstaviť novú metodiku tzv. studenej ablácie primárnych či sekundárnych tumorov pľúc a pečene, ktoré sa z rôznych dôvodov nedajú ošetriť „štandardným“, radikálnym spôsobom – resekciou. Na príklade niekoľkých kazuistík a predbežných výsledkoch (6 mesiacov) diskutujú oprávnenosť použitia tejto metodiky a jej prínos pre chorých, z ktorých už viacerí stratili nádej na zlepšenie svojho zdravotného stavu. |

A28

| | |
|-------------|---|
| Název: | Periappendikulárny absces manifestujúci sa ako inkarcerovaná pravostranná inguinálna hernia |
| Autor: | A. Prochotský, R. Okoličány, J. Škultéty, J. Sekáč, M. Huťan jr., S. Dolák |
| Pracovište: | II. chirurgická klinika LF UK a UN Bratislava |
| Přednosta: | doc. MUDr. Ján Škultéty, CSc. |
| Anotace: | Autori predkladajú zaujímavú kazuistiku 55ročného pacienta s vysokým BMI, ktorý bol prijatý pre klinické a USG príznaky inkarcerovanej pravostrannej inguinálnej hernie. Pri prijatí boli výrazne elevované zápalové markery (Le, CRP, Fbg). Pacient bol po nevyhnutnej predoperačnej príprave urgentne operovaný. Pred operáciou bol poučený o reálnej možnosti laparotómie. Pri konvenčnom prístupe herniotómiou vpravo došlo po preťatí aponeurózy <i>m. obl. ext. abdominis</i> k prevaleniu masívneho abscesu z oblasti <i>anulus ing. internus</i> . Absces prenikal do brušnej dutiny a preto bola urobená DSL. Našiel sa veľký periappendikulárny absces s appendicitídou. V pooperačnom období bol stav komplikovaný dehiscenciou sutúry po DSL. Histologicky sa potvrdil subakútny absces a prekvapivo appendikálna mucinózna neoplázia. Pacient bol prepustený v dobrom stave s ponechaným Ventrofilom 13. pooperačný deň. |

A29**Název: Divertikulitida a její komplikace****Autor: P. Janda, M. Stašek, P. Zbořil****Pracoviště: I. Chirurgická klinika FN Olomouc****Přednosta: doc. MUDr. Čestmír Neoral CSc.**

Anotace: Mezi komplikace akutní divertikulitidy patří flegmonózní zánět, absces, purulentní peritonitida, sterkorální peritonitida, střevní obstrukce a píštěl. Na souboru nemocných léčených na I. Chirurgické klinice ve FN Olomouc za posledních 10 let hodnotíme závažnost těchto komplikací, algoritmus vyšetřovacích metod a optimální způsob léčby. Základním je laboratorní vyšetření, sonografie břicha, CT vyšetření, dnes často nahrazováno magnetickou rezonancí. U zánětlivého prosáknutí stěny sigmoidea a u drobných abscesů (Hinchey I, II) lze postupovat konzervativně, podáním antibiotik, infúzní terapií. U purulentních a sterkorálních peritonitid (Hinchey III, IV) jsme provedli operaci, a to s resekcí postižené části střeva, pokud to lokální nález v břiše a stav nemocného dovozovaly.

A30**Název: Tumory periferních nervů – principy operace, vyhodnocení souboru 48 pacientů****Autor: I. Humhej, M. Sameš****Pracoviště: Neurochirurgická klinika UJEP, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem o.z., Krajská zdravotní a.s.****Přednosta: prof. MUDr. Martin Sameš, CSc.**

Anotace: Nádory periferního nervového systému jsou relativně vzácné afekce. Dělí se na tumory z pochev periferních nervů (PN) a non-neurální nádory sekundárně postihující PN. U obou skupin tumorů rozlišujeme nádory benigní a maligní. Mezi nejčastější benigní nádory z pochev PN patří schwannom a neurofibrom, jež tvoří většinu tumorů postihujících PN. Zvýšenou pozornost je třeba věnovat léčbě těchto tumorů. Mezi zásady jejich operačního odstraňování patří užití striktně mikrochirurgické techniky včetně operačního mikroskopu, peroperační elektrostimulace a neurografie. Nutná je rovněž znalost intraneurální topografie. Při operacích tumorů PN se snažíme zachovat funkční fascikly nervu a vypreparovat tumor bez jejich poškození. To obnáší zpravidla nutnost interfascikulární disekce nervu před i za tumorem a jemnou separaci fasciklů z tumorózní masy. Přerušujeme pouze zdrojové fascikly tumoru po předchozím ověření jejich afunkčnosti neurografií. Tyto principy nelze jednoduše uplatnit při operacích plexiformních forem tumorů PN, zde je metodou volby exoneurolyza nervu s epineurotomii, event. resekcí tumoru s následnou rekonstrukcí nervu autologními štěpy.

V letech 1998–2012 bylo na našem pracovišti odoperováno 48 intraneurálně lokalizovaných tumorů PN. Z toho 29 tumorů postihovalo některý nerv na horní končetině, 14 některý nerv na dolní končetině a 5 bylo v jiné lokalizaci. O proximálně lokalizovaný tumor (brachiální plexus, proximální paže či stehno) se jednalo ve 13 případech, periferně se nacházelo 35 tumorů. Dle histologického vyšetření se jednalo u 22 pacientů o neurofibrom, u 17 pacientů o schwannom, u 4 o maligní tumor z pochvy periferního nervu, u 2 o intraneurální lipom, u 2 o intraneurální ganglion a u 1 o intraneurální lymfom. Neurofibromatózou I. typu trpělo 14 pacientů. Nový neurologický motorický deficit se pooperačně objevil u 5 pacientů, u všech vznikl při resekcí proximálně lokalizovaného tumoru v oblasti axilly či paže. Všech ostatních 43 pacientů bylo po operaci bez postižení funkce tumorem postiženého nervu či trpělo stejným deficitem jako před operací.

Název: **Julius Tandler - světová osobnost z Vysočiny**

Autor: **J. Miletín¹, J. Štefela¹, V. Musil^{2,3}, D. Kachlík⁴**

Pracoviště: 1) Ústav anatomie 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze
 2) Středisko vědeckých informací, 3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze
 3) Ústav informačních studií a knihovnictví, Filozofická fakulta, Univerzita Karlova v Praze
 4) Katedra zdravotnických studií, Vysoká škola polytechnická Jihlava

Přednosta:

Anotace: Julius Tandler (1869–1936) je znám především jako přední zástupce sociální demokracie v meziválečném Rakousku a jeden z vůdců Rudé Vídně. Tento Jihlavan židovského původu byl v problematice veřejného zdravotnictví skutečným vizionářem a mnohé jeho reformy předběhly svou dobu o desítky let. Málokdo ale ví, že svým původním zaměřením byl Julius Tandler klinický anatom a že v letech 1914–1917 zastával funkci děkana vídeňské lékařské fakulty.

Vedle činů světového významu se snadno ztratí, že se Tandler mimo jiné zabýval i klinickou anatomíí tepen ruky. Jeho práce „Zur Anatomie der Arterien der Hand“ byla první velkou prací, mapující variabilitu tepenného zásobení ruky. Formální kvalita a precizní popis výsledků dodnes umožňuje její využití v chirurgii ruky.

Příspěvek seznamuje s osobností Julia Tandlera a jeho klinicko-anatomickou prací s důrazem na anatomii tepen ruky, shrnuje Tandlerovy reformy zdravotnictví v Rudé Vídni a metody boje proti nakažlivým chorobám, které rakouskou metropoli sužovaly.

