



# ARTROSKOPICKÁ SESTAVA



## S B O R N Í K P Ř E D N Á Š E K

### XXI. SETKÁNÍ ČESKÝCH A SLOVENSKÝCH CHIRURGŮ NA MORAVĚ

16.–17. května 2019  
NOVÉ MĚSTO NA MORAVĚ  
SKALSKÝ DVŮR

MEDIN, a.s. | prodej@medin.cz | [www.medin.cz](http://www.medin.cz)

Vážené kolegyně a kolegové,

jen bych se opakoval, pokud bych uváděl naše důvody a motivace k vydání Sborníku přednášek. Snad jen dvě věci je nutno znovu připomenout.

Pokud bychom prolistovali jednadvacet sborníků a přečetli jména autorů všech přednášek, vzpomeneme a smekneme.

Budeme-li pak za jejich jmény číst názvy přednášek, učiníme si velmi rychle představu o rozvoji české a slovenské chirurgie za poslední čtvrtstoletí.

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*



# XXI. setkání českých a slovenských chirurgů na Moravě

XXI. Setkání českých a slovenských chirurgů na Moravě 2019 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 a vedoucí editor Rozhledů v chirurgii</i>
prof. MUDr. Jozef Radoňak, CSc.	<i>prezident Slovenskej chirurgickej spoločnosti</i>
MUDr. Josef März	<i>předseda výboru České společnosti pro úrazovou chirurgii</i>
prof. MUDr. Peter Šimko, Ph.D.	<i>vědecký sekretář 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 a člen výboru Slovenskej spoločnosti pre úrazovú chirurgiu</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>

# XXI. setkání českých a slovenských chirurgů na Moravě

## ORGANIZAČNÍ VÝBOR

MUDr. Jiří Šustáček

prim. MUDr. Jiří Toman

MUDr. Roman Dvorský

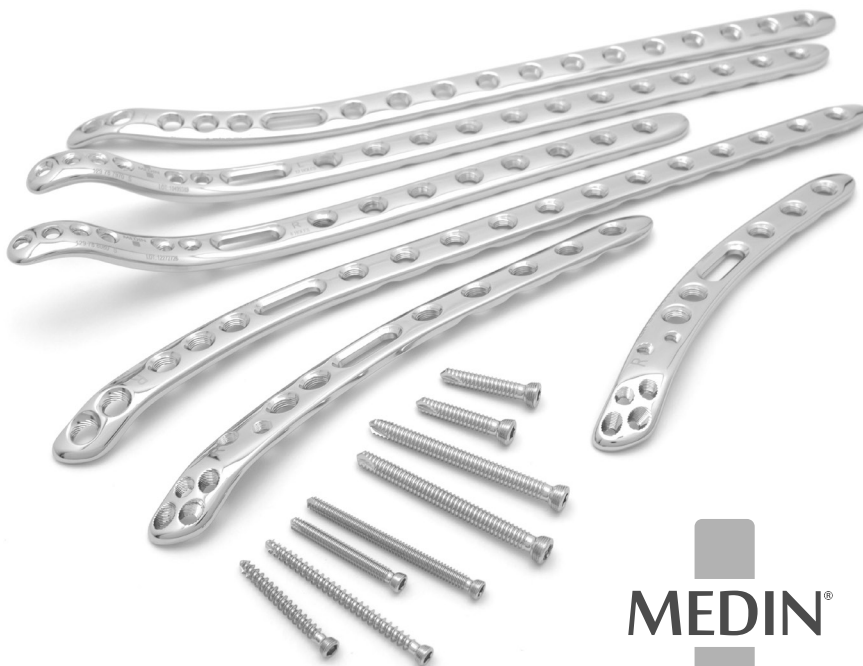
Milena Běhounková

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
<b>ČTVRTEK 16. KVĚTNA 2019</b>		
SEKCE A	SEKCE B	SEKCE C
9.00–9.45 hodin <b>sál A – ZAHÁJENÍ SETKÁNÍ</b> čestné předsednictvo <b>Vyzvaná přednáška společná pro všechny sekce</b> pracovní předsednictvo: L. Pleva, A. Schmoranzová, S. Vajcziková, J. Veselý		
předsednictvo: Z. Krška, J. Palaj, M. Ryska, A. Vrzgula	předsednictvo: J. Bartoniček, J. Látal, P. Nestrojil, P. Šimko	předsednictvo: T. Hellmuth, D. Horáčková, J. Paroulek, A. Schmoranzová
10.00–11.30 hodin <b>A1–A6</b>	10.00–11.45 hodin <b>B1–B7</b>	10.00–11.30 hodin <b>C1</b>
11.30–13.00 hodin přestávka, oběd	11.45–13.00 hodin přestávka, oběd	11.30–13.00 hodin přestávka, oběd
13.00–14.00 hodin Valná hromada České chirurgické společnosti ČLS JEP v sekci A  13.00–14.00 hodin <b>WORKSHOP – Krbový salonek</b> Nové traumatologické systémy / Minidlahy pro ruku – systém Contour / Hřebování proximálního femuru – systém Platon		
předsednictvo: J. Dvořák, Z. Kala, M. Mýtník, J. Radoňák	předsednictvo: R. Dvorský, K. Holub, M. Streck	předsednictvo: J. Pilný, S. Vajcziková, J. Veselý
14.15–15.30 hodin <b>A7–A11</b>	14.15–15.30 hodin <b>B8–B11</b>	14.00–15.30 hodin <b>C2–C7</b>
<b>KULTURNÍ PROGRAM</b> 16.30 hodin – odjezd autobusů od hotelu 17.00 hodin – kostel Radešínská Svratka	14.30–15.15 hodin – Krbový salonek <b>WORKSHOP</b> Nové traumatologické systémy Minidlahy pro ruku – systém Contour Hřebování proximálního femuru – systém Platon	
20.00 hodin – hotel Skalský Dvůr <b>SPOLEČENSKÝ VEČER</b>		

# Programový přehled

PÁTEK 17. KVĚTNA 2019	
SEKCE A	SEKCE B
předsednictvo: D. Mištuna, A. Prochotský, Č. Neoral, J. Toman	předsednictvo: F. Burget, D. Kachlík, R. Krejčí, B. Lipový
9.00–11.30 hodin <b>A12–A17</b>	9.00–11.30 hodin <b>B12–B21</b>
11.45 hodin – sál A – zakončení setkání	

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

**A**

čt

## Odborný program – čtvrtek 16. května 2019

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

### **Vyzvaná přednáška**

předsednictvo: L. Pleva, A. Schmoranzová, S. Vajcziková, J. Veselý

### **Poranění šlach u vrcholové tenistky – případová studie**

R. Kebrle – Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie Vysoké nad Jizerou

## SEKCE A

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

předsednictvo: Z. Krška, J. Palaj, M. Ryska, A. Vrzgula

- A1 Závažné komplikace chirurgické a onkologické léčby, kontroverze oborů**  
Z. Krška  
*1. chirurgická klinika 1. LF UK a VFN Praha*
- A2 Pankreatická píštěl a akutní pooperační pankreatitida po resekci pankreatu**  
M. Ryska, J. Rudiš, P. Záruba, A. Nikov  
*Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN Praha*
- A3 Masivna pulmonálna tromboembólia – vážna komplikácia v chirurgii**  
**História pulmonálnej embolektómie a súčasný stav liečby**  
J. Mazuch, Z. Červená, J. Mazuchová  
*Chirurgická klinika a TC JLF UK a UN Martin, Kardiochirurgické oddělení  
Nemocnice na Homolce Praha, Ústav lékařské biologie JLF UK a UN Martin*
- A4 Hemoperikard jako komplikace operace pro recidivující brániční kýlu**  
M. Ševčíková, T. Haruštiak, R. Lischke  
*III. chirurgická klinika 1. LF Univerzity Karlovy a FN Motol Praha*
- A5 Komplikácie chirurgickej liečby gastroduodena u pacientov s Crohnovou chorobou**  
R. Krajničák, A. Vrzgula, V. Pribula, T. Vasilenko, M. Mýtník  
*Chirurgická klinika LF UPJŠ, Nemocnica Košice - Šaca a.s. 1. súkromná nemocnica  
Člen skupiny AGEL*
- A6 Iatrogénne perforácie kolonu**  
J. Palaj, Š. Nemergut, D. Dyttert, V. Marek, V. Rekeň, M. Sabol, R. Záhorec, Š. Durdík  
*Klinika onkologickej chirurgie LFUK a OUSA Bratislava*

11.30–13.00 **přestávka, oběd**

XXI. SETKÁNÍ ČESKÝCH A SLOVENSKÝCH CHIRURGŮ NA MORAVĚ

13.00–14.00 **Valná hromada České chirurgické společnosti ČLS JEP**  
Předsedá výbor České chirurgické společnosti.  
Srdečně zveme i účastníky ze Slovenské republiky.

14.15–15.30 **II. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE A**

předsednictvo: J. Dvořák, Z. Kala, M. Mýtník, J. Radoňák

A7 **Komplikace v tyreoidální chirurgii a jejich prevence**

M. Šnajdr, J. Dvořák

*Chirurgické oddělení KKN, Karlovy Vary*

A8 **Nektoré zajímavé causae mortis**

Z. Červená, J. Mazuch

*Kardiochirurgické oddělení Nemocnice na Homolce Praha*

A9 **MUKOR**

M. Švorcová, M. Martínková, M. Brejníková, J. Šimonek, J. Havlín, J. Kolařík,  
J. Vachtenheim, R. Lischke

*III. chirurgická klinika I. LF UK a FN Motol Praha*

A10 **Je pneumoperitoneum indikací k chirurgickej revízi?**

Š. Nemergut, J. Palaj, M. Sabol, V. Rekeň, L. M. Arciniegas, Š. Durdík

*Klinika onkologickej chirurgie LFUK a OUSA Bratislava*

A11 **Causa mortis po laparoskopickej inguinálnej hernioplastike**

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

*Chirurgická klinika UPJŠ LF, Nemocnica Košice – Šaca a.s. 1. súkromná nemocnica,  
Člen skupiny AGEL*

17.00–18.00 **KULTURNÍ PROGRAM**

20.00 **SPOLEČENSKÝ VEČER – HOTEL SKALSKÝ DVŮR**



**A1**

Název: **Závažné komplikace chirurgické a onkologické léčby, kontroverze oborů**

Autor: **Z. Krška**

Pracoviště: 1. chirurgická klinika 1. LF UK a VFN Praha  
Katedra zdravotnických oborů VŠPJ Jihlava

Přednosta: prof. MUDr. Zdeněk Krška DrSc.

