



XXIII.

PETŘIVALSKÉHO–RAPANTŮV DEN

a

56. MEZINÁRODNÍ KONGRES
ČESKÝCH A SLOVENSKÝCH
DĚTSKÝCH CHIRURGŮ

29.–30. 4. 2010

Regionální centrum Olomouc

POŘADATEL / I. chirurgická klinika LF UP a FN Olomouc

***Sborník abstrakt
s programem***

HRAZENO ZP
V PRODLOUŽENÉ
PROFYLAXI PO OPERACÍCH
SPOJENÝCH S VYSOKÝM
RIZIKEM TEN **

ANTITROMBOTICKÁ OCHRANA, NA KTEROU SE MŮŽETE SPOLEHNOUT

Zkrácená informace o léčivém přípravku

Název přípravku: FRAXIPARINE® **Složení:**

Nadroparinum calcicum 9 500 IU anti Xa v 1 ml roztoku. **Indikace:** Prevence tromboembolické choroby (TEN) v perioperačním období. Léčba TEN. Prevence krevního srážení během hemodialýzy. Léčba nestabilní anginy pectoris a non-Q infarktu myokardu. Přípravek je určen k léčbě dospělých a mladistvých pacientů. U dětí mladších 14ti let nebyla dosud bezpečnost přípravku prokázána.

Dávkování: *Profylaxe TEN: všeobecná chirurgie:* 0,3 ml 1× za den po dobu nejméně 7 dnů, první dávka 2–4 hod. před operací. *Ortopedie:* velikost dávky dle hmotnosti pacienta, aplikace s.c. 12 hodin před výkonem, 12 hodin po výkonu a poté 1× denně po dobu nejméně 10 dnů či po dobu trvání rizikového období. *Léčba TEN:* dávka dle tělesné hmotnosti, s.c. 2× denně po dobu 10 dnů (do nastavení účinné warfarinizace). Ostatní indikace viz SPC.

Způsob podání: subkutánně (krom podání při hemodialýze a s výjimkou bolusu při léčbě nestabilní AP a non-Q IM).

Speciální skupiny pacientů: *Starší pacienti:* není třeba žádná úprava dávkování při normální funkci ledvin. *Poruchy funkce ledvin:* Prevence tromboembolické choroby - u pacientů s mírným poškozením funkce ledvin (clearance kreatininu ≥ 50 ml/min, tj. $\geq 0,83$ ml/s) není třeba snižovat dávku. Středně těžké až těžké poškození funkce ledvin je spojeno se zvýšenou expozicí nadroparinu. U těchto pacientů existuje zvýšené riziko tromboembolismu a krvácení. Pokud je po zvažení individuálních rizikových faktorů pro vznik krvácení a tromboembolismu u pacientů se středně těžkou poruchou funkce ledvin (clearance kreatininu ≥ 30 ml/min a < 50 ml/min, tj. $\geq 0,5$ ml/s a $< 0,83$ ml/s) považováno snížení dávky za vhodné, doporučuje se snížit dávku o 25 až 33 %. U pacientů s těžkým poškozením funkce ledvin (ClCr < 30 ml/min, tj. $< 0,5$ ml/s) by měla být dávka snížena o 25 až 33 %. *Léčba tromboembolické choroby, nestabilní anginy pectoris a non-Q infarktu myokardu* - u pacientů s mírným poškozením funkce ledvin

(clearance kreatininu ≥ 50 ml/min, tj. $\geq 0,83$ ml/s) není třeba snižovat dávku. Středně těžké až těžké poškození funkce ledvin je spojeno se zvýšenou expozicí nadroparinu. U těchto pacientů existuje zvýšené riziko tromboembolismu a krvácení. Pokud je po zvažení individuálních rizikových faktorů pro vznik krvácení a tromboembolismu u pacientů se středně těžkou poruchou funkce ledvin (clearance kreatininu ≥ 30 ml/min a < 50 ml/min, tj. $\geq 0,5$ ml/s a $< 0,83$ ml/s) považováno snížení dávky za vhodné, doporučuje se snížit dávku o 25 až 33 %. Nadroparin je kontraindikován u pacientů s těžkým renálním poškozením. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na nadroparin, trombocytopenie po nadroparinu v anamnéze, aktivní krvácení nebo zvýšené riziko krvácení v souvislosti s organickým poškozením nebo poruchami krevní srážlivosti (s výjimkou DIC, která není způsobena heparinem), akutní infekční endocarditis, cévní mozkové příhody s krvácením, těžké poškození ledvin (clearance kreatininu < 30 ml/min, tj. $< 0,5$ ml/s) u pacientů léčených terapeutickou dávkou nadroparinu. **Zvýšená opatrnost** je třeba u pacientů s renální či hepatální insuficiencí, se závažnou hypertenzí, anamnézou VCHD či stavů s rizikem krvácení, poruchy cévnatky a sítnice a stavů po operaci mozku, míchy nebo oka. Ochranný pryžový kryt předplněné injekční stříkačky obsahuje přírodní latex, který může u osob citlivých na latex vyvolat latexovou alergii*. **Interakce:** Nedoporučené kombinace: salicyláty, nesteroidní antiflogistika, antiagregancia. **Nežádoucí účinky:** Krvavé projevy v různých místech, trombocytopenie, krevní výrony v místě vpichu, zvýšení transamináz, další viz SPC. **Upozornění pro použití:** Vzhledem k možnosti vzniku trombocytopenie vyvolané heparinem je nezbytná pravidelná kontrola počtu

krevních destiček v průběhu celé léčby nadroparinem.

Další upozornění viz SPC. **Těhotenství a kojení:** Studie na zvířatech neprokázaly žádné teratogenní nebo toxické účinky na plod. Informace o vylučování nadroparinu do mateřského mléka jsou pouze omezené. Nedoporučuje se používat nadroparin během kojení. **Velikost balení:** 2 nebo 10 injekčních stříkaček k jednorázovému použití o objemu 0,2 ml; 0,3 ml; 0,4 ml; 0,6 ml; 0,8 ml; 1,0 ml v balení. **Uchovávání:** Uchovávat při teplotě do 25 °C. **Registrační číslo:** 16/281/90-C. **Datum první registrace/prodloužení registrace:** 18. 12. 1990/18. 4. 2007. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Glaxo Group Ltd., Greenford, Middlesex, Velká Británie. **Datum poslední revize SPC:** 29. 7. 2009. **Datum revize textu:** 18. 1. 2010. Lék je vázán na lékařský předpis a je hrazen z prostředků zdravotního pojištění. Před předepsáním léku se, prosím, seznáme s úplnou informací o přípravku nebo se obraťte na společnost GlaxoSmithKline, s.r.o., Na Pankráci 17/1685; 140 21 Praha 4. Tel.: 222 001 111, fax: 222 001 444; e-mail.: gsk.czmail@gsk.com; www.gsk.cz. Zkrácená informace o přípravku je platná k datu vydání materiálu 1. 2. 2010.

Fraxiparine®
nadroparin

* Všímněte si, prosím, změn v informaci o přípravku.

** plné znění podmínek úhrady dostupné na <http://www.sukl.cz/uredni-deska/rozhodnuti-fraxiparine-56148>

POŘADATEL

I. chirurgická klinika LF UP a FN Olomouc

PREZIDENT KONGRESU

doc. MUDr. Čestmír Neoral, CSc.

VĚDECKÝ VÝBOR

prof. MUDr. Ivan Čapov, CSc.,
prof. MUDr. Alexander Ferko, CSc.,
prof. MUDr. Petr Havránek, CSc., FEBPS,
prof. MUDr. Zdeněk Kala, CSc.,
prof. MUDr. Vladimír Král, CSc.,
prof. MUDr. Zdeněk Krška, CSc.,
prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc.,
prof. MUDr. Jiří Šnajdauf, DrSc., FEBPS,
prof. MUDr. Vladimír Třeška, DrSc.,
plk. MUDr. Lubomír Dobeš,
doc. MUDr. Roman Havlík, Ph.D.,
doc. MUDr. Leo Klein, CSc.,
MUDr. Jaroslav Koudelka, Ph.D., FEBPS,
MUDr. Tomáš Malý, Ph.D., FEBPS,
MUDr. Miroslav Najdekr

ORGANIZÁTOR

SOLEN, s.r.o.

