



S B O R N Í K P Ř E D N Á Š E K

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

15.–16. KVĚTNA 2014
NOVÉ MĚSTO NA MORAVĚ
SKALSKÝ DVŮR

NÁSTROJE PRO ENDOSKOPII



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 A KABELY PRO ENDOSKOPII

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

Vážené Kolegyně a Kolegové,
vážení účastníci XVI. setkání českých s slovenskými chirurgů na Moravě,

dovolujeme si Vám opět předložit Sborník přednášek. Na tomto místě bych rád poděkoval těm, kteří zajistili jeho náplň a dále pak firmě MEDIN za precizní realizaci. Budeme potěšeni, pokud se Vám stane průvodcem v programu a eventuelně součástí Vaší odborné knihovny a vzpomínkou na „Skalák“!

za organizační výbor

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*



XVI. setkání českých a slovenských chirurgů na Moravě

XVI. Setkání českých a slovenských chirurgů na Moravě 2014 se koná pod záštitou ministra zdravotnictví České republiky MUDr. Svatopluka Němečka, MBA.

Mezinárodní symposium se koná pod garancí Výboru České chirurgické společnosti České lékařské společnosti J. E. Purkyně a Výboru Slovenskej chirurgickej spoločnosti.

POŘADATELÉ

Česká chirurgická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně

Slovenská chirurgická spoločnosť

Česká společnost pro úrazovou chirurgii ČLS JEP

Česká společnost chirurgie ruky

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

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. Jozef Radoňák, CSc.	<i>prezident Slovenskej chirurgickej spoločnosti</i>
prof. MUDr. Peter Kothaj, Ph.D.	<i>viceprezident Slovenskej chirurgickej spoločnosti</i>
prof. MUDr. Pavel Pafko, DrSc.	<i>emeritní přednosta III. chirurgické kliniky FN Motol člen výboru České chirurgické společnosti ČLS JEP</i>
doc. MUDr. Leopold Pleva, CSc.	<i>předseda výboru České společnosti pro úrazovou chirurgii a člen výboru ČCHS</i>
doc. MUDr. František Vyhnánek, CSc.	<i>člen 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>

XVI. setkání českých a slovenských chirurgů na Moravě

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 15. KVĚTNA 2014		
SEKCE A	SEKCE B	SEKCE C
9.00–9.20 hodin – sál A ZAHÁJENÍ SETKÁNÍ		
předsednictvo: I. Čapov, P. Kothaj, J. Radoňák, J. Šustáček	předsednictvo: J. Bartoníček, P. Nestrojil, T. Pešl, S. Taller	předsednictvo: A. Nejedlý, L. Pliska, V. Ruber, A. Schmoranzová
9.30–11.45 hodin A1–A9	9.30–12.30 hodin B1–B12	9.30–11.45 hodin C1–C11
11.45–13.45 hodin přestávka, oběd	12.30–14.00 hodin přestávka, oběd	11.45–13.45 hodin přestávka, oběd
předsednictvo: A. Ferencík, R. Gürlich, P. Pafko, J. Škultěty	předsednictvo: J. Krajničák, M. Mašek, D. Novák, J. Šrám	předsednictvo: J. Cigaňák, R. Dvorský, J. Paroulek, L. Trtík
13.45–15.15 hodin A10–A15	14.00–15.15 hodin B13–B18	13.45–15.15 hodin C12–C20
14.30–15.30 hodin – Krbový salonek WORKSHOP TRAUMATOLOGIE – Zevní fixátory ProSpon		
17.00–18.30 hodin – Sklářská huť AGS Svoboda, Karlov KULTURNÍ PROGRAM		
20.00 hodin – hotel Skalský Dvůr SPOLEČENSKÝ VEČER		

PÁTEK 16. KVĚTNA 2014	
SEKCE A	SEKCE B
předsednictvo: Š. Durdík, K. Havlíček, A. Prochotský, J. Toman	předsednictvo: M. Kitka, J. Mazuch, L. Pleva, F. Vyhnaněk
9.00–12.00 hodin A16–A29	9.00–12.00 hodin B19–B33
12.00 hodin sál A – zakončení setkání	
13.00–15.30 hodin exkurze MEDIN	

9.00 **SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ – SÁL A**

úvodní slovo

SEKCE A

9.30–11.45 **I. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE A**

předsednictvo: I. Čapov, P. Kothaj, J. Radoňák, J. Šustáček

A1 Komplikace miniinvazivních metod v hrudní chirurgii

I. Čapov, M. Benej

I. chirurgická klinika LF MU, Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně

A2 Výsledky reoperací po poranění žlučového stromu při laparoskopické cholecystektomii

R. Gürlich, J. Štefka, D. Škrabalová, L. Havlůj, V. Teplan

Chirurgická klinika FNKV a 3. LF UK Praha

A3 „Stratené“ žlčníkové kamene pri laparoskopickej cholecystektomii

Ľ. Lehotský, V. Navrátilová

Univerzitná nemocnica Bratislava, IV. chirurgická klinika LFUK a UNB

A4 Komplikácia po laparoskopickej gastrektómii

P. Kothaj, L. Marko

Chirurgická klinika SZU, Fakultná nemocnica F. D. Roosevelta Banská Bystrica

A5 Porovnanie všeobecných komplikácií laparoskopickej a klasickej sutúry perforovaného ulkusu gastroduodéna, 15ročné skúsenosti na našom pracovisku

M. Žáček, J. Váňa, I. Bízik, B. Babiš, P. Zahorjan

Chirurgické oddelenie – školiace pracovisko SZU, FNŠP Žilina

A6 Laparoskopické komplikácie a ich riešenie

A. Ferencik, M. Murcko, Š. Tutka, A. Štepienová

Chirurgické oddelenie NsP Trebišov a.s. Svet zdravia

A7 Komplikace po laparoskopické appendektomii

D. Dvořák

Vsetínská nemocnice a.s., chirurgické oddělení

A8 Lézia artéria epigastrika inferior počas laparoskopickej apendektómie – kazuistika

T. Vasilenko, V. Pribula, A. Vrzgula, R. Krajničák

Chirurgická klinika UPJŠ LF, Nemocnica Košice – Šaca a.s., 1. súkromná nemocnica

A9 Termické poškození po laparoskopických operacích

J. Radoňák, M. Šoltés, P. Pažinka, L. Lakyová

I. chirurgická klinika LF UPJŠ a UN L. Pasteura, Košice

11.45–13.45 **přestávka, oběd**

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

předsednictvo: A. Ferenčík, R. Gürlich, P. Pafko, J. Škultéty

A10 Peroperační komplikace laparoskopické hernioplastiky TAPP – naše zkušenosti

R. Krajničák, A. Vrzgula, V. Pribula, T. Vasilenko

Chirurgická klinika LF UPJŠ, Nemocnica Košice-Šaca a.s., 1. súkromná nemocnica

A11 Komplikace po laparoskopických operacích kolorekta

J. Palaj, Š. Durdík, M. Sabol, V. Marek, R. Donát

KOCH OUSA, Bratislava

A12 Perforace čeva pri laparoskopických výkonoch

I. Bízík, P. Zahorjan, M. Žáček

Chirurgické oddelenie FNsP Žilina

A13 Insuficience anastomózy po laparoskopických a klasických resekcích konečníku

J. Kotoč, J. Gatěk, A. Vrzgula, R. Krajničák, M. Hladík, J. Olejník

Chirurgické oddělení Nemocnice ATLAS a.s. Zlín

A14 Mukózektomie polypů tlustého střeva a její komplikace

P. Janda, M. Stašek, P. Zbořil

I. chirurgická klinika FN Olomouc

A15 Causae mortis ako následok komplikácií po miniinvazívnej chirurgii dutiny brušnej

Z. Červená¹, V. Macko¹, J. Mazuch², D. Mištuna²

1) Súdno-lekárske pracovisko ÚDZS Martin

2) Chirurgická klinika JLF UK a UNM Martin

17.00–18.30 **KULTURNÍ PROGRAM – SKLÁŘSKÁ HUŤ AGS SVOBODA, KARLOV**

20.00 **SPOLEČENSKÝ VEČER – HOTEL SKALSKÝ DVŮR**

A1

A
čt

Název:	Komplikace miniinvazivních metod v hrudní chirurgii
Autor:	I. Čapov, M. Benej
Pracoviště:	I. chirurgická klinika LF MU a FN USA v Brně
Přednosta:	prof. MUDr. Ivan Čapov, CSc.
Anotace:	<p>Rozvoj miniinvazivní chirurgie v dutině hrudní je identický jako v dutině břišní. Paradoxem je, že vážnější komplikace jsme pozorovali při zavádění metod (v soulase s literárními údaji) než nyní.</p> <p>Jelikož provádí tyto výkony atestovaní hrudní chirurgové a lékaři, kteří jsou určeni k tréninku a přípravě k atestaci z hrudní chirurgie, tak počet komplikací je výrazně menší.</p> <p>Mezi nejčastější komplikace patří air-leak a krvácení. Čím více stejných zákroků se provádí, tím méně komplikací se objevuje.</p> <p>I když se VATS lobektomie na některých chirurgických pracovištích v ČR provádí, je jich stále málo. Dle konsensu 55 světových odborníků hrudní chirurgie, by měl hrudní chirurg provést minimálně 20 VATS lobektomií ročně. Jinak by se jich mělo na pracovišti dělat minimálně 50 ročně, chci-li školit.</p>

A2

Název:	Výsledky reoperací po poranění žlučového stromu při laparoskopické cholecystektomii
Autor:	R. Gürlich, J. Štefka, D. Škrabalová, L. Havlůj, V. Teplan
Pracoviště:	Chirurgická klinika FNKV a 3. LF UK Praha
Přednosta:	prof. MUDr. Robert Gürlich, CSc.
Anotace:	<p>Peroperační poranění žlučových cest patří k závažným komplikacím laparoskopických výkonů. Včasné poznání rozsahu poškození žlučového stromu a správně zvolená a provedená rekonstrukce žlučových cest je podmínkou pro příznivý osud operovaného. Samozřejmě součástí je dlouhodobé pooperační sledování nemocných.</p>

A3

Název: **„Stratené“ žlčníkové kamene pri laparoskopickej cholecystectomii**

Autor: **Ľ. Lehotský, V. Navrátilová**

Pracovište: Univerzitná nemocnica Bratislava, IV. chirurgická klinika LFUK a UNB

Přednosta: MUDr. Rudolf Škubla

Anotace: Výskyt perforácie žlčníka pri laparoskopickej cholecystectomii sa udáva v 10–40 %, únik kameňov do brušnej dutiny v 7,3 %, pričom 33 % kameňov sa nepodarí vybrať z dutiny brušnej. Tieto čísla sa dlhé roky nemenia, aj keď s laparoskopickou cholecystectomiou je najviac a najdlhších skúseností z laparoskopických operácií.

Ponechané-zabudnuté-stratené kamene nemusia spôsobovať žiadne ťažkosti, preto sa tejto komplikácii pri laparoskopickej cholecystectomii nevenuje veľká pozornosť. Môžu byť ale zdrojom infekcie a komplikácie v brušnej dutine aj po 10 až 20 rokoch od operácie. Uvádzame kauzalistiku pacienta so subfrenickým abscesom 3 roky po laparoskopickej cholecystectomii s ponechaným žlčníkovým kameňom. Rozoberáme primárnu, sekundárnu prevenciu a liečbu komplikácií z ponechaných kameňov pri laparoskopickej cholecystectomii.

A4

Název: **Komplikácia po laparoskopickej gastrektómii**

Autor: **P. Kothaj, L. Marko**

Pracovište: Chirurgická klinika SZU, Fakultná nemocnica F. D. Roosevelta, Banská Bystrica

Přednosta: prof. MUDr. Peter Kothaj, CSc.

Anotace: Prezентujeme kazuistiku komplikácie po laparoskopickej gastrektómii pre karcinóm žalúdka u 41 ročného muža. Týždeň po bezproblémovej laparoskopickej gastrektómii s ezofagojejunoanastomózou v mediastíne dochádza k dehiscencii anastomózy a zatekaniu obsahu pažeráka do mediastína a do pravého hemitoraxu.

Hrudník zadrénovaný a miesto dehiscencie pertubované endoskopicky zavedeným stentom s očakávaným zhojením drobnej dehiscencie na stente. Nakoľko ani rôzne polohy stentu nedokázali zabrániť presakovaniu do mediastína a následnému vytvoreniu empyému hrudníka, bolo rozhodnuté pre radikálnu operáciu – otvorené vyčistenie pravého hemitoraxu, transtorakálnu ezofagektómiu a náhradu pažeráka retrosternálnou koloplastikou. Mediastínum a hrudník postupne zhojené, koloplastika funkčná. Pol roka po operácii CT pasáž ukazuje normálny prechod kontrastnej látky do čreva cez retrosternálne uložené hrubé črevo. Tri roky po operácii je pacient bez recidívy základného ochorenia.

Název:	Porovnanie všeobecných komplikácií laparoskopickej a klasickej suture perforovaného ulkusu gastroduodéna, 15ročné skúsenosti na našom pracovisku
Autor:	M. Žáček, J. Váňa, I. Bízík, B. Babiš, P. Zahorjan
Pracovište:	Chirurgické oddelenie – školiace pracovisko SZU, FNsP Žilina
Primár:	MUDr. Juraj Váňa, PhD.
Anotace:	<p>Cieľ: Cieľom práce je priblížiť výsledky, vývoj laparoskopickej suture na našom pracovisku v priebehu 15 ročného obdobia (1998–2012). Štatisticky sme porovnávali štandardné parametre (hospitalizácia, dĺžka operácie) s klasickým prístupom, ale hlavnou časťou práce je porovnanie najmä morbiditu a mortality, pretože práve porovnanie všeobecných komplikácií je najlepšou metódou porovnania dvoch odlišných prístupov.</p> <p>Materiál a metodika: V sledovanom období bolo operovaných spolu 259 pacientov, z toho laparoskopicky 115 (44,4%) a klasicky 144 (55,6%) pacientov. Súbor bol rozdelený na dve skupiny: pacienti s ASA 1–3 a pacienti s ASA 4–5.</p> <p>Výsledky: Výsledky zvýhodňujú laparoskopiu v skupine s ASA 1–3 vo viacerých parametroch. A to: dĺžkou hospitalizácie 7,7 dňa laparoskopicky ku 10,6 dňu klasicky ($p < 0,05$), dĺžkou operácie 61 min. ku 85,1 min. ($p < 0,05$). Celkovou morbiditou 27,5% klasicky operovaných ku 10,9% laparoskopicky ($p < 0,05$). Oba súbory pacientov s ASA 4-5 boli zaťažené vysokou mortalitou 82,7%.</p> <p>Záver: Laparoskopická sutura perforovaného ulkusu je bezpečnou metódou liečby, čo potvrdzujú aj mnohé výsledky štúdií vo svete, ktoré zvýhodňujú laparoskopickú liečbu vo viacerých ohľadoch.</p> <p>Kľúčové slová: perforácia gastroduodéna, peptický ulkus, laparoskopia, laparoskopická sutura</p>

Název:	Laparoskopické komplikácie a ich riešenie
Autor:	A. Ferencik, M. Murcko, Š. Tutka, A. Štepienová
Pracovište:	Chirurgické oddelenie NsP Trebišov a.s. Svet zdravia
Primár:	MUDr. Andrej Ferencik
Anotace:	<p>Autori na svojom pracovisku laparoskopicky operujú od 6. 12. 1993. Začiatky laparoskopie si na každom pracovisku vyžiadali určité komplikácie. Na našom pracovisku sme sa stretli s komplikáciami pri apendektómii, hernioplastike, cholecystektómii, karcinóme rekta ako počas operácii tak aj pooperačne. Autori prezentujú aj pacientku operovanú na inom pracovisku u ktorej si komplikácia vyžiadala 10 operačných revízií a dnes je 20 rokov po operácii v dobrom stave. Veľmi dôležité je komplikáciu rozoznať počas operácie a podľa možnosti pracoviska primárne riešiť.</p>

A7

Název: **Komplikace po laparoskopické appendektomii**

Autor: **D. Dvořák**

Pracoviště: Vsetínská nemocnice a.s., chirurgické oddělení

Primář: MUDr. Jaroslav Sankot

Anotace: **Úvod:** Akutní appendicitida je nejčastější náhlá příhoda břišní řešená chirurgicky, zánětlivé komplikace po perforované appendicitidě se vyskytují asi ve 20 % a často je nutná operační revize.

Kazuistika: V našem příspěvku chceme upozornit na diagnostické obtíže pooperačních komplikací u 29leté pacientky, které si vyžádalo chirurgickou revizi.

Závěr: na této kazuistice chceme ukázat složitost diagnostického procesu, nutnost komplexního pohledu a také prodiskutovat taktiku a techniku operačního řešení.

A8

Název: **Lézia artéria epigastrika inferior počas laparoskopickej apendektómie – kazuistika**

Autor: **T. Vasilenko, V. Pribula, A. Vrzgula, R. Krajničák**

Pracoviště: Chirurgická klinika UPJŠ LF, Nemocnica Košice – Šaca a.s., 1. súkromná nemocnica

Přednosta / Primář: MUDr. Andrej Vrzgula, PhD. / MUDr. Vít Pribula

Anotace: Akútna apendicitída je najčastejšou náhlou príhodou brušnou u pacientov v každom veku. Ochorenie sa prejavuje sériou klinických príznakov, avšak môže prebiehať aj veľmi atypicky. Liečba akútnej apendicitídy je primárne chirurgická a spočíva v apendektómii. Apendektómii je možné vykonať klasickým alebo miniinvasívnym prístupom, v závislosti od skúsenosti a technickej vybavenosti chirurgického pracoviska.