Dále tato práce představuje i kontroverzní názory Julia Tandlera stran eutanázie, eugeniky a rasové čistoty a není opomenuta ani jeho emigrace z Vídně, smrt ve stínu nastoupivšího nacizmu a následné znovuuznání Tandlerových zásluh po Hitlerově pádu.

Autoři jsou velmi potěšeni, že mohou přestavit, či připomenout, tuto výjimečnou osobnost a uvést co nejpřesnější charakteristiku Julia Tandlera symbolicky, právě na jeho rodné Vysočině. Podpořeno projektem UK v Praze – Prvok 38.

A32

| | |
|-------------|--|
| Název: | Co přineslo Theodoru Kocherovi Nobelovu cenu a jak se s tím vyrovnáváme v Novém Městě na Moravě |
| Autor: | P. Jenerál, J. Toman, J. Šustáček, D. Šolcová* |
| Pracoviště: | Chirurgické oddělení Nemocnice Nové Město na Moravě, *) Interní oddělení Nemocnice Nové Město na Moravě |
| Primář: | MUDr. J. Toman, MUDr. F. Kazda* |
| Anotace: | Co přineslo Theodoru Kocherovi Nobelovu cenu a jak se s tím vyrovnáváme v Novém Městě na Moravě |

A33

| | |
|-------------|---|
| Název: | Představení webové aplikace umožňující multicentrický sběr dat při tvorbě studií |
| Autor: | J. Kovařík, J. Palčák, I. Čižmář |
| Pracoviště: | Fakultní nemocnice Olomouc – oddělení traumatologie |
| Přednosta: | doc. MUDr. Igor Čižmář, PhD. |
| Anotace: | <p>Úvod: Medicína založená na důkazech definuje jako zlatý standart randomizované studie a metaanalýzy takovýchto studií. K náboru dostatečného množství pacientů k ověření pracovní hypotézy jsou mnohé projekty designované jako multicentrické. K efektivnímu sběru dat přispívá tvorba registrů – počítačových databází.</p> <p>Cíl: Podstatou sdělení je představení webové aplikace na principu počítačových databází jako možného komunikačního kanálu mezi spolupracujícími pracovišti se stejnou odborností.</p> <p>Závěr: Rozloha České Republiky a relativně nízký počet obyvatel limituje výsledky klinického výzkumu omezeným množstvím pacientů se sledovaným znakem či diagnózou. To se projevuje hlavně při sběru dat v klinických oborech u raritních diagnóz. V takovémto případě představuje zapojení více center k vytvoření reprezentativního vzorku nepodkročitelnou nutnost. Omezené možnosti jednoduchého ukládání a sdílení dat při koordinaci takovýchto multicentrických studií tvoří jednu z překážek jejich koordinace a tvorby. Nabídka webové aplikace umožní užší spolupráci při sběru dat mezi jednotlivými pracovišti, nabídne prostor pro vědecké projekty lékařů a zapojení nových badatelů do vlastního výzkumu.</p> |

Název: Môže bursektómia ovplyvniť prežívanie pacientov radikálne operovaných pre karcinóm žalúdka?

Autor: J. Palaj, Š. Durdík, M. Sabol, V. Marek, D. Dyttert

Pracovište: Klinika onkologickej chirurgie, Onkologický ústav sv. Alžbety, Bratislava

Přednosta: doc. MUDr. Štefan Durdík, PhD.

Anotace: Bursektómia spolu s D2 lymfadenektómiou bola zavedená ako súčasť radikálnej resekcie pre karcinóm žalúdka japonskými chirurgami už v 60. rokoch minulého storočia. Spočíva v odstránení listu viscerálneho peritonea z hornej plochy mezotransverza spolu s púzdom pankreasu a omentum majus et minus. Viacerí autori význam profylaktickej bursektómie spochybňujú najmä pre dlhší operačný čas, vyššie krvné straty ako i vyššiu morbiditu a mortalitu spojené s týmto výkonom. Až donedávna chýbali randomizované štúdie, ktoré by tieto údaje potvrdzovali, alebo vyvracali. Význam bursektómie v štúdií z roku 2007 spochybnil Yamamura, ktorý skúmal distribúciu karcinómových buniek u pacientov s karcinómom žalúdka vyšetrením CEA RNA metódou PCR z cavum Doughlasi, subfrénia a bursa omentális, pričom najmenší počet pacientov malo pozitívny test z bursa omentalis a 12 z 13 týchto pacientov, malo pozitívny test v jednom z 2 ďalších skúmaných kompartmentov mimo omentálnej burzy. V roku 2011 Imamura a kol publikoval výsledky multicentrickej randomizovanej štúdie, ktorej cieľom bolo porovnať straty krvi, periooperačnú morbiditu a mortalitu pacientov s radikálnou resekciou, s D2 lymfadenektómiou, bursektómiou a bez bursektómie. Okrem vyšších priemerných strát krvi v skupine s bursektómiou 475 ml versus 350 ml, nezaznamenal v ostatných sledovaných parametroch signifikantné rozdiely medzi obidvom skupinami. Štúdia ďalej pokračuje s cieľom vyhodnotiť vplyv bursektómie na dlhodobé prežívanie.

Záver. I keď je bursektómia štandardný výkon u radikálnych operácií s D2 lymfadenektómiou, jej opodstatnenosť a vplyv na dlhodobé prežívanie nie sú jednoznačné a je nutné ich potvrdiť randomizovanými štúdiami, ktoré v Japonsku i Európe zatiaľ chýbajú. Zatiaľ je odporučené, mimo včasných štádií karcinómu žalúdka, ju u radikálnych resekcii vykonávať.

IMPLANTÁTY A NÁSTROJE PRO TRAUMATOLOGII



HŘEB TIBIÁLNÍ

- ▶ UMOŽŇUJE SYNTÉZU ZLOMENIN DIAFÝZY TYPU A, B A DISTÁLNÍ ČÁSTI TIBIE TYPU A (A1, A2) A B (B1, B2) DLE MÜLLERA
- ▶ PLNÁ NEBO KANYLOVANÁ VERZE
- ▶ OCELOVÉ A TITANOVÉ PŘEVODENÍ



HŘEB FEMORÁLNÍ

- ▶ UMOŽŇUJE SYNTÉZU ZLOMENIN TĚLA FEMURU
- ▶ OCELOVÉ A TITANOVÉ PŘEVODENÍ



HŘEB FEMORÁLNÍ RETROGRÁDNÍ

- ▶ UMOŽŇUJE OSTEOSYNTÉZU ZLOMENIN DISTÁLNÍHO FEMURU TYPU A A C PODLE AO KLASIFIKACE
- ▶ TITANOVÉ PŘEVODENÍ

SEKCE B

9.00–12.00 **III. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE B**

předsednictvo: I. Čížmář, M. Mašek, T. Pešl, M. Serbák

B11 HCPs Clavicula Pin – naše zkušenosti

M. Serbák

Chirurgické oddělení, Litomyšlská nemocnice a.s.

B12 Jsou selhané osteosyntézy jen selháním implantátů?