Lazecská 297/51, 779 00 Olomouc

kontaktní osoba:

Ing. Karla Břečková

tel.: 582 397 457

mob.: 777 714 677

e-mail: breckova@solen.cz

Olomouc 29.–30. 4. 2010

REGIONÁLNÍ CENTRUM OLOMOUC

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK
ohodnocena 15 kredity pro lékaře a 8 kredity pro sestry.

ISSN 978-80-87327-34-0

Grafické zpracování a sazba: Jan Sedláček, www.sedlaczech.cz, tel.: +420 724 984 451

XXIII. PETŘIVALSKÉHO–RAPANTŮV DEN

ČTVRTEK 29. DUBNA / přednáškový sál Pegasus

7.30 Registrace

9.30–10.00 Slavnostní zahájení

10.15–11.10 CHIRURGIE PANKREATU / Předsedající: Kala Z., Havlík R.

- **Resekční výkony na pankreatu pro nádorové onemocnění** – Kučera M., Varga M., Oliverius M.
- **Laparoskopické resekce pankreatu** – Čečka F., Ferko A., Jon B., Šubrt Z.
- **Neuroendokrinní nádory pankreatu** – Kala Z., Procházka V., Starý K., Penka I., Kysela P., Novotný I., Válek V.
- **Minimální reziduální choroba u adenokarcinomu pankreatu** – Havlík R., Klos D., Loveček M., Srovnal J., Neoral Č.

11.10–11.20 Přestávka

11.20–12.30 CHIRURGIE JATER / Předsedající: Třeška V., Ferko A.

- **Onkologické aspekty laparoskopických resekcí jater pro maligní onemocnění** – Ferko A., Šubrt Z., Jon B., Čečka F.
- **Biliární komplikace po velkých resekcích jater** – Langer D., Ryska M., Bělina F., Pudil J.
- **Chirurgická léčba jaterních a plicních metastáz kolorektálního karcinomu** – Skalický T., Třeška V., Špidlen V., Vodička J., Sutnar A., Liška V., Klečka J., Šafránek J., Šimánek V., Fichtl J.
- **Nekolorektální jaterní metastázy** – Třeška V., Skalický T., Sunar A., Liška V., Ňaršanská A., Třešňová I., Vachtová M.
- **Spolupráce chirurga a onkologa k zajištění kurativních resekcí metastáz kolorektálního karcinomu** – Zezulová M.
- **Postavení neoadjuvantní chemoterapie u jaterních metastáz kolorektálního karcinomu** – Kysela P., Kala Z., Procházka V., Penka I.

12.30–13.15 Oběd

13.15–14.40 GIST / Předsedající: Krška Z., Melichar B., Neoral Č.

- **GIST – typické a atypické lokalizace** – Krška Z., Sedláčková E., Hořejší J., Povýšil C.
- **Postavení chirurgie v léčbě GIST** – Kysela P., Kala Z., Svatoň R.
- **Onkologická terapie u GIST** – Melichar B.
- **GIST jícnu** – Neoral Č., Aujeský R., Vrba R., Koutná J., Špaňhelová H.
- **Gastrointestinální stromální nádor a minimálně invazivní přístup** – Sankot J., Adámek M.
- **GIST – soubor pacientů** – Diviš P., Čapov I., Žák J., Wechsler J.
- **Bilance našich pacientů s GIST v letech 2006–2009** – Hájek A., Chalupa J.
- **Cytologické vyšetření laváže dutiny břišní u pacientů s GIST** – Hoskovec D., Varga J., Kašpar M., Antoš F., Benková K.

14.40–14.50 Přestávka

14.50–16.20 VÁLEČNÁ CHIRURGIE I. / Předsedající: Ferko A., Najdekr M., Jurenka B.

- **Válečná chirurgie – postavení, význam a současné úkoly** – Klein L., Ferko A.
- **Zkušenosti z mise 6. polní nemocnice AČR v Afghánistánu** – Urbánek L., Kocvrlich M.
- **Hemoragicko-traumatický šok u raněného při teroristickém útoku v Kábulu – léčba v Polní nemocnici Armády České republiky ROLE 2+** – Jurenka B., Ryska M., Kalas L., Oberreiter M.
- **Aktivace signálu „MASCAL“ po teroristickém útoku v kábulském hotelu** – Oberreiter M., Ryska M., Jurenka B., Kocvrlich M.
- **Analýza válečných poranění v britské polní nemocnici – Irák 2005** – Hašek R., Stračár M.
- **Penetrační poranění za bojové mise v Iráku** – Dobeš D., Páral J., Lochman P.
- **Radikální ošetření střepinových poranění jako prevence dalších komplikací** – Kopřiva A., Berec J., Navrátil J., Závada J.
- **Damage control surgery u skeletálního poranění na úrovni Role 2** – Roubal J., Počepcov I.
- **Diagnostika a léčba echinokokových cyst jater na úrovni Role 2** – Doležal B., Kabilka T.

16.20–16.30 Přestávka

16.30–18.00 VÁLEČNÁ CHIRURGIE II. / Předsedající: Klein L., Stračár M., Urbánek L.

- **Spektrum chirurgických onemocnění a traumat – léčba v polní nemocnici AČR ROLE 2+, Kábul.** – Novák Z.
- **Polytraumatizovaná afghánská dívka léčená v polní nemocnici AČR v Kábulu** – Kopřiva A., Bútora S., Remont L.
- **4. kontingent polní nemocnice AČR v misi ISAF** – Berec J., Navrátil J., Kopřiva A.
- **Práce „Lékařů bez hranic“ ve válce na východě Konga** – Trachta J.
- **Zdravotnictví v subsaharské Africe** – Drlik M.
- **Práce „Lékařů bez hranic“ po zemětřesení na Haiti** – Trachta J.
- **Mezikontinentální polní „MEDEVAC“ kriticky nemocného** – Jurenka B.
- **Kombinace termického a mechanického poranění** – Klein L., Šmejkal K., Havel E., Hošek F., Cerman J., Dědek T., Blažek M., Zajíček R., Douša P.

16.45–17.45 Sympozium firmy Johnson&Johnson / Salonek Perseus

- **Šetrná práce s tkáněmi – Energie a hemostatika na operačním sále**

19.00 Galavečer Klášterní Hradisko

PÁTEK 30. DUBNA / přednáškový sál Pegasus

8.30–10.15 HORNÍ GIT + VARIA / Předsedající: Paľko P., Šimša J., Holéczy P.

- **Vliv distálního intramurálního šíření nádoru a vzdálenosti dolní resekční linie na prognózu pacientů s karcinomem rektu** – Vávra P.
- **Miniinvasivní terapie karcinomu jícnu** – Aujeský R.
- **Karcinom krčního jícnu – je mutilující výkon etický?** – Paľko P., Haruštiak T.
- **Kvalita života po laparoskopické fundoplikaci – 5 leté výsledky** – Holéczy P., Bolek M., Krištof J.
- **Chirurgická léčba karcinomu žaludku – historie a současnost** – Šimša J.
- **Rizikové faktory přežívání po operacích pro karcinom žaludku** – Tesaf J.
- **Rekonstrukce po gastrektomii – rezervoár jako benefit pro pacienta nebo komplikace výkonu?** – Malý T., Neoral Č., Aujeský R., Vrba R., Chudáček J.

10.15–10.35 Sympozium firmy Johnson&Johnson

- **Ethicon Endo-Surgery: Nový FOCUS – prodloužená ruka operátora**

10.35–10.45 Přestávka

10.45–12.00 CHIRURGIE PRSU / Předsedající: Tesařová P., Gatěk J.

- **Karcinom prsu do 35 let – místo chirurga v mamárním týmu** – Tesařová P.
- **Sentinelová biopsie u karcinomu prsu: Timing operačního výkonu** – Chromý M., Czinner D., Maxa V.
- **Výsledky a přínos peroperačního vyšetření sentinelové uzliny u karcinomu prsu na souboru 810 pacientek** – Heroková J., Čegan M., Kraft O., Baník P., Kudělka L., Krištof J.
- **Reoperace u prs zachovných výkonů pro karcinom prsu** – Gatěk J., Vázan P., Kotoč J., Kotočová K., Hnátek L., Duben J., Dudešek B.
- **Neoadjuvatní léčba karcinomu prsu a význam kompletní patologické remise pro prognózu nemocných** – Tesařová P.
- **Prognostický význam mikrometastatického postižení sentinelových lymfatických uzlin u pacientek s karcinomem prsu – výsledky tříletého sledování** – Srovnal J., Švach I., Zlámalová N., Neoral Č., Švébišová H., Beneš P., Cwiertka K., Hajdúch M.