Na pracovisku autorov sa akútne apendicitídy od roku 1996 riešia takmer výhradne miniinvasívne. Od novembra 2009 miniinvasívne postupy rozšírili o SILS apendektómii.

V roku 2013 operačnú liečbu podstúpilo celkovo 66 pacientov s touto diagnózou. Klasickým spôsobom boli riešení len 3 pacienti (4,5 %), miniinvasívne 63 pacientov (95,5 %), z toho SILS metódou 26 pacientov (41,6 % z miniinvasívnych výkonov).

Autori prezentujú kazuistiku pacientky s akútnou apendicitídou, u ktorej počas laparoskopického výkonu došlo k lézii artérie epigastriky inferior s jej následným ošetrením. Pooperačný priebeh bol komplikovaný abscedovaným hematómom v mieste rany.

Napriek spomenutej komplikácii autori považujú laparoskopickú apendektómiu za vhodnú operačnú metódu pri riešení akútnej apendicitídy a poukazujú na možnosti ako predchádzať poraneniu ciev brušnej steny pri laparoskopických výkonoch.

A9

Název:	Termické poškodenie po laparoskopických operáciách
Autor:	J. Radoňák, M. Šoltés, P. Pažinka, L. Lakyová
Pracovište:	I. chirurgická klinika LF UPJŠ a UN L. Pasteura, Košice
Přednosta:	prof. MUDr. Jozef Radoňák, CSc.
Anotace:	

A10

Název:	Peroperačné komplikácie laparoskopickej hernioplastiky TAPP – naše skúsenosti
Autor:	R. Krajničák, A. Vrzgula, V. Pribula, T. Vasilenko
Pracovište:	Chirurgická klinika LF UPJŠ, Nemocnica Košice – Šaca a.s., 1. súkromná nemocnica
Přednosta / Primář:	MUDr. Andrej Vrzgula, PhD. / MUDr. Vít Pribula
Anotace:	<p>Operácia ingvinálnej hernie je jedným zo základných chirurgických výkonov. Rozvoj miniinvazívnej chirurgie koncom 20. storočia nám ponúka laparoskopické riešenie ingvinálnej hernie. Na princípoch beznapätovej plastiky s preperitoneálne uloženou sieťkou boli rozvinuté dva postupy laparoskopickej hernioplastiky: TAPP (Trans-Abdominal Pre-Peritoneal) a TEP (Totally Extra-Peritoneal), ktoré sú podľa údajov z dostupnej literatúry najviac rozšírené a rovnocenné.</p> <p>Na pracovisku autorov operujú ingvinálne hernie metódou TAPP od marca 1999. Autori prezentujú vlastné skúsenosti s peroperačnými komplikáciami a možnosťami ich zvládnutia na súbore pacientov operovaných v priebehu 15 rokov. Za uvedené obdobie realizovali o niečo viac ako 1800 TAPP hernioplastík, či už jednostranných, obojstranných, alebo recidívnych hernií po predchádzajúcej klasickej alebo laparoskopickej operácii.</p> <p>V prezentácii sa zameriavajú na poranenie ductus deferens, poranenie testikulárnych a epigastrických ciev, ktoré dopĺňajú krátkym videom. Vlastné výsledky porovnávajú s údajmi v dostupnej literatúre. V závere v súlade s odporúčaniami IEHS (International Endohernia Society) predkladajú možnosti ako týmto peroperačným komplikáciám predchádzať. Nakoniec napriek prezentovaným komplikáciám konštatujú, že laparoskopická hernioplastika je ideálnou metódou na operačné riešenie ingvinálnej hernie so všetkými výhodami miniinvazívneho prístupu.</p>

A
čt

A11

Název: **Komplikácie po laparoskopických operáciách kolorekta**

Autor: **J. Palaj, Š. Durdík, M. Sabol, V. Marek, R. Donát**

Pracoviště: KOCH OUSA, Bratislava

Přednosta: doc. MUDr. Štefan Durdík

Anotace:

A12

Název: **Perforácie čreva pri laparoskopických výkonech**

Autor: **I. Bízik, P. Zahorjan, M. Žáček**

Pracoviště: Chirurgické oddelenie FNŠP Žilina

Primář: MUDr. Váňa Juraj, PhD.

Anotace: V našej práci prezentujeme rozbor laparoskopických operácií za posledných 5 rokov, s vyhodnotením sítě zriedkavých perforácií čreva, avšak pri neskorom poznaní tejto komplikácie s možnými fatalnými následkami.

A13

Název: **Insuficience anastomózy po laparoskopických a klasických resekcích konečníku**

Autor: **J. Kotoč, J. Gatěk, A. Vrzgula, R. Krajničák, M. Hladík, J. Olejník**

Pracoviště: Chirurgické oddělení Nemocnice ATLAS a.s. Zlín

Primář: MUDr. Jiří Gatěk, PhD.

Anotace: Insuficience anastomózy (anastomotický leak) patří mezi nejzávažnější komplikace sfinkter-záchovných resekcí konečníku. Udávaná incidence u laparoskopických operací se významně neliší od incidence u klasické resekcí otevřeným přístupem. Autoři srovnávají výskyt anastomotické insuficience u obou typů operací na souboru pacientů ze tří center kolorektální chirurgie. Analyzují rizikové faktory vedoucí ke vzniku anastomotického leaku specifické pro oba postupy.

Název: **Mukózektomie polypů tlustého střeva a její komplikace**

Autor: **P. Janda, M. Stašek, P. Zbořil**

Pracoviště: I. chirurgická klinika FN Olomouc

Přednosta: doc. MUDr. Čestmír Neoral, CSc.

Anotace: Incidence nálezu polypů tlustého střeva neustále stoupá. Jedním z důvodů je rozšíření Hemokultu. Polypektomie adenomů tlustého střeva endoskopickou cestou patří mezi největší výdobytky současné gastroenterologie. Odstranění adenomových polypů prokazatelně snižuje incidenci kolorektálního karcinomu. Vzhledem k tomu, že většina polypů tlustého střeva tvoří adenomy, je třeba všechny polypy během koloskopie snést. Mukózektomie je technika vhodná pro polypy široce nasadající, jejichž bázi nelze přesně určit. Spočívá v submukózní injekční instilaci roztoku s následným odstraněním polypu kličkou. Za posledních deset let jsme provedli 124 mukózektomíí polypů tlustého střeva. Ve 3 případech došlo k termickému poškození střeva, 3× ke krvácení, které jsme zvládli ošetřit endoskopicky a v jednom případě k proděravění stěny střevní. Ke komplikacím došlo převážně v levém kolon. Tato metoda umožňuje odstranění polypů bez operace, nutno ji však indikovat uvážlivě. U velkých polypů na levém kolon je vhodné provádět tento výkon v celkové anestezii pod laparoskopickou kontrolou, aby v případě komplikací mohlo být střevo ihned ošetřeno.

A15

Název: **Causae mortis ako následok komplikácií po miniinvazívnej chirurgii dutiny brušnej**

Autor: **Z. Červená¹, V. Macko¹, J. Mazuch², D. Mištuna²**

Pracovište: 1) Súdno-lekárske pracovisko ÚDZS Martin, 2) Chirurgická klinika JLF UK a UNM Martin

Přednosta / Primář: 1) MUDr. František Štuller, PhD.; 2) Doc. MUDr. Dušan Mištuna, PhD.

Anotace: Autori popisujú dve kazuistiky pacientov, ktorí podstúpili endoskopickú chirurgickú liečbu ochorení, pri ktorých sa malo jednať o relatívne jednoduché operačné výkony. Avšak pre nesprávne vyhodnotenie peroperačných komplikácií v jednom prípade a nerozpoznanie peroperačného iatrogénneho poranenia v druhom prípade došlo u oboch pacientov k exitu, ktorému by sa dalo vyhnúť pri včasnom a správnom posúdení ďalšieho operačného postupu. V prvom prípade sa jednalo o pacienta, ktorý podstúpil plánovanú operáciu pre veľkú paraezofageálnu herniu, pričom v bezprostrednom pooperačnom období došlo u neho k vykrvácaniu a exitu. V druhom prípade išlo o pacienta s karcinómom sigmy riešeného laparoskopicky. Pri peroperačnom uvoľňovaní adhézií po apendektómii, na kontralaterálnej strane, došlo k nepoznanej peroperačnej iatrogénnej perforácii ilea s následnou difúznou peritonitídou, septickým šokom a exitom. Na základe súdno-lekárskeho pítiev boli stanovené causae mortis v oboch prípadoch s príslušným vyhodnotením.

CHIRURGICKÉ NÁSTROJE

MEDIN[®]
ve vaších rukou



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

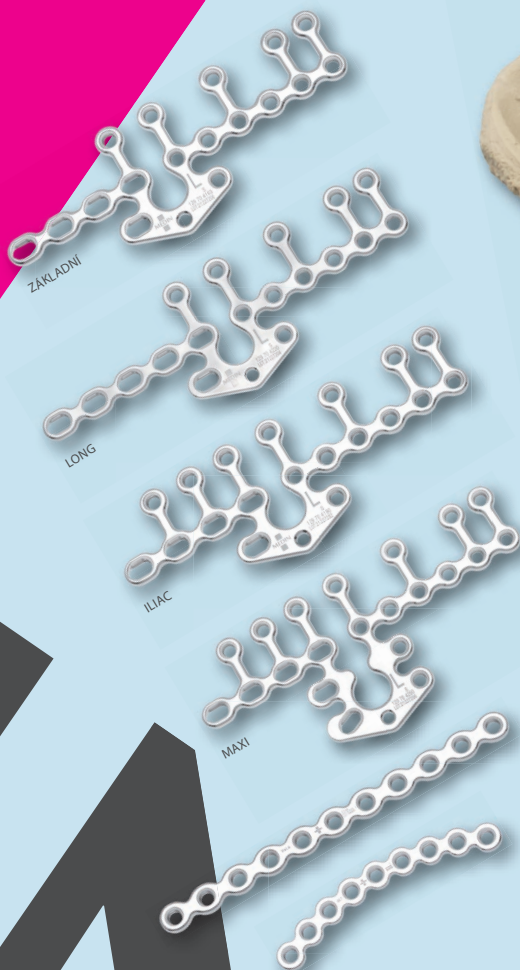
kompletní sortiment pro chirurgické obory:
chirurgie, gynekologie, ORL, plastická chirurgie,
oftalmologie, artroskopie a další specializace

IMPLANTÁTY A NÁSTROJE PRO TRAUMATOLOGII

MEDIN[®]
ve vašich rukou

Systém dlah pánevních

- ▶ PRO FIXACI VŠECH TYPŮ ZLOMENIN PÁNVE
- ▶ PRIZPŮSOBENÉ PRO SNADNÉ NATVAROVÁNÍ
- ▶ MOŽNOST MODELACE DLAHY FIRMOU MEDIN DLE ZASLANÉHO CT SNÍMKU
- ▶ PRO ŠROUBY KORTIKÁLNÍ HA 3,5 A SPONGIÓZNÍ HB 4
- ▶ MINIMÁLNÍ PROTRUŽE HLAVICEK ŠROUBŮ
- ▶ INSTRUMENTÁRIUM PRO OHYBÁNÍ A IMPLANTACI
- ▶ OCELOVÉ PŘEVODNÍ IMPLANTÁTŮ



DLAHY PÁNEVNÍ OMEGA

- ▶ STABILIZACE FRAKTURY JEDNÍM IMPLANTÁTEM
- ▶ ÚCHYTY PRO STABILNÍ FIXACI VE DVOU ROVINÁCH
- ▶ ČTYŘI TYPY DLAH: ZÁKLADNÍ, ILIAC, LONG, MAXI
- ▶ SPECIÁLNĚ TVAROVANÉ OTVORY PRO SNADNÉ ZAVEDENÍ ŠROUBŮ NA DORŽÁLNÍ STRANĚ

DLAHY PÁNEVNÍ PŘÍMÉ

- ▶ INOVOVANÉ PŘEVODNÍ

DLAHY PÁNEVNÍ ZAHNUTÉ

- ▶ INOVOVANÉ PŘEVODNÍ

SEKCE B

9.30–12.30 I. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE B

předsednictvo: J. Bartoníček, P. Nestrojil, T. Pešl, S. Taller

- B1 Zlomeniny acetabula, stabilizace Omega dlahou – 1. část
S. Taller, J. Šrám
Traumacentrum KN Liberec, a.s.
- B2 Zlomeniny acetabula, stabilizace Omega dlahou – 2. část
J. Šrám, S. Taller
Traumacentrum KN Liberec, a.s.
- B3 Luxační zlomeniny hlezna – 50 let po Weberovi
J. Bartoníček
oddělení ortopedie a traumatologie ÚVN Praha
- B4 Komplexní poranění proximálního humeru, jak je řešit?
P. Nestrojil
Klinika úrazové chirurgie LF MU a TC FN Brno
- B5 Zlomenina proximální ulny v rámci Monteggiaovy lézi v dětském věku – nitrodřeňová vs. dlahová osteosyntéza
M. Čepelík, T. Pešl, P. Vlček, P. Havránek
Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK v Praze
- B6 Srovnání stabilizačních technik při léčbě zlomenin klíční kosti
J. Kovařík, P. Zborovjan
Fakultní nemocnice Olomouc, oddělení traumatologie
- B7 Hřebování vs. dlahování klíčku
K. Holub, A. Křiváček, P. Kopačka
Oddělení úrazové chirurgie Nemocnice Č. Budějovice
- B8 Výsledky stabilizace akromioklavikulární luxace háčkovou dlahou
M. Reška, J. Konečný, J. Vopelka, M. Kábela, J. Čiernik, M. Kašpar
I. chirurgická klinika LF MU a FN u svaté Anny v Brně
- B9 Naše zkušenosti s osteosyntézou A-LFN u dětí
R. Vronský, S. Jelen, V. Ječmínek, I. Kopáček
Oddělení centrálního příjmu, Fakultní nemocnice Ostrava

B10 Kde a kdy hřebujeme distální femur?

D. Novák, R. Dvorský, R. Krejčí

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

B11 Komplikace osteosyntézy zlomenin distálního femuru

J. Bartoníček, P. Vašek, A. Chochola

Oddělení ortopedie a traumatologie ÚVN Praha

B12 Použití zevní fixace v léčbě diabetické nohy

J. Pilnáček

Ortopedicko-úrazové oddělení Oblastní nemocnice Kladno

12.30–14.00 **přestávka, oběd**

14.00–15.15 **II. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE B**

předsednictvo: J. Krajničák, M. Mašek, D. Novák, J. Šrám

B13 Osteonekróza hlavičky humeru při operačním řešení intraartikulárních zlomenin proximálního humeru PHILOS dlahou

R. Pikula, M. Chovanec, J. Polášek

Klinika úrazové chirurgie TC FN Brno

B14 Úhel křížení osy implantátu a osy krčku femuru jako indikátor selhání nitrodřeňové osteosyntézy u zlomenin proximálního femuru typu A

M. Krtička, D. Ira, V. Nekuda, J. Švancara, M. Mašek

Klinika úrazové chirurgie FN Brno

B15 Ošetření zlomenin bérce – hřeb versus dlaho

V. Košťálek, I. Navrátil

Ortopedicko-traumatologické oddělení nemocnice Prostějov

B16 Předvrtané hřebování bérce v současnosti

A. Křiváček, K. Holub, P. Kopačka

Oddělení úrazové chirurgie Nemocnice Č. Budějovice a.s.

B17 Hřebování vs. dlahování zlomenin patní kosti – první zkušenosti a srovnání

V. Rak, M. Otáhal, M. Flek

Klinika úrazové chirurgie LF MU a FN Brno Bohunice

B18 Léčba zlomenin baze pátého metatarzu – změnilo se něco?

V. Nekuda, M. Krtička, D. Ira

Klinika úrazové chirurgie FN Brno

17.00–18.30 **KULTURNÍ PROGRAM – SKLÁŘSKÁ HUŤ AGS SVOBODA, KARLOV**

20.00 **SPOLEČENSKÝ VEČER – HOTEL SKALSKÝ DVŮR**

B1**Název: Zlomeniny acetabula, stabilizace Omega dlahou – 1. část****Autor: S. Taller, J. Šrám**

Pracoviště: Traumacentrum KN Liberec, a.s.

Přednosta / Primář: MUDr. Richard Lukáš, Ph.D. / MUDr. Jaroslav Šrám

Anotace: Ve spolupráci s radiology byla nově definována přesná projekce pánevního vchodu, která je získána počítačovým zpracováním předoperačního CT vyšetření. Tato projekce byla označena jako počítačovým tomografem definovaná (CTD) projekce pánevního vchodu.

Zhodnocením CT vyšetření 25 mužů a 25 žen bylo zjištěno, že variabilita tvaru i rozměrů pánevního vchodu je značná. Zároveň porovnání tvaru a délky křivky CTD projekce pravé a levé poloviny pánve umožnilo konstatovat shodu obou křivek v 68 % a změnu délky do 5 mm nebo změnu tvaru křivky (sevření či otevření do 3 mm) v 18 % případů. Tyto nálezy potvrdily možnost individuálního předoperačního tvarování oblouku dlahy podle neporaněné strany pánve. Případná malá korekce tvaru dlahy během operace je jednoduchá.