L. Paša

Úrazová nemocnice Brno

B13 PHILOS – komplikace

R. Pikula

Klinika úrazové chirurgie, FN Brno

B14 Reosteosyntéza humeru

M. Mašek, P. Mach, V. Ruber

Klinika úrazové chirurgie LF MU a FN Brno

B15 Galeazziho léze rostoucího skeletu

T. Pešl, P. Havránek, M. Čepelík, P. Vlček

Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK, Thomayerova nemocnice Praha

B16 Monteggiaho léze rostoucího skeletu

M. Čepelík, T. Pešl, P. Havránek, P. Vlček

Klinika dětské chirurgie traumatologie Thomayerovy nemocnice a 3. LF UK

B17 Paklouby a úrazové kostní defekty předloktí – způsoby řešení

I. Čížmář, R. Vinter

Traumatologické oddělení, FN Olomouc

B18 Úskalí korekční osteotomie distálního radia

I. Čížmář, R. Vinter

Traumatologické oddělení, FN Olomouc

B19 Radioskafolunatní artrodéza při řešení stavů po zlomenině distálního radia

J. Pilný

Ortopedické oddělení, PKN a.s., Pardubice

B20 Korekce zlomenin na ruce zhojených v nevýhodném postavení

J. Paroulek a kol.

Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou

- B21 Analýza příčin zlyhania osteosyntéz pertrochanterických fraktur stabilizovaných klincom Targon PFT
D. Ira, V. Nekuda, P. Smékal, M. Krტიčka, M. Mašek
Klinika úrazové chirurgie, FN Brno
- B22 Komplikace nitrodřeňové osteosyntézy u zlomenin femuru
P. Nestrojil
Klinika úrazové chirurgie LF MU a TC FN Brno
- B23 Zlomenina proximální tibie – pořád se učíme...
P. Vojtaník, V. Rak, T. Uher
Klinika úrazové chirurgie LF MU a FN Brno
- B24 Komplikace a nestandardní řešení zlomenin tibie – hřebování v okrajových situacích
D. Novák
Chirurgické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě, p. o.
- B25 Komplexní poranění nohy, management ošetření, komplikace
V. Rak, P. Vojtaník, P. Kvasnička, M. Otáhal
Klinika úrazové chirurgie FN Brno
- B26 Kompartment syndrom v traumatologii končetin – použití podtlakové terapie – výsledky a kazuistiky
V. Krass, V. Procházka, J. Kužma, H. Vlachová, R. Veselý
Úrazová nemocnice Brno
- B27 Infekční komplikace v traumatologii
P. Kvasnička, M. Otáhal, V. Rak
Klinika úrazové chirurgie FN Brno
- B28 Role Halo vesty ve spodylotraumatologii a její možné komplikace
M. Krტიčka, V. Mužík, A. Bílik
Klinika úrazové chirurgie FN Brno
- B29 Komplikace po operační stabilizaci páteře
S. Kazda, J. Šrámek
Klinika úrazové chirurgie FN Brno
- B30 Komplikace v úrazové chirurgii – metodika a význam vyhodnocování
S. Bútor, J. Trlica, T. Holeček, J. Kočí, T. Dědek
Chirurgická klinika FN Hradec Králové

12.00 **ZAKONČENÍ SETKÁNÍ**

B11

| | |
|-------------|--|
| Název: | HCPs Clavicula Pin – naše zkušenosti |
| Autor: | M. Serbák |
| Pracoviště: | Chirurgické oddělení, Litomyšlská nemocnice a.s. |
| Primář: | MUDr. Serbák Marek |
| Anotace: | HCPs Clavicula Pin – naše zkušenosti |

B12

| | |
|----------------|--|
| Název: | Jsou selhané osteosyntézy jen selháním implantátů? |
| Autor: | L. Paša |
| Pracoviště: | Oddělení traumatologie a sportovní traumatologie, Úrazová nemocnice Brno |
| Vedoucí lékař: | doc. MUDr. Libor Paša, Ph.D. |
| Anotace: | Jsou selhané osteosyntézy jen selháním implantátů? |

B13

| | |
|-------------|--|
| Název: | PHILOS – komplikace |
| Autor: | R. Pikula |
| Pracoviště: | Klinika úrazové chirurgie, FN Brno |
| Přednosta: | doc. MUDr. Mašek Michal, CSc. |
| Anotace: | <p>Tato práce poukazuje na komplikace při ošetřování zlomenin humeru dlouhou PHILOS.</p> <p>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.</p> <p>Dlaha PHILOS je dominantní metodou při ošetřování tříštivých dislokovaných zlomenin proximálního humeru. Jako každá operační léčba, má i tato metoda své úskalí a komplikace. Nejčastěji se setkáváme s komplikací typu „impingement syndromu“ či periartikulárními kalcifikacemi. Dále následují komplikace jako infekce, paktoub či avaskulární nekroza hlavičky, které patří mezi méně.</p> <p>V naší práci prezentujeme jednotlivé komplikace a řešení těchto komplikací v období od 01/2010 do 01/2013.</p> |

B14

| | |
|-------------|---|
| Název: | Reosteosyntéza humeru |
| Autor: | M. Mašek, P. Mach, V. Ruber |
| Pracoviště: | Klinika úrazové chirurgie LF MU a FN Brno |
| Přednosta: | doc. MUDr. Michal Mašek, CSc. |
| Anotace: | Ve svém sdělení prezentujeme příčiny selhání osteosyntéz diafýzy humeru a jejich nápravu. |

B15

| | |
|-------------|--|
| Název: | Galeazziho léze rostoucího skeletu |
| Autor: | T. Pešl, P. Havránek, M. Čepelík, P. Vlček |
| Pracoviště: | Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK, Thomayerova nemocnice Praha |
| Přednosta: | prof. MUDr. Petr Havránek, CSc. |
| Anotace: | <p>Cíl studie: Galeazziho léze je u rostoucího skeletu stále podceňovanou jednotkou, přesto, že není nijak vzácnou a její následky mohou nepříjemně omezovat funkci horní končetiny. Autoři předkládají pětiletý soubor pacientů léčených na jejich pracovišti s touto diagnózou.</p> <p>Pacienti: retrospektivní studie pacientů léčených na našem pracovišti za období 5 let (2008–2012). Galeazziho lézi jsme hodnotili podle Lettse a Rowhaniho z roku 1993, jako zlomeninu radia s luxací radioulnárního kloubu, či fyzárním poraněním distální ulny s dislokací. Hodnotili jsme metodiku léčby a následky poranění. Do souboru byli zařazeni pouze pacienti s rostoucím skeletem, tedy s ještě funkčními fyzami distálního radia a ulny.</p> <p>Výsledky: za pětileté období jsme 22 dětí léčili osteosyntézou. U 16 dětí jsme stabilizovali pouze poranění radia, u jednoho pacienta jsme stabilizovali pouze poranění ulny, u jednoho pacienta jsme stabilizovali jak poranění radia, tak ulny a čtyř dětí jsme provedli distální radio ulnární transfixaci. Ve dvou případech jsme následně zjistili chronickou radio ulnární instabilitu a v jednom případě jsme zachytili pouřazovou poruchu růstu distální ulny s jejím následným zkratem. Případy jsme řešili korekčními osteotomiemi. Nadto jsme léčili chronickou instabilitu distálního radioulnárního spojení u dvou pacientů, kteří byli primárně léčeni na jiném pracovišti.</p> <p>Závěr: Galeazziho léze rostoucího skeletu je určená dislokovaným skeletálním poraněním radia a instabilitou distálního radio ulnárního spojení (dané buď luxací distální ulny, nebo jejím dislokovaným fyzárním poraněním). Při primární léčbě je nutné po eventuální instabilitě cíleně pátrat a v případě pozitivního nálezu i adekvátně řešit.</p> |