Anotace: –

**A2**

Název: **Pankreatická píštěl a akutní pooperační pankreatitida po resekcí pankreatu**

Autor: **M. Ryska, J. Rudiš, P. Záruba, A. Nikov**

Pracoviště: Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN Praha

Přednosta: prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc.

Anotace: Pankreatická píštěl typu C a akutní pooperační pankreatitida po resekcí pankreatu jsou závažnými komplikacemi.

V našem sdělení se zabýváme možnostmi časné diagnostiky akutní pooperační pankreatitidy, odlišením od prostého pankreatického leaku a možnostmi chirurgické terapie.

U všech pacientů po resekcí pro duktální adenokarcinom pankreatu komplikovaných pankreatickým leakem typu C, kteří při primární hospitalizaci zemřeli, jsme z pitevních nálezů vyhledali nemocné s histologicky verifikovanou akutní pooperační pankreatitidu. Tuto skupinu nemocných jsme porovnali s pacienty s prostým leakem a s pacienty s nekomplikovaným pooperačním průběhem. Retrospektivně jsme hodnotili pooperační klinický průběh, základní laboratorní a zobrazovací vyšetření. Sledované parametry jednotlivých skupin jsme statisticky srovnávali pomocí Fisherova LSD testu. Za hladinu statistické významnosti jsme stanovili  $p = 0.05$ . Veškeré analýzy byly provedeny v programu STATISTICA 10.0 (StatSoft CR s.r.o.).

V souladu s naším pozorováním je nejzávažnější komplikací po resekcí pankreatu pankreatický leak typu C a to jak v důsledku akutní pooperační pankreatitidy, tak samostatně. Rozlišit obě komplikace je mnohdy velmi obtížné či dokonce nemožné. Výsledky naší provedené retrospektivní studie potvrzují následující:

- 1) pro rozvoj akutní pooperační pankreatitidy po resekcí výkonu na pankreatu svědčí strmý vzestup sérových hodnot amyláz a CRP první až pátý pooperační den,
- 2) CT vyšetření u této komplikace nemusí být přínosné,
- 3) při zjištění akutní pooperační pankreatitidy ohrožující život nemocného je doporučeno dokončit totální pankreatektomií. Rozhodnutí závisí na zkušenosti chirurga,
- 4) u části nemocných nemusí být biopticky či autopticky akutní pooperační pankreatitida prokázána, změny na ponechané části pankreatu mohou být pouze povrchní, vyvolané natrávením aktivovanou pankreatickou šťávou vytékající z dehiscencí pankreatojejunostomy.

Název:	<b>Masívna pulmonálna tromboembólia – vážna komplikácia v chirurgii História pulmonálnej embolektómie a súčasný stav liečby</b>
Autor:	<b>J. Mazuch, Z. Červená, J. Mazuchová</b>
Pracovišť:	Chirurgická klinika a TC JLF UK a UN Martin, Kardiochirurgické oddelení Nemocnice na Homolce Praha, Ústav lekárskej biológie JLF UK a UN Martin
Přednosta:	prof. MUDr. Ludovít Laca, Ph.D.
Anotace:	<p>O masívnej pulmonálnej tromboembólii (MPTE) hovoríme keď ide o obštrukciu pľúcneho riečiska tromboembolmi viac ako 50%. MPTE je súčasťou venózneho tromboembolizmu a má vysokú mortalitu okolo 20%.</p> <p>Z patofyziologického hľadiska ide o ťažkú perfúžno-ventilačnú poruchu spojenú s hypoxiou pulmonálnou hypertenziou, systémovou hypotenziou, vysokým centrálnym venóznym tlakom, dysfunkciou pravej komory srdca, vysokými hladinami troponínov. Situácia je z klinického hľadiska veľmi akútna a pomôže len rýchla dezobštrukcia pľúcneho riečiska.</p> <p>História pulmonálnej embolektómie má už 110 rokov a po počiatkových neúspechoch v liečbe masívnej pulmonálnej tromboembólie bola embolektómia po dlhé roky život zachraňujúca operácia. Operačná liečba sa v posledných rokoch zdokonalila a zlepšili sa aj pooperačné výsledky a dlhodobé prežívanie. Aj v Československu sme zachytili pozitívne svetové trendy a zaznamenali pozitívne výsledky. Prvá úspešná pulmonálna embolektómia v Československu, aj v strednej Európe bola vykonaná 14. 2. 1968 na Chirurgickej klinike FN LF UK v Martine, profesorom Šteinerom a kol.</p> <p>Taktiež prvá úspešná intrapulmonálna trombolýza MPTE bola vykonaná na Chirurgickej klinike FN a LF UK v Martine 27. 7. 1971, profesorom J. Mazuchom a kol. Obidve kazuistiky boli publikované v zahraničnej aj domácej literatúre. Samotné kazuistiky, aj keď už majú historickú hodnotu, sú o to cennejšie, že približujú historické skutočnosti a vtedajšiu realitu smrteľných MPTE.</p> <p>Dnes sa pulmonálna embolektómia vďaka ECC a pokrokom kardiochirurgie považuje za pomerne jednoduchý výkon. Problémom však ostáva včasná diagnostika, objektivizácia urgentného stavu a čo najrýchlejšia dezobštrukcia pľúcneho riečiska. Aj tu platí: „Nestrácať čas, ale rýchlo a účelne konať.“ a „Šťastie praje pripraveným a zorientovaným“.</p> <p>Boli to práve chirurgovia, ktorých najviac trápili náhle pooperačné úmrtia na MPTE. Preto práve chirurgovia ako prví pristupovali k radikálnemu riešeniu a k intenzívnej prevencii MPTE.</p> <p>Chirurgická liečba MPTE má teda aj v súčasnosti svoje opodstatnenie a je indikovaná asi u 10% prípadov. Sú to prípady, kde cirkulácia rýchlo zlyháva a šokový stav je rezistentný na akúkoľvek medikamentóznou liečbu.</p> <p>Urgentná pulmonálna embolektómia sa aj v súčasnosti považuje za život zachraňujúcu operáciu. Pulmonálna embolektómia s pomocou ECC je však viazaná na kardiochirurgické pracovisko. Väčšiu nádej na prežitie majú pacienti, ktorých embólia postihne priamo v kardiochirurgickom centre, alebo sú tam včas transportovaní.</p>

## A3

**Anotace:** Veľmi dôležitá je aj trvalá dostupnosť erudovaného kardiológa a kardiochirurga, pretože až 60% MPTE je urgentne operovaných cez víkendové pohotovosti. Aklog a spol. v Bostone – USA riadiac sa týmito princípmi vykonali v priebehu 2 rokov 29 akútnych pulmonálnych embolektómii s prežitím 89% postihnutých pacientov.

V súčasnosti je perspektívna aj katérová embolektómia spojená s pulverizáciou a sukciou tromboembolov a následnou trombolýzou reziduálnych tromboembolov. Táto metóda možno v budúcnosti nahradí chirurgickú embolektómiu.

V liečbe čerstvých foriem akútnej MPTE má stále najväčšie perspektívy trombolytická liečba – až 90%. Stratégiu a taktiku liečby pľúcnej tromboembólie znázorňuje.

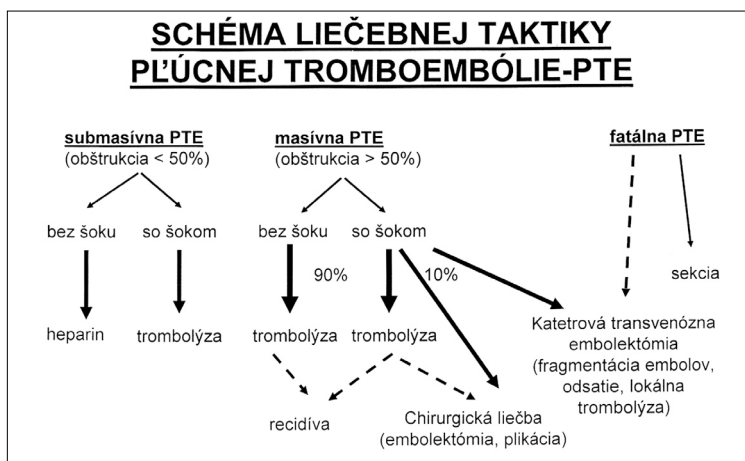


SCHÉMA LIEČEBNEJ TAKTIKY PĽÚCNEJ TROMBOEMBÓLIE

Rozhodnutie o liečbe MPTE musí vychádzať z klinického úsudku s ohľadom na klinický a hemodynamický stav pacienta, rozsah embolickej obštrukcie, technické možnosti a skúsenosti príslušného zdravotníckeho zariadenia a personálu. Dnes platí viac ako inokedy, že nie každá MPTE musí zomrieť.