Předoperační modelace Omega dlahy je ve více než 80 % přesná nebo téměř přesná. Takto tvarovaná dlaha usnadňuje její umístění do správné polohy a zároveň intenzivním přitlačení dlahy ke skeletu dovršuje finální repozici s přesným obnovením původního tvaru oblouku pánve. To vše významně zrychluje operaci. Na rozdíl od uvedeného postupu modelace v průběhu operace je méně přesná, významně prodlužuje operační výkon a vyžaduje opakované rtg kontroly.

**B
čt****B2****Název: Zlomeniny acetabula, stabilizace Omega dlahou – 2. část****Autor: J. Šrám, S. Taller**

Pracoviště: Traumacentrum KN Liberec, a.s.

Přednosta / Primář: MUDr. Richard Lukáš, Ph.D. / MUDr. Jaroslav Šrám

Anotace: Omega dlahy 3,5 mm jsou navrženy v modifikacích pro pravé a levé acetabulum, ve čtyřech provedeních. Oválné otvory v dorzální části dlahy i v dorzální části oblouku dlahy umožňují šikmé zavedení šroubů do pevné části zadního pilíře acetabula. Základní podmínkou správné funkce Omega dlahy je její přitlačení ke kvadrilaterální ploše a zároveň spolehlivá fixace dlahy ke stabilním částem pánevního kruhu. Přesně modelovaná Omega dlaha fixovaná k pevným úsekům pánevního kruhu tak dočasně nahrazuje nestabilní část kruhu v oblasti poraněného acetabula. Rigidita dlahy dovršuje repozici a spolehlivě brání další protuzi hlavice femuru do oblasti malé pánve. Možnost zavést na obou koncích dlahy šrouby ve dvou rovinách významně zpevňuje montáž i v případech závažné osteoporózy skeletu.

Multifunkční pánevní dlahy Omega 3,5 mm umožňuje stabilizovat komplikované zlomeniny horního raménka stydké kosti, předního pilíře acetabula, kvadrilaterální plochy, zlomeniny v oblasti nad linea arcuata a jednoduché zlomeniny zadního pilíře. Stabilizace všech fragmentů v oblasti předního pilíře i kvadrilaterální plochy je velmi pevná, dlahy je značně odolná proti redislokaci úlomků. Výhodou Omega dlahy je i to, že může být ponechána in situ při případné pozdní aplikaci TEP.

B3

Název: **Luxační zlomeniny hlezna – 50 let po Weberovi**

Autor: **J. Bartoníček**

Pracoviště: Oddělení ortopedie a traumatologie ÚVN Praha

Přednosta: prof. MUDr. Jan Bartoníček, DrSc.

Anotace:

B4

Název: **Komplexní poranění proximálního humeru, jak je řešit?**

Autor: **P. Nestrojil**

Pracoviště: Klinika úrazové chirurgie LF MU a TC FN Brno

Přednosta: doc. MUDr. Michal Mašek, CSc.

Anotace: Komplexní zlomeniny proximálního humeru představují dosti často léčebný problém, zejména u pacientů vyššího věku a u pacientů s osteoporózou. K léčení těchto zlomenin je možno použít jak konzervativního, tak operačního způsobu léčení. Konzervativní, funkční léčení, pomocí ortézy paže vyžaduje dobrou spolupráci pacienta. Operační řešení, pomocí zevní fixace a péče o okolí pinů zevního fixátoru představuje problém nejen pro některé mladší pacienty, ale zejména pro starší pacienty. Zevní fixace je doprovázena určitým dyskomfortem pacienta. Otevřená, či polozavřená, osteosyntéza dlahou, stejně jako zavřená osteosyntéza nitrodřeňovým hřebem představuje operační zátěž a zvýšené riziko komplikací především u polymorbidních a starších pacientů. Každá z výše uvedených metod vyžaduje během léčení dobrou spolupráci pacienta a především dobře řízenou pasivní i aktivní rehabilitaci, vedenou zkušeným fyzioterapeutem. Konzervativní způsob léčení je zatížen relativně větším výskytem pseudoartróz, které vedou často k sekundárnímu operačnímu řešení, toto ale závisí na subjektivních obtížích a sebeobsluze poraněného. Cílem léčení je spokojený pacient s dobrým rozsahem pohybu v ramenním i loketním kloubu a s dobrou sebeobsluhou. V přednášce autor prezentuje možnosti léčení komplexních zlomenin proximálního humeru a řešení jejich komplikací.

B5

Název:	Zlomenina proximální ulny v rámci Monteggiaovy lézi v dětském věku - nitrodřeňová vs dlahová osteosyntéza
Autor:	M. Čepelík, T. Pešl, P. Vlček, P. Havránek
Pracoviště:	Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK v Praze
Přednosta:	prof. MUDr. Petr Havránek, CSc.
Anotace:	<p>Cíl studie: Dlahová osteosyntéza má v dětské skeletální traumatologii čím dál, tím méně indikací. Je postupně vytlačována metodikou nitrodřeňové elastické osteosyntézy (ESIN). U zlomenin proximální ulny v rámci Monteggiaovy léze (ML), kde je nutná stabilizace ulny jak v osově, tak délkově, má ale stále své místo. Na souboru našich pacientů jsme se snažili najít hranici indikace k osteosyntéze nitrodřeňové vs dlahové.</p> <p>Materiál a metody: Retrospektivní soubor dětských pacientů léčených na našem pracovišti za 13leté období (2001–2013) s diagnózou ML. Zaměřili jsme se na pacienty se zlomeninou ulny v oblasti proximální metadiafýzy a sledovali jednotlivé indikace metodiky osteosyntézy (dlahová vs nitrodřeňová).</p> <p>Výsledky: Za sledované období bylo na našem pracovišti léčeno 114 dětí s diagnózou akutní ML (včetně jejích ekvivalentů). U 31 poraněných (24 %) byla zlomenina ulny lokalizována do oblasti proximální metadiafýzy. Ve 12 případech (39 %) nebyla zlomenina ulny dislokovaná a postupovali jsme konzervativně, v 8 případech (26 %) jsme si vystačili pouze se zavřenou repozicí a sádrovou fixací. Nestabilní zlomenina vyžadující osteosyntézu se vyskytla v 11 případech (35 %). U 8 z nich (73 %) ke stabilizaci zlomeniny ulny postačovala zavřená repozice a nitrodřeňová osteosyntéza, ve třech případech (27 %) byla nutná stabilizace zlomeniny dlahovou osteosyntézou. Jednalo se ve všech případech o zlomeninu s tříštivou zónou.</p> <p>Závěry: ML v dětském věku je specifické poranění, jehož léčba, při správné diagnostice, nebývá komplikovaná a výsledky bývají vesměs dobré. Hlavními principy léčby je stabilizace zlomeniny ulny a zajištění dobré kongruence humero radio ulnárního kloubu. V případě tříštivých zlomenin proximální ulny je indikována stabilizace fragmentů osteosyntézou. Nitrodřeňová osteosyntéza není v těchto případech vždy postačující a pak je plně indikovaná stabilizace osteosyntézou dlahovou.</p>

B
čt

B6

Název:	Srovnání stabilizačních technik při léčbě zlomenin klíční kosti
Autor:	J. Kovařík, P. Zborovjan
Pracoviště:	Fakultní nemocnice Olomouc, oddělení traumatologie
Primář:	doc. MUDr. Igor Čižmář, Ph.D.
Anotace:	Změna dlouhodobého trendu konzervativně léčených zlomenin vedla ke zvýšení operativy a nabídce nových implantátů. Krom rekonstrukčních a LC-DCP dlah, jsou k dispozici zamykatelné dlahy a titanové piny. Autoři přispěvku rozebírají úskalí jednotlivých metod na rozboru vlastních neúspěchů.

B7Název: **Hřebování vs. dlahování klíčku**Autor: **K. Holub, A. Křiváček, P. Kopačka**

Pracoviště: Oddělení úrazové chirurgie Nemocnice Č. Budějovice

Primář: MUDr. Pavel Kopačka

Anotace:

B8Název: **Výsledky stabilizace akromioklavikulární luxace háčkovou dlahou**Autor: **M. Reška, J. Konečný, J. Vopelka, M. Kábela, J. Čiernik, M. Kašpar**

Pracoviště: I. chirurgická klinika LF MU a FN u svaté Anny v Brně

Přednosta: prof. MUDr. Ivan Čapov, CSc.

Anotace: Autoři ve svém sdělení prezentují výsledky stabilizace akromioklavikulární luxace pomocí háčkové dlahy. Součástí prezentace je i srovnání se zřejmě nejrozšířenější technikou tahové cerkláže. Porovnávání a statisticky zhodnoceny jsou dva identické soubory pacientů. Pro výsledný efekt léčby je zásadní rozvoj pouřazové artrózy akromioklavikulárního skloubení. Přestože dlouhodobé výsledky zatím zpracovány nejsou, výsledky s použitím háčkové dlahy jsou velmi povzbudivé. Při dodržení zásad pro implantaci a timing odstranění implantátu nezaznamenali autoři prakticky žádné komplikace.

Název: **Naše zkušenosti s osteosyntézou A-LFN u dětí**

Autor: **R. Vronský, S. Jelen, V. Ječmínek, I. Kopáček**

Pracoviště: Oddělení centrálního příjmu, Fakultní nemocnice Ostrava

Primář / Přednosta: MUDr. Stanislav Jelen / doc. MUDr. Leopold Pleva, CSc.

Anotace: Zlomeniny stehenní kosti se podílejí u dětí a dospívajících podle různých autorů 10–12 % na všech skeletárních poraněních končetin a 40–50 % na poranění skeletu dolních končetin. Obecně je dělíme na zavřené a otevřené. Diagnostika se opírá o klinické a rtg vyšetření. Léčba zahrnuje široké spektrum konzervativních a operačních metod.

Standardní operační postup, technika I sin osteosyntézy má své limity. Nejde o stabilní osteosyntézu, u dětí vyšší hmotnosti a vzrůstu neposkytuje uspokojivé výsledky. Od roku 2011 používáme u dětí s hmotností nad 60 kg a s dostatečně širokou dřevňovou dutinou při uzavřené fyzární štěrbině velkého trochanteru, případně u jedinců tzv. přechodném období osteosyntézu LFN-A hřebem. Jde o statický a dynamický jištěný hřeb. Operační technika se neliší od běžné techniky hřbování. Podmínkou je extenční stůl umožňující přesnou repozici a rtg kontrolu ve dvou rovinách. Operujeme v poloze na zádech. První pooperační den, dovolí-li to stav pacienta, zahajujeme rehabilitaci na lůžku. Od 3. pooperačního dne zahajujeme nácvik chůze o berlích. Pacienty většinou propouštíme 8.–9. pooperační den. Částečnou zátěž končetiny povolujeme 6.–8. pooperační týden. Plnou zátěž končetiny povolujeme 12. týden, případně po dynamizaci hřebu. Osteosyntetický materiál odstraňujeme za 12.–18. měsíců.

Výsledky

Touto metodou jsme zatím ošetřili 7 pacientů ve věku 14–17 let, 6 chlapců a 1 dívku.

Nezaznamenali jsme zatím žádné komplikace, všichni pacienti se zhojili per primam. Vzhledem k velikosti souboru nelze výsledky statisticky hodnotit.

Diskuse

LFN-A hřeb je relativně novým implantátem v dětské traumatologii. Jeho výhodou proti jiným typům osteosyntézy je jeho dostatečná stabilita, možnost dynamizace a miniinvazivita. Umožňuje včasnou rehabilitaci a u polytraumatizovaných pak nekomplikovaně a komfortně ošetřování.

Závěr

Z uvedeného je zřejmé, že indikace k osteosyntéze LFN-A hřebem musí být pečlivě stanoveny. Nezanedbatelnou podmínkou je nejen dostatečné přístrojové vybavení, ale i dostatečné zkušenosti s dětskou skeletární traumatologií.

B10

Název: **Kde a kdy hřebujeme distální femur?**

Autor: **D. Novák, R. Dvorský, R. Krejčí**

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

Primář: MUDr. Jiří Toman

Anotace: Autoři využívají techniku zajištěného distálního hřbování od roku 2000. Stejně jako dlahová technika v této oblasti, i hřeby procházejí vývojem a v současnosti distální zajištění umožňuje až 4 jistící šrouby v různých směrech a uzamčení. Ve zvláštních indikacích užíli stejnou technikou i zajištěné hřeby humerální.

B11

Název: **Komplikace osteosyntézy zlomenin distálního femuru**

Autor: **J. Bartoníček, P. Vašek, A. Chochola**

Pracoviště: Oddělení ortopedie a traumatologie ÚVN Praha

Přednosta: Prof. MUDr. Jan Bartoníček, DrSc.

Anotace:

B12

Název: **Použití zevní fixace v léčbě diabetické nohy**

Autor: **J. Pilnáček**

Pracoviště: Ortopedicko-úrazové oddělení Oblastní nemocnice Kladno

Přednosta: MUDr. Jan Deniger

Anotace: V léčbě diabetické nohy s infektem připadají v úvahu velice často amputace. V některých případech lze však mutilující léčbě zabránit. Jedná se především diabetickou plochou nohu s defektem v obl. planty, kde problém vytváří talonavikulární komplex, časté jsou prominence talu do planty. Jedinou možností jak úspěšně stav korigovat je astragalektomie (talektomie) s tibio-kalkaneární dézou.

Vzhledem k infektu je využití zevní fixace výhodné. Při cévní etiologii diabetické nohy se amputacím nevyhneme. Avšak místo amputace v bérci či ve stehně lze úspěšně provést amputaci dle Pirogova, při které po snesení přednoží i s talem provádíme tibio-kalkaneární dēju fixovanou zevním fixátorem. Úspěšnost tohoto výkonu je relativně velmi vysoká až 70%.

Název: Osteonekróza hlavice humeru při operačním řešení intraartikulárních zlomenin proximálního humeru PHILOS dlahou

Autor: R. Pikula, M. Chovanec, J. Polášek

Pracoviště: Klinika úrazové chirurgie TC FN Brno

Přednosta: doc. MUDr. Michal Mašek, CSc.

Anotace: **Úvod:** Intraartikulární zlomeniny mají vysoké riziko osteonekrózy hlavice humeru. S věkem dochází i k redukci kostní hmoty v oblasti hlavice humeru a stupeň osteoporózy limituje možnosti spolehlivé fixace osteosyntetickým materiálem.

Metodika: Do naší studie jsme zařadili celkem 29 pacientů s intraartikulárními zlomeninami proximálního humeru chirurgicky ošetřovaných LCP dlahou (29× PHILOS®) na našem pracovišti v letech 2009–2013. Pacienti absolvovali RTG a CT vyšetření a byli klasifikováni dle AO klasifikace. Dle studie Hertela z roku 2004 jsme použili prediktory ischemie hlavice humeru: délka metafyzárního fragmentu (calcar) menší než 8 mm, poranění mediálního závěsu (periostu + měkkých tkání), zlomeniny v oblasti anatomického krčku, 4úlomková zlomenina, angulace hlavice nad 45 stupňů, dislokace hrbolků nad 10 mm, glenohumerální luxace a fragmentace hlavice. Tyto prediktory jsme poté porovnávali s pozdější osteonekrózou (parciální nebo kompletní) hlavice.

Výsledky: Osteonekróza hlavice humeru se vyskytla v 10 případech (34,5 %) a kompletní osteonekróza hlavice s jejím kolapsem a resorbci jsme zaznamenali v 1 případě (3,4 %). Osteonekróza hlavice se vyskytovala v největším zastoupení u C3 zlomenin – 55,6 %, u C2 zlomenin bylo zastoupení přibližně poloviční – 27,8 %. U C1 zlomeniny jsme nezaznamenali osteonekrózu hlavice ani u jednoho pacienta. Prediktory ischemie hlavice, tj. délka metafyzárního fragmentu menší než 8 mm, poranění mediálního závěsu, zlomenina v oblasti anatomického krčku a 4úlomková zlomenina byly přítomny u kompletní osteonekrózy hlavice a většinově (70–100 %) při parciální osteonekróze hlavice.

Závěr: Riziko vzniku osteonekrózy je podstatně vyšší u C zlomenin je než u A či B zlomenin. Při zhodnocení funkčního výsledku pacienti s osteonekrózou hlavice humeru měli podstatně horší funkční výsledky a vyžadovali revizní operaci v daleko větším počtu. Pro prognózu hojení zlomeniny a riziko vzniku osteonekrózy hlavice je žádoucí zhodnocení prediktorů ischemie hlavice a při pozitivitě těchto faktorů je na zvážení primární implantace hemiartroplastiky.

B14

Název: Úhel křížení osy implantátu a osy krčku femoru jako indikátor selhání nitrodřeňové osteosyntézy u zlomenin proximálního femoru typu A

Autor: M. Krtička, D. Ira, V. Nekuda, J. Švancara, M. Mašek

Pracoviště: Klinika úrazové chirurgie FN Brno

Přednosta: Doc. MUDr. Michal Mašek, CSc.