B16

| | |
|-------------|---|
| Název: | Monteggiaova léze rostoucího skeletu |
| Autor: | M. Čepelík, T. Peší, P. Havránek, P. Vlček |
| Pracoviště: | Klinika dětské chirurgie traumatologie Thomayerovy nemocnice a 3. LF UK |
| Přednosta: | prof. MUDr. Petr Havránek, CSc. |
| Anotace: | <p>Cíl studie: Monteggiaova léze je definována jako zlomenina ulny s luxací radia v humeroradiálním kloubu. Dojde-li k nesprávnému zhojení, rozvíjí se obraz chronické Monteggiovy léze s výrazným omezením funkce horní končetiny. Autoři předkládají pětiletý soubor pacientů léčených na jejich pracovišti s diagnózou Monteggiovy léze.</p> <p>Pacienti: Retrospektivní studie pacientů léčených na našem pracovišti za období 5 let (2008–2012). K hodnocení Monteggiových lézí jsme používali Badovo schéma a dále prognostickou klasifikaci, vytvořenou na našem pracovišti. Z tohoto souboru jsme se zaměřili na pacienty s chronickou Monteggiovou lézí a na řešení jejich následků.</p> <p>Výsledky: Za pětileté období 2008–2012 jsme léčili celkem 52 pacientů s Monteggiovou lézí. Z tohoto souboru bylo celkem 12 pacientů s chronickou Monteggiovou lézí. Všichni tito pacienti byli primárně léčeni na jiných pracovištích s původně nepoznanou Monteggiovou lézí. U všech 12 pacientů byla provedena korekční osteotomie ulny dle Martiho.</p> <p>Závěr: Monteggiaova léze i přes relativní jednoduchost primární léčby stále představuje vysoce rizikové poranění dětského skeletu zejména proto, že je poměrně často přehlédnuta na úrazových snímcích. Následky nesprávně zhojené Monteggiovy léze jsou vážné a vyžadují specializovanou péči. Je proto nezbytné při zlomeninách ulny vždy aktivně pátrat i po možné luxaci v humeroradiálním kloubu.</p> |

B17

| | |
|-------------|---|
| Název: | Paklouby a úrazové kostní defekty předloktí – způsoby řešení |
| Autor: | I. Čižmář, R. Vinter |
| Pracoviště: | Traumatologické oddělení, FN Olomouc |
| Primář: | doc. MUDr. Igor Čižmář, Ph.D. |
| Anotace: | Na kazuistikách autoři rozebírají problematiku kostních defektů předloktí na podkladě úrazově vzniklé ztráty kosti, důsledkem atrofického pakloubu či iatrogeních kostních resekcí. |

B18

| | |
|-------------|---|
| Název: | Úskalí korekční osteotomie distálního rádia |
| Autor: | I. Čižmář, R. Vinter |
| Pracoviště: | Traumatologické oddělení, FN Olomouc |
| Primář: | doc. MUDr. Igor Čižmář, Ph.D. |
| Anotace: | Korekční osteotomie distálního rádia je efektivní způsob řešení malpozičního zhojení zlomenin v této oblasti. Autoři v příspěvku rozebírají úskalí této operační techniky na rozboru vlastních neúspěchů. |

B19

| | |
|-------------|---|
| Název: | Radioskafolunární artrodéza při řešení stavů po zlomenině distálního rádia |
| Autor: | J. Pilný |
| Pracoviště: | Ortopedické oddělení, PKN a.s., Pardubice |
| Primář: | MUDr. Jiří Kubeš |
| Anotace: | Zlomeniny distálního rádia mohou vést k rozvoji artrotických změn v radiokarpálním kloubu, pokud není korektně reponovaná kloubní plocha. V případě rozvoje artrotických změn, již není možné provést korekční osteotomii distálního rádia. Radioskafolunární artrodéza je metodou, která zachovává alespoň omezený nebolestivý pohyb v zápěstí. Autor představuje indikace k této metodě a na kasuistikách seznamuje posluchače s některými případy. |

B20

| | |
|-------------|---|
| Název: | Korekce zlomenin na ruce zhojených v nevýhodném postavení |
| Autor: | J. Paroulek a kol. |
| Pracoviště: | Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou |
| Přednosta: | MUDr. Alena Schmoranzová |
| Anotace: | Ne každé ošetření zlomeniny článku prstu je úspěšné. Korekčními operacemi se zabývá tato přednáška. |

B21

| | |
|-------------|---|
| Název: | Analyza příčin zlyhaní osteosyntéz pertrochanterických fraktur stabilizovaných klincom Targon PFT |
| Autor: | D. Ira, V. Nekuda, P. Smékal, M. Krტიčka, M. Mašek |
| Pracoviště: | Klinika úrazové chirurgie, FN Brno |
| Přednosta: | doc. MUDr. Michal Mašek CSc. |
| Anotace: | <p>Petrochanterické fraktúry patria medzi zlomeniny, ktorých incidencia sa rok čo rok zvyšuje z dôvodu starnúcej populácie. Správna repozícia a implantácia DHS alebo klinca eliminuje riziko zlyhaní osteosyntézy, ktoré môže byť pre pacientov vo vyššom veku fatálne. V našom súbore sme hodnotili 148 osteosyntéz klincom Targon PFT u pacientov s trochanterickou fraktúrou (AO 23 A1-A3), operovaných na Klinike úrazové chirurgie FN Brno od januára 2011 do mája 2012.</p> <p>Cieľom našej štúdie bolo zistiť, aký vplyv má kvalita repozície a správnosť implantácie klinca Targon PFT na riziko zlyhaní osteosyntézy. Kvalitu prevedenia osteosyntézy sme hodnotili na peroperačných snímkach pomocou TAD (Tip-apex distance) a pomocou hodnotenia polohy nosnej skrutky na prechode krčku a hlavice podľa Moriharu. Zlyhanie osteosyntézy bolo definované nezhojením fraktúry, zmenou polohy nosnej skrutky a antirotáčného pinu v hlavici (cut out) alebo uvoľnením či zlomením osteosyntetického materiálu. U všetkých 7 komplikácií v našom súbore sme zaznamenali súvislosť s neexaktne prevedenou osteosyntézou (definovanou buď nedostatočne kvalitnou repozíciou, veľkou TAD či nevýhodnou polohou nosnej skrutky). Exaktná repozícia (predovšetkým obnovenie kolodíafyzárneho uhla, respektíve ľahká valgotizácia krčku) a správna implantácia klinca (malá hodnota TAD a správna poloha nosnej skrutky) sú zásadnými a relevantnými prediktormi úspešného zhojenia fraktúry a teda aj kvality života pacienta po úraze.</p> |

B22

| | |
|-------------|---|
| Název: | Komplikace nitrodřeňové osteosyntézy u zlomenin femuru |
| Autor: | P. Nestrojil |
| Pracoviště: | Klinika úrazové chirurgie LF MU a TC FN Brno |
| Přednosta: | doc. MUDr. Michal Mašek, CSc. |
| Anotace: | <p>Nitrodřeňová osteosyntéza je standardní metodou léčení zlomenin femuru. Provedení osteosyntézy vyžaduje dodržení všech zásad nitrodřeňové osteosyntézy – předoperační plánování, příprava pacienta na trakčním stole, dodržení standardního postupu osteosyntézy, dokonalé technické provedení a odpovídající doléčení.</p> <p>Komplikace nitrodřeňové osteosyntézy zlomenin femuru, pakloub, selhání osteosyntézy – ohnutí či zlomeniny implantátů představují závažnou komplikaci, zejména u pacientů vyššího věku nebo u polytraumatizovaných pacientů. V přednášce autor prezentuje nejčastější komplikace nitrodřeňové osteosyntézy zlomenin femuru a možnosti jejich řešení.</p> |

B
pá

B23

Název: **Zlomenina proximální tibie – pořad se učíme...**

Autor: **P. Vojtaník, V. Rak, T. Uher**

Pracoviště: Klinika úrazové chirurgie LF MU a FN Brno

Přednosta: doc. MUDr. Michal Mašek, CSc.