Název:	<b>Hemoperikard jako komplikace operace pro recidivující brániční kýlu</b>
Autor:	<b>M. Ševčíková, T. Haruštiak, R. Lischke</b>
Pracoviště:	III. chirurgická klinika 1. LF Univerzity Karlovy a FN Motol Praha
Přednosta:	prof. MUDr. Robert Lischke, Ph.D.
Anotace:	<p>Autoři prezentují kazuistiku raritní komplikace – srdeční tamponády na podkladě hemoperikardu po plánované operaci recidivující hiátové hernie. Plánovaně jsme na naší kliniku přijali 52 letou pacientku s druhou recidivou brániční kýly. Původně byla operována pro hiátovou hernii s nitrohruďním žaludkem a následně reoperace pro recidivu refluxních obtíží. Operována byla vždy laparoskopicky s provedením Nissen-Rossetti fundoplikce. Reoperace byla provedena s použitím sítky.</p> <p>Subjektivně měla významné refluxní obtíže (denně pyrozy, regurgitace), dysfagie, intermitentní zvracení. RTG i endoskopický náález recidivy axiální hiátové hernie a sklouznutí manžety na subkardii. Operační přístup jsme zvolili ze subkostální laparotomie. Exstirpovali jsme původní nefunkční sítku, kompletně rozvolnili fundoplikacu, Provedli suturu hiatu s aplikací nové sítky (Dynamesh-Hiatus), kterou jsme fixovali pomocí Securestrap (Ethicon) a jednotlivými nevstřebatelnými stehy. Pro krátký jícen jsme provedli Collisovu gastroplastiku a přidali fundoplikaci dle Nissena. Bezprostřední pooperační průběh byl bez komplikací, kontrolní RTG pasáž s vyhovujícím nálezem, realimentace bez problémů. Dimise byla plánovaná 5. pooperační den. Těsně před propuštěním nastal u pacientky náhlý kolapsový stav s rozvojem kardiogenního šoku. Pro podezření na plicní embolii bylo provedeno angioCT, které vyloučilo embolizaci a zobrazilo objemný perikardiální výpotek. Byla provedena urgentní drenáž perikardu s odsátím na 450 ml krve. Přechodně se stav zlepšil. V zápětí se však opět rozvíjel šokový stav při doplňování hemoperikardu. Odsáto již na 1000 ml sanguinolentní tekutiny. Pacientka byla indikována k akutní kardiokirurgické revizi. Provedena totální sternotomie, perikardotomie, evakuace krve a koagul, krátkodobá přímá srdeční masáž pro fibrilaci komor, defibrilace. Jako příčina stavu byla nalezena drobná perforace spodní stěny levé komory. Jednalo se nejspíše o perforaci způsobenou fixací sítky k hiátu. Nebylo však možné rozlišit, jestli byla příčinou svorka Securestrap nebo steh. Nicméně na perikardu přiléhá k místu perforace byl identifikován steh.</p> <p>Zvláštností případu je relativně pozdní manifestace hemoperikardu – až 5. pooperační den. Nemáme pro to jasné vysvětlení. Další bezprostřední pooperační průběh byl bez komplikací. V horizontu týdnů po operaci pacientka trpěla post perikardiotomickým syndromem, který se léčil ambulantně opakovanou punkcí bilaterálních fluidothoraxů a kortikoterapií. Za více jak 3 měsíce od operace hiátové hernie byla pacientka přijata pro febrilie a bolesti v levém mesogastriu. Důvodem byl intraabdominální absces, polymikrobiální s přítomností aktinomycet, který byl drénován pod CT kontrolou. Pacientka byla propuštěna do domácí péče s prodlouženou p.o. antibiotickou léčbou. Touto kazuistikou chceme poukázat na velmi raritní komplikaci operace brániční kýly s aplikací sítky na hiátus, kterou může být drobná perforace levé komory s klinickým projevem až 5. pooperační den. Pacientka měla štěstí v neštěstí, protože náhlý kolapsový stav nastal ještě v nemocničním zařízení.</p>

**A5**

Název:	<b>Komplikácie chirurgickej liečby gastroduodena u pacientov s Crohnovou chorobou</b>
Autor:	<b>R. Krajničák, A. Vrzgula, V. Pribula, T. Vasilenko, M. Mýtnik</b>
Pracovišť:	Chirurgická klinika LF UPJŠ, Nemocnica Košice - Šaca a.s. 1. súkromná nemocnica Člen skupiny AGEL
Přednosta / Primář:	MUDr. Andrej Vrzgula, Ph.D. / 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. Incidencia primárneho postihnutia gastroduodéna je podľa literárnych údajov 5%. Liečba CD je prevažne konzervatívna. Chirurgická liečba nastupuje pri zlyhaní konzervatívnej liečby, alebo pri komplikáciách ochorenia. Autori prezentujú skúsenosti pracoviska s chirurgickou liečbou CD a demonštrujú prípady pacientov s primárnym postihnutím gastroduodéna. Poukazujú na možnosti a limity chirurgickej liečby pri tomto type ochorenia. Tieto postupy konfrontujú s odporúčaniami Európskej organizácie pre Crohnovu chorobu a ulceróznu kolitídu (ECCO) a Európskej koloproktologickej spoločnosti (ESCP). Pooperačné komplikácie sa vykytujú do 15% a môžu končiť fatálne, čo autori prezentujú v jednej z kazuistík. V závere poukazujú na zriedkavý výskyt lokalizácie CD v oblasti gastroduodena, poukazujú na limity chirurgickej liečby a zdôrazňujú nutnosť multiodborovej spolupráce.

**A6**

Název:	<b>Latrogénne perforácie kolonu</b>
Autor:	<b>J. Palaj, Š. Nemergut, D. Dyttert, V. Marek, V. Rekeň, M. Sabol, R. Záhorec, Š. Durdík</b>
Pracovišť:	Klinika onkologickej chirurgie LFUK a OUSA Bratislava
Přednosta / Primář:	prof. MUDr. Štefan Durdík, Ph.D., MHA / MUDr. Martin Sabol, Ph.D.
Anotace:	Latrogénne perforácie kolonu sa najčastejšie vyskytujú po diagnostických koloskopiách, a to s frekvenciou 0,019–0,8% a po terapeutických endoskopiách od 0,1–3%. Liečba je konzervatívna, endoskopická a chirurgická. V prípade včasnej diagnostiky je v rámci publikovaných štúdií mortalita v rozmedzí 0–24%. Avšak v prípade neskoršej diagnostiky dochádza postupne k rozvoju sterkorálnej peritonitídy a mortalita stúpa z 24% až 60%. V prípade perforácie väčšieho rozsahu ale aj pri neúspechu endoskopickú a konzervatívnu liečbu je indikovaná chirurgická intervencia. Autori prezentujú rizikové faktory, diagnostiku aj algoritmy liečby podľa lokality, etiológie, rozsahu perforácie, a terénu, v ktorom vznikli. Na záver dopĺňajú kazuistiky z vlastného materiálu Kliniky onkologickej Chirurgie LFUK a OUSA. <b>Kľúčové slová:</b> <i>iatrogénne perforácie kolonu, urgentný výkon.</i>

<b>A7</b>	
Název:	<b>Komplikace v tyreoidální chirurgii a jejich prevence</b>
Autor:	<b>M. Šnajdr, J. Dvořák</b>
Pracoviště:	Chirurgické oddělení KKN, Karlovy Vary
Primář:	MUDr. Josef März, FICS
Anotace:	Na základě více než 4500 operací štítné žlázy provedených v letech 1999–2018 se autoři vyjadřují k nejčastějším a nejzávažnějším komplikacím tyreoidektomií a k jejich možné prevenci. Nejde při nich pouze o následky chyb a omylů v technice operování, ale také o důsledky nestandardních diagnostických kroků, taktiky při indikacích k operaci, události v pooperačním průběhu nebo dlouhodobém sledování nemocných. Nepříznivé důsledky těchto komplikací mohou znamenat pro nemocného problémy v rovině zdravotní, profesní, socioekonomické a pro lékaře psychické a forenzní. Pohybují se od nevzhledných jizev až k příznakům dušení a v krajních situacích i úmrtí. Vzhledem k rozsahu tématu se sdělení věnuje hlavně nejčastějším a nejzávažnějším komplikacím, kterými jsou nevhodné indikace k operaci, poranění nervů a příštitných tělísek, krvácení a neradikální operace. Ani nejpečlivější operování a použití moderní technologie nám neumožní tyto nepříjemné příhody zcela odstranit, ale snahou je jejich co největší minimalizace.

<b>A8</b>	
Název:	<b>Některé zajímavé causae mortis</b>
Autor:	<b>Z. Červená, J. Mazuch</b>
Pracoviště:	Kardiochirurgické oddělení Nemocnice na Homolce Praha, Chirurgická klinika a TC UN Martin
Přednosta:	MUDr. CSc. Štěpán Černý, prof. MUDr. Ludovít Laca, Ph.D.
Anotace:	–

<b>A9</b>	
Název:	<b>MUKOR</b>
Autor:	<b>M. Švorcová, M. Martínková, M. Brejníková, J. Šimonek, J. Havlín, J. Kolařík, J. Vachtenheim, R. Lischke</b>
Pracoviště:	III. chirurgická klinika I. LF UK a FN Motol Praha
Přednosta:	prof. MUDr. Robert Lischke, Ph.D.
Anotace:	Výskyt invazivních fungálních infekcí u dospělých narůstá, což souvisí s narůstajícím počtem imunokompromitovaných pacientů. Invazivní mukormykóza je agresivní mykotická infekce, jejíž generalizovaná forma dosahuje až 96 % mortality. Příklady plicní a břišní mukormykozy prezentujeme na našich kazuistikách.