Anotace: **Úvod:** Selhání hřbové osteosyntézy zlomenin proximálního femoru typu A (cutout efekt) je literaturou popisováno ve 2–4 %. Správná repozice zlomeniny, vhodně zvolený implantát i jeho správné zavedení jsou zásadní pro úspěšné zhojení výše popsané zlomeniny. Do současné doby nebyl publikován jednoduchý a objektivní prediktor selhání hřbové osteosyntézy, odrážející korektní repozici i správné provedení osteosyntézy proximálního femoru.

Cíl: Zhodnocení, zda-li úhel křížení osy krčkových šroubů nitrodřeňového hřebu a osy krčku femoru může sloužit jako prediktor selhání provedené hřbové osteosyntézy zlomeniny proximálního femoru typu A.

Materiál a metodika: Retrospektivní zhodnocení 206 pacientů s frakturou proximálního femoru typu A dle AO klasifikace, kteří podstoupili operační stabilizaci výše popsané zlomeniny nitrodřeňovým hřebem Targon PFT (B-Braun) v období od ledna 2011 do října 2012. U každého pacienta byl vypočítán tzv. úhel křížení (součet úhlové odchylky osy krčkových šroubů od osy krčku femoru v předozadní a axiální projekci). Úhel křížení byl porovnán mezi skupinou pacientů u kterých došlo k selhání osteosyntézy (skupina 1; n=13) a skupinou pacientů, u kterých došlo k úspěšnému zhojení provedené osteosyntézy fraktury proximálního femoru (skupina 2, n=193). Rozdíl mezi oběma sledovanými skupinami byl testován pomocí Man Whitneyova U testu a Fisherova exaktního testu.

Výsledky: Průměrný úhel křížení pro skupinu 2 byl 8° (0–22°) oproti skupině 1 kde dosahoval v průměru 31° (18–37°). U žádného z pacientů u kterých dosáhl úhel křížení hodnoty 16° pak doporučujeme zlepšit provedenou repozici zlomeniny proximálního femoru, nebo lépe zavést nitrodřeňový hřeb, popřípadě zvážít změnu úhlu použitého hřebu.

B15

Název: Ošetření zlomenin bérce – hřeb versus dlaho

Autor: V. Košťálek, I. Navrátil

Pracoviště: Ortopedicko-traumatologické oddělení nemocnice Prostějov

Primář: MUDr. Pavel Pilař

Anotace: Autoři analyzují sestavu zlomenin bérce ošetřených 2006–2013. Ukazují na výhody a nevýhody obou užitých způsobů ošetření.

B16

Název:	Předvrtané hřebování bérce v současnosti
Autor:	A. Křiváček, K. Holub, P. Kopačka
Pracoviště:	Oddělení úrazové chirurgie Nemocnice Č. Budějovice a.s.
Primář:	MUDr. Pavel Kopačka
Anotace:	

B17

Název:	Hřebování vs. dlahování zlomenin patní kosti – první zkušenosti a srovnání
Autor:	V. Rak, M. Otáhal, M. Flek
Pracoviště:	Klinika úrazové chirurgie LF MU a FN Brno Bohunice
Přednosta:	doc. MUDr. Michal Mašek, CSc.
Anotace:	Dlahová osteosyntéza zlomenin kalkanea si na našich pracovištích hledala poměrně dlouhou dobu místo ve standardních technikách. Osteosyntéza C-NAIL hřebem MEDIN, který jsme začali používat na našem pracovišti v loňském roce, si našla místo poměrně rychleji. Ve správných indikacích mírně až středně dislokovaných nitrokloubních zlomenin kalkanea se zdá být dobrou volbou. Především svou největší výhodou, a to miniinvazivitou, posouvá hranice indikace osteosyntézy kalkanea opět o něco dále. S tímto materiálem máme po roce užívání poměrně dobré zkušenosti, byť určitá učební křivka je patrná. Myslím, že při dokonalém osvojení operační techniky je tento osteosyntetický materiál skutečně přínosem. Autoři se snaží po prvních zkušenostech uvést nevýhody a především výhody C-NAILu ve srovnání s dlahovou osteosyntézou.

B18

Název:	Léčba zlomenin baze pátého metatarzu – změnilo se něco?
Autor:	V. Nekuda, M. Krtička, D. Ira
Pracoviště:	Klinika úrazové chirurgie FN Brno
Přednosta:	doc. MUDr. Michal Mašek, CSc.
Anotace:	Zlomeniny baze pátého metatarzu tvoří specifickou skupinu poranění. V této oblasti rozlišujeme tři typy zlomenin, přičemž každá ze zlomenin vyžaduje specifický přístup léčby. Již malá nepozornost při hodnocení radiologických nálezů může vést ke špatné identifikaci zlomeniny a tím i nevhodně zvolené léčbě. Autoři sdělí se zamýšlí nad současnými trendy v možnostech konzervativní léčby a indikací k operačnímu řešení na základě porovnání světové literatury s pacienty léčených na Klinice úrazové chirurgie FN Brno v letech 2005–2013.

**B
čt**

IMPLANTÁTY PRO ORTOPEDII



NÁHRADA BAZE I. METAKARPU PALCE RUKY

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



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

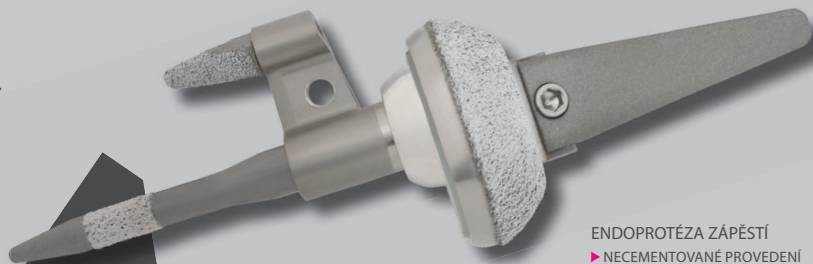


NÁHRADA PRSTNÍHO KLOUBU

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

Silikon Nusil

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



ENDOPROTÉZA ZÁPĚSTÍ

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

Titanový porézní povrch s vrstvou hydroxyapatitu
makroporézní vrstva - prorůstá kostní tkáň do labyrintu porézního povrchu
nástřík hydroxyapatitu - vrstvy jsou nanášeny plazmovou technikou

SEKCE C

9.30–11.45 I. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE C

předsednictvo: A. Nejedlý, L. Pliska, V. Ruber, A. Schmoranzová

- C1 Těžká poranění dětské ruky a výsledky řešení
A. Schmoranzová a kol.
Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie Vysoké nad Jizerou
- C2 Poranění periferních nervů u dětí
I. Humhej, M. Sameš
Neurochirurgická klinika UJEP, Krajská zdravotní a.s., Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem o.z.
- C3 Adipofasciální lalok ke krytí defektů na dorzu ruky
R. Lhotský
Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie Vysoké nad Jizerou
- C4 Posterior interosseus flap jako možnost krytí defektů na ruce
J. Paroulek a kol.
Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie Vysoké nad Jizerou
- C5 Rozsáhlé ztrátové poranění ruky, kasuistika
R. Lhotský a kol.
Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie Vysoké nad Jizerou
- C6 Rekonstrukce opozice palce, možnosti řešení
A. Schmoranzová
Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie Vysoké nad Jizerou
- C7 Možnosti rekonstrukce palce ruky
A. Nejedlý
Klinika plastické chirurgie, FN Královské Vinohrady
- C8 Komplexní poranění karpu
D. Ira, M. Krtička, M. Mašek, P. Smékal
Klinika úrazové chirurgie Brno
- C9 Současnost dlahové osteosyntézy zlomenin distálního radia
V. Ruber, M. Mašek
Klinika úrazové chirurgie FN Brno
- C10 Zkušenosti s novou dlahou PMCF firmy MEDIN v léčbě zlomenin distálního radia po roce klinického využití
L. Pliska, L. Bialý, L. Pleva
Traumacentrum FN Ostrava

C11 Zlomenina distálního radia – naše zkušenosti s novým implantátem firmy MEDIN

J. Kraus, F. Burget

I. chirurgická klinika VFN Praha

11.45–13.45 **přestávka, oběd**

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

předsednictvo: J. Cigaňák, R. Dvorský, J. Paroulek, L. Trtík

C12 Replantační chirurgie

A. Nejedlý

Klinika plastické chirurgie, FN Královské Vinohrady

C20 Satisfakce pacientů po vaskularizovaném přenosu PIP kloubu z nohy na ruku.

Střednědobé a dlouhodobé výsledky.

L. Vaněčková, B. Zálešák, D. Stehlík, I. Menšík, R. Lysák, M. Molitor, T. Kempný

Oddělení plastické a estetické chirurgie, FN Olomouc

C13 Nefunkční ruka jako následek špatného dlahování

A. Schmoranzová

Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie Vysoké nad Jizerou

C14 Úskalia chirurgickej liečby de Quervain's tenosynovitis

J. Cigaňák, T. Cigaňák, D. Magdín

MANUS-MED Prievidza

C15 Hammer syndrome, kasuistika

J. Paroulek, R. Kebrle

Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie Vysoké nad Jizerou

C16 Poranění CMC kloubu palce

A. Chochola, P. Indráková

Oddělení ortopedie a traumatologie ÚVN Praha

C17 Od nestability CMC k rhizartróze – chirurgické řešení

L. Trtík

Ortopedie a traumatologie Havlíčkův Brod

C18 Arthroscopic wrist arthrolysis

J. Cigaňák, T. Priehoda, T. Cigaňák

MANUS-MED Prievidza

C19 Syndrom karpálního kanálu

J. Kalný

Nemocnice Sušice o.p.s., chirurgie

17.00–18.30 **KULTURNÍ PROGRAM – SKLÁŘSKÁ HUŤ AGS SVOBODA, KARLOV**

20.00 **SPOLEČENSKÝ VEČER – HOTEL SKALSKÝ DVŮR**

Název:	Těžká poranění dětské ruky a výsledky řešení
Autor:	A. Schmoranzová a kol.
Pracoviště:	Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie Vysoké nad Jizerou
Primář:	MUDr. Alena Schmoranzová
Anotace:	

Název:	Poranění periferních nervů u dětí
Autor:	I. Humhej, M. Sameš
Pracoviště:	Neurochirurgická klinika UJEP, Krajská zdravotní a.s., Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem o.z.
Přednosta:	prof. MUDr. Martin Sameš, CSc.
Anotace:	<p>Úvod: Poranění periferního nervu (PN) u dětí je relativně vzácné postižení, které zaujímá 7 % ze všech poraněných PN ošetřených na našem pracovišti. Jedná se však o závažnou problematiku, protože často způsobí významné postižení funkce postižené končetiny a ne vždy dojde i po adekvátním ošetření postiženého PN k jeho úspěšné regeneraci.</p> <p>Cíl: Analyzovat soubor ošetřených poraněných PN u dětí a mladistvých za období 14 let (1999–2012) na naší klinice.</p> <p>Metodika a materiál: Retrospektivně jsme hodnotili soubor 60 pacientů mladších 18 let (45 chlapců a 15 děvčát) s poraněním PN, který jsme ošetřili v letech 1999–2012. Průměrný věk pacienta byl 12,3 roku (3–18 let) – 8 % postižených bylo v předškolním věku, 33 % v mladším školním věku, 18 % ve starším školním věku a 40 % v dorostovém období. V 50 případech se jednalo o postižení PN na horní končetině, v 10 případech na dolní končetině. Nejčastějším postiženým PN byl n. medianus (30 případů), dále n. ulnaris (14), n. radialis (5) a n. peroneus (5). U třech pacientů byly poraněny 2 PN, u jednoho 4 PN, ostatní představovali mononeuropatie. Ve 43 případech se jednalo o kompletní přerušeni PN, ve 20 případech o parciální poranění a 3krát o axonotmēju. Nejčastěji došlo k poranění PN na úrovni zápěstí/distálního předloktí (35krát), u úrovni lokte (5krát), za hlavičkou fibuly (4krát) a v oblasti vnitřního kotníku/distálního bérce (4krát). Nejfrekventnější příčinou poranění byla řezná rána o skleněnou výplň dveří (27 případů), poranění o jiné sklo/střepy (17 případů) a iatrogenní poranění (5 případů). O selektivní poranění nervu se jednalo u 27 pacientů, u 30 pac. byly poraněny i šlachy/svaly, u 10 pac. poranění zahrnovalo i přerušeni tepny (3krát musela být tepna rekonstruována cévním chirurgem). Akutně jsme poranění PN řešili u 48 pac., odloženě (u trakčních poranění či znečištěných ran) u 7 pac., pozdně (z důvodu prodlevy v odeslání pac. ze spádu) u 5 pac. Ve 47 případech jsme provedli mikrosuturu poraněného PN end to end, v 7 případech bylo nutné využít k rekonstrukci PN autotransplantáty z n. suralis, v 6 případech jsme provedli exoneurolyzu PN s peroperační elektrostimulací.</p> <p>Výsledek: K úspěšné regeneraci poraněného PN (motorická regenerace stupně M4-5, senzitivní regenerace stupně S3-4 dle Seddona, 1954) došlo u 84 % pacientů, u 16 % pac. přetrvávalo významné postižení končetiny, které bylo řešeno sekundárním korektivním zákrokem charakteru šlachových transferů s velmi dobrým funkčním výsledkem.</p> <p>Závěr: Poranění PN u dětí a mladistvých představují závažný problém. Včasná mikrochirurgické ošetření poraněného PN vede ve většině případů k jeho úspěšné regeneraci a tudíž k uspokojivému návratu funkce postižené končetiny, což umocňuje silný regenerační potenciál PN u mladých pacientů. V případech neúspěšné regenerace PN a přetrvávající paréze končetiny můžeme často významně zlepšit funkčnost postižené končetiny provedením sekundárních korektivních zákroků (šlachových transferů).</p>

C3

Název: **Adipofasciální lalok ke krytí defektů na dorzu ruky**

Autor: **R. Lhotský**

Pracoviště: Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie Vysoké nad Jizerou

Primář: MUDr. Alena Schmoranzová

Anotace:

C4

Název: **Posterior interosseus flap jako možnost krytí defektů na ruce**

Autor: **J. Paroulek a kol.**

Pracoviště: Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie Vysoké nad Jizerou

Primář: MUDr. Alena Schmoranzová

Anotace:

C5

Název: **Rozsáhlé ztrátové poranění ruky, kasuistika**

Autor: **R. Lhotský a kol.**

Pracoviště: Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie Vysoké nad Jizerou

Primář: MUDr. Alena Schmoranzová

Anotace:

C6

Název: **Rekonstrukce opozice palce, možnosti řešení**

Autor: **A. Schmoranzová**

Pracoviště: Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie Vysoké nad Jizerou

Primář: MUDr. Alena Schmoranzová

Anotace:

C7

Název:	Možnosti rekonstrukce palce ruky
Autor:	A. Nejedlý
Pracoviště:	Klinika plastické chirurgie, FN Královské Vinohrady
Přednosta:	doc. MUDr. Miroslav Tvrdek
Anotace:	<p>Palec má výsadní postavení mezi ostatními prsty ruky. Tvoří opozici vůči tříčlankovým prstům ruky a umožňuje tím úchopovou schopnost ruky. Při ošetření akutní zráty palce je nejlepší rekonstrukční metodou replantace. V některých indikovaných případech u vícečetné amputace prstů včetně palce je volena heterotopická replantace.</p> <p>Byla vyvinuta řada postupů pro rekonstrukci palce po jeho ztrátě. Prezentace schematicky dělí postupy pro rekonstrukci palce, popisuje výhody i nevýhody jednotlivých postupů, indikace a kontraindikace i vlastní provedení. Prezentace je ilustrována bohatou fotodokumentací.</p>

C8

Název:	Komplexní poranění karpu
Autor:	D. Ira
Pracoviště:	Klinika úrazové chirurgie Brno
Přednosta:	doc. MUDr. Michal Mašek, CSc.
Anotace:	

C9

Název:	Současnost dlahové osteosyntézy zlomenin distálního radia
Autor:	V. Ruber, M. Mašek
Pracoviště:	Klinika úrazové chirurgie FN Brno
Přednosta:	doc. MUDr. Michal Mašek, CSc.
Anotace:	<p>Osteosyntéza zlomenin distálního radia je dnes již rutinní procedurou. Dlahová technika pak představuje nejrozšířenější metodu v této oblasti. Trh nabízí celou řadu implantátů a možností. Práce nabízí přehled těchto možností vycházející ze zkušeností s léčbou zlomenin distálního radia na Klinice úrazové chirurgie FN Brno.</p>

C

čt

C10

Název: **Zkušenosti s novou dlahou PMCF firmy MEDIN v léčbě zlomenin distálního radia po roce klinického využití**

Autor: **L. Pliska, L. Bialý, L. Pleva**

Pracoviště: Traumacentrum FN Ostrava

Přednosta: doc. MUDr. Leopold Pleva, CSc.

Anotace: Zlomeniny distálního radia patří k nejčastějším zlomeninám na lidském skeletu. S prodlužováním lidského věku a současně rostoucí incidencí vysokoenergetických úrazů pozorujeme změnu poměru jednotlivých typů zlomenin distálního radia - od jednodušších stabilních k tříštivým a nestabilním typům. Nástup úhlově stabilních dlah výrazně zlepšil podmínky pro léčbu úrazů distálního radia. Na našem pracovišti máme od února 2013 možnost v rámci grantu TA ČR „Projekt č. TA03010804 OSTEOSYNTÉZA ZLOMENIN NOHY A RUKY“ klinicky testovat novou dlahu PMCF firmy MEDIN. Za 12 měsíců bylo uvedenou dlahovou osteosyntézou ošetřeno 29 pacientů. Dle určeného protokolu jsme hodnotili stabilitu dlahy, objektivní i subjektivní nález u pacientů. Cílem této přednášky je prezentovat naše první závěry a zkušenosti.