12.00–12.20 Sympozium GlaxoSmithKline

- **Hlavní otázky prodloužené prevence trombembolické nemoci u chirurgicky nemocných** – Penka I., Kala Z., Šilhart Z., Svatoň R., Hemmelová B., Garajová B.

12.20–13.05 Oběd

13.05–13.25 Sympozium firmy Covidien

- **New solution for stapled haemorrhoidopexy**

13.25–15.15 KOLOREKTÁLNÍ CHIRURGIE+ VARIA / Předsedající: Rejholec J., Škrovina M., Martínek L.

- **Vytváření registrů na pracovišti. Cesta ke kvalitě nebo jenom práce navíc?** – Ferko A.
- **Možnosti chirurgického řešení karcinomů v aborální třetině rektu** – Örhalmi J., Klos K., Jackanin S., Biath P.
- **Robotické resekce levého kolon a rektu – zkušenosti z prvních 50 operací** – Rejholec J., Smetana J.
- **Detekcia minimálnej reziduálnej choroby a jej význam u pacientov s laparoskopickou resekcí kolorektálního karcinomu** – Škrovina M., Duda M., Srovnal J., Bartoš J., Radová L., Hajdúch M., Soumarová R.
- **Vliv konverze na výsledky laparoskopických resekcí kolorektálního karcinomu** – Martínek L., Dostálík J., Guňka I., Guňková P., Vávra P.
- **Jaký je osud pacientů s dehiscencí anastomózy na rektu** – Motýčka V., Ferko A., Chobola M., Pospíšil I., Repák R., Vacek Z., Dvořák P.
- **Bezstehová anastomóza tlustého střeva za použití cyanoakrylátových tkáňových lepidel – experimentální studie** – Páral J., Šubrt Z., Lochman P., Dobeš D., Klein L., Hadži-Nikolov D., Turek Z., Vejbera M.
- **Stomie a kvalita života** – Všetíček J., Zelníček T., Suchánková L.
- **Erektivní dysfunkce u pacientů s kolorektálním karcinomem** – Hřivnák R., Šrámková T., Penka I., Kala Z.
- **Výskyt karcinomu kolorekta v šumperském regionu v letech 2006–2009, je možný časný záchyt?** – Štěpán V., Fischer P.

15.15–15.30 Slavnostní zakončení kongresu

SESTERSKÁ SEKCE

ČTVRTEK 29. DUBNA / salonek Perseus

10.15–11.45 BLOK I. / Předsedající: Bögieová P., Smolíková V.

- **Zahájení** – Pavlíková M.
- **Jak nenechat nemocného zemřít v nemocnici hladu** – Bohanes T.
- **Výživa a stravování pacientů na chirurgickém oddělení** – Motlová K., Šubíková P., Soušková B.
- **Ošetrovatelská péče u pacientů po gastrektomii** – Gregorová I., Konečná H.
- **Péče o klienty po operaci plic** – Zatloukalová B., Komzáková L., Kupcová V.
- **Léčba pneumotoraxu na I. chirurgické klinice** – Smolíková V.
- **Tracheostomie** – Běhalová J., Lexová A.
- **Péče o nemocné s tracheostomií** – Lexová A., Běhalová J.

11.45–12.30 Oběd

12.30–14.30 BLOK II. / Předsedající: Holá A., Rožková I.

- **Onemocnění a operace žlučníku** – Hlochová I., Poledníčková Y.
- **Iatrogenní poškození žlučových cest po laparoskopické cholecystektomii** – Špičková M., Menyházová D.
- **Operační výkony pro karcinom slinivky břišní** – Veselá L., Auxtová E.
- **Práce sestry na endoskopii – gastrokopie** – Kvapilová L.
- **Stomie** – Drdákova M., Novotná E.
- **Zkušenosti v péči o nemocné se stomií** – Drdákova M., Hrouzová J.
- **Hemeroidy** – Remus N.
- **Laparoskopická resekce rekta a sigmoidea z pohledu perioperační sestry** – Sotonová V., Riegerová M.
- **Robotická chirurgie – nové pojetí operativy** – Švingrová M.
- **Chirurgická léčba karcinomu prsu** – Marešová Z., Kabzanová M.
- **Mobbing a harassment** – Martináková I., Svobodová O.

14.30–15.00 Přestávka

15.00–16.30 BLOK III. / Předsedající: Pospíšilová V., Kader Agová I.

- **Hepatobiliární chirurgie – specifika povahy výkonu a instrumentária** – Vejberová P.
- **„Ošklivé káčátko“** – Krulová M., Vychodilová M.
- **Robotická radikální prostatektomie** – Kacelová M., Fričarová M.
- **Fraktury dlouhých kostí u dětí** – Zedková D., Přecechtělová P.
- **Chirurgická léčba hydronefrózy u dětí** – Francová E., Kader Agová I.
- **Chirurgické řešení vrozených vývojových vad** – Brokešová L., Vyrubalová L.
- **Fraktura pánve při polytraumatu dítěte** – Nedbalová J., Črháková S.
- **Transrektální endoskopická mikrochirurgie – TEM** – Škařupová S., Litvínová P.

56. MEZINÁRODNÍ KONGRES ČESKÝCH A SLOVENSKÝCH DĚTSKÝCH CHIRURGŮ

ČTVRTEK 29. DUBNA 2010 / salonek Centaurus

Zahájení (společné s XXIII. Petřivalského – Rapantovým dnem / sál Pegasus)

9.30–10.30 Zahájení + předání čestných členství ČPCHS

10.30–11.45 BŘÍŠNÍ CHIRURGIE / Předsedající: Škába R., Malý T., Drahovský P.

- **STEP operace – naše první zkušenost** – Malý T., Rýznar J., Chudáček J., Jurečková L., Smolka V., Klásková E., Zápalka M., Karásková E., Vospělá J., Michálková K.
- **Vady urachu a ductus omfaloentericus** – Kysučan J., Malý T., Vomáčková K., Neoral Č.
- **Iatrogenní rektovaginální píštěl u novorozence** – Malý T., Kysučan J., Chudáček J., Jurečková L., Vránová I., Ledererová P., Smolka V., Klásková E., Flögelová H., Tkachyk O., Michálková K.
- **Sakrokokcygeální teratom – retrospektivní studie u 33 pacientů** – Kavalcová L., Sumerauer D., Škába R., Rousková B., Kynčl M.
- **Duodenum šetřící resekce hlavy pankreatu u dětí** – Kuklová P., Šnajdauf J., Rygl M., Petrů O., Kalousová J., Mixa V., Keil R., Kynčl M.
- **Onemocnění vejcovodu u dívek** – Dočekalová Š., Rejchrtová I.
- **MR fistulografie u pacientů s anorektální malformací** – Kavalcová L., Škába R., Kynčl M., Rousková B.

11.45–12.00 Přestávka

12.00–13.15 BŘÍŠNÍ CHIRURGIE + UROLOGIE / Předsedající: Machart M., Krafka K., Zerhau P.

- **Překvapivá příčina recidivující invaginace** – Pejšová Šilerová J., Harvánek K., Koutníková H., Benková K.
- **Imitace akutní apendicitidy při yersiniové infekci** – Machart M., Peška J.
- **Sonograficky sledovaná hydrostatická desinvaginace u dětí do 3 let** – Krafka K., Sinzig M.
- **Výsledky operací hypospadie za 8 let (1997–2007)** – Trachta J., Morávek J., Kříž J., Mixa V.
- **Změny ve strategii léčby neurogenního močového měchýře u pacientů s míšními dysrafizmy** – Zerhau P., Husár M.

13.15–14.15 Oběd

14.15–16.00 TRAUMATOLOGIE I. / Předsedající: Gál P., Rygl M., Prchlík M.

