

**S B O R N Í K P Ř E D N Á Š E K**

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

10.–11. KVĚTNA 2018  
NOVÉ MĚSTO NA MORAVĚ  
SKALSKÝ DVŮR

## Zevní fixátory

### 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.



Vážení účastníci „XX. Setkání českých a slovenských chirurgů na Moravě“, předkládáme Vám již dvacátý Sborník přednášek v naději, že bude vhodnou a Vámi vítanou pomůckou pro orientaci v odborném programu tohoto jubilejního ročníku.

Položíme-li všech dvacet Sborníků na sebe, vytvoříme jím docela objemnou knihu, obsahující čtyřmístné číslo počtu přednášek, které čteny a studovány v časové posloupnosti zcela objektivně a realisticky vyjadřují a zobrazují vývoj a rozvoj české a slovenské chirurgie za posledních 22 roků.

Proto si na tomto místě dovoluujeme poděkovat všem aktivním účastníkům ročníků minulých i tohoto letošního – jubilejního.

Za organizátory

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 a SČHS, člen čestné rady výboru ČCHS*



# XX. setkání českých a slovenských chirurgů na Moravě

XX. Setkání českých a slovenských chirurgů na Moravě 2018 se koná pod záštitou ministra zdravotnictví České republiky Mgr. Et Mgr. Adama Vojtěcha.

Mezinárodní sympozium se koná pod garancí Výboru České chirurgické společnosti, České lékařské společnosti J.E. Purkyně, Výboru Slovenskej chirurgickej spoločnosti, Výboru České společnosti pro úrazovou chirurgii ČLS JEP, Výboru Slovenskej spoločnosti pre úrazovú chirurgiu, Výboru české společnosti chirurgie ruky a Výboru Slovenskej spoločnosti chirurgie ruky.

## POŘADATELÉ

ČESKÁ CHIRURGICKÁ SPOLEČNOST ČESKÉ LÉKAŘSKÉ SPOLEČNOSTI J. E. PURKYNĚ  
SLOVENSKÁ CHIRURGICKÁ SPOLOČNOSŤ  
ČESKÁ SPOLEČNOST PRO ÚRAZOVOU CHIRURGII ČLS JEP  
SLOVENSKÁ SPOLOČNOSŤ PRE ÚRAZOVÚ CHIRURGIU  
ČESKÁ SPOLEČNOST CHIRURGIE RUKY  
SLOVENSKÁ SPOLOČNOSŤ 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

prof. MUDr. Zdeněk Kala, CSc.	<i>Předseda České chirurgické společnosti ČSL JEP</i>
prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc.	<i>Emeritní předseda České chirurgické společnosti ČSL JEP</i>
prof. MUDr. Jozef Radoňák, CSc.	<i>prezident Slovenskej chirurgickej spoločnosti</i>
doc. MUDr. Karel Havlíček, CSc.	<i>člen Revizní komise výboru České chirurgické společnosti ČLS JEP</i>
doc. MUDr. Igor Čižmář, Ph.D.	<i>předseda výboru České společnosti pro úrazovou chirurgii a člen výboru ČCHS</i>
prof. MUDr. Peter Šimko, CSc	<i>Člen výboru Slovenskej spoločnosti pre úrazovú chirurgiu</i>
prim. MUDr. Alena Schmoranzová	<i>předseda České společnosti chirurgie ruky</i>
doc. MUDr. Silvia Vajcziková, Ph.D.	<i>předseda Slovenskej spoločnosti chirurgie ruky</i>
Ing. Milan Ettel	<i>generální ředitel MEDIN, a.s., Nové Město na Moravě</i>
Dr. Constantin hrabě Kinský	<i>zámek, Žďár nad Sázavou</i>
JUDr. Věra Palečková	<i>ředitelka Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.</i>

# XX. setkání českých a slovenských chirurgů na Moravě

## ORGANIZAČNÍ VÝBOR

MUDr. Jiří Šustáček

prim. MUDr. Jiří Toman

MUDr. Roman Dvorský

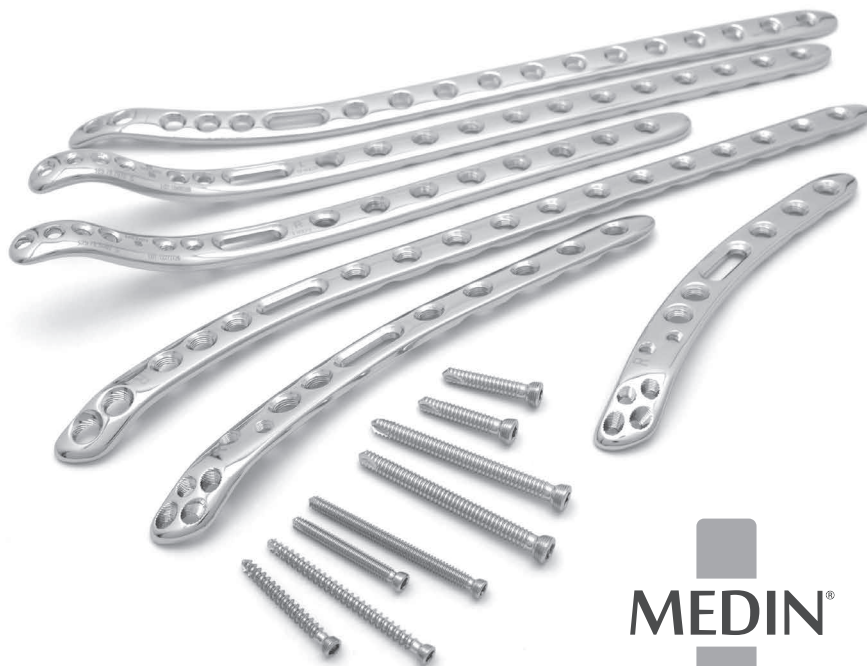
Milena Běhounková

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. Roman Dvorský	koordinátor sekce C MUDr. Radim Krejčí
---	--	---

ČTVRTEK 10. KVĚTNA 2018		
SEKCE A	SEKCE B	SEKCE C
<p>9.00–9.45 hodin  <b>sál A – ZAHÁJENÍ SETKÁNÍ</b>                      čestné předsednictvo  <b>Vyzvaná přednáška společná pro všechny sekce</b>                      pracovní předsednictvo: Š. Durdík, K. Havlíček, R. Krajničák, J. Mazuch, P. Pafko, J. Šustáček  <b>Křest knihy</b></p>		
předsednictvo: J. Brázdil, R. Krajničák, A. Prochotský, J. Toman,	předsednictvo: J. Bartoniček, R. Dvorský, L. Pleva, P. Šimko	předsednictvo: T. Hellmuth, D. Horáčková R. Lhotský, J. Paroulek, A. Schmoranzová
10.00–11.30 hodin <b>A1–A6</b>	10.00–11.30 hodin <b>B1–B6</b>	10.00–11.30 hodin <b>C1</b>
11.30–13.00 hodin přestávka, oběd	11.30–13.00 hodin přestávka, oběd	11.30–13.00 hodin přestávka, oběd
předsednictvo: Š. Durdík, K. Havlíček, P. Pafko	předsednictvo: I. Čizmář, J. Pilný, P. Nestrojil	předsednictvo: D. Kachlík, R. Krejčí, S. Vajcziková
13.00–14.30 hodin <b>A7–A10</b>	13.00–14.30 hodin <b>B7–B11</b>	13.00–14.45 hodin <b>C2–C8</b>
<p><b>KULTURNÍ PROGRAM</b>                      15.30 hodin – odjezd autobusů od hotelu                      od 16.00 volná prohlídka Síň rodáků                      17.00 evangelický kostel Jimramov</p>		<p>14.30–15.15 hodin – Krbový salonek  <b>WORKSHOP                      HŘEB FEMORÁLNÍ                      RETROGRÁDNÍ</b></p>
<p>20.00 hodin – hotel Skalský Dvůr  <b>SPOLEČENSKÝ VEČER</b></p>		

PÁTEK 11. KVĚTNA 2018	
SEKCE A	SEKCE B
předsednictvo: M. Mazal, J. Mazuch, J. Vlach	předsednictvo: J. Látal, T. Pešl, F. Vyhnaněk
9.00–11.30 hodin <b>A11–A18</b>	9.00–11.30 hodin <b>B12–B18</b>
<p>11.45 hodin – sál A – zakončení setkání</p>	

**Pro případné zájemce budou upraveny tenisové kurty – informace na recepci.**

9.00–9.45 **SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ – SÁL A**

## Vyzvaná přednášky

předsednictvo: Š. Durdík, K. Havlíček, R. Krajničák, J. Mazuch, P. Pafko, J. Šustáček

## Personální komunikace – pohled chirurga

P. Pafko

*III. chirurgická klinika 1. LF a FN Motol Praha*

## Křest knihy

### SEKCE A

10.00–11.30 **I. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE A**

předsednictvo: J. Brázdil, R. Krajničák, A. Prochotský, J. Toman

#### A1 **Appendix vermiformis – pohled morfologa**

D. Kachlík, T. Herma, V. Musil, D. Neumanová, V. van der Meijs, J. Pastor  
*Ústav anatomie 2. LF UK a 3. LF UK Praha*

#### A2 **Appendicitis acuta, nemoc mnoha tváří**

K. Havlíček  
*Chirurgická klinika Pardubická krajská nemocnice*

#### A3 **Appendicitis acuta – umenie palpácie**

V. Marek, J. Palaj, R. Donat, Š. Durdík  
*Klinika onkologickej chirurgie, OUSA Bratislava*

#### A4 **Tumory appendixu z pohledu patologa**

J. Brázdil  
*Patologicko-anatomické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě*

#### A5 **Chronická apendicitída mýtus alebo realita?**

Š. Durdík, M. Sabol, D. Dyttert, J. Palaj, R. Donát, V. Marek  
*Klinika onkologickej chirurgie LF UK a OUSA Bratislava*

#### A6 **Izolovaná torzia tuba uterina v gravidite imitujúca akútnu apendicitídu – kazuistika**

A. Prochotský, P. Levčík  
*II. chirurgická kl. LF UK a UN Bratislava*

11.30–13.00 **přestávka, oběd**

13.00–14.30 **II. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE A**

předsednictvo: Š. Durdík, K. Havlíček, P. Pafko

**A7 Akútna apendicitída ako prvý prejav Crohnovej choroby**

R. Krajničák, A. Vrzgula, V. Pribula, T. Vasilenko, M. Mýtnik  
*Chirurgická klinika UPJŠ LF Nemocnica Košice-Šaca a.s. 1.súkromná nemocnica,  
 člen skupiny AGEL*

**A8 Neobvyklé onemocnění appendixu – mucocela – kazuistiky**

J. Vlach, M. Švorcová, S. Krejsta  
*Nemocnice Boskovice, chirurgické odd., III. chirurgická klinika FN Praha-Motol,  
 Nemocnice Blansko JDP*

**A9 SILS apendektómia pri liečbe akútnej apendicitídy – naše skúsenosti**

T. Vasilenko, A. Vrzgula, V. Pribula, R. Krajničák, M. Mýtnik  
*Chirurgická klinika UPJŠ LF, Nemocnica Košice – Šaca a.s. 1.súkromná nemocnica,  
 člen skupiny AGEL*