C11

Název: **Zlomenina distálního radia – naše zkušenosti s novým implantátem firmy MEDIN**

Autor: **J. Kraus, F. Burget**

Pracoviště: I. chirurgická klinika VFN Praha

Přednosta: prof. MUDr. Zdeněk Krška, CSc.

Anotace: Za posledních 5 let jsme na naší klinice ošetřili 552 zlomenin distálního radia u 535 pacientů. V souladu s odbornou literaturou převažovaly ženy a to v poměru 4:1. Za poslední rok jsme při operačním řešení těchto zlomenin téměř výhradně používali novou 2,7 mm úhlově stabilní dlahu firmy MEDIN. Celkem jsme provedli 33 osteosyntéz u 32 pacientů. Nový implantát má výrazně širší možnosti užití a ve srovnání s dosud používaným 3,5 mm implantátem došlo i k snížení op. času.

C12

Název: **Replantační chirurgie**

Autor: **A. Nejedlý**

Pracoviště: Klinika plastické chirurgie, FN Královské Vinohrady

Přednosta: doc. MUDr. Miroslav Tvrdek

Anotace: Začátky replantační chirurgie se datují od 70 let minulé století. V současné době je ošetření amputačního poranění replantací rutinní výkon. Prezentace ve stručnosti přibližuje základní aspekty replantační problematiky jakými jsou: indikace, kontraindikace, transfer pacienta, mikrochirurgická i vlastní postup při replantaci. Téměř celé spektrum replantačních možností ilustrují jednotlivé kasuistiky s fotodokumentací.

C20

Název:	Satisfakce pacientů po vaskularizovaném přenosu PIP kloubu z nohy na ruku. Střednědobé a dlouhodobé výsledky
Autor:	L. Vaněčková, B. Zálešák, D. Stehlík, I. Menšík, R. Lysák, M. Molitor, T. Kempný
Pracoviště:	Oddělení plastické a estetické chirurgie, FN Olomouc
Primář:	MUDr. Bohumil Zálešák, PhD.
Anotace:	Vaskularizovaný přenos PIP kloubu je technicky náročný výkon se specifickými indikacemi. Hlavní výhodou oproti klasickým kloubním náhradám je dlouhodobě udržitelný rozsah hybnosti a laterální stabilita kloubu. Autoři hodnotí funkční výsledky a satisfakci v souboru 9 pacientů za období 2002–2013.

C13

Název:	Nefunkční ruka jako následek špatného dlahování
Autor:	A. Schmoranzová
Pracoviště:	Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie Vysoké nad Jizerou
Primář:	MUDr. Alena Schmoranzová
Anotace:	

C14

Název:	Úskalia chirurgickej liečby de Quervain's tenosynovitis
Autor:	J. Cigaňák, T. Cigaňák, D. Magdin
Pracoviště:	MANUS-MED Prievidza
Přednosta:	MUDr. Jaroslav Cigaňák, PhD.
Anotace:	Bolest v oblasti I. dorzálného kompartmentu zápästia po vyčerpaní možnosti konzervatívnej liečby a ďalšej ddg. ochorení a pourazových stavov v tejto oblasti je prirodzene indikovaná k chirurgickej liečbe. V bežných anatomiách je popisované v I. dorzálnom kompartmente jedna šľacha extensor pollicis brevis (EPB) a jedna šľacha abductor pollicis longus (APL). V skutočnosti I. dorzálny kompartment zápästia je pravdepodobne s najväčším počtom šľachových variácií na hornej končatine. Neschopnosť peroperačne rozpoznať tieto variácie môže viesť k pretrvávaniu alebo recidíve bolesti v tejto oblasti pre nekompletnú tenolýzu. Autori referujú skúsenosti s operáciou u 74 pacientov, pri ktorých u 38 bol I. dorzálny kompartment rozdelený pevným septom na dva osteofibrózne tunely, ulnárne s EPB, radiálnom tuneli s 1 alebo viacerými šľachami APL. V 16 prípadoch fibrózna stena I. kompartmentu obsahovala malé ganglion. Nesmiernu pozornosť peroperačne je potrebné venovať i superficial branch n. radialis a taktiež i a. riadialis.

C
čt

C15

Název: **Hammer syndrome, kasuistika**

Autor: **J. Paroulek, R. Kebrle**

Pracoviště: Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie Vysoké nad Jizerou

Primář: MUDr. Alena Schmoranzová

Anotace:

C16

Název: **Poranění CMC kloubu palce**

Autor: **A. Chochola, P. Indráková**

Pracoviště: Oddělení ortopedie a traumatologie ÚVN Praha

Přednosta: prof. MUDr. Jan Bartoníček, DrSc.

Anotace:

C17

Název: **Od nestability CMC k rhizartróze – chirurgické řešení**

Autor: **L. Trtík**

Pracoviště: Ortopedie a traumatologie Havlíčkův Brod

Primář: MUDr. Pavel Kubát

Anotace: Autor shrnuje vlastní zkušenosti s řešením nestabilit CMC skloubení, jak traumatických, tak idiopatických a dále nestability při rhizartróze.

C18

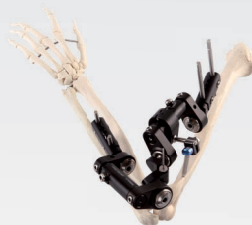
Název:	Arthroscopic wrist arthrolysis
Autor:	J. Cigaňák, T. Priehoda, T. Cigaňák
Pracoviště:	MANUS-MED Prievidza
Přednosta:	MUDr. Jaroslav Cigaňák, PhD.
Anotace:	<p>Poúrazové bolestivé obmedzenie mobility a stiffness radiokarpálneho kĺbu ako následok intraartikulárnych a aj extraartikulárnych fraktúr distálneho radia zostáva napriek pokrokom v operačnej a aj konzervatívnej liečby závažným problémom i po dlhšej rehabilitačnej liečbe. Tradičná manipulácia v celkovej anestéze s redresívnymi procedúrami môže viesť k zlepšeniu hybnosti avšak častou s nežiadúcimi ligamentóznymi léziami chondrálными a osteochondrálными. Artrioskopia zápästia, hoci obtiažna v tejto indikácii, umožňuje nielen vizualizovať posttraumatickú artrofibrózu a synovitídu, ale shavingom, kobláciou, punchom urobiť artroskopickú artrolyzu so zlepšením hybnosti zápästia. Artrioskopia zápästia môže byť indikovaná aj pokročilejších štádiach scaphoid nonunion advanced collapse (SNAC), scapholunate advanced collapsed (SLAC), kde okrem arthroscopic wrist arthrolysis , môže byť doplnená o parciálnu radiálnu styloidektómiu a resekciu avitálnych častí oss scaphoideum ev.lunatum. Vďaka miniinvazívite arthroscopia zápästia sa javí ako vhodná metóda liečby, ktorá by mala predchádzať indikácii proximal carpal row carpectomy, radio-karpeálnym a midkarpeálnym artrodézam. Autori referujú svoje skúsenosti pri 24 arthroscopiach zápästiach. Okrem artroskopickú artrolyzu u 2 pacientoch artroskopicky extirpovali Herbertovu skrutku, ktorá prečnievala konsolidované oss scaphoideum. V 19 prípadoch pooperačne konštatovali mierne zlepšenie hybnosti, u 5 minimálne. Po 6 mesiacoch: 3 pacienti udali úplný ústup bolesti, 14 pacienti udali pobolievanie pri väčšej záťaži, 3 pacienti pri miernej záťaži, u 4 pacientov bolesti temer ako pred artroskopickou artrolyzou.</p>

C19

Název:	Syndrom karpálneho kanálu
Autor:	J. Kalný
Pracoviště:	Nemocnice Sušice o.p.s., chirurgie
Přednosta:	MUDr. Rudolf Voldřich
Anotace:	Zkušenosti z více než 800 operací provedených ambulantně v lokálním zne-citlivění.

UNI-FIX

Svorkový modulární zevní fixátor
pro fixaci všech dlouhých kostí a pánve



PH-FIX

Stavebnicový zevní fixátor pro
fixaci všech dlouhých kostí a pánve



PH-FIX XRT

RTG transparentní stavebnicový zevní fixátor
pro fixaci všech dlouhých kostí a pánve



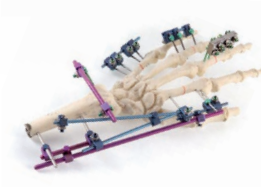
Hybridní stabilizátor

Zevní fixátor kombinující UNI-FIX
či PH-FIX s karbonovým kruhem



MP-FIX

Stavebnicový zevní fixátor pro fixaci
zlomenin ruky, zápěstí a předloktí.



Odborný program – čtvrtek 15. května 2014

POSTER

- P1 **Proměna latinského názvosloví kosterních svalů člověka**
V. Musil¹, Z. Suchomel², P. Malinova², J. Stingl², D. Kachlík², T. Lískovec³, M. Vácha⁴
1) Středisko vědeckých informací, Univerzita Karlova v Praze, 3. Lékařská fakulta; 2) Ústav anatomie, Univerzita Karlova v Praze, 3. Lékařská fakulta; 3) Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta; 4) Ústav etiky, Univerzita Karlova v Praze, 3. Lékařská fakulta

WORKSHOP

14.30–15.30 **WORKSHOP – KRBOVÝ SALONEK**

Zevní fixátory ProSpon

J. Pilnáček

Ortopedicko-úrazové oddělení Oblastní nemocnice Kladno

17.00–18.30 **KULTURNÍ PROGRAM – SKLÁŘSKÁ HUŤ AGS SVOBODA, KARLOV**

20.00 **SPOLEČENSKÝ VEČER – HOTEL SKALSKÝ DVŮR**

CHIRURGICKÉ NÁSTROJE

MEDIN[®]
ve vašich rukou



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

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

SEKCE A

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

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

A16 Naše skúsenosti s larválnou terapiou – maggot debridement therapy (MDT)

J. Krajničák, I. Mihók

Chirurgické oddelenie, Vranovská nemocnica, n.o.

A17 Využití podtlakového uzávěru na našem pracovišti

S. Brodina

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

A18 Úskalia SNB pri chirurgickej liečbe karcinómu prsníka

Š. Durdík, R. Donát, J. Palaj, V. Marek, M. Sabol

Klinika onkologickej chirurgie chirurgie LFUK a OUSA Bratislava

A19 Mezioborová spolupráce – podmínka úspěchů v léčbě nehmavných tumorů prsu

J. Smékalová, I. Hladká, J. Brázdil, J. Bureš

Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.

A20 Achalasio oesophagi

J. Škultéty, A. Prochotský, J. Sekáč, M. Huťan jr.

II. chirurgická klinika LF UK a UNB, Bratislava

A21 Duodenum Inversum – kazuistika

R. Donát, P. Chvalný, Š. Durdík, M. Sabol, J. Palaj, V. Marek

Onkologický ústav sv. Alžbety, Klinika onkologickej chirurgie Bratislava

A22 Cékální volvulus – kazuistika

A. Zatloukal

Šumperská nemocnice a.s., chirurgie

A23 Presakrálny tumor – zriedkavá patologická entita – kazuistika

A. Prochotský, J. Škultéty, S. Dolák, M. Huťan, J. Sekáč, R. Okoličány, Ľ. Reháč

II. chirurgická klinika LF UK a UNB, Bratislava

A24 Presakrálnne krvácanie pri resekciiach rekta

V. Marek, Š. Durdík, J. Palaj, M. Sabol, R. Donát

Klinika onkologickej chirurgie OUSA, Bratislava

A25 Trombóza a. hepatica po Tx pečene, Retransplantácia pečene – kazuistika

I. Slobodník, F. Hampl, P. Kothaj

II. Chirurgická klinika SZU FNŠP F. D. Roosevelta Banská Bystrica

A26 Krvácající pseudoaneuryzma a.gastroduodenalis při akutnej pankreatitide – nahla příhoda brušná – kazuistika

J. Sekáč, J. Škultéty, L. Mičulík, M. Mižičková, M. Huťan, A. Prochotský

II. chirurgická klinika LFUK a UNBA, Bratislava

A27 Iatrogénne poranenie mozgu – nečakaná komplikácia v liečbe pacienta so spinálnou traumou

D. Pomajbová, L. Bauček, K. Orlovský

Oddelenie úrazovej chirurgie FNŠP Žilina

A28 Venózní porty. Komplikace. Kazuistiky.

V. Prudius, I. Penka, I. Hamtilová, D. Weberová

Chirurgická klinika FN Brno

A29 Vývojové malformace LS přechodu

M. Stříž, Z. Marvanová, A. Le Roy, J. Štefela, V. Báča, M. Krbec, V. Džupa

Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a FNKV v Praze

12.00

ZAKONČENÍ SETKÁNÍ

A16

Název:	Naše skúsenosti s larválnou terapiou – maggot debridement therapy (MDT)
Autor:	J. Krajničák, I. Mihók
Pracovište:	Chirurgické oddelenie, Vranovská nemocnica, n.o.
Primár:	MUDr. Igor Mihók
Anotace:	<p>S MDT sme začali v r. 2005 na chirurgickom oddelení NsP Svidník ako poslednou možnosťou liečby, ktorú sme ešte u pacienta nepoužili. V tom čase na Slovensku nebolo možné zohnať larvy múch. V Čechách boli larvy voľne dostupné a predajné. Terapia larvami múch po konzultácii s MZ nám nebola povolená.</p> <p>Po konzultácii s hlavným chirurgom a po schválení nemocničnou etickou komisiou sme mohli aplikovať larvy, ktoré sa už chovali na Slovensku v Ústave zoológie SAV, kde prebiehal výskum v spolupráci s I. chir. klinikou UK v Bratislave. Klinicky som spolupracoval s MUDr. Čambalom PhD a pracovníkmi Ústavu zoológie SAV, ktorí nám aj dodávali larvy. Potom som pokračoval v liečbe na ďalších pracoviskách: na chir. ambulancii Chiramax v Trebišove a potom v nemocnici vo Vranove nad Topľou. Liečili sme spolu okolo 40–50 pacientov. U každého došlo ku zlepšeniu a vyliečeniu u tých, ktorí spolupracovali a podrobili sa aj následným rekonštrukčným výkonom. Dnes sa MDT využíva v rôznej miere na pracoviskách na Slovensku aj v Čechách.</p> <p>Z histórie vieme o liečivých účinkoch lariev múch už od Francúzskeho chirurga Ambroise Paré (1510–1590), Amerického Forney Zachariaa (1837–1901), ktorý zdokumentoval používanie larválnej terapie počas Americkej občianskej vojny (1861–1865). V roku 1929 William Baer publikoval sériu pacientov s osteomyelitídou liečených larválnou terapiou počas 1. svetovej vojny. V 90. rokoch 20. storočia Ronald Sherman a Edward Pechter znovu objavili a propagovali použitie larválnej terapie v USA.</p> <p>Medicínske larvy ranu nielen vyčistia a dezinfikujú, ale tiež podporujú hojenie rany. Pacienta je treba upozorniť, že liečba larvami je mnohokrát len prípravou na ďalší zákrok, ktorého cieľom je prekrytie liečeného kožného defektu.</p>

A
pá**A17**

Název:	Využití podtlakového uzávěru na našem pracovišti
Autor:	S. Brodina
Pracovište:	Chirurgické oddělení Nemocnice Nové Město na Moravě
Primár:	MUDr. Jiří Toman
Anotace:	<p>Metoda kontrolovaného podtlaku nachází stále širší uplatnění při zvládání komplikovaných defektů v chirurgických oborech, a umožňuje jejich úspěšnou léčbu i na úrovni okresní chirurgie.</p> <p>Na našem pracovišti jsme začali používat podtlakový systém v roce 2011. Ve svém sdělení chceme ukázat na konkrétních kasuistikách využití podtlakového uzávěru k efektivní léčbě defektů po fasciotomiích.</p>

A18**Název:** Úskalia SNB pri chirurgickej liečbe karcinómu prsníka**Autor:** Š. Durdík, R. Donat, J. Palaj, V. Marek, M. Sabol**Pracovište:** Klinika onkologickej chirurgie LFUK a OUSA Bratislava**Přednosta:** doc. MUDr. Štefan Durdík, PhD.**Anotace:** Vyznam SNB-biopsie sentinelovej lymfatickej uzliny pri navigácii liečby karcinómu prsníka. SNB umožňuje vycelenie skupiny pacientiek, ktoré neprofitujú z axilarnej disekcie. Vývoj metodiky ku kombinovanej navigácii v jej detekcii. Multidisciplinárna liečba karcinómu prsníka.**A19****Název:** Mezioborová spolupráce – podmínka úspěchů v léčbě nehmavných tumorů prsu**Autor:** J. Smékalová, I. Hladká, J. Brázdil, J. Bureš**Pracovište:** Chirurgické oddělení, Radiodiagnostické oddělení, Oddělení patologicko-anatomické, Oddělení nukleární medicíny Nemocnice Nové Město na Moravě**Primář:** MUDr. Jiří Toman, MUDr. Aleš Bílek, MUDr. Jan Brázdil, MUDr. Jaroslav Bureš**Anotace:** **Úvod:** Incidence karcinomu prsu neustále vzrůstá. Mortalita v posledních letech poklesla. Mammární screening slaví své úspěchy v podobě zachytu nehmavných lézí – tedy nepokročilých karcinomů. Právě skupina pacientek s nehmavnými karcinomy prsu potřebuje specializovaný profesionální multidisciplinární tým.**Metodika:** Nehmavné tumory operujeme od roku 1995. Ložiska se cílila díky stereotaktické jednotce v mammografu – známé hodnoty x a y, stereoraxe dopočítávala hodnotu – osu „Z“. Metodika práce vyžadovala nové operační techniky. X-screen byla cesta, jak poslat patologovi přesnou informaci. Období vyjasnilo jaké typy vodičů jsou pro všechny strany nejlepší. Mammární screening zahájený v roce 2002 přivítala již již naše nemocnice s fungujícím a plně funkčním interdisciplinárním týmem. Současný mammograf s digitalizací již nemá stereotaktickou jednotku, ale moderní ultrazvuk nám umožňuje diagnostikovat, cílit a následně tedy operovat tumory 3 až 4 mm velké.**Výsledky:** Do souboru jsem zařadila 500 odoperovaných pacientek. U žádné nedošlo k dislokaci vodiče. Preparáty jsou značeny, jak pro patologa, tak pro radiodiagnostika. U 1 % pacientek došlo k recidivě, byla to skupina žen, která nemohla podstoupit následnou léčbu. 0,6 % pacientek zemřelo.**Závěr:** Technické možnosti, ale i vědecké poznatky současné doby podstatným způsobem změnil práci chirurga. Přes všechny pokroky farmakoterapie a radioterapie zůstává chirurgická léčba zásadní modalitou v léčbě zhoubných nádorů. Multioborový přístup je u karcinomu prsu klíčový.