- **Národní registr dětských úrazů** – Plánka L., Starý D., Gál P.
- **Monitorace rCBF v dětské traumatologii** – Prchlík M., Homolková H., Tomek P.
- **Syndrom CAN u dvouměsíčního kojence – kazuistika** – Tomek P., Prchlík M.
- **Poranění jater a sleziny u dětí – akutní rtg diagnostika a klinika** – Preis J., Koudelka J., Rejtar P.
- **Břišní poranění v dětském věku** – Bibrová Š., Tůma J., Bartl V., Hnilička B., Teyschl O., Gál P.
- **Překvapivá pozdní komplikace penetrujícího poranění břicha** – Kotrnoch Knížková M., Harvánek K., Tvaroh T.
- **Léčení zlomenin u polytraumatizovaného dítěte** – Kopáček I., Pleva L., Prusenovský P.
- **Atypická suprakondylická zlomenina humeru – kazuistika** – Nikel J.
- **Poranění proximálního konce kosti vřetenní u dětí a mladistvých** – Vronský R., Pleva L., Lukáč L., Jelen S., Klus I., Kopáček I.
- **Adolescentní zlomeniny v oblasti lokte** – Havránek P., Peší T., Zídka M.

16.00–16.30 Přestávka

16.30–17.30 TRAUMATOLOGIE II. / Předsedající: Havránek P., Plánka L., Preis J.

- **Přístup k invetovaným zlomeninám dětského skeletu** – Havránek P.
- **Poranění laterálního konce klíční kosti v dětském věku** – Vlček P., Havránek P., Pešl T.
- **Poznámky k použití Kirschnerova drátu v dětské traumatologii** – Bartl V., Bibrová Š., Škvařil J., Hnilička B.
- **Využití LCP v traumatologii adolescentů** – Plánka L., Starý D., Teyschl O., Bartl V., Hnilička B., Gál P.
- **Traumatická amputace hrotů prstů** – Koudelka J.
- **Skryté poranění kolene** – Vojta J., Michaljaníč T.
- **Neobvyklá poranění periferních nervů u dětí** – Brichtová E., Vondráček P., Starý D.
- **Využití V.A.C. systému při léčbě defektů měkkých tkání u dětí** – Kalašová E., Havránek P., Pešl T.
- **Naše první zkušenosti s Mepitelem při léčbě popálenin** – Vacek V., Bierhanzlová J.

19.00 Společenský večer – Klášterní Hradisko

PÁTEK 30. DUBNA 2010

8.30–10.15 MINIINVAZIVNÍ POSTUPY V DĚTSKÉ CHIRURGII / Předsedající: Koudelka J., Horn F., Harvánek K.

- **Ethicon – Prevence infekce v chirurgické ráně** – P. McLaren-Kadlecová
- **Dětská laparoskopie – ano či ne** – Tůma J., Macháček R., Starý D., Plánka L., Škvařil J., Teyschl O., Gál P.
- **VATS blebektómia pri pneumotoraxe** – Drahovský P., Šudák M., Čížmárik M.
- **Spontánní pneumotorax u dětí** – Starý D., Plánka L., Tůma J., Gál P.
- **Strangulace a adheze v peritonální dutině řešené laparoskopicky** – Harvánek K., Tvaroh T., Švestka M.
- **První zkušenosti se SILS** – Krafka K., Fasching G.
- **Miniinvazivní chirurgie žlučových cest u malých dětí** – Babala J., Cingel V., Horn F., Králík R., Bibza J., Trnka J.
- **Přínos laparoskopie v léčbě nehmotného varlete** – Drlík M., Kočvara R., Sedláček J., Dítě Z.
- **Neuroendoskopie** – Homolková H., Prchlík M., Tomek P.
- **Miniinvazivní léčba hydrocefalu** – Horn F., Dúbravová D., Babala J., Cingel V., Trnka J.

10.15–10.45 Přestávka

10.45–12.00 HRUDNÍ CHIRURGIE + VARIA / Předsedající: J. Šnajdauf, M. Dragula, V. Bartl

- **Plicní sekvestrace u dětí** – Mojžíšová M., Šnajdauf J., Rygl M., Vyhnánek M., Pýchová M., Mixa V., Kynčl M.
- **Současné výsledky a nové postupy operací atrézie jícnu** – Šnajdauf J., Rygl M., Kuklová P., Kalousová J., Vyhnánek M., Petrů O., Mixa V.
- **Funkční vyšetření plic u nespupracujících dětí po operaci brániční kýly** – Kuklová P., Rygl M., Pýcha K., Šulc J., Straňák Z., Šnajdauf J.
- **Vliv chirurgického postupu na somatický vývoj dětí po operaci brániční kýly** – Rygl M., Kuklová P., Zemková D., Pýcha K., Šulc J., Straňák Z., Šnajdauf J.
- **Primární hyperparathyreosa u dětí** – Libánský P., Tvrdoň J., Adámek S.
- **Tracheoezofageální fistula** – Dragula M., Murgaš D., Nosál S., Molnár M., Matašová K., Bánovčin P.
- **Oboustranná vrozená brániční kýla – 2 kazuistiky s rozpravou** – Pýchová M., Pýcha K., Straňák Z., Melichar J.

12.00 Závěr 56. mezinárodního kongresu českých a slovenských dětských chirurgů

SEKCE SESTER DĚTSKÉ CHIRURGIE

ČTVRTEK 29. DUBNA / salonek Andromeda

15.00–17.00 BLOK I. / Předsedající: Lehocká J., Jarcovjáková L.

- **Ošetrovatelská péče u dětí se zevním fixátorem** – Malá M., Příbylová I.
- **Ošetrovatelská péče o pacienta s extenzí** – Pešková H.
- **Klínování sádrového obvazu v konzervativní léčbě zlomenin bérce v dětském věku** – Pavlicová M., Hošková P.
- **Ošetrovatelská péče o pacienta s diagnózou fractura supracondylarica humeri** – Kučerová M., Schwanová S.
- **Ošetrovatelská péče o dětského pacienta se zlomeninou femuru a vzniklým kompartment syndromem** – Milaberská P., Loužecká J.
- **VAC terapie** – Fitzová Z., Šlampová K.
- **Traumatická poranění hrudníku** – Uhlířová A., Luklová M.
- **Ošetrovatelská péče u kojence se spikou levého femuru** – Stejskalová K.
- **Ošetrovatelská péče u dítěte s kraniocerebrálním poraněním** – Poláková J., Hřebejková V., Šedivka O.
- **Ošetrovatelská péče o pacienty po laparoskopické operaci pylorostenózy** – Králová M., Pospíšilová M.
- **Miniinvazivní chirurgie v dětském věku – léčba NPB** – Nováková S., Wasserbauerová E., Slívová I., Mazur M.

POSTERY

1. **Léčba komplikací po rekonstrukčních výkonech pro karcinom v proximální části GIT – kazuistická sdělení** – Hrabalová M., Bohanes T., Dlouhý M., Aujeský R., Vrba R., Neoral Č.,
2. **Analýza transplantačního registru FN Olomouc z hlediska výskytu kožních malignit** – Kalinová L., Váchalová M., Vavříková L., Krejčí K., Bachleda P.
3. **Výsledky chirurgické terapie u karcinomu žaludku na I. chirurgické klinice (2005–2009)** – Vrba R., Neoral Č., Aujeský R., Malý T.
4. **Karcinom žaludku – komplikace chirurgické léčby a jejich terapie** – Vrba R., Neoral Č., Aujeský R., Malý T.
5. **PET/CT v diagnostice tumorů pankreatu** – Kysučan J., Havlík R., Loveček M., Klos D., Koranda P., Buriánková E., Vomáčková K., Neoral Č.
6. **Burkittův lymfom jako příčina NPB – kazuistika** – Chudáček J., Klos D., Halama J., Malý T., Neoral Č.
7. **Chirurgická problematika léčby chronického traumatického hemotoraxu** – Chudáček J., Bohanes T., Szkorupa M., Klein J., Neoral Č.
8. **Mukokéla appendixu – kazuistika** – Chudáček J., Aujeský R., Neoral Č., Bohanes T., Malý T., Halama J.
9. **Solitární fibrózní tumor pleurální dutiny** – Szkorupa M., Bohanes T., Klein J., Neoral Č., Chudáček J.
10. **Možnosti transanální endoskopické mikrochirurgie** – Starý L., Vysloužil K., Klementa I., Zbořil P., Skalický P., Švach I., Neoral Č.
11. **Chopartova amputace v léčbě ischemie dolní končetiny** – Navrátil K.
12. **Je vhodné používat somatostatin a jeho deriváty v prevenci pankreatické píštěle při operacích pankreatu?** – Čečka F., Jon B., Ferko A., Šubrt Z.
13. **Strategie terapie karcinomu jícnu na základě PET-CT vyšetření** – Vomáčková K., Neoral Č., Aujeský R., Vrba R., Formánek T.
14. **Blokáda frenického nervu při řešení protrahovaného vzduchového úniku po plicní resekci** – Bohanes T., Gabrhelík T., Szkorupa M., Klein J., Neoral Č., Chudáček J.
15. **Výhody kolického pouche u nízkých resekcí rekta** – Halama J., Klos D., Malý T., Neoral Č.
16. **Komplikované odstranění cizího tělesa z prsu po core cut biopsii.** – Švach I., Zlámalová N., Houserková D., Spáčilová K., Bárta E., Neoral Č.
17. **Iatrogénna lézia nervus ulnaris při perkutánnej osteosyntéze** – Sýkora Ľ., Trnka J.
18. **Príspevok k zlomeninám femuru dojčiat a batoliat** – Jáger R., Sýkora Ľ., Béder I., Cingel V.
19. **Naše skúsenosti s laparoskopickou dezinvagináciou po neúspešnom konzervatívnom postupe** – Cingel V., Babala J., Bibza P., Tvrdon I., Duchaj B., Jáger R., Trnka J.
20. **Torze žlučníku – vzácný případ NPB u 9-letého chlapce** – Štěpán V., Ziman P.
21. **Riziko kolorektálního karcinomu v terénu ulcerózní kolitidy** – Klementa I., Skalický P., Vysloužil K., Starý L., Zbořil P., Vomáčková K., Klementa B., Konečný M.
22. **Přínos e-learningu ve výuce chirurgie** – Skalický P., Zbořil P., Vysloužil K., Klementa I., Starý L.