## A10

Název:	<b>Je pneumoperitoneum indikáciou k chirurgickej revízii?</b>
Autor:	<b>Š. Nemergut, J. Palaj, M. Sabol, V. Rekeň, L. M. Arciniegas, Š. Durdík</b>
Pracovište:	Klinika onkologickej chirurgie LFUK a OUSA Bratislava
Přednosta / Primář:	prof. MUDr. Durdík Štefan, Ph.D., MHA / MUDr. Sabol Martin, PhD.
Anotace:	<p>Nález obrazu pneumoperitonea v zobrazovacích metódach býval indikáciou k hospitalizácii, zisteniu origa pneumoperitonea a následnej chirurgickej liečbe. Vo väčšine prípadov sa jedná o chirurgické riešenie perforácie GITu. V odbornej literatúre nachádzame viacero článkov venujúcich sa nálezu idiopatického alebo spontánneho pneumoperitonea, najčastejšie formou jednotlivých kazuistik. V niektorých prípadoch však vykonaná laparotómia neodhalí žiadnu intraabdominálnu príčinu. V kazuistike uvádzame 62 ročného pacienta po ľavostrannej hemikolektómii pre karcinóm hrubého čreva a mts-ektómii pečene. Počas podávania chemoterapie a biologickej liečby nastáva kolapsový stav, kvantitatívna porucha vedomia, pacient resuscitovaný a prístrojovo ventilovaný. Po odpojení od ventilácie dochádza k úprave vedomia, prítomný však nález masívneho pneumoperitonea bez známkov peritonitídy v klinickom obraze. Pneumoperitoneum verifikované CT vyšetrením, s popisom suspektnej perforácie žalúdka. Indikovaný bol urgentný operačný výkon, revízia, peroperačne však nález perforácie nepotvrdený, peroperačná gastrofibroskopia bola taktiež negatívna. V diskusii sa autori zamyšľajú nad diferenciálnou diagnostikou pneumoperitonea, možnostiach konzervatívneho prístupu a sledovaní stavu pomocou širokej škály zápalových parametrov a klinického stavu pacienta na klinike intenzívnej medicíny.</p> <p><b>Kľúčové slová:</b> <i>spontánne pneumoperitoneum, chirurgická a konzervatívna liečba.</i></p>

## A11

Název:	<b>Causa mortis po laparoskopickej inguinálnej hernioplastike</b>
Autor:	<b>T. Vasilenko, R. Krajničák, A. Vrzgula, V. Pribula, M. Mýtnik</b>
Pracovište:	Chirurgická klinika UPJŠ LF, Nemocnica Košice - Šaca a.s. 1. súkromná nemocnica, Člen skupiny AGEL
Přednosta:	MUDr. Andrej Vrzgula, Ph.D.
Anotace:	<p>Operačná liečba inguinálnej hernie patrí medzi najčastejšie chirurgické výkony. Rozvoj miniinvasivej chirurgie koncom 20. storočia nám priniesol nové možnosti a postupy pri liečbe pacientov s týmto ochorením. Laparoskopické riešenie inguinálnej hernie je založené na princípoch beznapätovej plastiky s preperitoneálne uloženou sieťkou. Na týchto základoch boli rozvinuté dva postupy laparoskopickej hernioplastiky, a to TAPP (Trans-Abdominal Pre-Peritoneal) a TEP (Totally Extra-Peritoneal). Podľa údajov z dostupnej literatúry patria obe metódy medzi najviac rozšírené a rovnocenné. Na pracovisku autorov sa operujú inguinálne hernie metódou TAPP od marca 1999. Autori prezentujú kazuistiku pacienta po obojstrannej TAPP, ktorý v skorom pooperačnom období exitoval na následky hemoragického šoku. V práci sa venujú možným príčinám tejto fatálnej komplikácie a poukazujú na možnosti, ako im predchádzať, prípadne chirurgicky včas zakročiť. Napriek spomínanej „causa mortis“, na základe údajov z dostupnej literatúry autori konštatujú, že laparoskopická hernioplastika je vhodnou metódou pri liečbe pacientov s inguinálnou herniou.</p>



# Periprotetické poškození femuru

## Indikace

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

Šroub kostní  
uzamykatelný 5/3,5



Šroub kostní  
uzamykatelný 5



Šroub kostní  
kortikální samořezný HA 4,5



## Systém je tvořen z těchto implantátů

Dlaha přímá úhlově stabilní



Dlaha femorální proximální



Dlaha femorální distální



Šroub uzamykatelný na objímku



Objímky



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



# Odborný program – čtvrtek 16. května 2019

## SEKCE B

10.00–11.45 **I. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE B**

předsednictvo: J. Bartoniček, J. Látal, P. Nestrojil, P. Šimko

**B**  
čt

**B1 From an idea to a new implant – about the cooperation of engineers and doctors**

J. Hopf

*Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie,  
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz*

**B2 Anatomie loketního kloubu**

J. Bartoniček

*Klinika ortopedie 1. LF UK a ÚVN Praha*

**B3 Variabilita přídatných kostí lokte**

V. Kunc, V. Kunc, V. Černý, M. Polovinčák, M. Belbl, D. Kachlík

*Ústav anatomie 2. LF UK Praha, Katedra počítačů, ČVUT Praha, Klinika zobrazovacích metod  
2. LF UK a FN Motol Praha, Katedra zdravotnických oborů VŠPJ Jihlava*

**B4 Kocherův přístup k loketnímu kloubu**

J. Bartoniček

*Klinika ortopedie 1. LF UK a ÚVN Praha*

**B5 Luxace lokte**

P. Nestrojil, M. Krtička

*Klinika úrazové chirurgie LF MU a TC FN Brno*

**B6 Suprakondylický pakloub humeru – kazuistika**

A. Chochola, J. Bartoniček

*Klinika ortopedie 1. LF UK a ÚVN Praha*

**B7 Naše zkušenosti s dlahami na distální humerus MEDIN**

J. Kraus, K. Chrz

*I. Chirurgická klinika VFN Praha*

11.45–13.00 **přestávka, oběd**

13.00–14.00 **Valná hromada České chirurgické společnosti ČLS JEP**

Předseda výbor České chirurgické společnosti.

Srdečně zveme i účastníky ze Slovenské republiky.

14.15–15.30 **II. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE B**

předsednictvo: R. Dvorský, K. Holub, M. Streck

**B8 Luxační zlomeniny proximální ulny**

J. Bartoníček, A. Chochola

*Klinika ortopedie 1. LF UK a ÚVN Praha*

**B9 Nešťastná triáda lokte**

K. Holub

*Oddělení úrazové chirurgie Nemocnice České Budějovice*

**B10 Osteosyntéza hlavice radia**

M. Streck, O. Dosoudil, M. Vlček

*I. ortopedická klinika 1. LF UK a FN Motol Praha*

**B11 Náhrada hlavice radia**

M. Vlček, M. Streck, O. Dosoudil

*I. ortopedická klinika 1. LF UK a FN Motol Praha*

17.00–18.00 **KULTURNÍ PROGRAM**

20.00 **SPOLEČENSKÝ VEČER – HOTEL SKALSKÝ DVŮR**

**B**  
čt

## B1

Název: **From an idea to a new implant – about the cooperation of engineers and doctors**

Autor: **Dr. med. Johannes Hopf**

Pracoviště: Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie,  
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Přednosta: –

Anotace: –

## B2

Název: **Anatomie loketního kloubu**

Autor: **J. Bartoníček**

Pracoviště: Klinika ortopedie 1. LF UK a ÚVN Praha

Přednosta: prof. MUDr. Jan Bartoníček, DrSc.

Anotace: –

## B3

Název: **Variabilita přídatných kostí lokte**

Autor: **V. Kunc, V. Kunc, V. Černý, M. Polovinčák, M. Belbl, D. Kachlík**

Pracoviště: Ústav anatomie 2. LF UK Praha, Katedra počítačů, ČVUT Praha,  
Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK a FN Motol Praha,  
Katedra zdravotnických oborů VŠPJ Jihlava

Přednosta: prof. MUDr. David Kachlík, Ph.D.

Anotace: Přídatné kosti lokte byly popsány již v celé řadě kazuistik. Jedná se především o vzácné, ale klinicky významné kosti – os supratrochleareanterius et posterius – které se mohou manifestovat bolestivostí a omezením pohybu. Dále lze zde nalézt několik dalších kostí zmiňovaných v klasifikačních schématech, ale jinak nepopsaných, jejichž význam je především diferenciativně diagnostický. Za účelem zpřesnění klasifikačního schématu a určení prevalence jsme zhodnotili rentgenové snímky 2413 loktů. Přídatné kosti se nacházely v 0,77 % případů a neprokázali jsme žádný statisticky významný vliv prevalence vzhledem k věku. Přestože přídatné kosti v okolí lokte lze považovat za vzácnou varianci, jejich znalost může pomoci v diferenciativní diagnostice častých stavů, jako jsou avulzní zlomeniny jiné stavy obsahující osifikující struktury v okolí lokte.  
Grantová podpora: Progres Q37.

**B4**

Název:	<b>Kocherův přístup k loketnímu kloubu</b>
Autor:	<b>J. Bartoníček</b>
Pracoviště:	Klinika ortopedie 1. LF UK a ÚVN Praha
Přednosta:	prof. MUDr. Jan Bartoníček, DrSc.
Anotace:	–

**B5**

Název:	<b>Luxace lokte</b>
Autor:	<b>P. Nestrojil, M. Krtička</b>
Pracoviště:	Klinika úrazové chirurgie LF MU a TC FN Brno
Přednosta:	doc. MUDr. Michal Mašek, CSc.
Anotace:	<p>Luxace lokte se na ambulanci chirurgického pracoviště nevyskytují příliš často, ale mohou zanechat trvalé následky. Luxace se vyskytují jednak izolovaně s možnou lezí postranních vazů, ale dosti často v kombinaci se zlomeninami proximálního předloktí.</p> <p>Čistá luxace vyžaduje řádnou RTG diagnostiku, včetně vyšetření stability lokte v CA s následným konzervativním nebo operačním řešením s revizí a ošetřením poranění postranních vazů lokte. Luxace lokte kombinované se zlomeninami vyžadují nejen RTG, ale i CT vyšetření a následně komplexní řešení všech poranění.</p> <p>Řádná diagnostika a optimální řešení všech těchto poranění vede ke snížení funkčních následků.</p>

**B6**

Název:	<b>Suprakondylický pakloub humeru – kazuistika</b>
Autor:	<b>A. Chochola, J. Bartoníček</b>
Pracoviště:	Klinika ortopedie 1. LF UK a ÚVN Praha
Přednosta:	prof. MUDr. Jan Bartoníček, DrSc.
Anotace:	–

**B**  
čt

**B7**

Název:	<b>Naše zkušenosti s dlahami na distální humerus MEDIN</b>
Autor:	<b>J. Kraus, K. Chrz</b>
Pracoviště:	I. Chirurgická klinika VFN Praha
Přednosta:	prof. MUDr. Zdeněk Krška CSc.
Anotace:	Zhruba 2% všech zlomenin zaujímají zlomeniny distálního humeru. Tvoří 30% zlomenin postihující loket. Mnohdy jde o komplexní tříštivé intraartikulární zlomeniny u pacientů v produktivním věku, kde podmínkou obnovení správné funkce kloubu je exaktní a precizní repozice s následnou fixací dvěma dlahami. Autoři prezentují soubor pacientu I. Chirurgické kliniky VFN ošetřených pomocí dlah na distální humerus MEDIN.