A20

Název:	Achalasio oesophagi
Autor:	J. Škultéty, A. Prochotský, J. Sekáč, M. Huťan jr.
Pracoviště:	II. chirurgická klinika LF UK a UNB, Bratislava
Přednosta:	doc. MUDr. Ján Škultéty, CSc.
Anotace:	Autori popisují kazuistiku pacienta, který bol bol menežovaný ako dekompenzovaná achalázia. Na kliniku bol poukázaný pre nemožnosť dilatácie achalázie. Pri operačnom zákroku – resekcia – bol zistený zhubný nádor v oblasti kardié. Ďalšia liečba nasledovala štandardne.

A21

Název:	Duodenum Inversum - kazuistika
Autor:	R. Donát, P. Chvalný, Š. Durdík, M. Sabol, J. Palaj, V. Marek
Pracoviště:	Onkologický ústav sv. Alžbety, Klinika onkologickej chirurgie Bratislava
Přednosta / Primář:	doc. MUDr. Štefan Durdík, PhD. / MUDr. Martin Sabol, PhD.
Anotace:	Duodenum inversum je často nerozpoznaná anomália duodenálnej rotácie/fixácie a je obyčajne spojené s chronickou abdominálnou bolesťou a môže vysvetľovať nejasné prípady chronických obštrukčných symptómov. Inkompletná rotácia čreva môže byť asociovaná s touto anomáliou. Duodenum inversum môže byť spojené s vyššou incidenciou pankreatitídy, eleváciou bilirubínu a hypoalbuminémiou. V prednáške prezentujeme prípad 25 ročnej ženy s postprandiálnymi ťažkosťami a naše diferencielno diagnostické problémy, kde sme uvažovali aj o „mesenteric artery syndrome“.

A22

Název:	Cékální volvulus – kazuistika
Autor:	A. Zatloukal
Pracoviště:	Šumperská nemocnice a.s., chirurgie
Primář:	MUDr. Vladimír Štěpán
Anotace:	Autor popisuje neobvyklou kazuistiku cékálního volvulu u pacienta s malrotací střeva. Pacient byl vyšetřen několika chirurgy na různých pracovištích, přesto byla diagnóza stanovena pozdě až když došlo k perforaci. V přednášce je probírána klinika, diagnostika a možnosti terapie tohoto vzácného onemocnění.

A23

Název: Presakrálny tumor – zriedkavá patologická entita (kazuistika)

Autor: A. Prochotský, J. Škultéty, S. Dolák, M. Huťan, J. Sekáč, R. Okoličány, L. Rehák

Pracovište: II. chirurgická klinika LF UK a UNB, Bratislava

Přednosta: doc. MUDr. Ján Škultéty, CSc.

Anotace: Presakrálné tumory sú veľmi zriedkavé a ich skutočná incidencia nie je presne známa. Symptómy ochorenia sú nešpecifické a niekedy takmer žiadne. Preto je ich diagnostika často oneskorená, čo je najmä u malígnych tumorov príčinou neuspokojivých výsledkov liečby. V diagnostike sa uplatňujú zobrazovacie vyšetrovacie metódy ako sú ERUS, CT, MRI, prípadne aj FDG-PET. Chirurgia má v liečbe rozhodujúcu úlohu a u benígnych tumorov poskytuje excelentné výsledky. Inak tomu je u malígnych tumorov. Preto sa v ich liečbe s cieľom zlepšovania onkologických výsledkov stále častejšie využívajú chemoterapia a rádioterapia, či už v režime neoadjuvancie alebo adjuvancie. Multidisciplinový prístup sa tak stal nevyhnutnou súčasťou moderného manažmentu malígnych presakrálnych tumorov. Autori predkladajú kazuistiku mladého, 27ročného pacienta s náhodne zisteným presakrálnym tumorom. V diagnostike využili okrem ERUS aj MR. Operáciu robil chirurg v spolupráci s ortopédom. Presakrálny tumor benígnej povahy in toto odstránili, histologicky sa napokon potvrdila dermoidná cysta. V prezentácii sa uvádzajú súčasné možnosti diagnostiky a liečby benígnych, ale aj malígnych presakrálnych tumorov.

A24

Název: Presakrálné krvácanie pri resekciiach rekta

Autor: V. Marek, Š. Durdík, J. Palaj, M. Sabol, R. Donát

Pracovište: Klinika onkologickej chirurgie OUSA, Bratislava

Přednosta: doc. MUDr. Štefan Durdík, PhD.

Anotace: Krvácania z presakrálnych plexov predstavuje zriedkavú avšak veľmi závažnú komplikáciu pri resekciiach konečníka. Vo svojej práci analyzuje mechanizmus vzniku poškodenia presakrálnych venózných plexov, jednotlivé typy lézií, ich diagnostiku. Na podklad správnej diagnostiky typu poranenie venózneho plexu sa snaží navrhnúť čo najefektívnejší terapeutický postup.

A25

Název:	Trombóza a. hepatica po Tx pečene, Retransplantácia pečene – kazuistika
Autor:	I. Slobodník, F. Hampl, P. Kothaj
Pracovište:	II. chirurgická klinika SZU FNŠP F. D. Roosevelta Banská Bystrica
Přednosta:	prof. MUDr. Peter Kothaj, CSc.
Anotace:	Prednáška na podklade kazuistiky pojednáva o trombóze a. hepatica po Tx pečene, ako cievnej komplikácii vedúcej ku strate štepu a nutnosti retransplantácie pečene.

A26

Název:	Krvácajúca pseudoaneuryzma a. gastroduodenalis pri akútnej pankreatitide – nahla príhoda brušná – kazuistika
Autor:	J. Sekáč, J. Škultéty, L. Mičulík, M. Mižičková, M. Huťan, A. Prochotský
Pracovište:	II. chirurgická klinika LFUK a UNBA, Bratislava
Přednosta:	Doc. MUDr. Ján škultéty, CSc.
Anotace:	Vznik pseudoaneuryzmy je prekvapivo relatívne častou a veľmi nebezpečnou komplikáciou spojenou s chronickou pankreatitídou resp. s prekonanou ťažkou formou akútnej pankreatitídy. Incidencia sa v literatúre udáva dokonca 5–8 %. Najčastejšie býva postihnutá a. lienalis a a. gastroduodenalis. V našej kazuistike uvádzame prípad 35ročného pacienta privezeného sanitkou s príznakmi hemoragického šoku. Vykonaný urgentný operačný výkon – priečna laparotómia, otvorená pseudocysta pankreasu s rozmermi dľa CT 100×58 mm, na spodine pseudocysty zdroj krvácania – výkon: zástava krvácania a bursostómia. Stav komplikovaný prítomnosťou pseudoaneuryzmy a. gastroduodenalis veľkosti 39×34 mm, ktorá bola príčinou rekrvácania – stav zvládnutý v spolupráci s intervenčným rádiológom. Príspevok je vhodne dokumentovaný opakovanými CT vyšetreniami predoperačne, pooperačne aj fotodokumentáciou.

A
pá**A27**

Název:	Iatrogénne poranenie mozgu – nečakaná komplikácia v liečbe pacienta so spinálnou traumou
Autor:	D. Pomajbová, L. Bauček, K. Orlovský
Pracovište:	Oddelenie úrazovej chirurgie FNŠP Žilina
Primář:	MUDr. Karol Orlovský, PhD.
Anotace:	Účelom prednášky je odprezovať kazuistiku pacienta so spinálnou traumou v oblasti krčnej chrbtice, ktorého liečba bola komplikovaná nepredpokladaným intrakraniálnym iatrogénnym poranením mozgu pri zavádzaní Crutchfieldovej svorky. Poukazuje na možný výskyt uvedenej komplikácie v rámci predoperačnej prípravy pacienta. Súčasťou prezentácie je aj zvolený terapeutický postup vedúci k definitívnemu vyriešeniu primárnej traumy.

A28**Název: Venózní porty. Komplikace. Kazuistiky****Autor: V. Prudius, I. Penka, I. Hamtilová, D. Weberová****Pracoviště:** Chirurgická klinika FN Brno**Přednosta / Primář:** prof. MUDr. Zdeněk Kala, CSc. / doc. MUDr. Igor Penka, CSc.

Anotace: Venózní porty široce používané v léčbě onkologických onemocnění a těžkých chronických chorob ve většině případů používané k dlouhodobému podání při chemoterapii a biologické léčbě. Retrospektivní analýzu komplikací vyvolaných zavedením venózních portů jsme provedli za kalendářní období 2012–2013. Celkem bylo zavedeno 174 portů u 168 pacientů. Z toho u 6 pacientů byl venózní port zaveden 2x (předem explantován pro komplikace). My preferujeme katetrizace VSC (92,5 %), jako alternativní cesta implantace portu použita VJI (6,3 %) a v 1,2 % byl katetr portu zaveden přes v. cefalica. Pneumotorax se vyskytl v 4,6%, žilní trombóza v 2,9 % a katéťrová infekce v 2,3 %. 2x vznikly raritní komplikace: roztržení katetru za 3 týdny po implantaci s dislokací distální části katetru do srdce a peroperační roztržení steathu při uvedení katetru.

A29**Název: Vývojové malformace LS přechodu****Autor: M. Stříž, Z. Marvanová, A. Le Roy, J. Štefela, V. Báča, M. Krbec, V. Džupa****Pracoviště:** Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a FNKV v Praze**Přednosta:** prof. MUDr. Martin Krbec, CSc.

Anotace: Oblast lumbosakrálního přechodu je místem nejčastějšího výskytu vývojových malformací axiálního skeletu. Mezi nejčastější patří megatransversus L5, jeho srůst s massa lateralis ossis sacri, sakralizace L5 nebo L6, lumbalizace S1, změna počtu sakrálních obratlů, výskyt spina bifida ve výšce L5, S1 či S2 a skolióza sakra.

Cílem naší studie bylo kvantifikovat výskyt vývojových malformací v této oblasti a zjistit jejich případnou stranovou a pohlavní distribuci.

Do výzkumu jsme zařadili všechny pacienty, u nichž bylo v roce 2010 provedeno RTG vyšetření pánve na Radiodiagnostické klinice 3. LF UK a FNKV. U těchto 1546 pacientů byly zhodnoceny nejen předozadní RTG projekce pánve, ale pro zpřesnění výsledků i jiné dostupné snímky.

Alespoň jednu malformaci jsme našli u celkem 461 pacientů (30,4 %). Nález šesti sakrálních obratlů byl zjištěn u 179 pacientů (11,9 %), spina bifida v hodnoceném rozsahu u 124 pacientů (8,2 %), samostatný megatransversus L5 se vyskytl u 74 pacientů (5 %), jeho srůst s massa lateralis ossis sacri u 76 pacientů (5,1 %), sakralizace L5/L6 u 23 pacientů (1,5 %) a lumbalizace S1 u dvou pacientů (0,1 %).

Naše studie potvrdila očekávanou vysokou variabilitu této oblasti. Veškeré zmíněné odchylky od fyziologického stavu mohou vést k více či méně transparentním klinickým projevům jako je omezení hybnosti z důvodu vlastní malformace skeletu nebo k různé úrovni bolestivých projevů.

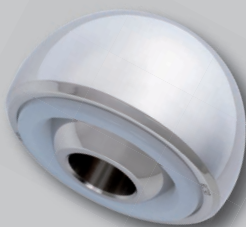
CERVIKOKAPITÁLNÍ NÁHRADA KYČELNÍHO KLOUBU

MEDIN[®]
ve vašich rukou



HLAVICE KOVOVÁ

- ▶ 11 VELIKOSTÍ
- ▶ 40–60 mm



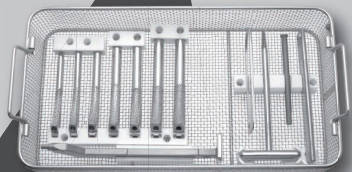
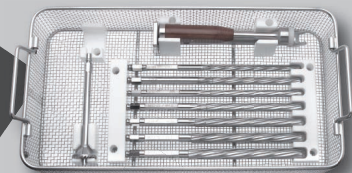
HLAVICE BIPOLÁRNÍ

- ▶ 9 VELIKOSTÍ
- ▶ 42–58 mm



MC-S CEMENTOVANÝ DŘÍK

- ▶ 6 VELIKOSTÍ



C-NAIL MEDIN

první hřeb pro osteosyntézu patní kosti

MEDIN[®]
ve vašich rukou



Miniinvasivní přístup zavedení

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

Vysoká stabilita fixace

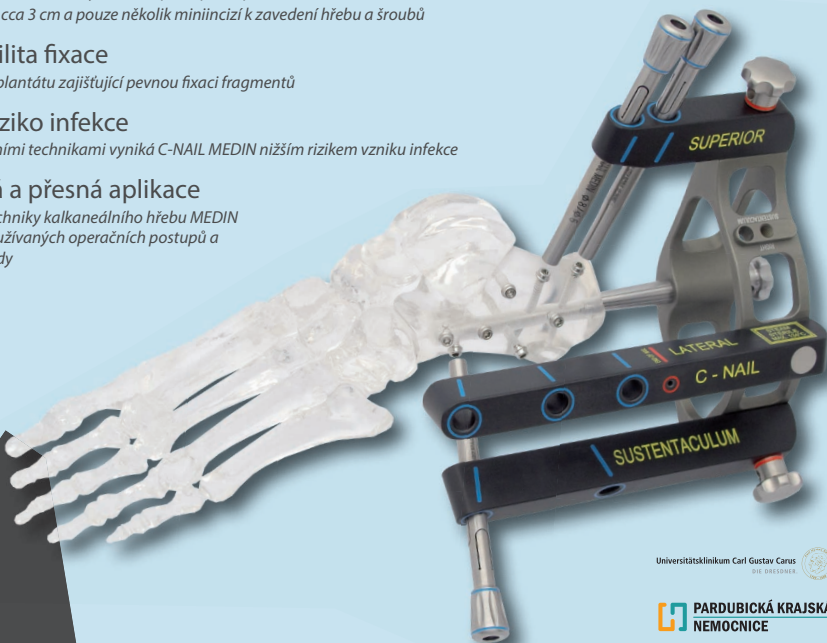
vysoká stabilita implantátu zajišťující pevnou fixaci fragmentů

Minimální riziko infekce

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

Jednoduchá a přesná aplikace

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



Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
DIE DRESSNER

**PARDUBICKÁ KRAJSKÁ
NEMOCNICE**

referenční pracoviště

www.c-nail.eu

www.medin.cz

SEKCE B

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

předsednictvo: M. Kitka, J. Mazuch, L. Pleva, F. Vyhnanek

B19 Riziko poranění cév při zlomeninách pánve: retrospektivní klinická studie

T. Voborník, V. Báča, A. Gregušová, J. Miletin, K. Vymětalová

1) Ústav anatomie 3. LF UK

2) Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a FNKV

B20 Incidencia a zvláštnosti torakoabdominálních poranění

M. Kitka

Klinika úrazovej chirurgie LF UPJŠ, Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice

B21 Současný postup u poranění jater

F. Vyhnanek

Traumatologické centrum FNKV, Chirurgická klinika 3. LF UK, Praha

B22 Poranění jater - diagnostika a léčba

L. Pleva, M. Šír, V. Ječmínek

Traumatologické centrum FN Ostrava, Ústav medicíny katastrof LF OU

B23 Tupé poranenia torakoabdominálne a brušné

J. Mazuch, D. Mištuna, E. Huľo, Z. Červená

Chirurgická klinika JLF UK a UNM Martin

B24 Tupé poranenia brucha

J. Krajničák¹, R. Krajničák²

1) *Chirurgické oddelenie Vranov nad Topľou*

2) *Chirurgická klinika LF UPJŠ, Nemocnica Košice-Šaca a.s. 1. súkromná nemocnica*