[Delivered]

Access. Visibility. Consistency.

THE NEXT GENERATION OF HAEMORRHOIDOPEXY

Introducing the Covidien EEA™ Haemorrhoid and Prolapse Stapler Set with DST Series™ Technology

The advances in technology and design of this instrument enable surgeons to overcome today's challenges in treating rectal prolapse and hemorrhoid disease.

- Anoscope design enhances pursestring ease, consistency, and placement
- Instrument innovations create new levels of tissue access and visibility
- DST Series™ Technology provides optimal staple formation and consistency



Colorectal Solutions
Collaboration to Innovation



To find out more about the EEA™ Haemorrhoid and Prolapse Stapler Set with DST Series™ Technology, please contact your Covidien representative or visit www.hemorrhoidopexy.com



COVIDIEN

positive results for life™

XXIII. PETŘIVALSKÉHO–RAPANTŮV DEN

CHIRURGIE PANKREATU

Předsedající: Kala Z., Havlík R. – čtvrtek / 29. 4. 2010 / 10.15–11.10

Resekční výkony na pankreatu pro nádorové onemocnění

Kučera M., Varga M., Oliverius M.

Klinika transplantační chirurgie, IKEM, Praha

Úvod: Karcinom pankreatu je v České republice 4. nejčastější příčinou úmrtí na nádorové onemocnění. Výrazná biologická agresivita nádoru způsobuje, že v době diagnózy je již značná část pacientů ve stadiu generalizace a pouze radikální odstranění nádoru dává nemocným šanci na zlepšení prognózy.

Metodika: Do souboru nemocných byli zařazeni pacienti s diagnózou zhoubného nádorového onemocnění pankreatu, operovaní na Klinice transplantační chirurgie IKEM v období od 4/2004 do 12/2008, u kterých byl proveden resekční výkon na pankreatu. Pacienti, u kterých byl proveden pouze spojkový výkon či explorativní laparotomie nebo byl proveden resekční výkon na pankreatu, ale histologické vyšetření resekátu nepotvrdilo maligní onemocnění, do souboru zařazeni nebyli. Všichni nemocní prošli standardním vyšetřovacím programem – předoperační USG a CT břicha, ERCP v případě ikteru a endoultrasonografie s ev. aspirační biopsií. Pooperačně byli nemocní sledováni na naší klinice v 3 měsíčních intervalech ve spolupráci se spádovým onkologickým pracovištěm.

Výsledky: V období více než 4,5 roku jsme provedli celkem 129 resekcí pankreatu. Dle výše uvedených kritérií jsme do naší sestavy zařadili 76 pacientů, 43 mužů a 33 žen průměrného věku 63 let (34–80 let), medián byl 63 let. U 44 nemocných se jednalo o duktální adenokarcinom pankreatu, 15x jsme prokázali adenokarcinom Vaterské papily, 6x neuroendokrinní karcinom pankreatu, 3x adenokarcinom terminálního žlučovodu, 2x intraduktální mucinózní karcinom, 1x adenokarcinom duodena, 1x se jednalo o jiný typ nádoru a 4x byla prokázána metastáza Grawitzova tumoru. Ve skupině pacientů s karcinomem pankreatu byli dle UICC/AJCC klasifikace zařazeni 2 nemocní do stadia 0,50 nemocných do stadia Ia – IIb, 10 nemocných do stadia III a 1 nemocný do stadia IV. 45x jsme provedli pankreatoduodenektomii v modifikaci sec. Traverso (59%) a 16x v modifikaci sec. Whipple

(21%), 7x jsme provedli totální pankreatektomii se splenektomií (9%), 5x distální pankreatektomii se splenektomií (7%) a 3x subtotální pankreatektomii se splenektomií (4%). V 15 případech byla součástí výkonu resekce v. portae, ev. v. mes. sup. Průměrná délka hospitalizace byla 24 dní (9–73 dní), medián byl 16 dní. Časná pooperační morbidita vyjádřená závažnou komplikací u 22 nemocných byla 29%. 8x jsme pozorovali dehiscenci pankreato-jejunoanastomózy, 7x pooperační krvácení, 3x dehiscenci operační rány, 2x absces dutiny břišní a 1x dehiscenci hepatiko-jejunoanastomózy, dehiscenci střevní anastomózy, stenózu gastroenteroanastomózy, perforaci peptického vředu a septický stav. Časná 30 denní mortalita byla 2,6% (zemřeli 2 nemocní). V pozdějším pooperačním průběhu zemřeli další 2 nemocní (5,2%). Během ambulantního sledování došlo k úmrtí dalších 12 nemocných v důsledku generalizace základního onemocnění. Přes veškeré úsilí se část nemocných z ambulantního sledování ztratila.

Závěr: Jedinou potenciálně kurabilní léčebnou metodou karcinomu pankreatu je radikální resekce nádoru, která významně prodlužuje život nemocných. V dnešní době tyto operace představují pro nemocné přijatelnou morbiditu i mortalitu.

Laparoskopické resekce pankreatu

Čečka F., Ferko A., Jon B., Šubrt Z.

Chirurgická klinika FN Hradec Králové

Úvod: Autoři prezentují iniciální zkušenosti s laparoskopickými resekcemi pankreatu na Chirurgické klinice v Hradci Králové.

Metoda: Provedli jsme retrospektivní analýzu laparoskopických resekcí pankreatu provedených na Chirurgické klinice v Hradci Králové v roce 2009. Hodnotili jsme indikace k operaci, průběh operačního výkonu a výsledky.

Výsledky: Celkem jsme provedli 6 operací, všechny se podařilo dokončit laparoskopicky, konvertovat jsme nemuseli v žádném případě. Levostrannou resekci pankreatu se zachováním sleziny jsme provedli u 3 pacientů, levostrannou resekci pankreatu se splenektomií jsme provedli ve 2 případech a v jednom případě jsme provedli levostrannou resekci pankreatu se splenektomií

a levostrannou nefrektomií. Resekci pankreatu jsme indikovali pro benigní nebo níže maligní nádory v 5 případech a v jednom případě pro metastázu kolorektálního karcinomu do pankreatu.

Závěr: Iniciální zkušenosti ukazují, že laparoskopická levostranná resekce pankreatu je technicky proveditelná. Zavedení nové techniky vyžaduje zkušenosti s laparoskopickou technikou a chirurgií pankreatu.

Neuroendokrinní nádory pankreatu

Kala Z.¹, Procházka V.¹, Starý K.², Penka I.¹,

Kysela P.¹, Novotný I.², Válek V.¹

¹ chirurgická klinika FN Brno, LF MU Brno

² III. interní hepatogastroenterologická klinika FN Brno

Neuroendokrinní nádory slinivky jsou vzácné. Vyskytují ve 2 formách – nefunkční dlouhodobě klinicky němé a funkční, projevující se hormonálním syndromem nadprodukce. Nejčastější funkční tumory jsou gastrinomy a inzulinomy s incidencí 1–4/1000 000 za rok.