**A10 Laparoskopická apendektómia - naše 10 ročné skúsenosti**

Š. Čičel, P. Brunčák  
*Chirurgické oddelenie, VŠNsP Lučenec*

16.00–18.30 **KULTURNÍ PROGRAM**20.00 **SPOLEČENSKÝ VEČER – HOTEL SKALSKÝ DVŮR**



Název:	<b>Appendix vermiformis – pohled morfologa</b>
Autor:	<b>D. Kachlík, T. Herma, V. Musil, D. Neumanová, V. van der Meijs, J. Pastor</b>
Pracoviště:	Ústav anatomie 2. LF UK a 3. LF UK Praha Katedra zdravotnických oborů VŠPJ Jihlava
Přednosta:	prof. MUDr. David Kachlík, Ph.D.
Anotace:	<p><b>Grantová podpora: Progres Q37</b></p> <p>Appendix vermiformis neboli červovitý přívěsek slepého střeva přitahuje pozornost anatomie, histologů, embryologů, imunologů a chirurgů již po staletí. Ačkoli jeho morfologie není příliš složitá, vymyká se v několik hlediscích z obecné představy o tlustém střevě. Zaprvé není jasná jeho funkce, zadruhé jeho fylogenetický význam a zatřetí důvod výrazné přítomnosti mízní tkáně. Rovněž jeho nestálá poloha a proměnlivá délka vyvolávají diagnostické obtíže. Úzké mízní propojení s vaječníkem při pánevní poloze zase hrozí nebezpečím šíření zánětu. Naopak jeho cévní zásobení a průměr jsou velmi konstantní. Toto sdělení přibližuje zevrubně všechna zmíněná hlediska.</p>

**A2**

Název: **Appendicitis acuta, nemoc mnoha tváří**

Autor: **K. Havlíček**

Pracoviště: Chirurgická klinika Pardubická krajská nemocnice

Přednosta: doc. MUDr. Jiří Šiller, Ph.D.

**Anotace:** Zdá se, že není nic jednoduššího, než laický pohled na akutní appendicitidu, jako na zcela banální onemocnění. Platí to i o appendektomii, kterou umí provést snad každý. Málokdy si to myslí však někdo z těch, kteří ji sami diagnostikují a operují. Typický průběh toto onemocnění je klasickým případem pro učebnice náhlých příhod břišních. Z plného zdraví nastupující bolest v epigastriu nebo v celém břiše, rozvinutá za 12–24 hodin, stěhující se do pravého podbříšku, provázená nauzeou, zvracením, mírným, vzestupem teplot, axilorektálním rozdílem, tachykardií a narůstajícími hodnotami zánětlivých markerů. Někdy i s poruchou pasáže, jak se zástavou větrů, tak s průjmy, zvláště u dětí. Průběh bývá velmi často zcela jiný. Mnoho onemocnění má velmi podobné příznaky. Patří k nim gastroenteritida, mesenteriální lymfadenitida, perforace gastroduodenálního vředu, akutní cholecystitida, akutní pankreatitida, akutní adnexitida, ruptura mimoděložního těhotenství, pravostranná renální kolika, torze či ruptura cysty ovaria, zánět Meckelova divertiklu, Crohnova choroba, diabetes mellitus, infarkt myokardu, pneumonie, pleuritida, neurologické choroby, intoxikace. Zcela jiný průběh vidíme u kojenců, batolat, v dětském věku, u mladistvých, dospělých a starých lidí. Zvláště obtížná je diagnostika v těhotenství. Průběh tohoto onemocnění závisí na poloze apendixu. Laterocekální, retrocekální, pelvic-ké, subcekální, subhepatální, mediocekální a dalších polohách. I komplikace v těchto situacích vzniklé mají svůj charakteristický a rozmanitý průběh. Stanovit správnou diagnózu a nalézt optimální řešení nemusí být vždy tak snadné, jak se obvykle může zdát. Svědčí o tom stále se vyskytující komplikace, někdy i s fatálním koncem. Zvolené operace, prováděné stále častěji laparoskopicky, ale i přetrvávajícím klasickým způsobem, mají své přednosti, nedostatky a rizika. K nim se vyjadřují i připojené kasuistiky..

**A3**

Název: **Appendicitis acuta – umenie palpácie**

Autor: **V. Marek, J. Palaj, R. Donat, Š. Durdík**

Pracoviště: Klinika onkologickej chirurgie, OUSA Bratislava

Přednosta: prof. MUDr. Štefan Durdík, PhD. MHA

**Anotace:** Autor vo svojej prezentácii predstavuje a analyzuje všetky v súčasnosti známe palpačné vyšetrenia pri akútnej apendicitíde. Pokúša sa poukázať na dôležité detaily pri jednotlivých palpačných vyšetreniach a stanoviť ich efektivitu. V závere popisuje vlastné palpačné vyšetrenie, ktorého efektivita sa overila vlastnou chirurgickou praxou autora.

Název:	<b>Tumory apendixu z pohledu patologa</b>
Autor:	<b>J. Brázdil</b>
Pracoviště:	Patologicko-anatomické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě
Primář:	MUDr. Jan Brázdil
Anotace:	Autor ve svém sdělení prezentuje přehled tumorů apendixu diagnostikovaných na patologicko-anatomickém oddělení Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace, v posledních 12 letech. Nejčastějším tumorem apendixu je karcinoid. Ostatní tumory se vyskytují raritně. Prezentována je i platná WHO klasifikace nádorů apendixu.

## A5

Název: **Chronická apendicitída mýtus alebo realita?**

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

Pracovište: Klinika onkologickej chirurgie LF UK a OÚSA Bratislava

Přednosta: prof. MUDr. Štefan Durdík, PhD. MHA

**Anotace:** Chronická apendicitída je kontroverznou klinickou aj diagnostickou témou. Incidencia akútnej apendicitídy je v západných krajinách približne 90–100 na 100 000 obyvateľov ročne. Incidencia chronickej je udávaná približne u 1,5%–5% prípadov operovaných pre akútnu apendicitídu. Tieto údaje však neposkytujú spoľahlivú hodnotu. Na rozdiel od akútnej apendicitídy je patofyziológia chronickej málo známa. Definícia chronickej apendicitídy je väčšinou udávaná ako menej závažná, takmer nepretržitá bolesť trvajúca dlhšie ako typické 1–2 dňové obdobie, veľmi často týždne, mesiace až roky. Za príčinu chronickej apendicitídy je považovaná tranzitórna alebo parciálna perzistentná obštrukcia lumenu appendixu v dôsledku nadprodukcie hlienu, koprolitov, tumorov, lymfoidnej hyperplázie, cudzích telies alebo zalamovaniu appendixu v dôsledku anatómie. Dochádza k nahromadeniu sekrétov, ktoré sa po čase spontánne evakuujú do lumenu céka. V histopatologickom obraze je často popisovaná infiltrácia lymfocytmi a eozinofilmi, fibróza a fibrózna obliterácia lumenu, granulomatózne reakcie alebo obrovskobunkové reakcie na cudzie telesá. Viacerí autori sa prikláňajú k názoru, že uvedené zmeny vznikajú sekundárne po prekonanej akútnej alebo recidivujúcej apendicitíde. Fibrózna obliterácia môže byť tiež spôsobená prirodzenou involúciou appendixu. Len malý počet pacientov s klinickým priebehom chronickej apendicitídy má zmeny v histopatológii konzistentné s vyššie uvedenou patológiou. Na druhej strane je nález chronických zápalových zmien prítomný aj u časti pacientov po apendektómii pri operačných revíziách z iných príčin. Publikované dáta na tému chronickej apendicitídy obsahujú len malé retrospektívne série pacientov. Pri spätnej analýze bolo možné u väčšiny pacientov v anamnéze identifikovať jeden alebo viac atakov akútnej apendicitídy, ktorá spontánne odznela. Vzhľadom na to, sa javí chronická apendicitída viac ako dôsledok prekonanej akútnej apendicitídy než ako samostatná klinická diagnóza. Diagnostika môže byť veľmi problematická a pre často atypický klinický priebeh môže byť dlho prehliadaná. Oneskorené stanovenie diagnózy môže viesť k závažným komplikáciám. Preto je potrebné na chronickú apendicitídu myslieť v diferenciálnej diagnostike opakujúcich sa, alebo chronických bolestí pravého podbrušia.

Název:	<b>Izolovaná torzia tuba uterina v gravidite imitujúca akútnu apendicitídu – kazuistika</b>
Autor:	<b>A. Prochotský, P. Levčík</b>
Pracovište:	II. chirurgická klinika LF UK a UN Bratislava
Přednosta:	doc. MUDr. Augustín Prochotský, CSc.
Anotace:	<p>Torzia tuba uterina v gravidite je veľmi zriedkavou príčinou náhlejšej brušnej príhody (NBP). Hlavným klinickým prejavom je bolesť v dolnej polovici brucha, ale diagnóza sa väčšinou potvrdí až peroperačne. Izolovaná torzia tuby uteriny je ojedinelou príčinou náhlejšej brušnej príhody žien v reprodukčnom veku. Incidencia sa uvádza 1/1,5 milióna žien (1). Klinický náález, ale aj výsledky zobrazovacích vyšetrení môžu byť nejednoznačné. V rámci diferenciálnej diagnostiky najčastejšie prichádzajú do úvahy akútna apendicitída, alebo torzia ovária.</p> <p>Autori prezentujú prípad 34-ročnej pacientky v 26. týždni gravidity s bolesťami v pravom hypogastriu a príznakmi náhlejšej brušnej príhody. Peroperačne sa potvrdila torzia pravej tuby uteriny a chirurg následne urobil za kontroly gynekológom salpingektómiu a následne aj apendektómiu.</p> <p>Torzia tuby uteriny je zriedkavou, ale pozoruhodnou príčinou NBP u žien (2). Náález je obtiažne klinicky správne vyhodnotiť a väčšinou je potrebná operácia na stanovenie diagnózy. Presný mechanizmus, ktorý vedie k torzii tuby nie je známy. Ako príčiny sa uvádzajú vrodené anomálie, hydrosalpinx, hematosalpinx, cysty, neo-procesy, adhézie, predošlé chirurgické intervencie, zmeny okolitých orgánov. Riziko torzie stúpa v gravidite. Proces začína mechanickou obštrukciou venózneho systému adnex uvedenými príčinami, čo vedie ku kongescii, lokálnemu edému a následne k zväčšeniu tuby s parciálnou alebo kompletnou torziou (3). Hlavným príznakom torzie je bolesť v podbrušku, často spojená s nauzeou, zvracaním, prípadne urgentným močením. Klinickým nálezom je palpačná bolestivosť v podbrušku s, alebo aj bez príznakov podráždenia peritonea, niekedy môže byť hmatná neurčitá rezistencia. Laboratórny náález je väčšinou nešpecifický, môžu byť zvýšené zápalové markery. Pacientka môže mať zvýšenú teplotu.</p> <p>Sonografický náález býva nešpecifický, obzvlášť počas gravidity, kedy je obtiažnejšie oblasť adnex vizualizovať. Najčastejším nálezom je cystický útvar v oblasti podbruška, prípadne náález voľnej tekutiny, v literatúre sa uvádza aj význam Dopplerovského USG vyšetrenia. Magnetická rezonancia, alebo CT vyšetrenie môže tiež prispieť k diagnostike stavu. V gravidite však CT nie je vhodnou zobrazovacou metódou.</p> <p>Izolovaná torzia tuba uterina v gravidite je zriedkavou príčinou urgentnej chirurgickej intervencie. Treba však na ňu myslieť v rámci diferenciálnej diagnostiky akútnej bolesti podbruška, najmä u pacientiek s predispozičnými faktormi, pretože rýchly manažment a liečba sú predpokladom ďalšieho nekomplikovaného priebehu pre matku aj plod (4, 5).</p> <p><b>Kľúčové slová:</b> tuba uterina, torzia, gravidita, náhla brušná príhoda</p> <p><b>Literatúra</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Nanda, S., Walecha, N., Singh, R.B., Fallopiian tube torsion: A case series. <i>Journal of Gynecologic Surgery</i> 22(4):157</li> <li>Batukan, C., Ozgun, M.T., Turkyilmaz, C., Isolated torsion of the fallopiian tube during pregnancy: a case report. <i>J Reprod Med</i> 2007. Aug, 52(8): 745-747</li> <li>Omer, Y., Hikmet, H., Sinan, Z., Isolated torsion of fallopiian tube during pregnancy: report of two cases, <i>European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology</i> 1997. Aug, 74 (2): 179-182</li> <li>Ouassour, S., Hassan, M., Tazi, Z., Beza, R., Fallopiian Tube Torsion in Pregnancy: An Uncommon Event. <i>Clinical and Medical Case Reports</i> 2017. Jan, 7(1) 14-18</li> <li>Ito, F., Tatsumi, H., Takahata, A., Yamada, S., Kusuki, I., Kitawaki, J., Isolated fallopiian tube torsion diagnosed and treated with laparoscopic surgery: A case report. <i>Gynecology and Minimally Invasive Therapy</i> 2017. May, 6 (2): 89-91</li> </ol>