**B8**

Název:	<b>Luxační zlomeniny proximální ulny</b>
Autor:	<b>J. Bartoníček, A. Chochola</b>
Pracoviště:	Klinika ortopedie 1. LF UK a ÚVN Praha
Přednosta:	prof. MUDr. Jan Bartoníček, DrSc.
Anotace:	-

**B9**

Název:	<b>Nešťastná triáda lokte</b>
Autor:	<b>K. Holub</b>
Pracoviště:	Oddělení úrazové chirurgie Nemocnice České Budějovice
Primář:	MUDr. Martin Kloub, PhD.
Anotace:	-

**B10**

Název:	<b>Osteosyntéza hlavice radia</b>
Autor:	<b>M. Streck, O. Dosoudil, M. Vlček</b>
Pracoviště:	I. ortopedická klinika 1. LF UK a FN Motol Praha
Přednosta:	prof. MUDr. Ivan Landor, CSc.
Anotace:	-

Název:	<b>Náhrada hlavice radia</b>
Autor:	<b>M. Vlček, M. Streck, O. Dosoudil</b>
Pracoviště:	I. ortopedická klinika 1. LF UK a FN Motol Praha
Přednosta:	prof. MUDr. Ivan Landor, CSc.
Anotace:	<p><b>Cíl studie</b></p> <p>Doposud nebyl stanoven optimální postup při léčbě vícefragmentových nerekonstruovatelných zlomenin hlavic radia. Řešení nabízí implantace endoprotéz, závěry publikací jsou rozporuplné. Rozhodli jsme se začít endoprotézy hlavic radia aplikovat a získat vlastní zkušenosti. Přinášíme vyhodnocení výsledků léčby po jednom roce od operace.</p> <p><b>Materiál a metoda</b></p> <p>Soubor osmi pacientů (šest mužů a dvě ženy, průměrný věk 46,1 roků, rozsah 24–80 roků) s implantovanou endoprotézou hlavice radia ExploR®. Zlomeniny byly tří- až šestifragmentové, v šesti případech se jednalo o luxační zlomeninu. Jedenkrát současně přítomna zlomenina diafýzy ulny, která byla stabilizována nitrodřeňovým hřebem Würzburger nail. Operační přístup v Kocherově intervalu. Pooperační fixace sádrou dlahou od metakarpofalangeálních kloubů pod rameno přikládána na dobu dvou až tří týdnů.</p> <p><b>Výsledky</b></p> <p>Hodnocení probíhalo průměrně ve 13 měsících po operaci (rozsah 12–15 měsíců). Průměrná flexe lokte byla v rozsahu 7,5° až 136,9°, supinace předloktí 0° až 86,3° a pronace předloktí 0° až 80,0°. Ve všech případech byl loketní kloub stabilní. Neurologický deficit se nerozvinul v žádném z případů. DASH skóre dosáhlo průměrné hodnoty 11,2. Mayo Elbow Performance Score (MEPS) dosáhlo průměrné hodnoty 92,5. Rentgenové známky uvolnění implantátu byly pozorovány ve třech případech (37,5%), ve dvou případech došlo k resorpci kosti u dřívku endoprotézy (25,0%), heterotopické osifikace vznikly u dvou pacientů (25,0%), v jednom případě (12,5%) byla implantována neadekvátně větší hlavice endoprotézy. Relaxace loketního kloubu nenastala u žádného pacienta.</p> <p><b>Diskuse</b></p> <p>Aplikace endoprotézy hlavice radia je indikována při tříštivých zlomeninách hlavice a současném ligamentózním poranění (luxační zlomeniny, terrible triad, poranění typu Essex-Lopresti). Aplikací endoprotéz lze dosáhnout stejně dobrých funkčních výsledků jako při osteosyntézách. Komplikace aloplastik jsou zejména pozdní, v odstupu deseti a více roků od operace. Další sledování našich pacientů bude nutné, stejně jako rozšíření souboru. Prevenci komplikací spatřujeme v užití implantátů s delším dřívkem a modernějších cementovaných bipolárních endoprotéz, které dle recentních studií dosahují stejně dobrých funkčních a výsledků, ale snižují počet nutných reoperací, zejména extrakcí implantátu.</p> <p><b>Závěr</b></p> <p>V léčbě tříštivých zlomenin hlavic radia vede aplikace endoprotéz k velice rychlé a dobré obnově funkčnosti loketního kloubu a je prevencí nestability v případech přidružených ligamentózních poranění. Nutností je volba adekvátní velikosti hlavice. Rentgenové známky uvolnění dřívku nemusí ovlivnit funkční výsledky léčby.</p>

# Odborný program – čtvrtek 16. května 2019

## SEKCE C

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

**C1 ROUND TABLE:**

**Rozsáhlé poranění tkání ruky a jejich řešení ve Vysokém nad Jizerou**

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

11.30–13.00 **přestávka, oběd**

13.00–14.00 **Valná hromada České chirurgické společnosti ČLS JEP**

Předseda výbor České chirurgické společnosti.

Srdečně zveme i účastníky ze Slovenské republiky.

14.00–15.30 **II. BLOK ODBORNÉHO PROGRAMU – SEKCE C**

předsednictvo: J. Pilný, S. Vajcziková, J. Veselý

**C2 Řešení funkce ruky po devastačním poranění přenosem prstů z nohou**

J. Veselý, I. Stupka, P. Vondra, Z. Dvořák, L. Streit, T. Kubek

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

**C3 Zhodnocení morbidity nohy po odběru prstů**

I. Stupka, J. Veselý, Z. Dvořák, L. Streit, T. Kubek, P. Vondra, M. Knoz

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

**C4 Naše zkušenosti s ošetřením ztrátových poranění distálních článků prstů**

R. Vronský, L. Bialý

*Oddělení centrálního příjmu, Klinika úrazové chirurgie FN Ostrava – Poruba*

**C5 Kontrakturne štádia tendovaginitis stenotisans v A1 zone**

J. Cigaňák, T. Cigaňák, J. Konečný, E. Kozár

*MANUS-MED Prievdza*

**C6 Zevní fixace při ošetření rozsáhlých poranění ruky**

J. Pilný

*Ortopedické oddělení Nemocnice Nové Město na Moravě*

**C7 Indikácie operácie sec. Kapandji**

S. Vajcziková, M. Kilian, B. Ševcech

*II. ortopedicko-traumatologická klinika LF UK, UNB Bratislava*

C  
čt

## Odborný program – čtvrtek 16. května 2019

17.00–18.00 **KULTURNÍ PROGRAM**

20.00 **SPOLEČENSKÝ VEČER – HOTEL SKALSKÝ DVŮR**

C  
čt

MEDIN<sup>®</sup>

# C-NAIL

PRVNÍ HŘEB PRO  
OSTEOSYNTÉZU  
PATNÍ KOSTI

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

XXI. SETKÁNÍ ČESKÝCH A SLOVENSKÝCH CHIRURGŮ NA MORAVĚ



**C1**

Název: **ROUND TABLE: Rozsáhlé poranění tkání ruky a jejich řešení ve Vysokém nad Jizerou**

Předsednictvo: **A. Schmoranzová, T. Hellmuth, D. Horáčková, J. Paroulek**

Pracoviště: Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie Vysoké nad Jizerou

**ROUND TABLE 10.00–11.30**

**C2**

Název: **Řešení funkce ruky po devastačním poranění přenosem prstů z nohou**

Autor: **J. Veselý, I. Stupka, P. Vondra, Z. Dvořák, L. Streit, T. Kubek**

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

Přednosta: prof. MUDr. Jiří Veselý, CSc.

Anotace: Ztrátová a devastační poranění ruky v úrovních bází prstů až karpálních kůstek vedou k vážnému funkčnímu poškození rukou. Autoři předkládají příklady funkčních rekonstrukcí přenosem více prstů z nohou, jednotek s citlivostí a úchopovou schopností jako nejlepší metodou funkční náhrady takovýchto poranění.

**C3**

Název: **Zhodnocení morbidity nohy po odběru prstů**

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

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

Přednosta: prof. MUDr. Jiří Veselý, CSc.

Anotace: Autoři prezentují rozsáhlou studii morbidity nohou po různých modifikacích odběrů prstů z nohou pro účely rekonstrukce úchopové funkce ruky. Prokázalo se, že i v případech vícečetných odběrů byl výsledek rekonstrukce na ruce pro pacienta významnější než určitý deficit v místě odběru.

C4

Název:	<b>Naše zkušenosti s ošetřením ztrátových poranění distálních článků prstů</b>
Autor:	<b>R. Vronský, L. Bialý</b>
Pracoviště:	Oddělení centrálního příjmu, Klinika úrazové chirurgie FN Ostrava – Poruba
Přednosta / Primář:	MUDr. Stanislav Jelen, MBAce / doc. MUDr. Leopold Pleva, CSc.
Anotace:	<p><b>Úvod</b></p> <p>Ruka, jeden z nejdokonalejších živých nástrojů člověka je často vystavena poranění.</p> <p>Téměř 30% všech poranění připadá na poranění ruky. Poranění prstů se pak podílí až 50% na těchto poraněních, velmi často jsou poraněny distální články prstů.</p> <p>I přes incidenci těchto poranění nejsou výsledky jejich ošetření vždy uspokojivé a to jak pro jejich podcenění, tak i ne zcela adekvátní léčebné postupy.</p> <p><b>Materiál a metodika</b></p> <p>K nejzávažnějším poraněním distálních článků prstů patří poranění ztrátová. Za období 2007–2018 jsme ošetřili v traumatologické ambulanci akutního příjmu 108 pacientů se ztrátovým poraněním prstů, 27 žen a 81 mužů ve věku od 4–99,5 let (tab. č. 1). Ve 24 případech byl poraněn palec, 42x ukazovák a ostatní prsty v 66 případech (tab. č. 2). V 11 případech byl poraněn skelet distálního článku. Častěji byla poraněna levá ruka. Nejčastějším mechanismem bylo poranění způsobené okružní pilou, dále pak nářezovým strojem, hoblovkou, poranění nožem. K netypickým mechanismům pak řadíme poranění způsobená pádem kanálové výpusti zachycení soukolím, řetězem jízdního kola, noži, sekačky na trávu a v 1 případě i pokousání psem a přivřením do domovních dveří. (tab. č. 3). Rozsah poranění hodnotíme podle Trumbleho (tab. č. 4 + dia 1 a 2). V naší sestavě jsme použili k reparaci defektu v 69 případech techniku dle Tranquillioho (dia – schéma + foto) a v 39 případech pak techniku dle Kutlera (dia – schéma + foto). Vlastní postup je znázorněn na schématech a diapozitívech. Zdůrazňujeme, že incize nesmí přesahovat interfalangeální rýhu. Dále je třeba chránit cévní stopku, která probíhá těsně pod místem dotyku incizí, zde incize protíná pouze epidermis. V sutuře používáme zásadně nestřebatelné monofilní vlákno síly 3/0, případně 4/0. Stehy odstraňujeme 10–14 den.</p> <p><b>Výsledky</b></p> <p>Primárně se zhojilo 114 pacientů tj. 86,96%. U 13 pacientů tj. v 9,56% došlo k supuraci v ráně. Nekrózu epidermis jsme pozorovali u 5 pacientů, tj. ve 3,48%. Po jejím odloučení zůstává v defektu kórium, které spontánně epitelizuje (tab. č.). Zánětlivé komplikace jsme řešili podáním antibiotika dle citlivosti. U žádného z pacientů nedošlo ke ztrátě laloku. Pacienti byli jak s funkčním, tak i kosmetickým výsledkem spokojeni (dia .... č.).</p> <p><b>Závěr</b></p> <p>Chtěli jsme upozornit na poměrně jednoduchý způsob řešení ztrátových poranění distálních článků prstů. Jeho výhodu proti volnému štěpu vidíme v tom, že přenášíme resp. posouváme kůži se zachováním cévního zásobení a inervací. Vzhledem k jeho technické jednoduchosti jej lze použít v každé chirurgické ambulanci.</p>