Ostatní neuroendokrinní nádory se vyskytují zcela zřídka – VIP om, glukagonom, somatostatinom (1/10 mil, 1/20 mil., resp. 1/40 mil nových případů za rok).

Část neuroendokrinních nádorů je diagnostikována náhodně jako incidentalomy, nejčastěji při CT prováděném z extrapancreatických symptomů. Symptomy vyplývající z hormonální nadprodukce chybějí. Autoři předkládají formou kazuistik vlastní zkušenosti z chirurgické léčby těchto vzácných nádorů.

Minimální reziduální choroba u adenokarcinomu pankreatu

Havlík R., Klos D., Loveček M.,

Srovnal J., Neoral Č.

I. Chirurgická klinika FN Olomouc

Úvod: Minimální reziduální chorobou (MRD) u nemocných pacientů s karcinomem pankreatu rozumíme přítomnost izolovaných nádorových buněk v těle pacienta, u něhož byl odstraněn primární tumor a který je v současnosti bez klinických známek onemocnění. Tyto izolova-

né nádorové buňky lze na základě současných znalostí považovat za prekursor mikrometastáz. Posouzení MRD u pacientů s tímto vysoce maligním onemocněním by mohlo eliminovat provedení zatěžujícího chirurgického výkonu u nemocných se systémovou molekulární diseminací nemoci a zpřesnit prognózu onemocnění.

Materiál a metoda: Do studie bylo k dnešnímu dni zařazeno 70 pacientů operovaných s kurativním záměrem pro karcinom slinivky. Metodou real-time RT-PCR byly na míru exprese hTERT (telomeráza), EGFR1 (receptor pro epidermální růstový faktor) a CEA (karcinoembryonální antigen) vyšetřeny vzorky systémové a portální krve, kostní dřeně a peritoneální laváže. Naměřené hodnoty exprese testovaných markerů byly korelovány s klinicko-patologickými charakteristikami a s parametry přežití.

Výsledky: Byla zjištěna statisticky významná souvislost mezi mírou exprese EGFR1 v portální krvi a klinickým stadiem, kde pacienti s pokročilým one-

mocněním mají vyšší expresi EGFR1 v portálním řečišti, než pacienti s nízkým klinickým stadiem. Obdobně koreluje exprese EGFR1 v portální krvi se stupněm diferenciacie primárního tumoru, kde pacienti s tumory G3 mají statisticky významně vyšší expresi EGFR1. Dále byla prokázána vysoká exprese EGFR1 v peritoneální laváži pacientů s metastatickým onemocněním, na rozdíl od pacientů bez přítomnosti metastáz. Bohužel se nepodařilo prokázat signifikantní závislosti mezi ostatními testovanými markery (hTERT, CEA) a ostatními kompartmenty (systémová krev, kostní dřeň). Při hodnocení parametrů přežití bylo prokázáno několik zajímavých výsledků. Především to bylo hodnocení přežití vzhledem k pozitivitě exprese testovaných markerů v peritoneální laváži. Pozitivita EGFR1 ($p=0,01$) a CEA ($p=0,1$) v předoperační peritoneální laváži značí kratší celkové přežívání pacientů s karcinomem pankreatu. Dále bylo prokázáno kratší přežívání u pacientů s pozitivitou hTERT v systémové i portální krvi ($p<0,06$, $p<0,015$).

Závěr: Výsledky naší pilotní studie potvrzují dostatečnou senzitivitu a specifitu real-time RT-PCR metodiky pro detekci cirkulujících nádorových buněk u pacientů s karcinomem pankreatu. Pouze necelých 40 % operovaných a testovaných pacientů bylo klinického stadia I–III a byl u nich proveden radikální výkon s kurativním záměrem. Tento fakt bohužel značně omezuje použití této metodiky pro prognostické účely. Přesto však v této skupině bylo možné identifikovat pacienty s kratším přežíváním, a to na základě exprese vybraných markerů, hTERT, CEA a EGFR1 v krvi a peritoneální laváži. Pro definitivní ověření prognostické hodnoty minimální reziduální choroby je však potřeba delšího sledování většího souboru pacientů. Zvláště u pacientů s hraničně operabilním nálezem by bylo možné při známkách mikrodiseminace zvažovat neprovedení radikálního, řadou rizik zatíženého, chirurgického resekcčního výkonu.

CHIRURGIE JATER

Předsedající: Třeška V., Ferko A. – čtvrtek / 29. 4. 2010 / 11.20–12.30

Onkologické aspekty laparoskopických resekcí jater pro maligní onemocnění

Ferko A., Šubrt Z., Jon B., Čečka F.
Chirurgická klinika FN Hradec Králové

Vyzvaná přednáška

Biliární komplikace po velkých resekcích jater

Langer D., Ryska M., Bělina F., Pudil J.
Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN Praha

Úvod: Velké resekce jater představují operační výkony, při kterých jsou odstraněny 3 a více jaterních segmentů. Podstatný pokles perioperační i časné letality přispěl převážně u nemocných s jaterními sekundaritami kolorektálního původu k rozšíření indikačních kritérií. Biliární píštěl patří mezi závažné pooperační komplikace.

Metodika a výsledky: V období od 04/2004 do 12/2009 na Chirurgické klinice 2. LF UK a ÚVN Praha podstoupilo 96 nemocných velkou resekci jater. Průměrný věk operovaných činil 61 let (25–84 let). V souboru významně dominovali (78 %) pacienti s onkologickým onemocněním. V polovině případů se jednalo o nemocné s ko-

lorektálním metastatickým postižením jater. Pooperační biliózní sekrece byla zaznamenána u 14 nemocných (14,6 %). V 9 případech byly úspěšné nechirurgické metody léčby. U 5 pacientů si biliární komplikace vyžádaly operační intervenci. Kombinaci léčebných modalit podstoupila polovina pacientů s biliárními komplikacemi. Dva pacienti (2,1 %) zemřeli.

Závěr: Biliózní sekrece po velkých resekcích výkonech jater je poměrně častou a závažnou pooperační komplikací. Konzervativní modalita (ERCP, perkutánní drenáž) jsou léčebnými postupy volby. Při selhání konzervativní terapie či velkém objemu biliózní sekrece je chirurgická léčba nutná. V léčebném procesu je uplatňován multidisciplinární přístup. Autoři prezentují retrospektivní analýzu souboru operovaných pacientů se zaměřením na biliární komplikace a jejich léčbu.

Chirurgická léčba jaterních a plicních metastáz kolorektálního karcinomu

Skalický T., Třeška V., Špidlen V., Vodička J., Sutnar A., Liška V., Klečka J., Šafránek J., Šimánek V., Fichtl J.
Chirurgická klinika LF UK a FN v Plzni

Cíl: Cílem práce bylo zhodnotit soubor 10 nemocných, kteří byli v letech 2005–2009 operováni pro jaterní a plicní metastázy kolorektálního karcinomu na Chirurgické klinice LF UK a FN v Plzni. Vzhledem k omezeným zkušenostem s nemocnými, kteří podstoupili jak jaterní, tak i plicní resekci, jsme se zaměřili na zhodnocení dlouhodobého přežití nemocných a jejich mortality a morbiditu.

Soubor nemocných: V letech 2005 až 12/2009 jsme operovali 10 nemocných, u kterých se v průběhu onemocnění vyskytly jaterní i plicní metastázy kolorektálního karcinomu a byly řešeny chirurgicky. Jednalo se o 5 mužů a 5 žen, průměrného věku 62,4 roku (42–71 let). V 10 % se jednalo v první době po operaci primárního nádoru o plicní resekci, v 90 % byl první výkon na jaterním parenchymu.

Výsledky: Morbidita souboru byla 20,1 % u jaterních resekcí a 5,6 % u plicních resekcí. 30 denní pooperační mortalita byla 0 %. Ve třech případech bylo plicní postižení bilaterální, ve 2 případech v levé plíci a 5 nemocných mělo postižení pravého plicního křídla. Ve 4 případech byl primární nádor na konečniku v 6 případech na tlustém střevě. Průměrná doba mezi jaterní a plicní resekci byla 3 měsíce. Nejčastějším výko-

nem na jaterním parenchymu byla resekce a na plicním parenchymu to byla metastázektomie pomocí laseru. Nádor konečníku se v 50 % jako první šířil do plic.

Závěr: Jaterní a plicní resekce u vybraných nemocných s generalizovaným kolorektálním karcinomem prodlužují dobu přežití a nezhoršují kvalitu.