B25 Pouřazová elevace transamináz při poranění jater u dětí bez USG a CT korelace

T. Pešl, P. Dubská, P. Havránek, N. Roshko, T. Škvorová, M. Kučerová

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

B26 Tupé poranenie brucha – kazuistika

Z. Góra, P. Vogel

Oddělení úrazové chirurgie FN sP Nové Zámky

B27 Konzervativní léčba poranění sleziny

J. Freiwald, P. Špiroch, J. Kovařík

Traumatologické oddělení FN Olomouc

B28 Ztrátové střelné poranění proximálního femoru – léčba a komplikace

S. Jelen, M. Šír, J. Demel, V. Ječmínek

Fakultní nemocnice Ostrava, Urgentní příjem

B29 Komplikace osteosynthesy distálního radia a jejich řešení

R. Kebrle

Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou

B30 Přední luxace kolene

M. Dobiášek, M. Švorcová, R. Bousek

Chirurgické oddělení Nemocnice Boskovice

B31 Novinky v klasifikaci poranění thorakolumbalní páteře

M. Krtička, V. Mužík, A. Bilík

Klinika úrazové chirurgie FN Brno

B32 Floating shoulder – kazuistika

A. Banas, K. Orlovský, L. Štefánek, A. Bodnár

Oddelenie úrazovej chirurgie FNŠP Žilina

B33 Zadní přístup při řešení zlomenin distálního bérce

P. Janata, M. Sirový, J. Kovář

Chirurgické oddělení Oblastní nemocnice Jičín

12.00 **ZAKONČENÍ SETKÁNÍ**

B

pá

B19

Název:	Riziko poranění cév při zlomeninách pánve: retrospektivní klinická studie
Autor:	T. Voborník, V. Báča, A. Gregušová, J. Miletín, K. Vymětalová
Pracoviště:	1) Ústav anatomie 3. LF UK 2) Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a FNKV
Přednosta:	1) doc. MUDr. Petr Zach. CSc; 2) prof. MUDr. Martin Krbec. CSc.
Anotace:	<p>Intimní kontakt měkkých struktur (orgánů, cév, svalů) se skeletem pánve může vést při zlomeninách pánevního kruhu k jejich poranění. Krvácení provázející zlomeniny pánve mohou vést velmi rychle ke krevní ztrátě způsobující hypovolemický šok a významně ohrožující život pacienta.</p> <p>Cílem studie bylo identifikovat lokality nejčastějšího možného poranění tepen vzhledem k četnosti výskytu zlomenin a průběhu lomných linií v jednotlivých částech pánevního skeletu. Detailním zhodnocením zlomenin pánve u souboru 474 pacientů multicentrické studie jsme do originálního plánárního schématu pánve zakreslili průběhy linií a vytipovali tak aree s nejčastějším výskytem linie zlomeniny (celkem 11). Sečtením rizika zlomeniny u jednotlivých typů poranění pánve klasifikovaných podle AO systému jsme tyto arey seřadili podle procentuálního výskytu zlomenin v nich a lomné linie zkoumali především v závislosti na průběh tepen probíhajících ve vzdálenosti 1 cm a méně od kosti.</p> <p>Z 11 míst nejčastěji postižených probíhající linií lomu bylo možné identifikovat tři z nich s rizikem zlomeniny vyšším než 20% (raménka stydké kosti, pars lateralis ossis sacri). S ohledem na tyto lokality hrozí nejvyšší riziko poranění corona mortis a a. obturatoria při zlomenině horního raménka stydké kosti, a. pudenda interna při zlomenině dolního raménka stydké kosti, a. glutea superior při zlomenině lopaty kyčelní kosti zasahující do incisura ischiadica, a. iliaca interna, a. iliolumbalis a aa. sacrales laterales při zlomenině laterální části sakra. Znalost průběhu tepen a typických linií lomu při zlomeninách pánve umožňuje rentgenologovi a traumatologovi odhadovat riziko cévního poranění při zlomeninách pánevního kruhu a urychlit rozvahu o indikaci invazivního výkonu (intervenční radiologický výkon nebo chirurgická revize) a o volbě operačního přístupu, což pozitivně ovlivňuje šanci pacienta na přežití.</p>

B
pá**B20**

Název:	Incidence a zvláštnosti torakoabdominálních poranění
Autor:	M. Kitka
Pracoviště:	Klinika úrazovej chirurgie LF UPJŠ, Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice
Přednosta:	prof. MUDr. Miroslav Kitka, PhD.
Anotace:	

B21

Název: **Současný postup u poranění jater**

Autor: **F. Vyhnánek**

Pracoviště: Traumatologické centrum FNKV, Chirurgická klinika 3.LF UK

Přednosta: doc. MUDr. František Vyhnánek, CSc.

Anotace: Játra jsou vedle sleziny nejčastěji poraněným nitrobřišním orgánem. Poranění jater reprezentuje 5 % zraněných přijatých k hospitalizaci. Tupé a penetrující poranění jater je často spojeno s diagnostickými i léčebnými problémy. S narůstající zkušeností s neoperačním postupem u tupého poranění jater je většina těchto poranění úspěšně léčena konzervativně. Proto i letalita na jaterní poranění poklesla v průběhu posledních desetiletích. Hlavními důvody pro pokles letality u jaterního poranění v posledních 25 letech jsou:

- zlepšení výsledků při použití techniky fázového ošetření poranění jater technikou dočasné tamponády jater („packing“) a následná reoperace po stabilizaci zraněného,
- využití radiointervence s embolizací poraněných větví jaterní tepny,
- pokroky v operační technice u velkých resekcí jater,
- pokles počtu venózních poranění jater indikovaných k chirurgické revizi.

Multidisciplinární přístup v diagnosticko-terapeutickém postupu u poranění jater je založen na stavu hemodynamiky zraněného. U stabilního zraněného s tupým traumatem (I.–III. stupeň poranění) je většinou postupováno neoperačně. U nestabilního zraněného je indikována neodkladná laparotomie technikou „damage control“ chirurgie. Více než 2/3 poranění jater většího rozsahu (III.–V. stupeň) je akutně operováno. Výsledek léčby u zraněných s komplexním poraněním jater (IV. a V. stupeň) závisí na agresivní úpravě hypotermie, koagulopatie a acidózy s chirurgickou kontrolou krvácení, nejčastěji perihepatickým packingem. Neanatomická jaterní resekce, častěji technikou debridement je indikována pouze u vybrané skupiny zraněných a to většinou při reoperaci u etapového ošetření poranění. Anatomická resekce je obecně metodou volby u devaskularizované části jater a poranění velkého žlučovodu. U penetrujícího poranění jater, kde často převažuje výskyt sdružených poranění dalších nitrobřišních orgánů, je provedení neodkladné laparotomie jediným postupem. Intervenční radiologická technika je indikována v léčení cévních komplikací neoperačního i operačního postupu.

Název:	Poranění jater – diagnostika a léčba
Autor:	L. Pleva, M. Šír, V. Ječmínek
Pracoviště:	Traumatologické centrum FN Ostrava, Ústav medicíny katastrof LF OU
Přednosta:	doc. MUDr. Leopold Pleva, CSc.
Anotace:	<p>Tupá poranění dutiny břišní se nejčastěji vyskytují u dopravních úrazů s nejčastějším výskytem poranění sleziny a jater. Diagnostika těchto poranění využívá AG CT vyšetřovacích metod, které v diagnostice poranění parenchymových orgánů dutiny břišní má sensitivitu až 99%.</p> <p>Autoři ve svém sdělení uvádějí soubor 1260 polytraumatizovaných pacientů, z toho 127 dětí ošetřených v letech 2010–2013 na Traumatologickém centru FN Ostrava, z toho bylo 22 poranění jater a 37 poranění sleziny.</p> <p>Od roku 2010 autoři začali užívat v léčení poranění parenchymových orgánů dutiny břišní radiointervenčních embolizačních metod, kdy embolizaci art. linealis použili ve 4 případech a embolizační terapii u tupého poranění jater ve 4 případech, s dobrými výsledky.</p> <p>Na základě klinických zkušeností autoři doporučují v indikovaných případech při konzervativní terapii tupého poranění parenchymových orgánů i využití embolizačních radiointervenčních metod.</p>

B23**Název:** Tupé poranenia torakoabdominálne a brušné**Autor:** J. Mazuch, D. Mištuna, E. Huľo, Z. Červená**Pracovište:** Chirurgická klinika JLF UK a UNM Martin**Přednosta:** doc. MUDr. Dušan Mištuna, PhD.

Anotace: Tupé poranenia torakoabdominálne a brušné patria medzi závažné úrazové stavy ohrozujúce život pacienta. Často bývajú aj súčasťou polytraumatizmu. Pri torakoabdominálnej kompresii dominuje ruptúra bránice, najčastejšie vľavo (74–90 %), kde dochádza k prolabovaniu brušných štruktúr do hrudníka a kompresii vnútrohrudných orgánov. Pri tupých poraneniach dutiny brušnej dominujú poranenia parenchymatóznych orgánov (pečeň, slezina, pankreas a obličky), ale aj tráviacej rúry (tenké črevo, hrubé črevo) a ciev. Pri masívnom krvácaní do dutiny brušnej je nevyhnutná urgentná laparotómia. Autori uvádzajú dve zaujímavé kazuistiky, ktoré riešili chirurgicky.

V prvom prípade išlo o 35-ročného pacienta, ktorý pri páde z výšky s nárazom na torakoabdominálnu oblasť utrpel rozsiahlu ruptúru bránice vľavo s prolapsom žalúdka, sleziny a colon transversum do dutiny hrudnej. Plúca boli zatlačené k hrudnej apertúre. Zároveň došlo aj ku kompletnej ruptúre perikardu, luxácii srdca, ktoré tepalo na colon transversum. Prípado sme riešili anterolaterálnou ľavostrannou thorakotómiou, repozíciou orgánov dutiny brušnej do brucha, sutúrou perikardu a bránice. Pacient sa uzdravil a po 10. dňoch hospitalizácie bol prepustený domov.

V druhom prípade sa jednalo o 30-ročného pacienta s tupým kompresívnym poraneníom brucha (bol prejdený nákladným vozidlom). Pri prijatí pacient v šokovom stave. Vykonaná urgentná laparotómia s nálezom hemoperitonea, kompletnou ruptúrou pečene – traumatická pravostranná hemihepatektómia. Vykonaná hemostáza, opichy krváčajúcich ciev a žľozodov. Sutúra parenchýmu pečene. Pacient sa uzdravil.

B24**Název:** Tupé poranenia brucha**Autor:** J. Krajničák¹, R. Krajničák²**Pracovište:** 1) Chirurgické oddelenie Vranov nad Topľou; 2) Chirurgická klinika LF UPJŠ, Nemocnica Košice-Šaca a.s. 1. súkromná nemocnica**Přednosta:** MUDr. Igor Mihók

Anotace: Tupé poranenie brucha vždy vyžaduje klinické a ďalšie pomocné vyšetrenia a sledovanie klinického stavu pacienta. Vzhľadom k základnému ochoreniu je vo väčšine prípadov odporúčané sledovať pacienta na JIS chirurgického oddelenia, prípadne na OAIM. Variabilita poranenia parenchymatóznych, dutých a retroperitoneálne uložených orgánov ako aj ciev a močových ciest má vplyv na rozvoj klinických príznakov a teda aj na včasnú diagnostiku a terapiu, ktorej rozsah si niekedy ani nevieme predstaviť. Pri revízii, sme mnohokrát prekvapení rozsahom poranení a riešenie nám robí vrásoky na čele. I napriek rozvoju diagnostických postupov, samotná terapia až natoľko nepokročila, ale je včasnejšia, a to je pre ďalší osud pacienta výrazným prínosom. Znalosti problematiky, skúsenosti celého tímu a materiálno-technické vybavenie sú pre úspešnú liečbu veľmi dôležité.

Autori prezentujú niekoľko zaujímavých kazuistík tupého poranenia brušných orgánov, pričom sa zameriavajú na úskalia diagnostiky, liečbu a jej výsledky.

Název:	Poúrazová elevace transamináz při poranění jater u dětí bez USG a CT korelace
Autor:	T. Peší, P. Dubská, P. Havránek, N. Roshko, T. Škvorová, M. Kučerová
Pracoviště:	Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3.LF UK Thomayerova nemocnice
Přednosta:	prof. MUDr. Petr Havránek, CSc.
Anotace:	<p>Úvod a cíl studie: Poranění jater dělí AAST (American Association for the Surgery of Trauma) do 6 stupňů závažnosti na základě CT vyšetření. V našem klinickém souboru jsme pozorovali i pacienty s poúrazovou elevací transamináz (ALT, AST) bez ložiskového nálezu při USG či CT vyšetření. Cílem studie je zhodnocení elevace transamináz jako markerů poranění jater u pacientů s normálním UZ i CT nálezem.</p> <p>Pacienti a metody: Do retrospektivní studie byli zařazeni pacienti léčení na našem pracovišti s diagnózou kontuze břicha, u kterých byla zjištěna dočasná elevace transamináz (AST, ALT) bez korelátu na zobrazovacích metodách (USG a CT vyšetření). Diagnóza byla stanovena na podkladě anamnézy, klinického vyšetření, laboratorního a zobrazovacího vyšetření. Sledovali jsme fyzikální nález na břiše, hodnoty transamináz při příjmu pacienta a časový interval, ve kterém došlo k jejich normalizaci. Pacienty jsme rozdělili do 2 skupin. V první skupině byli pacienti s monotraumatem jater a ve druhé skupině byli pacienti se sdruženým poraněním. Obě skupiny jsme dělili na pacienty s elevací jaterních transamináz bez USG či CT korelátu a na pacienty s pozitivním USG a CT vyšetřením. U všech pacientů bylo standardně provedeno vstupní laboratorní a USG vyšetření. CT vyšetření standardně u všech pacientů neprovádíme.</p> <p>Výsledky: Za sledované období 6 let (2008–2013) jsme ošetřili 1218 pacientů se zavřeným poraněním krajiny břišní. Z tohoto souboru byla u 87 pacientů zjištěna elevace transamináz. Ve skupině s monotraumatem jater (55 pacientů) byla u 50 pacientů (90,9 %) zjištěna elevace jaterních transamináz bez korelace s USG či CT nálezem poranění jater. Ve skupině pacientů se sdruženým poraněním (32 pacientů) došlo k elevaci transamináz s negativním USG korelátu u 15 (40,88 %) pacientů.</p> <p>Diskuze: K elevaci transamináz může dojít kromě úrazu i u zánětlivých onemocnění jater a žlučniku, u toxického poškození jater, defektem alfa 1 antitrypsinu, při autoimunitní hepatitidě, Wilsonově chorobě atd. K elevaci jaterních testů dochází i z extrahepatálních příčin např. u onemocnění štítné žlázy, celiakie či při svalových onemocněních atd.</p> <p>Při poranění břicha může docházet k elevaci jaterních transamináz i velice významně až desetinásobně, ačkoliv na USG vyšetření event. na CT vyšetření není zobrazena léze jaterní. Pokud po několika dnech dojde k normalizaci jedná se o úrazovou jaterní lézi nejmenšího stupně. V našem souboru jsme zjistili u 75 % pacientů s poraněním nadbříšku elevaci jaterních transamináz bez USG korelátu. CT vyšetření provádíme pouze u vybraných případů.</p> <p>Závěr: Navrhujeme zařadit pacienty s poúrazovou dočasnou elevací JT s negativním USG či CT korelátu jako jednotku nejnižšího stupně traumatického postižení jater.</p>

B26

Název: **Tupé poranenie brucha – kazuistika**

Autor: **Z. Góra, P. Vogel**

Pracoviště: Oddělení úrazové chirurgie FN sP Nové Zámky

Primář: MUDr. Peter Vogel

Anotace: V prednáške autori predkladajú stručnú charakteristiku a zhodnotenie-štatistiku tupých poranení brucha za ostatných 5 rokov na Oddelení úrazovej chirurgie FN sP Nové Zámky s úvahou o type ošetrenia poranenej sleziny. Prezentujú prípad tupého poranenia brucha s nálezom subkapsulárneho hematómu sleziny úspešne konzervatívne riešeného po dopravnej nehode u obézneho 51-ročného pacienta preukázaného a sledovaného sonograficky a CT.

B27

Název: **Konzervativní léčba poranění sleziny**

Autor: **J. Freiwald, P. Špiroch, J. Kovařík**

Pracoviště: Traumatologické oddělení FN Olomouc

Primář: doc. MUDr. Igor Čižmář, Ph.D.

Anotace: Obsahem sdělení je srovnání výsledků léčby poraněné sleziny dle typu poranění a následného terapeutického postupu (splenektomie, cílená embolizace intervenčním radiologem, observace bez chirurgického zákroku) se zaměřením na soubor konzervativně léčených poranění sleziny.