C  
čt

**C5**

Název:	<b>Kontrakturne štádia tendovaginitis stenotisans v A1 zone</b>
Autor:	<b>J. Cigaňák, T. Cigaňák, J. Konečný, E. Kozár</b>
Pracoviště:	MANUS-MED Prievidza
Vedoucí lékař:	MUDr. Jaroslav Cigaňák, Ph.D.
Anotace:	–

**C6**

Název:	<b>Zevní fixace při ošetření rozsáhlých poranění ruky</b>
Autor:	<b>J. Pilný</b>
Pracoviště:	Ortopedické oddělení Nemocnice Nové Město na Moravě
Primář:	doc. MUDr. Jaroslav Pilný, Ph.D.
Anotace:	–

C  
čt**C7**

Název:	<b>Indikácie operácie sec. Kapandji</b>
Autor:	<b>S. Vajcziková, M. Kilian, B. Ševcech</b>
Pracoviště:	II. ortopedicko-traumatologická klinika LF UK, UNB Bratislava
Přednosta:	doc. MUDr. Boris Šteňo, Ph.D.
Anotace:	Operácia sec. Kapandji je metódou voľby pri prehliadnutých inveterovaných radioulnárnych luxáciach, pri radioulnárnych synostózach, pri asymetriách dĺžky kostí predlaktia. Súbor pacientov II OTK s rôznymi diagnózami, hodnotenými DASH skóre.

## POSTER

Název:	<b>Variace zdvojeného musculus brachioradialis a ramus superficialis nervi radialis: prevalence a klinický význam</b>
Autor:	<b>T. Herma, J. Slezák, M. Debnar, I. Pšencíková, D. Neumanová, V. Musil, D. Kachlík</b>
Pracoviště:	Ústav anatomie 2. LF a 3. LF UK Praha, Katedra zdravotnických oborů VŠPJ Jihlava
Přednosta:	prof. MUDr. David Kachlík, Ph.D.
Anotace:	<p><b>Grantová podpora:</b> Progres Q37</p> <p><b>Úvod</b> Během rutinního pitevního cvičení na 2. LF UK jsme objevili náhodnou variaci zdvojeného bříška musculusbrachioradialis (MB) a zdvojeného ramussuperficialis nervi radialis (RSNR). MB měl jeden začátek a jeden úpon a pod každým z bříšek běžel jeden z RSNR. Tato variace byla zatím v literatuře popsána pouze nepřímo Murphym a Blairem jako důvod vznikuWartenbergova syndromu – cheiralgiaparaesthetica (parestézie a hypestézie až anestézie v na dorzolaterální ploše distální třetiny předloktí a ruky) u jejich pacienta. Cílem naší práce bylo danou variaci zdokumentovat a určit její výskyt v naší populaci.</p> <p><b>Materiál a metody</b> Vypreparovali jsme 132 končetin (57 levých, 75 pravých) fixovaných klasickou formalínovou metodou. Všechny přítomné anatomické odchylky MB a RSNR jsme změřili a zdokumentovali.</p> <p><b>Výsledky</b> Celkem jsme objevili dva případy současně zdvojeného bříška MB a RSNR, v obou případech byl nadbytečný nerv utlačován svalovými vlákny propojující obě svalová bříška. Prevalence této variace vychází na 1,51 %. Dále jsme zaznamenali jeden případ (0,76%) zdvojeného RSNR bez zdvojeného bříška MB. Celková prevalence zdvojeného RSNR v naší populaci je tedy 2,3%.</p> <p><b>Závěr</b> Variace zdvojeného MB a RSNR je poměrně častá ve středoevropské populaci a vzácně může být podkladem pro Wartenbergův syndrom.</p>

C  
čt

# Odborný program – pátek 17. května 2019

## SEKCE A

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

předsednictvo: D. Mištuna, Č. Neoral, A. Prochotský, J. Toman

**A12 Laparoskopická resekce jater pro alveolární echinokokózu – kasuistika**

M. Farkašová

*Chirurgická klinika FN Brno*

**A13 Pseudotumory tráviaceho traktu**

P. Levčík, J. Beláček, A. Prochotský

*II. chirurgická klinika UN Bratislava*

**A14 Ventrální hernia – stále aktuální problém**

J. Sekáč, J. Bujňáková, P. Štefánik, A. Prochotský, M. Huťan

*II. chirurgická klinika Univerzitná nemocnica Bratislava*

**A15 MILOS – naše zkušenosti**

M. Vlach, M. Serbák

*Chirurgické oddělení Litomyšlská nemocnice Litomyšl*

**A16 Morbus Dieulafoy**

L. Rozsypalová

*Chirurgie Úrazová nemocnice v Brně*

**A17 Karcinom prsů u mužů**

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

*Chirurgické oddělení, radiodiagnostické oddělení, patologicko anatomické oddělení, oddělení nukleární medicíny Nemocnice Nové Město na Moravě*

11.45 **ZAKONČENÍ SETKÁNÍ**

A  
pá

**A12**

Název:	<b>Laparoskopická resekce jater pro alveolární echinokokózu – kasuistika</b>
Autor:	<b>M. Farkašová</b>
Pracoviště:	Chirurgická klinika FN Brno
Přednosta:	prof. MUDr. Zdeněk Kala, Csc.
Anotace:	Echinokokóza je ve střední Evropě vzácně se vyskytující parazitární onemocnění. Nejčastěji postiženým orgánem jsou játra. Existují dva typy této nemoci, cystická a alveolární echinokokóza, které se také liší v terapii. Radikální chirurgická resekce zůstává metodou volby v léčbě alveolární formy. Prezentujeme případ 40leté pacientky s alveolární formou echinokokózy, která podstoupila úspěšnou laparoskopickou resekci 5tého segmentu jater. Laparoskopická technika, se všemi jejími výhodami oproti otevřené chirurgii, představuje bezpečnou a efektivní léčbu vybraných typů echinokokových jaterních ložisek.

**A13**

Název:	<b>Pseudotumory tráviaceho traktu</b>
Autor:	<b>P. Levčík, J. Beláček, A. Prochotský</b>
Pracoviště:	II. chirurgická klinika UN Bratislava
Přednosta:	doc. MUDr. Augustín Prochotský, CSc.
Anotace:	Črevné zápalové pseudotumory (IPS) sú rôznorodou skupinou nádorov. Etiologicky, morfológicky a tiež histopatologicky sú nesúrodé. Vznikajú v dôsledku chronických nešpecifických a špecifických zápalových zmien. Výskyt zápalových pseudotumorov (Inflammatory Pseudotumors, IPS) je zriedkavý. V brušnej dutine sú často v žalúdku (1), v pečeni, v slezine a v omente (2). Ešte zriedkavejšie postihujú črevo. V tenkom čreve sú IPS časté na konci ilea, v hrubom čreve na konci sigmy a v rekte (3, 4). Klinicky priebeh črevných pseudotumorov je dlho nemý, pacienti anemizujú a chudnú. Neskôr prichádzajú dyspeptické ťažkosti a bolesti, ktoré napokon môžu vyústiť do ileózneho stavu. Chirurg predoperačne a často aj počas operácie nemôže zistiť príčinu choroby, lebo pseudotumor len veľmi ťažko možno odlišiť od malígneho nádoru. V práci poukazujeme na jednotlivé typy pseudotumorov čreva a prezentujeme možnosti chirurgickej liečby.

**A**  
pá

**A14****Název: Ventrálna hernia – stále aktuálny problém****Autor: J. Sekáč, J. Bujňáková, P. Štefánik, A. Prochotský, M. Huťan****Pracovište:** II. chirurgická klinika Univerzitná nemocnica Bratislava**Přednosta:** doc. MUDr. Augustín Prochotský, CSc.