*Podpořeno grantem
IGA 9723-4, 9727-4 a MZ MSM 0021620819.*

Nekolorektální jaterní metastázy

**Třeška V., Skalický T., Sunar A., Liška V.,
Ňaršanská A, Třešňová I., Vachtová M.**
Chirurgická klinika FN a LF UK v Plzni

Cíl: Metastázy nekolorektálních karcinomů (NKJM) do jater tvoří v porovnání s kolorektálním karcinomem podstatně menší část jaterních metastáz. Chirurgická léčba NJM je vzhledem k jejich odlišné biologické povaze u některých případů diskutabilní, nicméně u jiných vysoce prospěšná.

Metoda: Autoři prezentují své zkušenosti s chirurgickou léčbou 68 nemocných průměrného věku 58,2 let (33,1–77,5) s NKJM (nejčastěji: karcinom prsu – 32,4 %, karcinoid – 20,6 %, renální karcinom – 13,3 %, gynekologické nádory – 13,3 %, gastrointestinální stromální tumor – 4,4 %, karcinom žaludku – 4,4 %) v letech 2001–2008. Průměrná doba od primárního chirurgického výkonu pro karcinom byla 3,9 roku (0–8,5 let). Z operačních výkonů převažovala radiofrekvenční ablace (RFA) – 50 nemocných (73,5 %), resekční výkon byl zastoupen ve 26,5 %. Předoperační chemoterapeutický „downstaging“ či embolizace portální žíly na straně nádoru ke zvýšení resekability NKJM byl proveden u 10 nemocných (14,7 %). Resekabilní, či RFA řešitelné mimojaterní

metastázy, v jedné nebo více operačních dobách, jsme odstranili u 25 nemocných (36,7 %). Celkový počet metastáz v játrech v celém souboru nemocných se pohyboval od 1 (28x) do 8 (1x) metastáz. Pooperační adjuvantní chemoterapii, kombinovanou u některých nemocných s biologickou léčbou, podstoupilo celkem 33 nemocných (48,5 %).

Výsledky: Jeden rok po operaci a RFA přeživalo celkem 88,6 % nemocných, 3 roky 72,5 % a 5 let pak 36,9 % nemocných. Ze čtyřech nejčastěji zastoupených nádorů (karcinom prsu, karcinoid, gynekologické karcinomy a renální karcinom) měli nejlepší 5leté přežívání nemocní s metastázami karcinoidu (100 %), 33,8 % nemocných s metastázami prsu přežilo 5 let, 44,4 % nemocných s metastázami renálního karcinomu přežilo 3 roky a 72,9 % nemocných s gynekologickými nádory přežilo 2 roky. Nenašli jsme statisticky významný rozdíl mezi RFA a resekčním výkonem co do dlouhodobého přežívání nemocných. Nemocní s mimojaterními metastázami měli horší prognózu ($p < 0,01$).

Závěr: Resekce jater a RFA u jaterních metastáz nekolorektálních karcinomů mají své jednoznačné zastoupení v multimodální léčebné strategii. Rozhodnutí k chirurgické léčbě je zejména u nemocných s NKJM přísně individuální s cílem dosažení kvalitního dlouhodobého přežití u těchto nemocných.

Spolupráce chirurga a onkologa k zajištění kurativních resekcí metastáz kolorektálního karcinomu

Zezulová M.

Onkologická klinika LF UP a FN Olomouc

Přednáška firmy ROCHE

Postavení neoadjuvantní chemoterapie u jaterních metastáz kolorektálního karcinomu

Kysela P., Kala Z., Procházka V., Penka I.
Chirurgická klinika FN Brno, LF MU Brno

Souhrn: U pacientů s resekovatelnými jaterními metastázami kolorektálního karcinomu je zřejmá nutnost multimodální léčby, ne však vhodné kombinace metod a pozice neoadjuvance.

Současné data: Existuje zatím nedefinovaná skupina pacientů, kteří mohou profitovat z neoadjuvantní léčby (vysoká hladina CEA, synchronní metastázy, velikost nad 5 cm a počet nad 2, pokročilé stadium primárního nádoru, dnes ještě nejasné molekulární prediktory, předpoklad obtížné velké resekce s krevními ztrátami, malý budoucí zbytek jater, předlécenost). Nebyl prokázán rozdíl mezi adjuvantním a neoadjuvantním režimem. Neoadjuvance by neměla trvat déle než 3 měsíce a více než 6 cyklů.

Stratifikace pacientů při zvažování neoadjuvance:

1. primárně dobře resekovatelní
2. primárně hraničně resekovatelní
3. primárně neresekovatelní
4. pacienti s rizikem rychlé progresy do neresekability

Nutné je zvážit výše uvedené rizikové faktory.

Závěr: Je zřejmá nutnost multidisciplinární prezentace pacienta (alespoň chirurg + onkolog). V průběhu neoadjuvance lze doporučit každý měsíc UZ jater + onkomarkery a fyzikální vyšetření k zachycení lokální progresy do neresekability a načasování operace před úplnou léčebnou odpovědí.

GIST

Předsedající: Krška Z., Melichar B., Neoral Č. – čtvrtek / 29. 4. 2010 / 13.15–14.40

GIST- typické a atypické lokalizace

Krška Z.¹, Sedláčková E.², Hořejší J.³, Povýšil C.⁴

¹ 1. Chirurgická klinika 1. LF UK a VFN Praha

² Onkologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

³ Radiologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

⁴ Patologickoanatomický ústav 1. LF UK Praha

Retrospektivně prospektivní analýza GIST tumorů, a to na základě dat v registru GIST, dokumentace i systému léčby v desetiletém období 2000–2009. Komparace vlastních výsledků s literárními. V uvedeném období operováno a dále sledováno 33 GIST s následující distribucí: 23x žaludek (oproti 4 leiomyomům), tj. 69%, 1x duodenum, tj. 3%, 4x tenké střevo, tj. 12%, 1 rektosigma (2008), tj. 3%, 2x pankreas (2002, 2009), tj. 6%, 1x mesenterium (2000), tj. 3%, 1x omentum (2001), tj. 3%. Velikost tumorů 2,5 cm–1690 g. Extraintestinální GIST- celkem 12% – Analýza: GIST pankreatu: malý příznakový soubor, předoperačně suspekce na tumor jater (1), či pankreatu (2), Váha 1025 (1), resp. 375 (2) g. – (1). Resekce s ponecháním pouzdra na sou-toku lienální a mesent. žíly a na portě – 9. rok bez známky recidivy (2). Makroskopicky resekce radikální (tělo + kauda, subtotální gastrektomie a sple) – rychlá generalizace. GIST omenta náhodný nálezn, GIST mesenteria – útlakový syndrom. Po resekcích bez recidivy. Pozn: GIST pankreatu popsán (1) jako první v literatuře vůbec. Další údaje – 3x recidiva GIST- v žaludku (po 1, 2 a 4 letech, bez generalizace) 1x v tenkém střevu (spíše polytopní). Předchozí výkon 3x laparoskopicky, 1x otevřenou cestou. 3 z pacientů převzati po primární operaci na jiném pracovišti. Nejrychlejší generalizace u GIST pankreatu – 4 měsíce (2). Analýza symptomatologie: Krvácení 12x, útlakový či outflow sy 8x, jiná klinika (zažívací obtíže, bolesti...) 5x, malý příznakový soubor 5x, náhodný nálezn před operací 2x, nálezn při operaci 1x. Léčba: Chirurgická resekce 100%, laparoskopicky 30%, onkologická léčba dle nálezu a progresu. T. č. v éře Imatinibu zásadní zlepšení přežívání.

Závěr: Potvrzena distribuce GIST v GIT s dominancí v žaludku a tenkém střevě. Nutno myslet i na možnost extra-GIS tumorů. Zásadní zlepšení výsledků chirurgické léčby, která je jasným zlatým standardem biologickou léčbou, zvláště u pokročilých či generalizovaných tumorů.

Postavení chirurgie v léčbě GIST

Kysela P., Kala Z., Svatoň R.

Chirurgická klinika FN Brno

Úvod: GIST je relativně nově stanovenou skupinou sarkomů trávicího traktu vycházející z pacemakerových CD 117 pozitivních Cajalových buněk stěny střeva, která byla dříve klasifikována jako leiomyomy. Jde o první solidní nádor, kde byla s vysokým úspěchem použita biologická léčba inhibitory tyrosinkináz.