Anotace: Zlomenina proximální tibie postihuje asi 1 % dospělé populace s bi-modálním věkovým rozdělením – mladší aktivní lidi působením vysoké a starší dospělí účinkem nižší energie potřebné k způsobení zlomeniny. Tato působí většinou nepřímým mechanismem – pády, uklouznutí, sportovní úrazy a přímým při autonehodách a jako součást polytraumat. Přenos energie na měkké tkáně způsobuje komplikace stavu, léčení, tak i komplikace hojení poranění v této specifické oblasti. Autoři na příkladě kazuistiky mladého lyžaře prezentují záludnost zdánlivě jednoduše řešitelného případu.

B24

Název: **Komplikace a nestandardní řešení zlomenin tibie – hřebování v okrajových situacích**

Autor: **D. Novák**

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

Primář: MUDr. Jiří Toman

Anotace: Hřebování tibie patří k metodě volby pro dia – a metafyzární zlomeniny. Ve výjimečných případech je možno si vypomoci zajištěním v talu, užitím retrográdního hřebu kalkaneotibiálního nebo retrográdního hřebu přes mediální kotník.

B25

Název: **Komplexní poranění nohy, management ošetření, komplikace**

Autor: **V. Rak, P. Vojtaník, P. Kvasnička, M. Otáhal**

Pracoviště: Klinika úrazové chirurgie FN Brno

Přednosta: doc. MUDr. Michal Mašek, CSc.

Anotace: Komplexní poranění nohy patří k nejzávažnějším poraněním vůbec, nikoliv bezprostředním ohrožením života, ale svými často velmi mutilujícími účinky na pacienta, délkou léčby, opakovanými chirurgickými výkony. Jedná se o poranění orgánového celku – nohy, jejího kožního krytu, šlach, vazů, kostí i nervověcévního svazku, mnohdy ztrátová. Jde tedy o komplexní poranění. Vyžaduje ošetření na specializovaných pracovištích, komplexní léčbu, promptní řešení, ale dobře načasované. Je nutná spolupráce traumatologů, plastických a cévních chirurgů, případně psychologů a protetiků. Problematika těchto poranění není řešena vždy způsobem odpovídajícím závažnosti stavu, ani v oblasti publikační a kongresové v našich zemích není příliš diskutována.

| | |
|-------------|---|
| Název: | Kompartment syndrom v traumatologii končetin – použití podtlakové terapie – výsledky a kazuistiky |
| Autor: | V. Krass, V. Procházka, J. Kužma, H. Vlachová, R. Veselý |
| Pracoviště: | Úrazová nemocnice Brno |
| Přednosta: | MUDr. Radim Kyzlink |
| Anotace: | <p>Kompartment syndrom (KS) je definován jako zvýšení hydrostatického tlaku v uzavřeném osteofasciálním prostoru nebo kompartmentu, které vyústí ve sníženou perfuzi svalů a ischemii všeho obsahu lože včetně cév a nervů se vznikem ischemie a ischemického poškození nervů příslušného kompartmentu. Použití podtlakové metody zabraňuje bakteriální kolonizaci defektu, další pozitivita, která tahle metoda přináší, je skutečnost, že zlepšujeme pacientovi kvalitu života během převazů a snižujeme náklady na léčbu odstraněním opakovaných převazů během jednoho dne.</p> <p>Na oddělení septické a rekonstrukční chirurgie Úrazové nemocnici v Brně používáme k uzávěru ran po fasciotomii systém podtlakové terapie (PT) v kombinaci se systémem elastické ligatury. Počátky podtlakové terapie datujeme v našem ústavu rokem 2009.</p> <p>Doposud jsme systém použili 2200 krát a ošetřili 217 pacientů, s chronickými nebo akutními rány, diabetické komplikace, nebo časně i pozdní komplikace chirurgických a traumatologických výkonů. Naše práce se zaměřuje na rychlost uzávěru rány a možnost jejího uzavření ovlivněním klinického průběhu použitím systému podtlakové terapie. Od roku 2009 jsme ošetřili 51 pacientů s kompartment syndromem končetin. U 25 pacientů jsme použili podtlakovou terapii. Užití podtlakové terapie v léčbě fasciotomických incizí na končetinách výrazně zkracuje dobu hospitalizace, snižuje riziko nozokomiálních infekcí, snižuje bakteriální clearance a většinu pacientů umožňuje uzavření rány primární resuturou, bez použití plastických výkonů.</p> <p>Kromě toho je profitem zjednodušení ošetrovatelské péče a zlepšení komfortu pacienta. Kazuistika pojednává o případech kompartment syndromu po traumatu horní končetiny.</p> |

B27

Název: **Infekční komplikace v traumatologii**

Autor: **P. Kvasnička, M. Otáhal, V. Rak**

Pracoviště: Klinika úrazové chirurgie FN Brno

Přednosta: doc. MUDr. Michal Mašek, CSc.

Anotace: V přednášce je prezentována léčba pacientů s infekčními komplikacemi po traumatologických operacích. Autoři se zaměřují na zlomeniny femuru a tibie, kdy je nález komplikován vznikem akutní osteomyelitidy. V indikovaných případech je provedena trepanace a přefrézování dřevňové dutiny, peroperačně její důkladný proplach a poté zavedení intramedulární proplachové laváže, která je ponechána minimálně 10 dní. Zlomeniny jsou většinou stabilizovány zevním fixátérem. Ke krytí vzniklých defektů je s často používána podtlaková terapie. Společně se zavedenou laváží tvoří uzavřený systém, který minimalizuje riziko další mikrobiální kontaminace. Nejčastějším mikrobiálním agens je *Staphylococcus aureus* a nedílnou součástí léčby je dlouhodobá ATB terapie podle výsledků mikrobiologických nálezů. V prezentaci jsou ukázány kazuistiky několika pacientů léčených pro osteomyelitidu kostí dolní končetiny.

B28

Název: **Role Halo vesty ve spodylotraumatologii a její možné komplikace**

Autor: **M. Krტიčka, V. Mužík, A. Bílík**

Pracoviště: Klinika úrazové chirurgie FN Brno

Přednosta: doc. MUDr. Michal Mašek, CSc.

Anotace: Autoři práce hodnotí soubor 19 pacientů Kliniky úrazové chirurgie FN Brno s poraněním v oblasti krční páteře a cervikotorakálního přechodu páteře primárně ošetřených halo vestou v období leden 2011 – únor 2013. Zvláště se zaměřují na výsledky léčby a na vzniklé komplikace v daném souboru pacientů. Své výsledky porovnávají s domácí i světovou literaturou.

B29

Název: **Komplikace po operační stabilizaci páteře**

Autor: **S. Kazda, J. Šrámek**

Pracoviště: Klinika úrazové chirurgie FN Brno

Přednosta: doc. MUDr. Michal Mašek CSc.

Anotace: V této přednášce se pokusíme přiblížit souhrn komplikací, které se vyskytly na Klinice úrazové chirurgie FN Brno v roce 2012 a to u operačních stabilizací páteře. Souhrně probereme typy komplikací od infekčních, přes neinfekční, selhání implantátu, technickou chybu až po ostatní komplikace. Seznámíme s jejich jednotlivým zastoupením z roku 2012 a pokusíme se dát jasný závěr jakým způsobem lze těmto komplikacím předcházet.