**A7**

Název: **Akútna apendicitída ako prvý prejav Crohnovej choroby**

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

Pracovište: Chirurgická klinika UPJŠ LF Nemocnica Košice-Šaca a.s. 1. súkromná nemocnica, člen skupiny AGEL

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

Anotace: Crohnova choroba (CD) je chronické nešpecifické zápalové ochorenie tráviaceho traktu s typickým segmentálnym alebo multisegmentálnym postihnutím, ktoré postihuje hlavne oblasť terminálneho ilea. Liečba CD je prevažne konzervatívna. Chirurgická liečba nastupuje pri zlyhaní konzervatívnej liečby, alebo pri komplikáciách ochorenia. Zriedkavo sa ochorenie prezentuje prvýkrát pod obrazom náhlej príhody brušnej. Autori prezentujú skúsenosti pracoviska s chirurgickou liečbou CD a demonštrujú prípady pacientov s prvými prejavmi ochorenia operovaných pod obrazom akútnej apendicitídy. Ponúkajú viacero možností riešenia, no vzhľadom na bohaté skúsenosti s liečbou CD autori preferujú pri náleze terminálnej ileitídy resekčný výkon zápalom postihnutého úseku čreva s primárnou anastomózou. Tento postup konfrontujú s odporúčaniami Európskej organizácie pre Crohnovu chorobu a ulceróznou kolitídu (ECCO). V závere poukazujú na benefity prvej resekcie pre pacientov a zdôrazňujú nutnosť multiodborovej spolupráce.

**A8**

Název: **Neobvyklé onemocnění appendixu – mucocele – kazuistiky**

Autor: **J. Vlach, M. Švorcová, S. Krejsta**

Pracovište: Nemocnice Boskovice, chirurgické odd., III. chirurgická klinika FN Praha-Motol, Nemocnice Blansko JDP

Primář: MUDr. Radek Bousek

Anotace: Autoři se v poslední době opakovaně setkali s méně obvyklým akutním onemocněním appendixu – mucocele appendicis. Po teoretické části prezentují 3 kazuistiky onemocnění s chirurgickým řešením.

Název:	<b>SILS apendektómia pri liečbe akútnej apendicitídy – naše skúsenosti</b>
Autor:	<b>T. Vasilenko, A. Vrzgula, V. Pribula, R. Krajničák, M. Mýtnik</b>
Pracovište:	Chirurgická klinika UPJŠ LF, Nemocnica Košice – Šaca a.s. 1. súkromná nemocnica, Člen skupiny AGEL
Přednosta:	MUDr. Andrej Vrzgula, PhD.
Anotace:	<p>Akútna apendicitída patrí medzi najčastejšie náhle príhody brušné. Ochorenie sa prejavuje zväčša sériou klinických príznakov a patologickým laboratórnym nálezom, avšak môže prebiehať aj veľmi atypicky. Pri diagnostike akútnej apendicitídy sa väčšina chirurgov bezpochybne rozhoduje na základe dôkladne odobratej anamnézy a klinického nálezu.</p> <p>Liečba akútnej apendicitídy je primárne chirurgická a spočíva v apendektómii s toaletou dutiny brušnej a prípadnou drenážou. Apendektómiu je možné vykonať klasickým alebo miniinvazívnym prístupom, v závislosti od skúseností a technickej vybavenosti chirurgického pracoviska. Rozvojom miniinvazívnej chirurgie sa laparoskopická apendektómia stala štandardným chirurgickým výkonom. V snahe o minimalizáciu operačnej traumy a vylepšenie kozmetického efektu dochádza koncom 20. storočia k rozvoju nových techník využívajúcich prístup cez prirodzené otvory – NOTES (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery), alebo metódy využívajúce jeden port, respektíve jednu incíziu, ako je napríklad SILS (Single Incision Laparoscopic Surgery). Na našom pracovisku sa akútne apendicitídy od roku 1996 riešia takmer výhradne miniinvazívne, a to štandardnou viacportovou laparoskopiou. Od novembra 2009 sa miniinvazívne postupy rozšírili o SILS apendektómiu.</p> <p>Cieľom autorov je prezentácia ich skúseností so SILS apendektómiou a jej porovnanie so štandardnou laparoskopickou apendektómiou. Autori prezentujú retrospektívnu analýzu pacientov s akútnou apendicitídou operovaných v období od 01. 11. 2009 do 31. 12. 2017 na Chirurgickej klinike UPJŠ LF v Nemocnici Košice-Šaca a.s. V tomto období autori operovali 116 pacientov, z toho 47 pacientov SILS metódou. V súbore bolo 26 mužov a 21 žien s priemerným vekom 37,13 roka (18–80) a priemerným BMI 26,3 kg/m<sup>2</sup> (18–47,1). Priemerný operačný čas bol 54,81 minút (30–100). Dĺžka pooperačnej hospitalizácie bola 3,83 dňa (2–6). U troch pacientov sme zaznamenali absces v rane. Jedného pacienta bolo nutné reoperovať pre pericekálny abscedovaný hematóm. Herniu v jazve sme zaznamenali u jedného pacienta.</p> <p>Naše výsledky sú porovnateľné s údajmi v zahraničnej odbornej literatúre a potvrdzujú, že SILS apendektómia je bezpečnou a vhodnou alternatívou štandardnej laparoskopie. Medzi výhody SILS patrí menšia pooperačná bolesť, menej ranových komplikácií, kratšia doba hospitalizácie, rýchlejšia rekonvalescencia a v neposlednom rade aj lepší kozmetický efekt tejto metódy. SILS je však technicky náročnejšia metóda a vyžaduje chirurga so skúsenosťami v laparoskopickej chirurgii.</p> <p><b>Kľúčové slová:</b> apendektómia, laparoskopia, SILS</p>

**A10**

Název: **Laparoskopická apendektómia – naše 10 ročné skúsenosti**

Autor: **Š. Čičel, P. Brunčák**

Pracovište: Chirurgické oddelenie, VŠNsP Lučenec

Primár: MUDr. Peter Brunčák

Anotace: Aj keď incidencia appendicitíd poklesla, respektívne počet apendektómii, akútna appendicitída je najčastejšia indikácia k akútnej operácii vo všeobecnej chirurgii, apendektómia je 3. najčastejšie vykonávaný operačný výkon po operáciách hernií a cholecystektómiach. V našej práci sme zhodnotili vývoj a podiel laparoskopickej apendektómie na chirurgickom oddelení v Lučenci za obdobie posledných 10 rokov. Evidujeme postupný pokles celkového počtu apendektomií, avšak podiel laparoskopicky prevedených apendektomií dosahuje takmer 100%. Kým klesá celkový počet apendektomií, počet perforovaných a gangrenozných nálezov sa nemení.



# Periprotetické poškození femuru



## Indikace

- pro periprotetické poškození femuru
- pro periprotetické zlomeniny diafýzy femuru typu:  
Vancouver B  
Vancouver C
- pro zlomeniny u intramedulárních implantátů

## Systém je tvořen z těchto implantátů



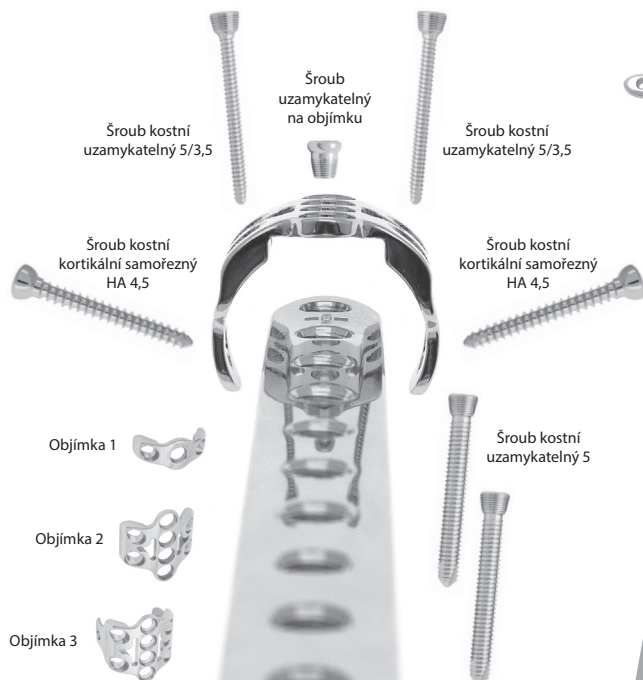
Dlaha přímá úhlově stabilní



Dlaha femorální proximální



Dlaha femorální distální



MEDIN, a.s.  
Vlachovická 619  
Nové Město na Moravě  
592 31  
Czech Republic  
IČ 43378030  
DIČ CZ43378030

[www.medin.cz](http://www.medin.cz)  
[www.medin.eu](http://www.medin.eu)