**Anotace:** Incidencia a finančné náklady na liečbu ventrálnych hernií neustále stúpajú. Poulouse už pred 10 rokmi publikoval prácu v časopise Hernia kde udáva počet 348 000 operácií pre ventrálnu herniu v USA v roku 2006, s finančnými nákladmi okolo 15 900 dolárov na jedného pacienta u hospitalizovaných pacientov čo predstavuje 3,2 biliona dolárov ročne. Napriek tomu stále sa nevyužíva štandardná klasifikácia, sú rozne typy sieťok, ktoré používame a aj samotné umiestnenie sietečky závisí od samotného chirurga. Z histórie už v roku 1890 Theodor Billroth doporučil ako ideálne riešenie hernií s veľkou brankou využitie prostetického (náhradného) materiálu. Postupne sa materiál menil vo vzťahu k infekciám, rejekciám a recidívam. V roku 1955 Dr. Francis Usher zúžil svoj výskum na 4 základné materiály s cieľom odstrániť pooperačne komplikácie pri využívaní cudzieho materiálu – Nylon, Orlon, Dacron a Teflon. Svoje výsledky publikoval v roku 1959 kde hodnotí nový typ chirurgickej sietečky Marlex z olefinu a jeho polymérov - polyetylénu a polypropylénu. Odvtedy sa postupne vyvinuli 3 generácie sieťok a na trhu je dnes k dispozícii až 70 typov rôznych sieťok. Vývoj ide ďalej s cieľom zlepšiť biokompatibilitu využitím nanovlákiem so zníženou zápalovou odpoveďou organizmu. Na druhej strane je miesto chirurga a jeho argumenty kde je najvýhodnejšie sietečku uložiť do ktorej vrstvy brušnej steny a akou technikou. Z tohto pohľadu boli prelomové práce v 60-tych rokoch Jean Rivesa a Rene Stoppu – ich zavedenie retromuskulárneho a preperitoneálneho uloženia sietečky tzv. sublay technika. Táto technika sa stala zlatým štandardom v chirurgickej liečbe ventralnych hernií z dôvodu že sietečka je mimo peritoneálnej dutiny. Náš príspevok má za cieľ stručne zhodnotiť incidenciu, klasifikáciu, rizikové faktory, smerovanie vývoja sieťok a základné techniky využitia sieťok pri liečbe ventrálnych hernií resp. hernií v jazve osobitne u hernií s brankou viac ako 10 cm.

**A15**

Název:	<b>MILOS – naše zkušenosti</b>
Autor:	<b>M. Vlach, M. Serbák</b>
Pracoviště:	Chirurgické oddělení, Litomyšlská nemocnice Litomyšl
Primář:	MUDr. Marek Serbák
Anotace:	MILOS – naše zkušenosti s novější miniinvazivní metodou operace ventrální kýly ve střední čáře, jako alternativou ke klasické alloplastice dle Rivese. Porovnání sestav pacientů.

**A16**

Název:	<b>Morbus Dieulafoy</b>
Autor:	<b>L. Rozsypalová</b>
Pracoviště:	Chirurgie Úrazová nemocnice v Brně
Primář:	MUDr. Radim Kyzlink
Anotace:	Morbus Dieulafoy – vzácná příčina závažného krvácení z horní části gastrointestinálního traktu jedná se o těžce diagnostikovatelnou lézi způsobující recidivující, nevysvětlitelné, často masivní krvácení s vysokou mortalitou vzniká na podkladě žaludeční cévní malformace, nejčastější lokalizace je v proximální části žaludku v oblasti malé křivatury vyskytuje se především u starších polymorbidních pacientů prezentace se zaměřuje především na včasnou diagnostiku a jednotlivé možnosti terapie vyžadující multidisciplinární spolupráci.

**A**  
pá



**A17****Název:** **Karcinom prsů u mužů****Autor:** **J. Smékalová, I. Hladká, J. Brázdil, J. Bureš****Pracoviště:** Chirurgické oddělení, radiodiagnostické oddělení, patologicko anatomické oddělení, oddělení nukleární medicíny Nemocnice Nové Město na Moravě**Primář:** MUDr. Jiří Toman**Anotace:** **Úvod a cíl**

Karcinom prsu u mužů (MBC=Male Breast Cancer) je vzácné onemocnění. Poměr ženských a mužských karcinomů se udává přibližně 100:1. Vyjimku tvoří centrální Afrika a Tanzánie, kde MBC tvoří 6% všech karcinomů. Vysoká četnost v těchto oblastech souvisí pravděpodobně s endemickými infekcemi jater, které vedou k hyperestrogenismu.

Incidence však neustále narůstá, byť mortalita vykazuje v posledních letech stagnaci. Cílem této práce je zmapovat četnost mužských karcinomů operovaných na našem pracovišti, ale zejména zvýšit povědomí o této relativně raritní diagnóze u mužů.

**Metodika**

Až 14% mužů s rakovinou prsu má škodlivou mutaci BRCA2. BRCA1 mutace se vyskytuje velmi vzácně až na židovskou Aškenázi, populaci, která ji má ve 4,5%. Také jiné geny než BRCA mohou být účastny v predispozici. Také mutace TP53 Li Fraumeniho syndrom, mutace PTEN Cowdenův syndrom, mutace PALB2 a křížová reparace genů Lynchův syndrom.

Naše nemocnice disponuje specializovaným multidisciplinárním týmem, který se věnuje problematickému karcinomu prsu od samotných začátků chirurgie v nemocnici v Novém Městě na Moravě. Mammární screening na Vysočině má nejvyšší celorepublikovou účast. Kraj Vysočina dobře organizuje populační screening zhoubných nádorů a je zapojen do celoevropského CCCN. Sledované období pro MBC je od roku 2012 do prosince 2018.

Sentinelovou uzlinu značíme v jednodenním protokolu. Nehmatná ložiska cílíme stereotakticky pod UZ kontrolou. Mammograf /Selenia Dimension/ je v současné době jeden z nejmodernějších a pracuje s tomosyntezou. Provádíme peroperačně vyšetření sentinelové uzliny. Extirpát odesíláme stranově značen na specimen. Je snaha eliminovat další anestezie, dodržet parametrické standardy pro onkochirurgii.

**Výsledky**

Z období posledních 6 let na našem pracovišti je sledováno a léčeno 8 mužů. 70% má levostranné postižení, 60% histologicky přítomen invazivní duktální karcinom. Chirurgická léčba je stejně jako u žen složena z výkonu na prsu a z výkonu na uzlinách. Další chirurgické metody dříve užívané v léčbě MBC jako orchiektomie, adrenaektomie nebo hypofyzektomie, jsou dnes považovány za obsolentní a byly nahrazeny hormonální medikamentózní léčbou. Pochopitelně plnou adjuvantní terapií jak u žen. Zcela zásadní je radioterapie, dále chemoterapie, endorinní terapie a dispenzarizace po léčbě stejně jako u žen.

**Závěr**

Technické možnosti, ale i vědecké poznatky současné doby podstatným způsobem změnily práci chirurga. Přes všechny pokroky farmakoterapie i radioterapie zůstává chirurgická léčba zásadní modalitou v léčbě zhoubných nádorů prsu. Multioborový přístup u karcinomu prsu je klíčový. Cílem sdělení je zvýšit povědomí o karcinomu prsu u mužů.

# Odborný program – pátek 17. května 2019

## SEKCE B

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

předsednictvo: F. Burget, D. Kachlík, R. Krejčí, B. Lipový

**B12 Periprostetické zlomeniny, traumatologická epidemie 21. století**

D. Prchal, M. Jančaříková

*Chirurgie a traumatologie Kroměřížské nemocnice Kroměříž*

**B13 Zevní fixace a její využití v extrémních podmínkách**

F. Burget

*I. chirurgická klinika 1. LFUK a VFN Praha*

**B14 Zlomeniny patní kosti**

R. Krejčí, M. Mazal, J. Mazánek

*Chirurgické oddělení Nemocnice Nové Město na Moravě*

**B15 Současné alternativy chirurgické nekrekтомie v odstranění devitalizovaných tkání u popálených pacientů**

B. Lipový, J. Holoubek, M. Knoz, F. Raška, N. Ševčíková, R. Mager, I. Suchánek

*Klinika popálenin a plastické chirurgie FN Brno*

**B16 Zhodnocení rizik dalšího suicidálního jednání u pacientů po tentamen suicidii**

V. van der Meijs, J. Miletín, K. Konířová, D. Kachlík

*Psychiatrické oddělení ÚVN Praha, Ústav anatomie 2. LF UK Praha*

*Klinika plastické chirurgie 2. LF UK a FNKV Praha,*

*Katedra zdravotnických oborů VŠPJ Jihlava*

## PŘEDNÁŠKY DODANÉ PO TERMÍNU ZPRACOVÁNÍ ODBORNÉHO PROGRAMU

**B17 Zlomeniny hlavičky radia – rekonstrukce nebo replantace?**

J. März

*Chirurgické oddělení Karlovarské krajské nemocnice*

**B18 TraumaTech: software pro předoperační plánování v traumatologii**

L. Bialý

*Klinika úrazové chirurgie FN Ostrava*

**B19 Zlomeniny pánve u starších pacientů**

J. März

*Chirurgické oddělení Karlovarské krajské nemocnice*

B  
pá

## Odborný program – pátek 17. května 2019

### B20 **Řešení polytraumatologického pacienta – využití OMEGA dlahy firmy MEDIN**

M. Guřan

*Oddělení traumatologie a centrálních operačních sálů Krajské nemocnice T. Bati*

### B21 **Reverzní endoprotéza ramene v úrazové chirurgii**

T. Lena

*Ortopedicko – traumatologické oddělení Nemocnice Jihlava*

11.45      **ZAKONČENÍ SETKÁNÍ**

**B**  
pá

**B12**

Název:	<b>Periprosthetické zlomeniny, traumatologická epidemie 21. století</b>
Autor:	<b>D. Prchal, M. Jančaříková</b>
Pracoviště:	Chirurgie a traumatologie Kroměřížské nemocnice Kroměříž
Primář:	MUDr. Jiří Poledník
Anotace:	Stárnutí populace a současná dostupnost zdravotní péče v rozvinutém světě vede k tomu, že stále více lidí žije déle s implantovanými alloplastikami. Odtud pramení nebyvalá výzva pro současnou traumatologii – periprosthetické zlomeniny.

**B13**

Název:	<b>Zevní fixace a její využití v extrémních podmínkách</b>
Autor:	<b>F. Burget</b>
Pracoviště:	I. chirurgická klinika 1. LFUK a VFN Praha
Přednosta:	prof. MUDr. Zdeněk Krška, DrSc.
Anotace:	Autor předkládá své zkušenosti s nakládáním zevních fixátorů z humanitárních misí, kde je to často vzhledem k okolním podmínkám jediná možnost léčby zlomenin dlouhých kostí.