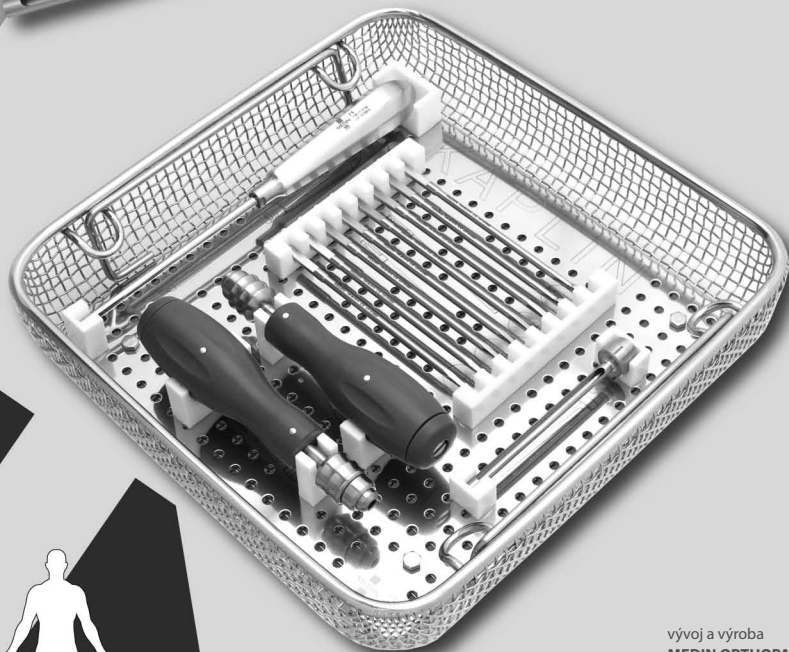
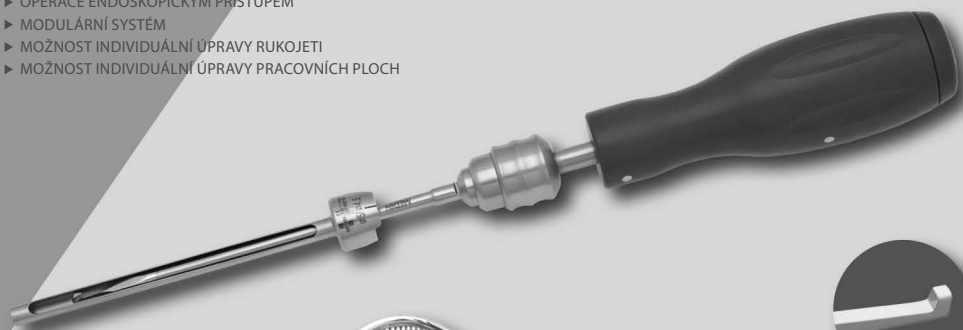
| | |
|-------------|--|
| Název: | Komplikace v úrazové chirurgii – metodika a význam vyhodnocování |
| Autor: | S. Bútora, J. Trlica, T. Holeček, J. Kočí, T. Dědek |
| Pracoviště: | Chirurgická klinika FN Hradec Králové |
| Primář: | MUDr. Tomáš Dědek Ph.D. |
| Anotace: | <p>Komplikace léčebné péče zvyšují morbiditu, případně i letalitu a zvyšují náklady na péči. Systematický záchyt a vyhodnocování komplikací na daném pracovišti umožňuje analyzování příčin a úpravy postupů k redukci preventabilních komplikací a tudíž ke zvyšování kvality a efektivity péče. Na pracovišti autorů probíhá metodicky definovaná agenda komplikací od roku 2007. Agenda komplikací procesně zahrnuje: hlášení komplikace ošetřujícím lékařem během hospitalizace či ambulantní péče vyplněním průpisu o komplikaci, administrátoři následně zanesou údaje do databáze, závažnost komplikace je klasifikována dle Claviena-Dinda a kazuistiky se závažností 3 a více jsou probrány a vyhodnoceny na seminářích Morbidita + Mortalita s frekvencí jedenkrát měsíčně. Výstupem jsou upozornění na individuální pochybení a implementace systémových opatření.</p> <p>Reálné dopady systematického sledování komplikací je možné kvantifikovat a dosavadní výsledky, vyjadřující trend vývoje kvality a efektivity úrazové péče na pracovišti autorů, jsou příznivé. V kategorii primárně přijatých úrazových pacientů směřovaných do Traumacentra Fakultní nemocnice Hradec Králové v letech 2008–2010 v porovnání s rokem 2011 je patrný nárůst závažnosti poranění, v kategorii ISS nad 15 i pokročilejší věk, klesá však počet komplikací a náklady na léčbu těchto pacientů.</p> |

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

SEKCE C

9.00–10.00 II. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE C

předsednictvo: T. Hellmuth, A. Sukop

C7 Replantační chirurgie: Historie, indikace, kontraindikace, doporučení, příklady, postupy, nejčastější chyby

A. Sukop¹, M. Tvrdek¹, A. Nejedlý¹, J. Bayer¹, P. Hýža², O. Měšťák³, B. Vřeský⁴

1) Klinika plastické chirurgie FN Královské Vinohrady Praha, 2) Klinika plastické chirurgie U sv. Anny, Brno, 3) Klinika plastické chirurgie Bulovka, Praha, 4) Oddělení plastické chirurgie Ostrava

C8 Střednědobé výsledky TP CMC

L. Trtík

Ortopedicko-traumatologické oddělení, Havlíčkův Brod

C9 Lupavý prst – jednoduchý výkon?

T. Hellmuth a kol.

Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou

C10 Rekonstrukce onychogrypozy u dítěte kostním štěpem a „cross finger“ lalokem

A. Sukop¹, M. Tvrdek, J. Bayer, T. Rashed, K. Schwarzmánová, O. Měšťák²

1) Klinika plastické chirurgie FN Královské Vinohrady, Praha

2) Klinika plastické chirurgie Bulovka, Praha

10.00 ZAKONČENÍ SETKÁNÍ

C7

| | |
|-------------|---|
| Název: | Replantační chirurgie: Historie, indikace, kontraindikace, doporučení, příklady, postupy, nejčastější chyby |
| Autor: | A. Sukop¹, M. Tvrdek¹, A. Nejedlý¹, J. Bayer¹, P. Hýža², O. Měšťák³, B. Vřeský⁴ |
| Pracoviště: | 1) Klinika plastické chirurgie FN Královské Vinohrady Praha, 2) Klinika plastické chirurgie U sv. Anny, Brno, 3) Klinika plastické chirurgie Bulovka, Praha, 4) Oddělení plastické chirurgie Ostrava |
| Přednosta: | doc. MUDr. Miroslav Tvrdek |
| Anotace: | Atoři přehledně prezentují historii replantační chirurgie v Československu a v zahraničí. Rozebírají indikace a kontraindikace replantačních výkonů. Prezentují standardizované postupy ošetření pacienta, amputatů s kontakty na jednotlivá replantační centra. Předkládají ukázky zdařilých replantací i chybných postupů v ošetření pacientů a amputátů. |

C8

| | |
|-------------|--|
| Název: | Střednědobé výsledky TP CMC |
| Autor: | L. Trtík |
| Pracoviště: | Ortopedicko-traumatologické oddělení, Havlíčkův Brod |
| Přednosta: | MUDr. Pavel Kubát |
| Anotace: | Autor hodnotí minimálně pětileté výsledky totální endoprotézy CMC skloubení provedené na ortopedii v Havlíčkově Brodě. |