## SEKCE B

10.00–11.30 **I. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE B**

předsednictvo: J. Bartoníček, R. Dvorský, L. Pleva, P. Šimko

**B1 Anatomie distálního femuru**

J. Bartoníček

*Klinika ortopedie 1. LF UK a ÚVN Praha*

**B2 Komplikace zlomenin distálního femuru – implantát versus principy**

J. Bartoníček

*Klinika ortopedie 1. LF UK a ÚVN Praha*

**B3 Zlomeniny distálního femuru – rizika a možné komplikace**

P. Nestrojil, M. Krτίčka

*Klinika úrazové chirurgie LF MU a TC FN Brno – Bohunice*

**B4 Poranění arteria poplitea při zlomeninách a luxacích v oblasti kolena**

P. Klóč, P. Kováč

*Oddelenie úrazovej chirurgie, Prešov*

**B5 Problematika léčby skeletálních poranění distálního femuru u dětí**

M. Kučerová, T. Peší, P. Havránek

*Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a TN Praha*

**B6 Radiologie zlomenin hlezna**

J. Bartoníček, A. Chochola

*Klinika ortopedie 1. LF UK a ÚVN Praha*

11.30–13.00 **přestávka, oběd**

13.00–14.30 **II. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE B**

předsednictvo: I. Čizmář, J. Pilný, P. Nestrojil

**B7 Zadní přístupy k proximální tibii – „cost / benefit“**

I. Čizmář, R. Vinter

*Traumatologická klinika UP a FN Olomouc*

**B8 Hřebování proximální tibie**

K. Holub, A. Křiváček, P. Kopačka

*Oddělení úrazové chirurgie Nemocnice České Budějovice*

**B9 Zlomeniny tuberositas tibiae u dětí**

M. Čepelík, T. Peší, P. Havránek

*Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a Thomayerovy nemocnice Praha***B10 Funkční výsledky po operovaných zlomeninách distálního radia dlahou MEDIN**

J. Pilný, R. Krejčí

*Nemocnice Nové Město na Moravě, ortopedické oddělení, chirurgické oddělení***B11 Zlomeniny dětského karpu**

A. Křiváček, K. Holub, P. Kopačka

*Oddělení úrazové chirurgie Nemocnice České Budějovice, a. s.*16.00–18.30 **KULTURNÍ PROGRAM**20.00 **SOPEČENSKÝ VEČER – HOTEL SKALSKÝ DVŮR**

**B1**Název: **Anatomie distálního femuru**Autor: **J. Bartoniček**

Pracoviště: Klinika ortopedie 1. LF UK a ÚVN Praha

Přednosta: prof. MUDr. Jan Bartoniček, DrSc.

Anotace: -

**B2**Název: **Komplikace zlomenin distálního femuru – implantát versus principy**Autor: **J. Bartoniček**

Pracoviště: Klinika ortopedie 1. LF UK a ÚVN Praha

Přednosta: prof. MUDr. Jan Bartoniček, DrSc.

Anotace: -

**B3**Název: **Zlomeniny distálního femuru – rizika a možné komplikace**Autor: **P. Nestrojil, M. Krtička**

Pracoviště: Klinika úrazové chirurgie LF MU a TC FN Brno – Bohunice

Přednosta / Primář: doc. MUDr. Michal Mašek, CSc. / MUDr. Petr Nestrojil, CSc.

Anotace: Zlomeniny distálního femuru jsou závažná poranění, která mají často pouřazové následky. Tato poranění jsou často součástí polytraumat a mohou být primárně komplikována poraněním měkkých tkání či nervově-cévního svazku. Léčení těchto zlomenin vyžaduje téměř vždy fázové řešení v rámci Damage Control Surgery a následnou dlouhodobou rehabilitaci. Volba způsobu osteosyntézy závisí především na typu a rozsahu zlomeniny a u starších pacientů zejména na kvalitě kosti při osteoporóze. Hojení zlomenin může být komplikováno ischemickou chorobou dolních končetin s následnou trofickou poruchou, prodlouženým hojením nebo vznikem paklobů. Průběh léčení a jeho výsledek závisí taktéž na věku pacienta a především na typu zlomeniny a rozsahu poškození kloubních ploch distálního femuru.

**B4**

Název:	<b>Poranenia arteria poplitea pri zlomeninách a luxáciách v oblasti kolena</b>
Autor:	<b>P. Kľoc, P. Kováč</b>
Pracovište:	Oddelenie úrazovej chirurgie, Prešov
Primár:	MUDr. Jozef Bujňák, MBA
Anotace:	Zlomeniny a luxácie v oblasti kolena asociované s léziou arteria poplitea sú pomerne zriedkavé a sú významnou diagnostickou a liečebnou výzvou pre úrazových i cievných chirurgov. Autori v prednáške prezentujú štúdiu prípadov pacientov ošetrených pre uvedené poranenia za 10 ročné obdobie na Oddelení úrazovej chirurgie v Prešove. V štúdiu sledujú mechanizmy vzniku, diagnostické a liečebné postupy a tiež výsledky liečby týchto závažných poranení.

**B5**

Název:	<b>Problematika léčby skeletálních poranění distálního femuru u dětí</b>
Autor:	<b>M. Kučerová, T. Pešl, P. Havránek</b>
Pracovište:	Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a TN Praha
Přednosta:	prof. MUDr. Petr Havránek, CSc.
Anotace:	<p>Na retrospektivním rozboru souboru 51 pacientů, léčených na KDCHT 3.LF UK a Thomayerovy nemocnice v průběhu 6 let, autoři seznamují s problematikou léčby skeletálních poranění v oblasti distální metafýzy a epifýzy femuru.</p> <p>Vyskytují se dva hlavní typy poranění, a to separace epifýzy II. typu dle Saltera a Harrise a příčná zlomenina metafýzy. Jednotlivě se vyskytla také poranění 4. typu dle Saltera a Harrise. Poranění v této oblasti lze řešit celou škálou metod a neexistuje jedna univerzální. Nutno brát do úvahy i relativně vysoký výskyt komplikací, včetně selhání osteosyntézy nebo následných poruch růstu.</p> <p>Celkem u 22 pacientů ze souboru byla indikována osteosyntéza, včetně stabilizace samotnými Kirchnerovými dráty, kanylovaným šrouby, dle metodiky ESIN nebo kombinací těchto přístupů. U 3 (t.j. cca 14%) z operovaných pacientů byla nutná reosteosyntéza. Podobně u 3 pacientů (14%) se v pozdějším sledování projevíly následky úrazu ve smyslu poruchy růstu.</p>

**B**  
čt

**B6**Název: **Radiologie zlomenin hlezna**Autor: **J. Bartoníček, A. Chochola**

Pracoviště: Klinika ortopedie 1. LF UK a ÚVN Praha

Přednosta: prof. MUDr. Jan Bartoníček, DrSc.

Anotace: –

**B7**Název: **Zadní přístupy k proximální tibii – „cost / benefit“**Autor: **I. Čižmář, R. Vinter**

Pracoviště: Klinika ortopedie 1. LF UK a ÚVN Praha

Přednosta: doc. MUDr. Igor Čižmář, Ph.D.

Anotace: Autoři hodnotí operační techniku posteromediálního (PM) a posterolaterálního (PL) přístupu k proximální tibii na souboru 29 pacientů. Indikace PM přístupu vyžaduje u zlomenin 41C peroperačně změnu polohy pacienta a tím se prodlužuje celkový operační čas. Exaktnost provedené repozice PM fragmentu a možnost ovlivnit PL impresi jsou hlavními benefity dokumentovaných operačních přístupů.

**B8**Název: **Hřebování proximální tibie**Autor: **K. Holub, A. Křiváček, P. Kopačka**

Pracoviště: Oddělení úrazové chirurgie Nemocnice České Budějovice

Primář: MUDr. Pavel Kopačka

Anotace: –

Název:	<b>Zlomeniny tuberositas tibiae u dětí</b>
Autor:	<b>M. Čepelík, T. Peší, P. Havránek</b>
Pracoviště:	Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a Thomayerovy nemocnice Praha
Přednosta:	prof. MUDr. Petr Havránek, CSc.
Anotace:	Avulzní zlomeniny tuberositas tibiae u dětí patří k raritním (cca 0,08%–0,1 % všech poranění dětského skeletu), ale velmi závažným poraněním, které téměř vždy vyžaduje operační léčbu. Jedná se o poranění přechodného věku, kdy dochází k ukončení růstu, uzavírání růstových štěrbin a splývání sekundárních osifikačních center s primárními. Ve volbě terapie je tedy možné uplatnit postupy, které nectí snahu o zachování růstové chrupavky. V našem sdělení prezentujeme soubor našich pacientů s poraněním tuberositas tibiae, volbu terapeutických postupů a možné komplikace tohoto typu poranění.

**B10**

**Název:** Funkční výsledky po operovaných zlomeninách distálního radia dlahou MEDIN

**Autor:** J. Pilný, R. Krejčí

**Pracoviště:** Nemocnice Nové Město na Moravě, ortopedické oddělení, chirurgické oddělení

**Primář:** doc. MUDr. Jaroslav Pilný, Ph.D., MUDr. Jiří Toman

**Anotace:** Zlomeniny distálního radia tvoří 17% všech zlomenin lidského těla a 75% zlomenin předloktí. Dříve byly považovány za zlomeniny staršího věku v důsledku osteoporotického postižení kosti. V současné době rozvojem některých sportů a motorismu se vyskytují stále častěji u mladších jedinců.

**Materiál a metodika**

V letech 2014–2015 bylo na pracovištích autorů odoperováno s použitím volární LCP dlahy celkem 54 pacientů. Ke kontrolnímu vyšetření se dostavilo celkem 45 pacientů ve věku 29–72 roků. Průměrný věk byl 48,6 roků. Mužů bylo operováno celkem 24 (54%) a 21 (46%) žen. Dominantní končetina byla poraněna u 27 jedinců (60%) a nedominantní u 18 (40%). Pacienti byli zhodnoceni rok po úrazu a bylo provedeno RTG vyšetření, kde bylo zhodnoceno zhojení, změny v souvislosti s užitým implantátem či chybou operatérů. Klinické vyšetření bylo provedeno podle DASH skóre.

**Výsledky:**

Při hodnocení funkčních výsledků dle DASH skóre samoobslužné činnosti bylo průměrné hodnocení 28,8 bodů, kdy nejlepší bylo 0 bodů a nejhorší 39 bodů (medián 14,17 bodů). Nejhorší tři (7%) výsledky byly pozorovány u pacientů, kde již před operací byly patrné degenerativní změny typu SLAC II.-III., které měly i podíl na následných horších výsledcích hodnocení. U dvou (4%) s horšími klinickými obtížemi byly zjištěny známky risartrozy. Pokud jsme hodnotili další poranění jak na RTG snímcích tak během operace byla prokázána totální ruptura skafolunárního vazy u 2 (4%) pacientů, vazy distálního radioulnárního kloubu u 6 (12%) pacientů a processus styloideus radii byl poškozen u 16 (35%) pacientů. Při hodnocení komplikací, byl u jedné pacientky (2%) diagnostikován komplexní regionální bolestivý syndrom a u jednoho pacienta ruptura musculus extensor pollicis longus (2%), což bylo řešeno transpozicí šlachou musculus extensor indicis proprius. Komplikace s hojením jsme nezaznamenali. Hodnocením RTG snímků bylo konstatováno, že došlo ve všech případech ke zhojení zlomeniny, a nebylo pozorováno jakýchkoliv patologických změn ve vztahu k implantátu.