B

pá

Název: **Zráťové střelné poranění proximálního femoru – léčba a komplikace**

Autor: **S. Jelen, M. Šír, J. Demel, V. Ječmínek**

Pracoviště: Fakultní nemocnice Ostrava, Urgentní příjem

Přednosta / Primář: MUDr. Stanislav Jelen / doc. MUDr. Leopold Pleva, CSc.

Anotace: **Úvod:** Závažnost poranění kulovou střelou závisí kromě místa, které střela zasáhla, na její rychlosti, průměru, hmotnosti, deformační schopnosti při nárazu a eventuálně její rotaci kolem příčné osy při průniku tělem. Poškození organismu se může jevit jako průstřel, zástřel, postřel nebo nástřel. Průstřelem rozumíme poranění, při kterém střela vnikla do těla (vstřel) a pronikla jím navenek (výstřel). Spojnice mezi vstřelem a výstřelem je střelný kanál, který neodpovídá, podobně jako vstřel i výstřel, ráží střely. Rozlišujeme: a) Vlastní střelný kanál – bývá vyplněn sraženou a tekutou krví, popř. úlomky kostí. b) Vrstvu úrazové nekrózy – zasahuje do hloubky několika mm ve stěně vlastního kanálu. Je tvořena rozdrčenou tkání, která se stává častým sídlem infekce. c) Vrstvu molekulárního tkáňového otřesu – sahá do hloubky i více cm a je způsobená postranním účinkem pohybové energie střely. Při průniku tkáněmi, které obsahují vzduch nebo tekutinu, může tento postranní účinek způsobit náhlým zvýšením tlaku závažná poranění, popř. i poranění sousedních, přímo střelou nezasažených orgánů. Výstřel bývá zpravidla větší než vstřel. Příznačné pro výstřel je nálevkovité vytržení tkáni rozšiřující se ve směru letu střely, které je dobře patrné na kostech. Při střelné ráně je postižený ohrožen poraněním životně důležitých orgánů a infekcí. Střelné poranění nelze považovat za nekontaminované, protože teplota, na kterou se střela při vypálení rány a během svého letu zahřála, nestačí zničit choroboplodné zárodky na jejím povrchu.

Kazuistika: V prosinci roku 2011 jsme urgentně operovali nimroda, který byl za nejasných okolností poraněn kulovou střelou v oblasti proximálního stehna vpravo. Utrpěl rozsáhlou zráťovou tříštivou zlomeninu proximálního femoru se závažným poraněním měkkých tkání a hemorrhagickým šokem. Primární ošetření zahrnovalo debridement, podvaz hluboké stehenní tepny, naložení zevního fixátoru a fasciotomie. V průběhu dalších dvou let se pacient podrobil řadě operačních výkonů, které zahrnovaly úpravy osteosyntézy, reosteosyntézu, extrakci osteosyntetického materiálu, léčbu osteomyelitidy a léčbu pakloubu subtrochanterické oblasti femoru. V současnosti je pacient se zavedeným hřebem PFN bez známek infektu, rehabilituje chůzi u berlích, významný zkrat končetiny je kompenzován ortopedickou obuví.

Diskuse: Traumatolog, který ošetřuje střelné poranění měkkých tkání a skeletu, musí provést pečlivě odůvodněná rozhodnutí založená na znalosti procesů, které tento typ zranění provází. Stav měkkých tkání a charakter zlomeniny jsou klíčové faktory. Cílem je zachování zdravých tkání a pečlivé odstranění tkání avitálních. Přesto jsou tato poranění zatížena vysokým procentem vzniku stafylokokové osteomyelitidy, způsobené často rezistentními kmeny.

Závěr: V souvislosti se zvyšujícím počtem střelných zbraní a s narůstající závažnou trestnou činností souvisí i postupný nárůst počtu střelných poranění. Přestože jsou tato závažná zranění zatím stále relativně vzácná, je nutné znát zásady jejich ošetřování a být připraven na časté komplikace léčby. Podmínkou je nejen dostatečné přístrojové vybavení, ale i zkušenosti v poskytování traumatologické péče.

Literatura

1. Rowley DI. The management of war wounds involving bone. *J Bone Joint Surg [Br]* 1996;78-B:706-9.
2. Thoresby FP, Darlow HM. The mechanism of primary infection of bullet wounds. *Br J Surg* 1967;54:359-61.
3. Rossiter ND. Ballistic femoral fractures. *J Bone Joint Surg [Br]* 1996;78-B:Suppl II and III:134.
4. Rossiter ND. Contamination of high energy transfer ballistic femoral fractures. *J Bone Joint Surg [Br]* 1996;78-B:Suppl II and III:165.
5. Bowyer GW, Brown M, Marsicano J, Burgess AR. Civilian gunshot wounds to the limbs: patterns of injury. *Injury* 1995;26:135.
6. Coupland RM. *War wounds of limbs: surgical management*. Oxford, Butterworth Heineman, 1993.
7. Bowyer GW, Rossiter ND. Management of gunshot wounds of the limb. *J Bone Joint Surg [Br]* 1997;1031-1035.

B29Název: **Komplikace osteosynthesy distálního radia a jejich řešení**Autor: **R. Kebrle**

Pracoviště: Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie

Primář: MUDr. Alena Schmoranzová

Anotace:

B30Název: **Přední luxace kolene**Autor: **M. Dobiášek, M. Švorcová, R. Bousek**

Pracoviště: Chirurgické oddělení Nemocnice Boskovice

Primář: MUDr. Radek Bousek

Anotace: Luxace kolenního kloubu patří mezi raritní, závažné až devastující poranění, které může být způsobeno vysoko i nízkoenergetickým násilím. Velmi často je spojeno s poraněním ligamentózního aparátu kolene. Luxace kolene se dělí podle směru vykloubení periferní části na přední, zadní, laterální, mediální a posterolaterální. Schenckova klasifikace rozděluje podle počtu poraněných vazů do 5 stadií. Až 50 % luxací se může spontánně zreponovat během transferu do zdravotnického zařízení a může tak dojít k podhodnocení tíži poranění. Diagnostika zahrnuje mechanismus úrazu, klinický nález a rentgenologické vyšetření, které by mělo vést k co nejvčasnější repozici a následně revizi, či stabilizaci dle stupně poranění.

Angiografie při tomto poranění je metodou volby, je indikována vždy a urgentně při podezření na arteriální poranění. Angiografie s ošetřením tepny by měla být provedena nejpozději do 6 hodin od úrazu.

Mezi časté komplikace patří poranění skeletální či poškození nervově cévního svazku. K pozdním komplikacím řadíme ztuhlost, omezení hybnosti, rozvoj artrózy – gonartrozy, instabilita, léze peroneálního nervu a také cévní limitace (jako klaudikace, kožní změny, svalová atrofie). Toto poranění může být invalidizující.

V naší kazuistice bychom chtěli poukázat na závažnost otevřené přední luxace kolenního kloubu u pacientky K.M. nar. 1955. Při primárním ošetření provedena urgentní repositice luxace a revize poranění s nálezem kompletní instability kolene bez známek arteriálního či nervového poranění. Byla provedena CT angiografie dolních končetin s nálezem subadventiciální ruptury a. poplitea s akutní ischemií. Na vyšším pracovišti řešeno supra-infra popliteálním reverzním žilním bypassem, včetně fasciotomie pro rozvinutý kompartment syndrom. Na našem oddělení dále rozvoj parestesii ponožkového typu a anestesii na periférii, neurologicky leze n. tibialis a n. peroneus, pravděpodobně v důsledku ischemie při kompartment syndromu. Pro terapii vzniklých defektů byla použita podtlaková terapie a následně k zakrytí defektu Tierschova plastika. Zahájena rehabilitace kolene a hlezna, s přetrváváním peroneální léze. Po zhojení kůže následuje stabilizace kolenního kloubu.

Klíčová slova: luxace kolene, kolenní vazy, arteria poplitea, peroneální léze

B31

Název:	Novinky v klasifikaci poranění thorakolumbalní páteře
Autor:	M. Krტიčka, V. Mužík, A. Bilík
Pracoviště:	Klinika úrazové chirurgie FN Brno
Přednosta:	doc. MUDr. Michal Mašek, CSc.
Anotace:	Autoři sdělení si kladnou za cíl seznámit odbornou veřejnost s novinkami v AO klasifikaci poranění thorakolumbální páteře, která přináší výrazné zjednodušení a z něj vyplývající jasná indikační kritéria ke konzervativní a operační léčbě.

B32

Název:	Floating shoulder - kazuistika
Autor:	A. Banas, K. Orlovský, L. Štefánek, A. Bodnár
Pracoviště:	Oddelenie úrazovej chirurgie FNŠP Žilina
Primář:	MUDr. Karol Orlovský, PhD.
Anotace:	„Plávající rameno“ je definované ako ipsilaterálna zlomenina diafýzy klúčnej kosti a krčku lopatky s možnou pridruženou léziou ligamentózneho aparátu ramenného pletenca. Raritné avšak závažné poranenie s možným funkčným dôsledkom na ramenný kĺb, ktoré vyžaduje individuálny prístup. Prezentujeme prístup a výsledok u pacienta s diagnózou floating shoulder.

B33

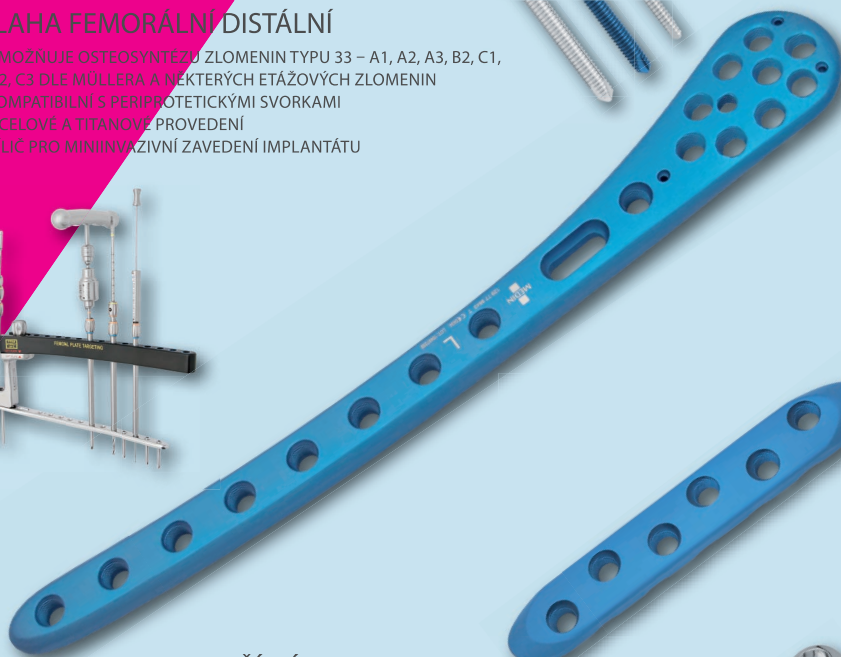
Název:	Zadní přístup při řešení zlomenin distálního bérce
Autor:	P. Janata, M. Sirový, J. Kovář
Pracoviště:	Chirurgické oddělení Oblastní nemocnice Jičín
Primář:	MUDr. Miroslav Sirový
Anotace:	Autor prezentuje zadní přístup k TC kloubu jako optimální pro řešení dorzální luxace talu. Optimální pro řešení odlomení zadní hrany tibie a souběžné ošetření fibuly. Méně vhodné pro řešení zlomenin distálního bérce a pilonu tibie. Umožňuje exaktní repozici, stabilní osteosyntézu podpůrnou dlahou zadní hrany, osteosyntézu fibuly, minimalizuje ranné komplikace. Suverénní indikací je inveterovaná zadní luxace talu u nestabilních trimeleolárních zlomenin.

IMPLANTÁTY A NÁSTROJE PRO TRAUMATOLOGII

MEDIN[®]
ve vašich rukou

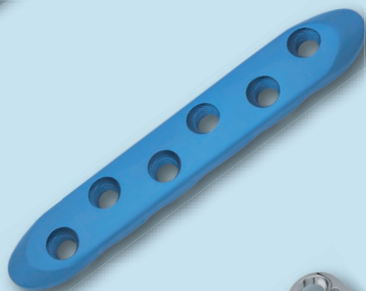
DLAHA FEMORÁLNÍ DISTÁLNÍ

- ▶ 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



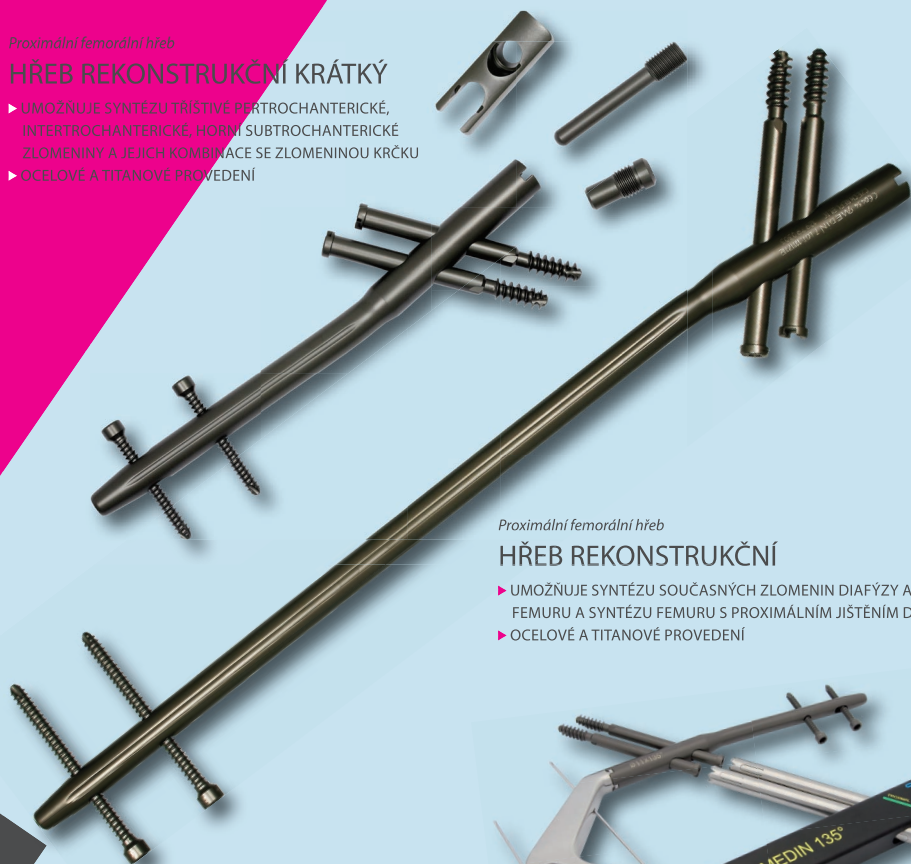
IMPLANTÁTY A NÁSTROJE PRO TRAUMATOLOGII

MEDIN[®]
ve vašich rukou

Proximální femorální hřeb

HŘEB REKONSTRUKČNÍ KRÁTKÝ

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



Proximální femorální hřeb

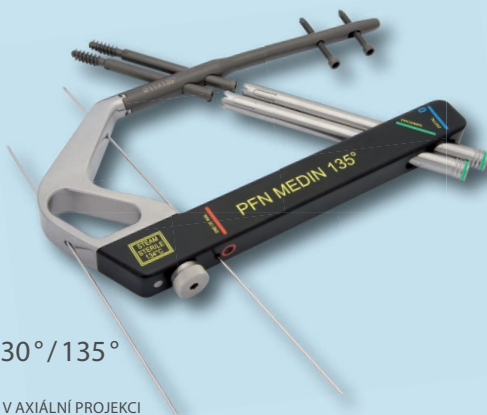
HŘEB REKONSTRUKČNÍ

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

Cílič pro proximální femorální hřeb

CÍLIČ PFN MEDIN 130° / 135°

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



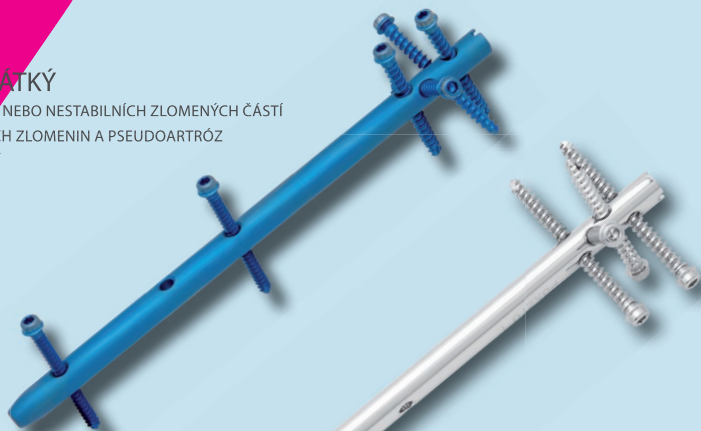
IMPLANTÁTY A NÁSTROJE PRO TRAUMATOLOGII

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

- ▶ ANATOMICKY TVAROVANÉ
- ▶ TVAR HLAVY RESPEKTUJÍCÍ WATERSHED LINE
- ▶ ZVÝŠENÁ PEVNOST DLAH
- ▶ MINIMÁLNÍ PROTRUZE HLAVIČEK ŠROUBŮ
- ▶ NOVÉ PRŮMĚRY ŠROUBŮ 2,4 A 2,7 MM
- ▶ TITANOVÉ PROVEDENÍ



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