**B14**

Název:	<b>Zlomeniny patní kosti</b>
Autor:	<b>R. Krejčí, M. Mazal, J. Mazánek</b>
Pracoviště:	Chirurgické oddělení Nemocnice Nové Město na Moravě
Primář:	MUDr. Jiří Toman
Anotace:	–

**B**  
pá

**B15**

Název:	<b>Současné alternativy chirurgické nekrektomie v odstranění devitalizovaných tkání u popálených pacientů</b>
Autor:	<b>B. Lipový, J. Holoubek, M. Knoz, F. Raška, N. Ševčíková, R. Mager, I. Suchánek</b>
Pracoviště:	Klinika popálenin a plastické chirurgie FN Brno
Primář:	MUDr. Ivan Suchánek
Anotace:	<p>Odstranění nekrotické tkáně dnes představuje nejdůležitější krok v rámci akcelerace fázového postupu v hojení rány nejen u popálených pacientů. Již od 60. let minulého století se zlatým standardem staly metody chirurgického odstranění (tangenciální a fasciální nekrektomie). Obě metodiky dramaticky zvýšily šance na přežití pacientů s termickým traumatem. Výrazný entusiasmus pramenící z efektivity těchto metod odsunul nechirurgické či semichirurgické techniky do ústraní.</p> <p>Dnes, díky zcela zřejmým epidemiologickým ukazatelům, které posouvají každoročně průměrný věk hospitalizovaných pacientů s popáleninami výše, je zaznamenáván zejména nárůst počtu pacientů ve věku nad 65 let. Pochopitelně přístup k těmto pacientům je v mnoha ohledech jiný, dominantní rozdíl je zaznamenáván nejen v agresivitě v rámci komplexního wound-managementu. Nejen u této skupiny pacientů se v poslední době začínají prosazovat alternativní metody v odstranění devitalizovaných tkání (chemická nekrektomie a enzymatická nekrolýza). Popis všech metodik, jejich vzájemné výhody či nevhody, bude diskutován v prezentovaném sdělení.</p> <p><b>Klíčová slova:</b> nekrektomie, enzymatická nekrolýza, chemická nekrektomie.</p>

**B16**

Název:	<b>Zhodnocení rizik dalšího suicidálního jednání u pacientů po tentamen suicidii</b>
Autor:	<b>V. van der Meijs, J. Miletín, K. Koniřová, D. Kachlík</b>
Pracoviště:	Psychiatrické oddělení ÚVN Praha, Ústav anatomie 2. LF UK Praha Klinika plastické chirurgie 2. LF UK a FNKV Praha, Katedra zdravotnických oborů VŠPJ Jihlava
Přednosta:	MUDr. Vlastimil Tichý
Anotace:	<p>První kroky v péči o pacienta po sebevražedném pokusu směřují k záchraně života a zdraví. Pacient je většinou v péči interního, chirurgického nebo traumatologického oddělení. Kromě stabilizace stavu je ale nutné určit i riziko dalšího sebevražedného jednání, které dále determinuje potřebu psychiatrické nebo psychologické péče, nutnost zvýšeného dohledu nebo nedobrovolné hospitalizace. V rozhodování může pomoci rychlé zvážení rizikových faktorů suicidia nebo škálovací metody. Celkový stav pacienta (tedy somatický i duševní) je potom určující pro další postup včetně umístění pacienta.</p>

## HŘEB FEMORÁLNÍ RETROGRÁDNÍ

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

MEDIN®

## HŘEB TIBIÁLNÍ PROXIMÁLNÍ

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

MEDIN, a.s. | prodej@medin.cz | www.medin.cz

## PŘEDNÁŠKY DODANÉ PO TERMÍNU ZPRACOVÁNÍ ODBORNÉHO PROGRAMU

**B17**

Název:	<b>Zlomeniny hlavičky radia – rekonstrukce nebo replantace?</b>
Autor:	<b>J. März</b>
Pracoviště:	Chirurgické oddělení Karlovarské krajské nemocnice
Primář:	MUDr. Josef März
Anotace:	S vývojem moderních implantátů se u nitrokloubních zlomenin prosazuje pokus o rekonstrukci. Nicméně zejména dislokované a tříštivé zlomeniny jsou ohroženy poruchami hojení, včetně avaskulární nekrózy. Řešením může být primární replantace hlavičky radia náhradou. Otázkou je, zda existuje jasná hranice rozhodnutí pro jednu z uvedených možností. Autoři shrnují doporučení z literatury a na několika kazuistických příkladech svůj postup.

**B18**

Název:	<b>TraumaTech: software pro předoperační plánování v traumatologii</b>
Autor:	<b>L. Bialý</b>
Pracoviště:	Klinika úrazové chirurgie FN Ostrava
Přednosta:	doc. MUDr. Leopold Pleva, CSc.
Anotace:	Využití moderních technik zpracování obrazových dat a počítačového plánování v traumatologii. Systém obsahuje kompletní databázi implantátů společnosti MEDIN. Předoperační příprava na základě CT dat snímku operatérovi umožní automaticky vymodelovat 3D model kosti podle referenčních bodů. Software při řešení komplikovaných zlomenin či deformit nabízí mnoho benefitů, jako např. zkrácení a zpřesnění operačního výkonu, snížení nákladů na operační výkon, eliminace zátěže pro pacienta i pro operační tým.

**B19**

Název:	<b>Zlomeniny pánve u starších pacientů</b>
Autor:	<b>J. März</b>
Pracoviště:	Chirurgické oddělení Karlovarské krajské nemocnice
Primář:	MUDr. Josef März
Anotace:	Zlomeniny pánve u starších pacientů postupně vytvářejí samostatnou jednotku - včetně diagnostiky, klasifikaci i terapie. Velmi často jsou podceňovány nebo přehlédnuty. Prezentace shrnuje základní diagnostické chyby a shrnuje možnosti terapie včetně využití transsacrálních tyčí i přes otázný kostní zhojení v jejich analgetickém účinku.

B  
pá

**B20**

Název:	<b>Řešení polytraumatologického pacienta – využití OMEGA dlahy firmy MEDIN</b>
Autor:	<b>M. Guřan</b>
Pracoviště:	Oddělení traumatologie a centrálních operačních sálů Krajské nemocnice T. Bati
Primář:	MUDr. Petr Menšík
Anotace:	V této kazuistice autor popisuje ošetření polytraumatického pacienta, kde nemalou roli sehrála při řešení závažného devastujícího poranění pánevního kruhu OMEGA dlahy firmy MEDIN. Dále zmíněné další kazuistiky s využitím OMEGA dlahy.

**B21**

Název:	<b>Reverzní endoprotéza ramene v úrazové chirurgii</b>
Autor:	<b>T. Lena</b>
Pracoviště:	Ortopedicko – traumatologické oddělení Nemocnice Jihlava
Primář:	MUDr. Tomáš Lena
Anotace:	–

11.45

**ZAKONČENÍ SETKÁNÍ****B**  
pá

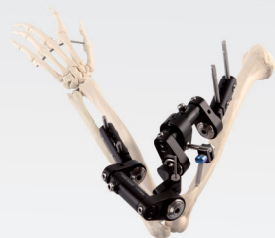




## Zevní fixátory

### UNI-FIX

Svorkový modulární zevní fixátor pro fixaci všech dlouhých kostí a pánve



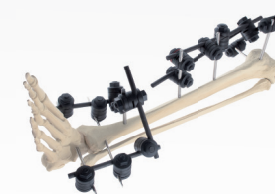
### PH-FIX

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



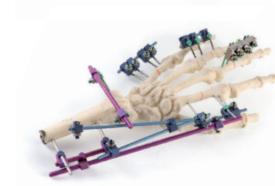
### Hybridní stabilizátor

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



### MP-FIX

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



Výroba a vývoj

ProSpon spol. s r.o., Jiřího Voskovce 3206, 272 01 Kladno  
tel: +420 312 247 763, e-mail: ortho@medin.cz

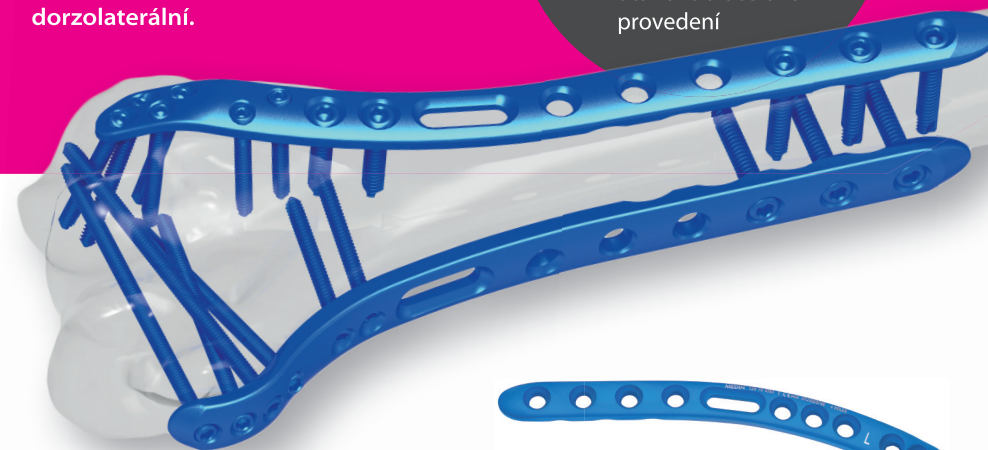
[www.prospon.cz](http://www.prospon.cz)  
[www.medin.cz](http://www.medin.cz)

# DLAHY HUMERÁLNÍ DISTÁLNÍ

Dlahový systém se skládá z dlahy humerální distální extraartikulární.

Pro komplikovanější zlomeniny z dvojice dlah humerální distální mediální a humerální distální dorzolaterální.

- ▶ úhlově stabilní dlahový systém
- ▶ anatomicky tvarované dlahy
- ▶ průměry šroubů 2,7 a 3,5 mm
- ▶ titanové a ocelové provedení



Dlaha humerální distální extraartikulární



Šroub kortikální uzamykatelný samoěžný 2,7 mm



Šroub kostní uzamykatelný 3,5 mm



Šroub kostní kortikální samoěžný HA 3,5 mm



Dlaha humerální distální mediální



Dlaha humerální distální dorzolaterální