**Diskuze:**

Na dobrý výsledek při ošetření zlomeniny distálního radia má vliv správná indikace k osteosyntéze, dodržení všech zásad repozice zlomeniny, kdy je důležitá repozice kloubních ploch jak v radiokarpálním tak v distálním radioulnárním kloubu, dodržení správného sklonu kloubních ploch jak v sagitální tak frontální rovině a dodržení správné vzájemné délky radia a ulny. Důležitá je diagnostika dalších přidružených vazivových poranění a jejich ošetření.

**Závěr:**

Zlomeniny distálního radia jsou častá poranění, ale stále nedodržení zásad správného ošetření vede k neuspokojivým výsledkům. Jen aktivní přístup s použitím moderních implantátů a dodržení správných indikací a operační techniky vedou k dobrým výsledkům.



Název:	<b>Zlomeniny dětského karpu</b>
Autor:	<b>A. Křiváček, K. Holub, P. Kopačka</b>
Pracoviště:	Oddělení úrazové chirurgie Nemocnice České Budějovice, a. s.
Primář:	MUDr. Pavel Kopačka
Anotace:	Zlomeniny karpálních kostí u dětí jsou vzhledem ke své malé četnosti v rámci úrazů zápěstí a ruky snadno přehlédnutelné, přesto často vyžadují specifickou terapii.

## HŘEB FEMORÁLNÍ RETROGRÁDNÍ

- ▶ umožňuje osteosyntézu zlomenin distálního femuru typu A a C podle AO klasifikace
- ▶ odlehčený cílič s RTG průhlednými rameny
- ▶ distální i proximální jištění pomocí cíliche
- ▶ nejdálší zajišťovací šroub zesílený na průměr 6,5 mm
- ▶ titanové provedení



## HŘEB TIBIÁLNÍ PROXIMÁLNÍ

- ▶ nové provedení hřebu s možností proximálního jištění čtyřmi šrouby v kondylární části
- ▶ umožňuje osteosyntézu metafýzy, diafýzy a některých jednoduchých interkondylických zlomenin proximální a distální tibe
- ▶ ocelové a titanové provedení
- ▶ odlehčený cílič s RTG průhlednými rameny

## SEKCE C

### 10.00–11.30 I. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE C

#### C1 **ROUND TABLE: Poslední článek od „a“ do „z“**

A. Schmoranzová, T. Hellmuth, D. Horáčková, R. Lhotský, J. Paroulek

### 11.30–13.00 **přestávka, oběd**

### 13.00–14.45 II. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE C

předsednictvo: D. Kachlík, R. Krejčí, S. Vajcziková

#### C2 **Sonografická studie bezejmenné povrchové variace tepen hřbetu ruky**

A. Kantorová, Z. Marvanová, M. Debnar, D. Kachlík, J. Miletin

*Ústav anatomie 3. LF UK, Praha, Ústav anatomie 2. LF UK, Praha,*

*Klinika plastické chirurgie FNKV a 3. LF UK, Praha*

#### C3 **Zlomeniny karpálních kostí s výjimkou skafoidea**

A. Chochola, P. Indráková

*Klinika ortopedie 1. LF UK a ÚVN Praha*

#### C4 **Ruptura šlachy dlouhého flexoru palce po osteosyntéze distálního radia**

L. Pliska, L. Bialý

*Centrum plastické chirurgie a chirurgie ruky, Klinika úrazové chirurgie FN Ostrava*

#### C5 **Inveterované lézie flexor pollicis longus – chirurgická léčba**

J. Cigaňák, D. Magdin, T. Cigaňák

*MANUS-MED PRIEVIDZA, Jednodňová chirurgia*

#### C6 **Nezvyčajné poranenie posledného článku palca**

P. Šimkovic, M. Kilian, S. Vajcziková

*Traumatologické oddelenie II.OTK, Nem. sv. Cyrila a Metoda, Bratislava*

#### C7 **Replantace prstu metodou kompozitního graftu**

Z. Dvořák, M. Heroutová, T. Kubek, L. Streit, I. Stupka, J. Veselý

*Klinika plastické a estetické chirurgie, Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně*

#### C8 **Replantace, revaskularizace replantačních poranění horní končetiny**

M. Heroutová, Z. Dvořák, J. Veselý

*Klinika plastické a estetické chirurgie, Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně*

### 16.00–18.30 **KULTURNÍ PROGRAM**

### 20.00 **SOPOČENSKÝ VEČER – HOTEL SKALSKÝ DVŮR**

**C1**

Název:	<b>ROUND TABLE: Poslední článek od „a“ do „z“</b>
Předsednictvo:	<b>A. Schmoranzová, T. Hellmuth, D. Horáčková, R. Lhotský, J. Paroulek</b>
Pracoviště:	Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou
<b>ROUND TABLE 10.00–11.30</b>	

**C2**

Název:	<b>Sonografická studie bezejmenné povrchové variace tepen hřbetu ruky</b>
Autor:	<b>A. Kantorová, Z. Marvanová, M. Debnar, D. Kachlík, J. Miletín</b>
Pracoviště:	Ústav anatomie 3. LF UK, Praha, Ústav anatomie 2. LF UK, Praha, Klinika plastické chirurgie FNKV a 3. LF UK, Praha
Přednosta:	prof. MUDr. David Kachlík, Ph.D.
Anotace:	<p>Na hřbetu ruky vysílá vřetení tepna před zanořením mezi hlavy prvního hřbetního mezikostního svalu tenké hřbetní záprstní tepny. Variabilně může v prvním meziprstí odstupovat silná větev, která vede povrchově a distálně až na úplný konec první meziprstní štěrbiny, přes nějž se přetočí do dlaně. Vzhledem k možnému využití této tepenné variace v chirurgii ruky považujeme za nutné podrobně popsat četnost výskytu, topografii a možnost klinického vyšetření. Výzkum navazuje na předchozí pitevní studii.</p> <p>Současná práce probíhá na radiodiagnostických klinikách FN Královské Vinohrady a FN Motol a spočívá ve vyšetření rukou dobrovolníků s užitím 2D dopplerovské sonografie. Dosud bylo vyšetřeno 50 dobrovolníků. Příspěvek shrnuje metodiku a výsledky sonografické studie a porovná je s výsledky předcházející pitevní studie i s anatomickými pracemi jiných autorů. Dále diskutuje vyšetřitelnost tepny běžně dostupnými metodami (palpacea 1D dopplerovská sonografie) a v neposlední řadě nastiňuje možnosti využití této variabilní tepny při rekonstrukčních výkonech na ruce. Grantová podpora: PROGRES Q37 a 260385/SVV/2018.</p>

**C3**

Název:	<b>Zlomeniny karpálních kostí s výjimkou skafoidea</b>
Autor:	<b>A. Chochola, P. Indráková</b>
Pracoviště:	Klinika ortopedie 1. LF UK a ÚVN Praha
Přednosta:	prof. MUDr. Jan Bartoníček, DrSc.
Anotace:	–

## C4

Název:	<b>Ruptura šlachy dlouhého flexoru palce po osteosyntéze distálního radia</b>
Autor:	<b>L. Pliska, L. Bialy</b>
Pracoviště:	Centrum plastické chirurgie a chirurgie ruky, Klinika úrazové chirurgie FN Ostrava
Primář:	MUDr. Martin Paciorek
Anotace:	Ruptura šlachy dlouhého flexoru palce je na rozdíl od ruptury šlachy dlouhého extenzoru palce relativně málo frekventovanou komplikací, dle literatury přibližně 0,6–1,7%. V kazuistice autoři prezentují svou zkušenost s diagnostikou a léčbou této ruptury. Rozebírají příčiny vzniku, možnosti léčby a prevence tohoto poranění. Popisují způsob rekonstrukce šlachy a další průběh léčby.

## C5

Název:	<b>Inveterované lézie flexor pollicis longus – chirurgická léčba</b>
Autor:	<b>J. Cigaňák, D. Magdin, T. Cigaňák</b>
Pracoviště:	MANUS-MED PRIEVIDZA, Jednodňová chirurgia
Vedoucí lékař:	MUDr. Jaroslav Cigaňák, PhD
Anotace:	Prerušení správné funkce dlouhého ohýbače palce má zásadní vliv na úchopovou funkci celé ruky. Jako příčiny inveterovaných lézií šlachy flexor pollicis longus (FPL) se uvádějí: dehiscencia suturované šlachy FPL, ruptura po partiální lézii FPL ponechané chirurgem bez ošetření, ruptura tecta při reumatoidní artritidě, erózia šlachy FPL o LCP plate po osteosyntézách distálního radia, ruptura po aplikácii kortikoidov pri pollex saltans. V diferenciálnej diagnostike je potrebné myslieť i na léziu najproximálnejšej vetvy n. medianus – n.interosseus anterior, ktorá inervuje aj m. FPL, m. pronator quadratus a m. flexor profundus propter indicis a FDP III. prsta. Ak nie je po totálnej lézii šlachy flexor pollicis longus (FPL) urobená suture primárne, nasleduje postupne skrátenie a hypotrofia m. flexoris pollicis longus do 1 týždňa približne 1–2 cm, čo umožňuje ešte primárnu suture FPL. Do 2–3 týždňov sa abrevácia proximálnej časti FPL zväčšuje, ale je ešte šanca primárnej suture, alebo elongácie šlachy Z rezom. Po 3 týždňoch býva medzera medzi oboma pahýľmi prerušenej šlachy FPL viac ako 3–4 cm a len rekonštrukčnými operáciami možno obnoviť flexiu i v interphalangeálnom kĺbe palca. Na primárnu resuture je ešte nádej aj v prípade, ak proximálna časť šlachy FPL zostáva v adhéziách blízko distálneho pahýľa a nebola stiahnutá do canalis carpi alebo dokonca ešte proximálnejšie. Prirodzený kanál po inveterovanej lézii FPL v canalis carpi podlieha adhezívnemu procesu, a preto u výraznejších skrátení šlachy FPL je vhodné urobiť dvojdobú operáciu: v I. dobe obidva konce FPL spojiť hrubším spacerom šlachy cca 3–4 mm priemeru pre vytvorenie nového gliding kanála a približne po 3–4 mesiacoch v druhej dobe obidva konce FPL spojiť primeraným šlachovým interpozitom napr. zo šlachy palmaris longus, a pri spornej funkcii hypotrofického m. FPL radšej urobiť transpozíciu FDS zo 4. prsta našitím na distálny pahýľ FPL. Autori referujú za 10-ročné obdobie rok 2007–2016 skúsenosti s operáciami inveterovaných lézií FPL u 22 pacientov. 13x bola urobená suture FPL end to end, 9x rekonštrukčná 2-dobá operácia FPL so silikonovým spacerom. U 6 pacientov bola ešte v ďalšej dobe urobená tenolýza FPL pre zlepšenie mobility palca ruky.

## C6

Název: **Nezvyčajné poranenie posledného článku palca**

Autor: **P. Šimkovic, M. Kilian, S. Vajcziková**

Pracoviště: traumatologické oddelenie II.OTK, Nem. sv. Cyrila a Metoda, Bratislava

Přednosta / Primář: doc. MUDr. Boris Šteňo, PhD / MUDr. Marián Šajter

Anotace: Prezentujeme nezvyčajné hryzné poranenie posledného článku palca pravej ruky s netradičným liečebným postupom

## C7

Název: **Replantace prstu metodou kompozitního graftu**

Autor: **Z. Dvořák, M. Heroutová, T. Kubek, L. Streit, I. Stupka, J. Veselý**

Pracoviště: KPECH FN U sv. Anny v Brně

Přednosta: prof. MUDr. Jiří Veselý, CSc.