C9

| | |
|-------------|---|
| Název: | Lupavý prst – jednoduchý výkon? |
| Autor: | T. Hellmuth a kol. |
| Pracoviště: | Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou |
| Přednosta: | MUDr. Alena Schmoranzová |
| Anotace: | Přestože chirurgické ošetření stenozující tendovaginitis flexorů prstů není složitý výkon, komplikace při nesprávném ošetření mohou být velmi těžké . |

| | |
|-------------|---|
| Název: | Rekonstrukce onychogrypozy u dítěte kostním štěpem a „cross finger“ lalokem |
| Autor: | A. Sukop¹, M. Tvrdek, J. Bayer, T. Rashed, K. Schwarzmannová, O. Měšťák² |
| Pracoviště: | 1) Klinika plastické chirurgie FN Královské Vinohrady, Praha 2) Klinika plastické chirurgie Bulovka, Praha |
| Přednosta: | doc. MUDr. Miroslav Tvrdek |
| Anotace: | <p>Úvod: Onychogrypoza patří mezi časté pozdní následky po traumatických poraněních distálních článků, kdy je obnažená a zkrácená nehtová drsnatina kryta nehtovým lůžkem, které je palmárně sešito s kůží distálního článku. Následně dochází k zárůstání nehtu do bříška distálního článku, kdy nehet kryje hrot prstu v různém rozsahu. Kromě estetického hlediska zdeformovaného nehtu a distálního článku jsou v popředí zdravotní problémy způsobené zarůstajícím nehtem, ale i velmi obtížnou, bolestivou a trvalou péčí o nehet.</p> <p>Klinický případ: Autoři prezentují jednu z možností rekonstrukce onychogrypozy. Naším pacientem byla 8letá dívka, která si ve 4 letech způsobila o dveře trezoru amputaci ½ distálního článku IV. prstu pravé ruky. Pro rekonstrukci se rodiče s pacientkou rozhodli až v 8 letech, kdy se stupňující zdravotní potíže a péče o zarůstající nehet staly neúnosné. Princip ošetření spočíval v uvolnění nehtového lůžka a jeho repozici do normální polohy s nutností během výkonu provést ablaci nehtu. Skelet v oblasti nehtové drsnatiny byl doplněn kortikospungiozním štěpem z lopaty kosti kyčelní a fixován osovým Kirchnerovým drátem. Kostěný štěp a kožní defekt palmárně na bříšku distálního článku byl kryt a doplněn tkáněmi dvířkového laloku ze 3. prstu (cross finger flap). Po 22 dnech byl lalok odpojen a zmodelován, včetně odstranění Kl drátu. Během 4 měsíců dorostl velikostně téměř normální nehet. Rok po výkonu nedošlo k žádné deformaci u rostoucí ruky dítěte.</p> <p>Diskuze: Lehčí formy onychogrypozy je možné léčit konzervativně pravidelnou péčí o zarůstající nehet. Složitější formy s deformovaným nehtem, zvláště rosteli nehet z více ložisek nehtové matrix, jsou řešeny zkrácením prstu s odstraněním zbytků nehtu s následnou transplantací nehtové ploténky z prstu nohy, případně volným přenosem části distálního článku z dolní končetiny. Nejčastěji je onychogrypoza řešena doplněním skeletu nehtové drsnatiny kostěným štěpem s následným krytím měkkými tkáněmi formou dvířkového laloku ze sousedního prstu, thenarovým lalokem, V-Y jednoduchým nebo dvojitým posunem, palmárním lalokovým posunem, neurovaskulárními ostrůvkovými laloky apod.</p> <p>Závěr: Rekonstrukce onychogrypozy pomocí kostního štěpu a dvířkového laloku ze sousedního prstu (cross finger flap) umožňuje efektivní řešení jak funkčních, tak estetických problémů u dítěte.</p> |

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

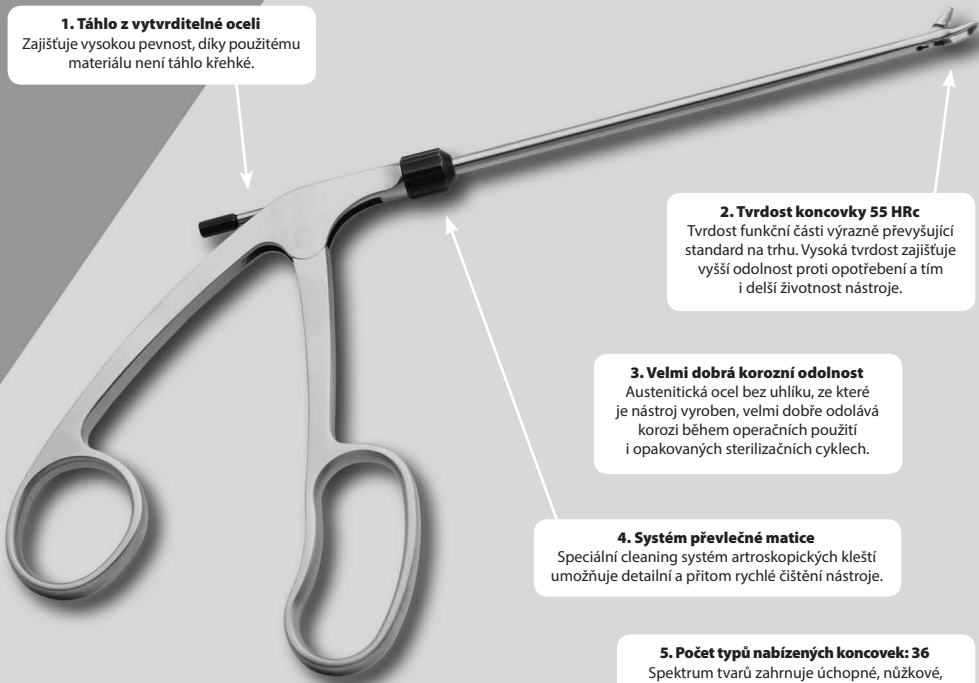
Austenitická ocel bez uhlíku, ze které je nástroj vyroben, velmi dobře odolává korozi během operačních použití i opakovaných sterilizačních cyklech.

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 extraktory stehů.