Anotace: **Úvod:**

Metoda subkutánní či subdermální kapsy představuje další posun ve smyslu zajištění úspěšnosti přihojení amputovaného distálního článku prstu. Vzhledem k zdlouhavému hojení je ale vhodné ji v indikovaných případech nahradit klasickou metodou nebo kombinovat s mikrovaskulární technikou replantace. Replantace metodou kompozitního štěpu je vhodná pro distální články prstů amputované maximálně do úrovně Tamai II či Ishikawa IV (po DIP kloub). Při klasické metodě kompozitního graftu (4-stehová replantace) je v literatuře popisovaná úspěšnost 16–66 %. Metoda subkutánní kapsy byla popsána poprvé Brentem v roce 1979 jako metoda replantace distálního článku bez užití cévní anastomózy. Od té doby bylo popsáno mnoho modifikací ve smyslu různé úrovně hloubky implantace (subdermální, subkutánní), místa implantace deepitelizovaného prstu (dlaň, hrudník, podbřišek) a kombinace s revaskularizací prstu arteriální anastomózou. Úspěšnost metody je popisována v rozmezí 55–100 %.

**Cíl práce:**

Pilotní srovnávací retrospektivní studie pacientů operovaných na KPECH od 1. 1. 2007 do 1. 7. 2017 metodou kompozitního štěpu.

**Výsledky:**

Do skupiny pacientů operovaných metodou subdermální palmární kapsy bylo zařazeno 5 pacientů (4 ženy a 1 muž), u kterých bylo ošetřeno 6 prstů. Ke kompletnímu přihojení došlo u 3 prstů (50 %), k parciálnímu u 2 prstů (33 %) a k totální ztrátě u 1 pacienta (16 %). U 2 pacientů se objevila infekční komplikace, u jednoho kontraktura PIP kloubu. Do skupiny pacientů ošetřených klasickým postupem bylo zařazeno 20 pacientů (4 ženy a 16 mužů). U 4 pacientů se štěpy nepřihojily. 15 štěpů se přihojilo (75 %), jeden s parciální ztrátou (5 %).

**Závěr:**

Vysokou úspěšnost klasické techniky lze přičíst na vrub nejčastějšímu užití u pacientů s úrovní amputace Tamai I (Ishikawa I–II). Metoda subdermální kapsy zvyšuje úspěšnost přihojení, ale často za cenu 2–3 měsíční léčby, která vyřazuje pacienta z pracovní činnosti. Proto se jeví efektivní u úrovně amputace Ishikawa I–II použít klasickou metodu, od úrovně II–III metodu subdermální kapsy a v úrovni Ishikawa IV metodu subdermální kapsy nejlépe ve spojitosti s mikrovaskulární anastomózou.

Název:	<b>Replantace, revaskularizace replantačních poranění horní končetiny</b>
Autor:	<b>M. Heroutová, Z. Dvořák, J. Veselý</b>
Pracoviště:	Klinika plastické a estetické chirurgie, Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně
Přednosta:	prof. MUDr. Jiří Veselý, CSc.
Anotace:	Prezentace je zaměřena na problematiku poranění rukou, replantace a revaskularizace prstů. Ozřejmuje základní termíny v replantační chirurgii, indikace k replantaci, připomíná organizaci zdravotní péče u amputačních poranění, průběh transportu, správné ošetření amputátu a postižené končetiny. Cílem příspěvku je zvýšit informovanost chirurgů a přispět ke z kvalitnější péče v této oblasti.

## SEKCE A

9.30–11.30 **III. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE A**

předsednictvo: M. Mazal, J. Mazuch, J. Vlach

**A11 Stratégia chirurgickej liečby AAA, RAA a aneuryziem periférnych tepien (kazuistiky)**

J. Mazuch, Z. Červená, J. Mazuchová, V. Macko

*Chirurgická klinika a TC JLF UK a UN Martin*

**A12 Rekonstrukce stěny bříšní po onkologické resekcii v plné tloušťce**

J. Veselý, L. Streit, P. Vondra, M. Ondrák, R. Šefr, M. Benej

*Klinika plastické a estetické chirurgie a I. chirurgie FN u sv. Anny, Masarykův onkologický ústav*

**A13 Korekce vrožených vývojových vad prsu a hrudníku**

L. Streit, L. Dražan, P. Novák, Z. Dvořák, T. Kubek, J. Veselý

*FN u sv. Anny v Brně, Klinika plastické a estetické chirurgie*

**A14 Náhla příhoda bříšní způsobená spolknutým cizím tělesem – kazuistika**

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

*Chirurgické oddělení, NPK a.s., Chrudimská nemocnice*

**A15 Časná stádia karcinomu tlustého střeva**

P. Janda, M. Stašek, P. Zbořil

*I. Chirurgická klinika FN Olomouc*

**A16 Spontánní retroperitoneální hematoma – naše zkušenosti s aktivním chirurgickým řešením**

T. Nevrtal, L. Mitáš

*FN Brno*

**A17 Krvácení do retroperitonea – kazuistika**

M. Mazal<sup>1</sup>, D. Dvořáková Mrvová<sup>2</sup>

*1) Chirurgické oddělení*

*2) ARO Nemocnice Nové Město na Moravě*

**A18 Moderní trendy v terapii sinus pilonidalis**

M. Bubenová

*FN Brno, chirurgická klinika*

11.45 **ZAKONČENÍ SETKÁNÍ**



## A11

Název:	<b>Stratégia chirurgickej liečby AAA, RAA a aneuryziem periférnych tepien (kazuistiky)</b>
Autor:	<b>J. Mazuch, Z. Červená, J. Mazuchová, V. Macko</b>
Pracovište:	Chirurgická klinika a TC JLF UK a UN Martin
Přednosta:	prof. MUDr. Ľudovít Laca, PhD.
Anotace:	V súčasnosti aneurizmy abdominálnej aorty (AAA) postihujú až 6 % populácie nad 60 rokov. K dispozícii máme v súčasnosti dve základné modalities liečby; klasickú chirurgickú a endovaskulárnu liečbu. Výsledky oboch postupov sú dnes veľmi dobré s mortalitou pod 3 %. Aj napriek pokrokom endovaskulárnej liečby aneuryziem abdominálnej aorty má chirurgická liečba stále svoje opodstatnenie. Často ide o pokročilé a bizardné formy aneurizmatického vaku, ktoré je výhodnejšie riešiť chirurgicky. Ďalší problém predstavujú kombinácie dilatálnych (aneurizmatických) foriem so stenotizujúcimi formami obliterujúcej arteriosklerózy. Zvláštnu pozornosť si zasluhujú ruptúry aneuryziem abdominálnej aorty (RAAA), kde aj napriek pokrokom v diagnostike a liečbe pretrvávajú vysoká mortalita. Mortalitu RAAA ovplyvňujú aj ďalšie faktory ako vek pacienta a iné pridružené ochorenia. U menej skúsených klinikov pretrvávajú často diagnostické rozpaky. Ruptúra aneurizmy abdominálnej aorty nepatrí na diagnostický, ale na chirurgický stôl. Rozhodujúcim faktorom pre prežitie pacienta je včasná a správna diagnostika, stratégia a chirurgická liečba. Zvolenie adekvátnej stratégie chirurgickej liečby AAA a RAAA a jej správne technické prevedenie sú predpokladom pre dobré dlhodobé výsledky. Autori na základe dlhodobých skúseností a početných operácií demonštrujú vlastné výsledky chirurgickej stratégie a liečby AAA, RAAA a periférnych tepien na svojich kazuistikách.

## A12

Název:	<b>Rekonstrukce stěny břišní po onkologické resekci v plné tloušťce</b>
Autor:	<b>J. Veselý, L. Streit, P. Vondra, M. Ondrák, R. Šefr, M. Benej</b>
Pracovište:	Klinika plastické a estetické chirurgie a I. chirurgie FN u sv. Anny, Masarykův onkologický ústav
Přednosta:	prof. MUDr. Jiří Veselý, CSc.
Anotace:	Autori v průběhu 20 let provedli 4x rekonstrukci břišní stěny v plné tloušťce po resekci recidivujícího desmoidu a jedenkrát fibrosarkomu tak, že peritoneální vrstvu tvořilo omentum a stěnu břicha motoricky inervovaný mikrochirurgicky přenesený muskulokutánní lalok latissimus dorsi s doplněním některé vrstvy nevstřebatelnou sítinou. Byl vytvořen algoritmus pooperační dlouhodobé péče o pevnost stěny.

**A13****Název:** Korekce vrozených vývojových vad prsu a hrudníku**Autor:** L. Streit, L. Dražan, P. Novák, Z. Dvořák, T. Kubek, J. Veselý**Pracoviště:** FN u sv. Anny v Brně, Klinika plastické a estetické chirurgie**Přednosta:** prof. MUDr. Jiří Veselý, CSc.

**Anotace:** Vrozené deformity hrudníku lze u chlapců vnímat jako jeden estetický a funkční problém. U dívek deformovaný tvar hrudníku bezprostředně ovlivňuje vzhled poprsí, a to i v případech, kdy je vývoj prsou nepostížen. Cílem sdělení je představit současné možnosti korekce vrozených vad prsu a hrudníku u Polandova syndromu, pectus excavatum a tuberózního prsu pomocí plasticko-chirurgických výkonů, mezi které patří použití tkáňových expandérů, silikonových prsních implantátů, individuálně připravených implantátů, lalokové plastiky ve formě místních nebo volných laloků, a nakonec pomocí přenosu tukové tkáně technikou lipomodelace. Výsledky jsou prezentovány formou vybraných kazuistik.

**A14****Název:** Náhlá příhoda břišní způsobená spolknutým cizím tělesem – kazuistika**Autor:** J. Majerník, D. Bis, P. Hanousek, V. Ninger**Pracoviště:** Chirurgické oddělení, NPK a.s., Chrudimská nemocnice**Primář:** MUDr. V. Ninger, Ph.D.

**Anotace:** Většina spolknutých cizích těles projde zažívacím traktem bez problémů. (1–10) Spolknutí cizího tělesa není vzácností, ale některá mohou uvíznout nebo dokonce způsobit perforaci zažívacího ústrojí. (2,5) Pouze méně než 1% případů, má za následek perforaci zažívacího ústrojí. Perforace kolon nebo dokonce rektosigmatu je velice vzácná. (3). Strategie léčby a diagnostika je závislá, na charakteru cizího tělesa spolknutého pacientem, věkem pacienta a dále i klinickými příznaky.

Autoři prezentují případ 58-leté pacientky, která byla akutně operovaná pro perforaci divertiklu sestupného tračníku, způsobené spolknutou králičí kostí. Práce pojednává pouze o cizích tělesech, která se dostala do zažívacího ústrojí spolknutím. Vynecháváme obsáhlou část cizích těles, která se do trávicího ústrojí, dostala jinou cestou.

**A15**

Název:	<b>Časná stádia karcinomu tlustého střeva</b>
Autor:	<b>P. Janda, M. Stašek, P. Zbořil</b>
Pracoviště:	I. Chirurgická klinika FN Olomouc
Přednosta:	prof. MUDr. Čestmír Neoral, CSc.
Anotace:	V kohortové studii autoři sledují 138 nemocných po polypektomii v tlustém střevě. Jedná se o nemocné s polypy klasifikovanými jako Haggitt 2–4. 86 pacientů prodělala po polypektomii resekci střeva a ostatních 52 nemocných operováni nebyli. Lokální recidiva se objevila u 2 nemocných, kteří nebyli operováni. Počet metastáz byl u obou skupin téměř shodný.

**A16**

Název:	<b>Spontánní retroperitoneální hematom - naše zkušenosti s aktivním chirurgickým řešením</b>
Autor:	<b>T. Nevrtal, L. Mitáš</b>
Pracoviště:	FN Brno
Přednosta:	prof. MUDr. Zdeněk Kala, Csc.
Anotace:	Spontánní retroperitoneální hematom je diagnóza s narůstající incidencí, zvláště u pacientů na antikoagulační a antiagregační terapii. Jedná se o potenciálně život ohrožující komplikaci. V námi prezentované kazuistice jsou diskutovány možnosti léčby a autoři prezentují svoje zkušenosti s aktivním chirurgickým přístupem.

**A17**

Název:	<b>Krvácení do retroperitonea – kazuistika</b>
Autor:	<b>M. Mazal<sup>1</sup>, D. Dvořáková Mrvová<sup>2</sup></b>
Pracoviště:	1) Chirurgické oddělení 2) ARO Nemocnice Nové Město na Moravě
Primář:	MUDr. Jiří Toman <sup>1</sup> , MUDr. Dušan Mach <sup>2</sup>
Anotace:	Autoři prezentují případ 85-letého pacienta se spontánním masivním krvácením do retroperitonea 8 dní po infarktu myokardu na duální antiagregační a antikoagulační léčbě.

**A  
pá**

**A18**

Název: **Moderní trendy v terapii sinus pilonidalis**

Autor: **M. Bubenová**

Pracoviště: FN Brno, chirurgická klinika

Přednosta / primář: prof. MUDr. Zdeněk Kala, CSc / MUDr. Ivo Rovný MBA

Primář:

Anotace: Přednáška bude pojednávat metody a nové přístupy k léčbě sinus pilonidalis. Představí metodu pit picking, která je méně invazivní, má estetické a časové benefity pro pacienta i ekonomické pro nemocnici. Ukáže její výsledky. Představí doporučované metody dle stádia sinus pilonidalis ve světě a vyhodnotí jejich úspěšnost.

## SEKCE B

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

předsednictvo: J. Látal, T. Pešl, F. Vyhnanek

**B12 Kdy je indikována stabilizace zlomeniny žeber u tupého poranění hrudníku?**

F. Vyhnanek<sup>1,2</sup>; M. Očadlík<sup>2</sup>; P. Michal<sup>3</sup>; M. Fric<sup>4</sup>; D. Škrabalová<sup>5</sup>

1) Traumatologické centrum Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

2) Chirurgická klinika 3. Lékařská fakulta University Karlovy

a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

3) MEDIN, a.s. Nové Město na Moravě

4) Klinika anesteziologie a resuscitace 3. Lékařská fakulta University Karlovy

a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

5) Radiodiagnostická klinika 3. Lékařská fakulta University Karlovy

a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

**B13 Naše zkušenosti s omega dlahou**

M. Magala, T. Heger, P. Jacko, J. Barinka, P. Šimko

Klinika úrazovej chirurgie SZU a UNB, Bratislava

**B14 Operační léčba zlomenin střední části klíční kosti zamykatelnými dlahami**

M. Streck, M. Vlček

I. ortopedická klinika FN Motol Praha

**B15 Operační léčba zlomenin střední části klíční kosti nitrodřeňovými hřeby**

M. Vlček, M. Streck

I. ortopedická klinika FN Motol Praha

**B16 Konzervativní léčba poranění sleziny u dětí – současný přístup**

T. Pešl, T. Limprechtová, P. Heinige, P. Havránek

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

**B17 Využití podtlakového odsávání z rany jednorazovým přenosným systémem PICO (Smith Nephew) na léčbu rán po zlomeninách**

J. Barinka, M. Magala, A. Szaboová, M. Gurka, P. Šimko

Klinika úrazovej chirurgie UNB Bratislava

**B18 Rekonstrukce funkce po devastujících poraněních končetin zvířaty**

J. Veselý a kol.

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

11.45 **ZAKONČENÍ SETKÁNÍ**

**B12**

**Název:** **Kdy je indikována stabilizace zlomeniny žeber u tupého poranění hrudníku?**

**Autor:** **F. Vyhnánek<sup>1,2</sup>; M. Očadlík<sup>2</sup>; P. Michal<sup>3</sup>; M. Fric<sup>4</sup>; D. Škrabalová<sup>5</sup>**

**Pracoviště:** 1) Traumatologické centrum Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha  
2) Chirurgická klinika 3. Lékařská fakulta University Karlovy a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha  
3) MEDIN, a.s., Nové Město na Moravě  
4) Klinika anesteziologie a resuscitace 3. Lékařská fakulta University Karlovy a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha  
5) Radiodiagnostická klinika 3. Lékařská fakulta University Karlovy a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

**Přednosta:** prof. MUDr. Robert Gürlich, CSc.

**Anotace:** **Cíl:**

Metodou volby v léčbě blokové zlomeniny žeber a dalších nestabilních poranění hrudní stěny je stabilizace osteosyntézou žeber. Benefit chirurgické stabilizace zlomeniny žeber je jednoznačným přínosem u zraněných s blokovou zlomeninou. Vedle blokové zlomeniny žeber byla osteosyntéza žeber provedena u deformity nebo defektu hrudní stěny, dislokace zlomeniny žebra s poraněním plicí, otevřené zlomeniny žeber, otevřeného defektu hrudní stěny, poruchy hojení zlomeniny žebra a u dislokovaných žeber u akutní torakotomie. Indikační spektrum je v současné době vedle blokové zlomeniny 3 a více žeber dáno především přidruženými změnami funkce u závažného poranění hrudníku a to akutní respiračním selháním, akutní bolestí, poruchou plicní mechaniky (následkem anatomických změn po úraze hrudníku), komplikacemi u závažné dislokace zlomeniny žeber a ztráty více než 30% objemu hrudní stěny. Indikace stabilizace je na základě společného rozhodnutí chirurga, intenzivisty, rentgenologa hodnotících aktuální klinický stav (především potřeba mechanické ventilace) a dále i výsledek zobrazovacího vyšetření (3 D multidetektorová výpočetní tomografie). Na základě zkušenosti s použitím Judetovy dlahy při stabilizaci zlomenin žeber byla ve spolupráci Traumatologického centra a Chirurgické kliniky FNKV a 3.LF UK s vývojovým oddělením firmy MEDIN, a.s., Česká republika, provedena inovace žeberních dlah Judetova typu, které byly použity v rámci klinické části studie u první skupiny 14 zraněných s nestabilním poraněním hrudní stěny. Cílem retrospektivní studie bylo posouzení indikace a výsledku léčby u první skupiny zraněných s osteosyntézou žeber inovovanými dlahami Judetova typu.

**Materiál, metody.** V průběhu posledních 3 let byla konstruována inovovaná žeberní dlahy včetně instrumentaria. Cílem inovace nových dlah bylo: 1. Zlepšení technických parametrů dlahy: možnosti ohnutí dlahy ve všech směrech, konstrukce nových fixačních klipů. 2. Použití uzamykatelných kortikálních šroubů k fixaci dlahy: adekvátní a bezpečná fixace dlahy při zavedení šroubu skrz obě kortikální části žebra. 3. Nové instrumentarium: kleště k uchopení dlahy, k úpravě ohnutí dlahy a fixační kleště. 4. Fixace dlahy k žeberu pomocí ohnutí fixačních klipů: s minimální kompresí interkostálních cév a nervu. V r. 2017 byla zahájena klinická část projektu stabilizace blokové zlomeniny žeber osteosyntézou inovovanými Judetovými dlahami, které byly použity u 14 zraněných.

**B12****Anotace: Výsledky:**

Operační technika s použitím nových dlah byla provedena u 14 zraněných s blokovou zlomeninou žeber. Fixace dlah v kombinaci s ukotvením fixačních klipů, a použitím kortikálních uzamykatelných šroubů skrz obě kortikální části žebra je adekvátní a bezpečný postup pro osteosyntézu. U většiny zraněných byla současně provedena torakotomická revize hrudníku pro retinovaný hemothorax nebo již hematoma v pleurální dutině. U všech zraněných byla prokázána v různém rozsahu kontuze plicní. Osteosyntéza žeber byla provedena v období od 2. do 6. dne po úraze. Pooperační mechanická ventilace byla v trvání od 24 hodin do 5. dne (u většiny operovaných do 48 hodin po operaci). Delší doba pooperační ventilační podpory byla u zraněných s závažným polytraumatem a s přidruženým kraniocerebrálním poraněním. Po extubaci byla u zraněných zahájena intenzivní dechová rehabilitace, která byla cílená k obnově dostatečné spontánní ventilace. Tento postup dechové rehabilitace působil i jako preventivní opatření před vznikem plicních komplikací včetně následků pouázrové plicní kontuze. U 4 zraněných se sdruženým poraněním mozku a pooperační ventilační podporou byl průběh komplikován pneumonií. V pooperačním průběhu nebyla zjištěna žádná infekce chirurgického místa.

**Závěr:**

Inovovaná technika osteosyntézy žeber u blokové zlomeniny žeber představuje jednou z podmínek k rozšíření této metody stabilizace závažných s poraněním hrudní stěny. Tato metoda osteosyntézy žeber je jednoduchá, bezpečná s krátkým časovým intervalem pro fixaci dlahy s dostatečnou stabilizací. První klinické zkušenosti prokázaly bezpečné provedení fixace žebra se současnou možností revize dutiny hrudní s minimálním rizikem vzniku komplikací v pooperačním období a časnějším zahájení spontánní ventilace po operaci.

**B13**

**Název: Naše zkušenosti s omega dlahou**

**Autor: M. Magala, T. Heger, P. Jacko, J. Barinka, P. Šimko**

**Pracoviště:** Klinika úrazovej chirurgie SZU a UNB, Bratislava

**Přednosta:** prof. MUDr. Peter Šimko, CSc.

**Anotace:** –

**B14**

Název:	<b>Operační léčba zlomenin střední části klíční kosti zamykatelnými dlahami</b>
Autor:	<b>M. Streck, M. Vlček</b>
Pracoviště:	I. ortopedická klinika FN Motol Praha
Přednosta / Primář:	prof. MUDr. Ivan Landor, CSc. / prof. MUDr. Stanislav Popelka, CSc.
Anotace:	Cílem studie bylo vyhodnocení výsledků operační léčby zlomenin střední části klíční kosti zamykatelnými dlahami – soubor 30 pacientů se zlomeninou diafýzy klíční kosti, kteří byli léčeni metodou otevřené repozice a stabilizace zamykatelnou dlahou pro zlomeniny diafyzární části klíční kosti LCP 3,5 mm (firma Synthes, Švýcarsko). Hodnocené parametry – funkční výsledky, RTG výsledky (doba zhojení), výskyt komplikací (infekce v ráně, selhání osteosyntézy, pakloub, refraktura po extrakci osteosyntetického materiálu).