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 JISTĚNÍM DO KRČKU
- ▶ OCELOVÉ A TITANOVÉ PŘEVODENÍ



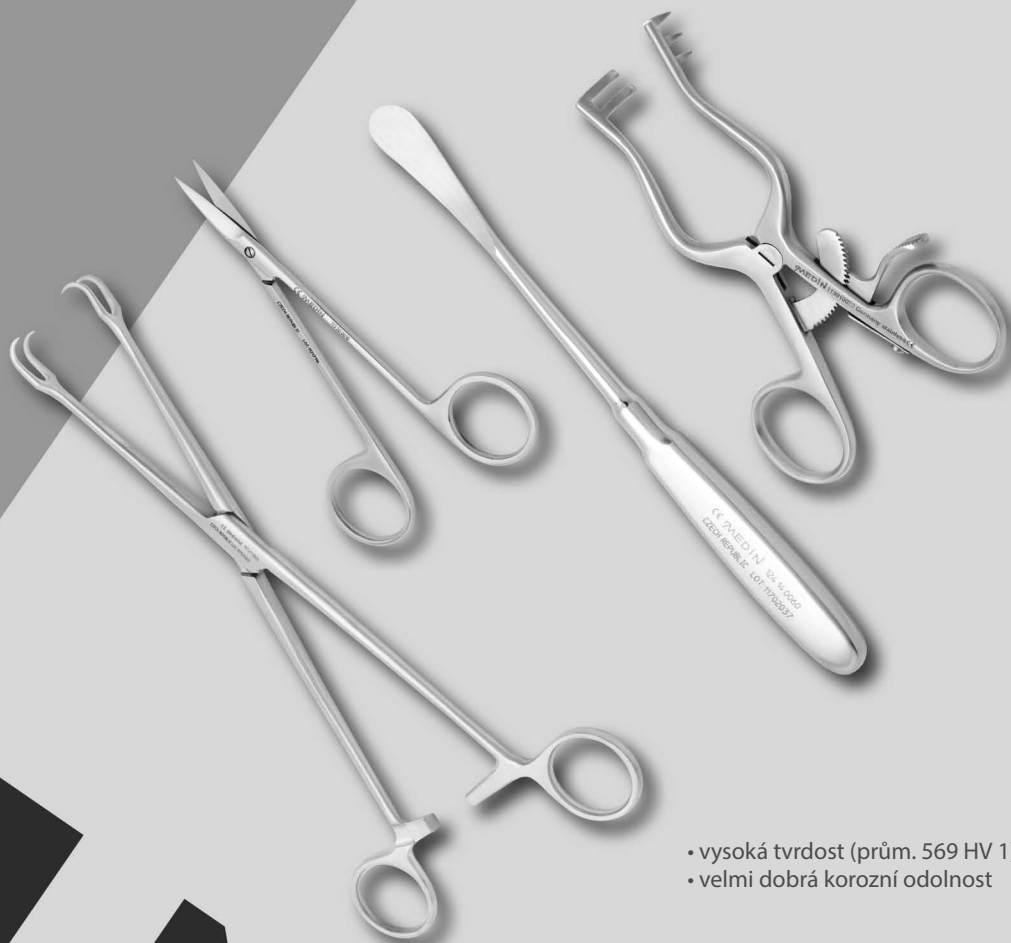
Cílič pro proximální femorální hřeb

CÍLIČ PFN MEDIN 130° / 135°

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

CHIRURGICKÉ NÁSTROJE

MEDIN[®]
ve vašich rukou

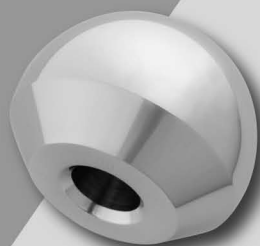


- vysoká tvrdosť (prům. 569 HV 1)
- veľmi dobrá korozijná odolnosť

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

CERVIKOKAPITÁLNÍ NÁHRADA KYČELNÍHO KLOUBU

MEDIN[®]
ve vašich rukou



HLAVICE KOVOVÁ

- ▶ 11 VELIKOSTÍ
- ▶ 40–60 mm



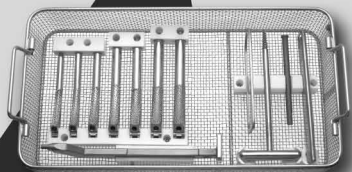
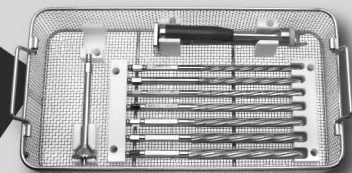
HLAVICE BIPOLÁRNÍ

- ▶ 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

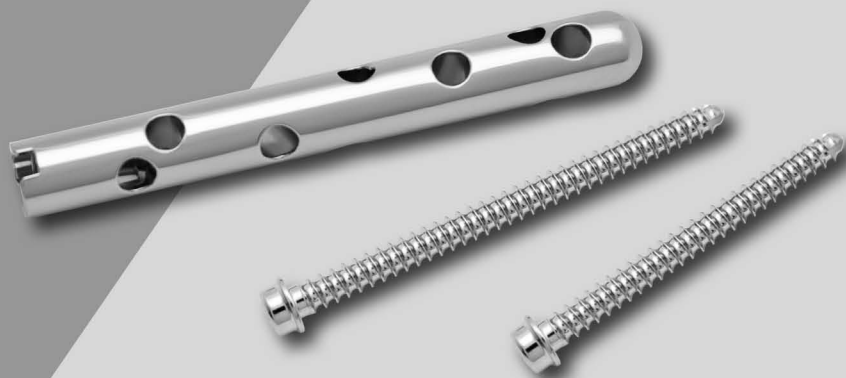
www.medin.cz

C-NAIL MEDIN

první hřeb pro osteosyntézu patní kosti

MEDIN[®]

ve vašich rukou



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



Univerzitní klinika Carl Gustav Carus
DIE DRESDNER

**PARDUBICKÁ KRAJSKÁ
NEMOCNICE**

referenční pracoviště

www.c-nail.eu

www.medin.cz

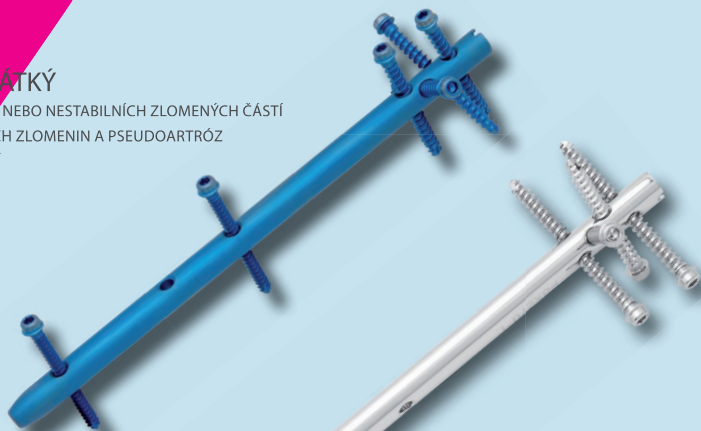
IMPLANTÁTY A NÁSTROJE PRO TRAUMATOLOGII

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 PŘEVODENÍ



Proximální humerální hřeb

HŘEB HUMERÁLNÍ DLOUHÝ

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



Cílič pro proximální humerální hřeb

CÍLIČ HUMERÁLNÍ

- ▶ RTG PRŮHLEDNÁ RAMENA
- ▶ ODLEHČENÁ KONSTRUKCE
- ▶ DISTÁLNÍ CÍLIČ PRO RYCHLÉ A BEZPEČNÉ CÍLENÍ

IMPLANTÁTY A NÁSTROJE PRO TRAUMATOLOGII



Úhlově stabilní implantáty

DLAHY RADIÁLNÍ DISTÁLNÍ VOLÁRNÍ

- ▶ DLAHY JSOU URČENY PRO VOLÁRNÍ PŘÍSTUP
- ▶ ANATOMICKY TVAROVANÉ
- ▶ TVAR HLAVY RESPEKTUJÍCÍ WATERSHED LINE
- ▶ ZVÝŠENÁ PEVNOST DLAH
- ▶ MINIMÁLNÍ PROTRUZE HLAVIČEK ŠROUBŮ
- ▶ NOVÉ PRŮMĚRY ŠROUBŮ 2,4 A 2,7 MM
- ▶ TITANOVÉ PŘEVODNÍ

NOVÁ GENERACE



MEDIN, a.s. | Vlachovická 619 | 592 31 Nové Město na Moravě
tel.: 566 684 327 | fax: 566 684 384 | e-mail: prodej@medin.cz

www.medin.cz