**B**

pá



Název: **Operační léčba zlomenin střední části klíční kosti nitrodřeňovými hřebí**

Autor: **M. Vlček, M. Streck**

Pracoviště: I. ortopedická klinika FN Motol Praha

Přednosta / prof. MUDr. Ivan Landor, CSc. / prof. MUDr. Stanislav Popelka, CSc.

Primář:

Anotace: **Úvod:**

Cílem naší studie bylo posoudit výsledky léčby zlomenin střední části klíční kosti pomocí nitrodřeňově zavedeného hřebu.

**Metoda:**

Hodnotíme soubor 58 pacientů se zlomeninou klíční kosti stabilizovanou implantátem Hofer Clavicula Pin (HCP, firma Hofer GmbH & Co KG, Fürstenfeld, Německo). V 43 případech byl použit statický a v 15 dynamický implantát. Průměrný věk pacientů činil 39,1 roku (rozsah 18–71, SD 4,4), poměr muži: ženy byl 43:15, pravostranná klíční kosti byla zlomena u 26 pacientů, levostranná u 32. Průměrná doba mezi úrazem a operací činila 10,2 dne (rozsah 2–19, SD 4,4). Soubor zahrnoval 24 dvou-, 14 tří- a 20 čtyřfragmentových zlomenin střední třetiny klíční kosti. Ve všech případech byla zlomenina reponována otevřeně, implantát byl zaváděn nepřímou metodou, nejdříve ze zlomeniny antegrádně do laterálního fragmentu, následně retrográdně do mediálního fragmentu.

**Výsledky:**

Průměrná doba sledování pacientů byla 7,1 měsíce (rozsah 6–23, SD 5,5). Rentgenové známky hojení byly patrné ve všech případech, ke zhojení došlo v průměru po 8,4 týdne (rozsah 6–20, SD 4,1). V jednom případě (1,7%) však ke zhojení nedošlo, v odstupu 18 dnů po extrakci byla diagnostikována refraktura bez jednoznačného dalšího mechanismu úrazu, další dvě refraktury byly způsobeny opětovným úrazem. Ve čtyřech případech (6,9%) se odlomil hrot pinu. Ve dvou případech (3,4%) se pin anguloval, přesto se zlomeniny zcela zhojily v uspokojivém postavení.

Prominence pinu byla pozorována celkem ve 23 případech (39,7%), ve 13 (22,4%) případech si vynutila předčasnou extrakci implantátu pro perforaci nebo iritaci kůže a bolesti. Asymptomatických bylo 10 případů (17,2%) prominencí. U šesti případů perforace kůže implantátem se vyvinuly klinické známky infekce, po extrakci pinu a aplikaci antibiotik se vždy rány zhojily. Velice dobrý funkční nále v ramenním kloubu byl pozorován u 57 pacientů (98,2%). DASH skóre dosáhlo průměrné hodnoty 8,1 bodu (rozsah 0,8–30,8, SD 4,4), Constant shoulder score 93,1 (rozsah 42,8–98,1, SD 3,2).

**Závěr:**

Nitrodřeňová stabilizace dvou až čtyřfragmentových zlomenin střední části klíční kosti pomocí Hofer Clavicula Pin poskytuje v průběhu hojení velice dobrou stabilitu a vede k dobrému zhojení zlomenin. Komplikací metody je dráždění měkkých tkání až perforace kůže v oblasti laterálního konce implantátu, prevencí může být zanoření pinu blíže ke kosti, které však může způsobit jeho obtížnou extrakci. Nevýhodou implantátu je jeho zhotovení ze sloučeniny titanu, jehož fyzikální vlastnosti jsou příčinou zlomení pinu při výrazném zakřivení klíční kosti.

**B16****Název:** Konzervativní léčba poranění sleziny u dětí – současný přístup**Autor:** T. Pešl, T. Limprechtová, P. Heinige, P. Havránek**Pracoviště:** Klinika dětské chirurgie a traumatologie, 3. LF UK, Thomayerova nemocnice, Praha Krč**Přednosta:** prof. MUDr. Petr Havránek, CSc.**Anotace:** **Cíl:**

Optimalizace hospitalizačního režimu u pacientů s konzervativní léčbou poraněné sleziny postavená na určení období stabilizace celkového stavu (SCS). Tato stanovena na 7. den po úrazu, resp. poslední transfúzi (stanoveno hypoteticky podle předchozích zkušeností u dvou pacientů s výskytem druhotného krvácení 7. den od podání poslední transfúze)

**Metodika:**

Retrospektivní studie dětí s izolovaným poraněním sleziny hospitalizovaných za 6 leté období (2009–2014). Původní standard: klid na lůžku cca 3 týdny, podle závažnosti poranění. Na podkladě výsledků režimový standard upraven: klidový režim na lůžku na 7 dní od poslední transfúze/úrazu, po té vertikalizace a po USG kontrole propuštění do domácí péče. Nový standard testován na tříletém prospektivním souboru (2015–2017), který byl vybrán podle týchž kautel. Sledován stupeň poranění sleziny dle AAST skóre, nutnost transfúze, období od úrazu do SCS a celková délka hospitalizace.

**Výsledky:**

V retrospektivním souboru bylo hodnoceno 43 dětí. Celková doba hospitalizace v průměru 18,5 dne. V souboru nebyl zastížen ani jeden pacient s následným krvácením, všichni pacienti byli zhojeni bez následků. V prospektivní studii bylo sledováno 21 dětí. Všichni se hojili bez komplikací, doba hospitalizace klesla na 12 dní a při následných kontrolách byli všichni zhojeni bez následků.

**Závěr:**

Instrukce APSA (American Pediatric Surgery Association) k optimalizaci péče o poranění sleziny (2000): doporučená délka hospitalizace 2 dny u I°, 3 dny u II°, 4 dny u III° a 6 dní u IV° poranění. Podle našich zkušeností je tato doba hospitalizace příliš krátká a přináší riziko eventuálního opožděného krvácení v „domácí péči“. Náš původní standard představoval zbytečně dlouhou dobu hospitalizace. Nyní doporučujeme klid na lůžku do SCS, po té vertikalizaci a po USG kontrole propuštění do domácí péče.

**B17**

Název:	<b>Využitie podtlakového odsávania z rany jednorazovým prenosným systémom PICO (Smith Nephew) na liečbu rán po zlomeninách</b>
Autor:	<b>J. Barinka, M. Magala, A. Szaboová, M.Gurka, P. Šimko</b>
Pracovište:	Klinika úrazovej chirurgie UNB Bratislava
Přednosta:	prof. MUDr. Peter Šimko CsC.
Anotace:	–

**B18**

Název:	<b>Rekonstrukce funkce po devastujících poraněních končetin zvířaty</b>
Autor:	<b>J. Veselý a kol.</b>
Pracovište:	Klinika plastické a estetické chirurgie FN u sv. Anny a LF MU Brno
Přednosta:	prof. MUDr. Jiří Veselý, CSc.
Anotace:	Jsou prezentovány 3 případy vážných ztrátových poranění končetin medvědy a jedenkrát pitbulem s nutností rekonstrukce objemu i funkce postižených končetin. Byly užity transfery šlach funkčních svalů, transpozice zádového laloku latissimus dorsi k rekonstrukci bicepsu i mikrochirurgických přenosů motoricky inervovaných svalů. Jsou dokladovány dlouhodobě funkční výsledky.

11.45 **ZAKONČENÍ SETKÁNÍ**

# XX. setkání českých a slovenských chirurgů na Moravě

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**AKC** konstrukce



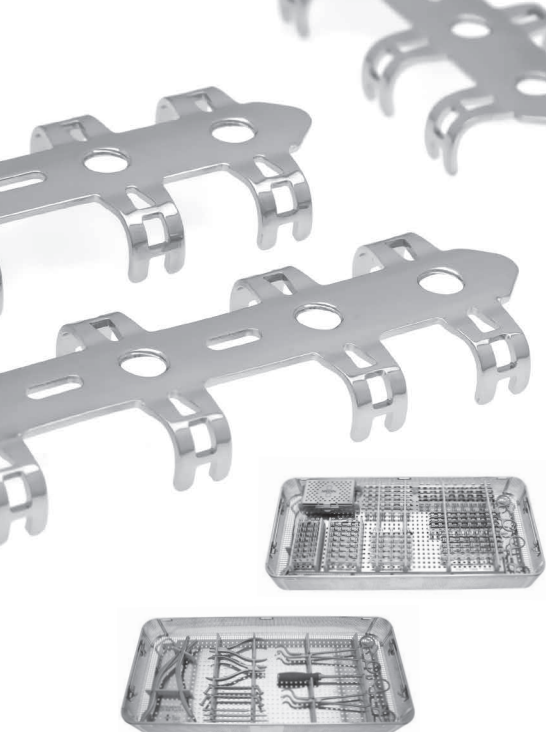
**nimotech**  
lékařská technika



**Rous Surgical® s.r.o.**  
Autorizovaný distributor A.M.I., Welfare Medical Ltd.



# NOVÁ GENERACE DLAH ŽEBERNÍCH



- ▶ Dlahy umožňují tvarování ve všech směrech.
- ▶ Možnost zajištění dlahy fixačními rameny nebo uzamykatelnými šrouby.
- ▶ Inovované instrumentárium umožňuje jednoduché a přesné tvarování a pevné zajištění dlahy k žebru.
- ▶ Tvarovací, fixační a přidržovací kleště zajišťují rychlou a snadnou manipulaci.
- ▶ Pouzdra s osazenými vrtáky umožňují bezpečnou přípravu otvoru pro šroub.

[www.medin.cz](http://www.medin.cz)



INSTRUKTÁŽNÍ  
VIDEO  
[www.medin.cz/video](http://www.medin.cz/video)

3v1

MEDIN®

UNIVERZÁLNÍ  
BŘIŠNÍ

- 1 ROZVĚRAČ  
BŘIŠNÍ
- 2 ROZVĚRAČ  
ŽEBERNÍHO  
OBLOUKU
- 3 ROZVĚRAČ  
ROCHARD

Rozvěrač





# CBM KONTEJNERY PERMASIDE FILTERS

**NOVINKA**  
Garantovaná záruka  
po dobu 5 let

Hlavní **inovaci** představuje trvalá mikrobiální kazeta vertikálně umístěná po obou stranách kontejneru. Přívod páry je vždy umístěn ve stejné vzdálenosti od středu bez ohledu na výšku kontejneru. Díky redukovanému poměru „filtrační plocha vstupního povrchu“ a vertikální orientaci mikrobiální bariéry se prach, nečistoty a kondenzace neusazují na filtr a chrání tak sterilitu obsahu během přepravy a skladování. V kontejnerech s filtry Permaside není riziko, že by při manipulaci mohlo dojít ke kontaminaci mikroorganismy tzv. „proséváním“.



Autorizovaný distributor pro ČR a SR včetně certifikovaného servisního střediska.