Materiál a metodika: Na základě literárních dat a vlastních zkušeností byl zhodnocen význam chirurgické léčby u resekabilního i neresekabilního onemocnění. Byl zhodnocen význam případné neo/adjuvantní terapie tyrosinkinázovými inhibitory a přínos jak chirurgické, tak lokálně ablační léčby u neresekabilních forem onemocnění.

Výsledky: Od roku 1995 stoupl záchyt pacientů s GIST na chirurgické klinice FN Brno z ojedinělých případů na desítku ročně. U žádného pacienta nebyla histologická diagnóza stanovena před operací. U menších nádorů řešených laparoskopickou resekcí nedošlo nikdy k porušení kapsuly. Na základě literárních zdrojů, kterým odpovídají naše zkušenosti, je základním požadavkem na dlouhodobou remisi R0 chirurgická resekce, bez nutnosti lymfadenektomie. Adjuvantní imatinib prodlužuje disease free interval o něco déle než je doba podávání neoadjuvance (dnes 2 roky). U neresekabilních onemocnění je obvykle dosaženo sekundární resekability za 9–12 měsíců trvání neoadjuvantní léčby imatinibem. U neresekabilních onemocnění lze chirurgickou resekcí největších ložisek, ložisek progredujících na imatinibu, nebo debulkingem oddálit rozvoj rezistence na léčbu imatinibem o několik měsíců až rok. Totéž platí pro kombinaci s lokálně ablačními technikami – jmenovitě RFA.

Diskuze: Primárním požadavkem v léčbě GIST je R0 chirurgická resekce a individuální přístup. U primárně hraničně resekabilních lézí lze vzhledem k vysoké léčebné odpovědi doporučit neoadjuvantní léčbu imatinibem se sledováním zobrazovacími metodami a 1 měsíc k včasnému zachycení do progresu (alespoň UZ, lépe však PET/CT). Adjuvance imatinibem se stává standardem, i když jeho přínos je spíše v oddálení recidivy onemocnění než ve zlepšení

celkové délky přežití. Chirurgie má významné místo také u neresekabilní choroby, kde resekce progredujících ložisek na léčbě imatinibem vede k významnému oddálení rezistence na léčbu. Předoperační biopsie ložiska není pro riziko rozsevu u primárně dobře resekovatelných lézí nutná. Ve vztahu k diagnostice a multimodální léčbě je nutné ihned při podezření na GIST zařadit pacienta do některé z následujících skupin:

1. primárně dobře resekovatelní
2. primárně špatně resekovatelní, případně za cenu rozsáhlého nebo rizikového výkonu nebo potenciálně resekovatelní po downsizingu
3. nejspíše nikdy kompletně neresekovatelní

Závěr: I přes obrovský skok dopředu v diagnostice a biologické léčbě GIST je zřejmá nutnost těsné spolupráce chirurga a onkologa ihned od vyslovení podezření na GIST, tak aby diagnostika a následná léčba vedla k optimálním léčebným výsledkům. Vzhledem k charakteristikám onemocnění by byla vhodná léčba v centrech.

Onkologická terapie u GIST

Melichar B.

Onkologická klinika LF UP a FN Olomouc

Vyzvaná přednáška

GIST jícnu

Neoral Č.¹, Aujeský R.¹, Vrba R.¹, Koutná J.², Špaňhelová H.²

¹ I. chirurgická klinika LF UP a FN Olomouc

² Klinika anestezie a resuscitace LF UP a FN Olomouc

Úvod: Gastrointestinální stromální tumor patří mezi nejčastější mesenchymální nádor trávicího traktu. Souhrnné studie udávají největší výskyt těchto nádorů v žaludku (60–70%), dále následuje tenké střevo (20–25%), tlusté střevo (5%) a nejméně početné zastoupení je udáváno v jícnu (2%). Na rozdíl od zbylé části zažívacího traktu, kde se provádí klasický resekční výkon, je u jícnu třeba volit specifický přístup chirurgické intervence.

Morfologie gastrointestinálního stromálního tumoru: Tumor vychází z některé vrst-

vy pod sliznicí gastrointestinální stěny (nejčastěji z muscularis propria) a vyklenuje se většinou do lumina. Při své vzácnější lokalizaci v jícnu se na rozdíl od jiných částí GISTu nešíří na zde chybějící serózní povrch, ale spíše má tendence k šíření svalovinou s překrytí zevními svalovými vlákny. Může docházet k ulceraci přilehlé sliznice.

Sestava pacientů: V letech 2003–2009 jsme operovali celkem 9 pacientů s benigním tumorem jícnu, osm mužů a jednu ženu. Lokalizace tumoru byla 7x v oblasti hrudního jícnu a 2x v oblasti abdominálního jícnu, respektive na hranici hrudního a abdominálního jícnu. Následně byl u 6 diagnostikován stromální tumor jícnu.

Výsledky: V osmi případech jsme operovali miniinvasivně metodou rendez-vous. Operační výkon byl navigován endoskopicky. 6x byl tumor odstraněn torakoskopicky, 2x laparoskopicky při jeho lokalizaci v distální části jícnu. 1x bylo postopováno u objemného tumoru VATS technikou a tumor byl z jícnu vyjmut otvorem po excisi jeho stopky. Všichni pacienti se zhojili per primam a v rozmezí 4–9 dne odchází do domácího léčení. Jsou dispenzarizováni a u žádného z nich se neobjevila recidiva tumoru.

Závěr: GIST v jícnové lokalizaci je poměrně vzácný. Vzhledem k biologické povaze tumorů u našich pacientů bylo možno považovat exstirpaci ze stěny jícnu za dostatečnou. Z toho pacienti jednoznačně profitují, neboť jakýkoliv resekční výkon je z pohledu problematiky jícnové chirurgie velmi závažný. Přitom je nutno mít na paměti, že v době operace není diagnóza jasná a o povaze tumoru rozhodne až kompletní histopatologické vyšetření. Jeho odběr předem přes sliznici by totiž znemožňoval jeho miniinvasivní vyjmutí ze stěny bez narušení integrity sliznice.

Gastrointestinální stromální nádor a minimálně invazivní přístup

Sankot J., Adámek M.

Chirurgické oddělení, Nemocnice Hranice

Gastrointestinální stromální nádor (GIST) je poměrně vzácný typ nádoru trávicí trubice, který má nejčastější lokalizaci na žaludku a roste zpravidla ze svaloviny. Předoperační diagnostika je kombinací různých metod, ale stále mohou být

poznány až během operace či po ní při imuno-histochemickém vyšetření. Předkládáme sestavu 8 pacientů s GIST řešených na našem oddělení v posledních 6 letech. U 5 pacientů byla diagnóza stanovena předoperačně, u 3 byl primárně indikován laparoskopický výkon. Ostatní pacienty jsme operovali z laparotomie a provedli různé typy resekčních výkonů.

Závěr: Každý GIST má svůj maligní potenciál a je nutná dostatečná resekce při jeho primárním ošetření. Při lokalizaci na žaludku je minimálně invazivní přístup plně indikován.

GIST- soubor pacientů

Diviš P., Čapov I., Žák J., Wechsler J.

I. chirurgická klinika LF MU

a FN u sv. Anny v Brně

Gastrointestinální stromální tumory patří mezi málo časté pojivové nádory zažívacího traktu. Jedná se o heterogenní skupinu zřídka se vyskytujících novotvarů, u kterých v průběhu tří desetiletí vzrůstá zájem o upřesnění třídění, buněčného původu, diagnostiku a prognózu. Pro podobný mikroskopický obraz byly dříve GIST považovány za neoplazmata z hladké svaloviny a byly často klasifikovány jako leiomyomy či leiomyosarkomy. S nástupem elektronové mikroskopie a zejména imunohistochemických metod bylo prokázáno, že GIST mohou mít myogenní rysy, neurální atributy, smíšenou podstatu svalovou a nervovou nebo vykazují nedostatečnou diferenciaci. V současnosti je buněčný původ GIST přisuzován buňkám Cajalovým, které jsou považovány za intestinální pace-maker buňky. V léčení je v současnosti základem R0 resekce tumoru, slibná je léčba s použitím nových preparátů. V letech 1996–2010 podstoupilo operaci na naší klinice 27 pacientů s GIST.

Bilance našich pacientů s GIST v letech 2006–2009

Hájek A.¹, Chalupa J.²

¹ Chirurgicko-traumatologické oddělení, Nemocnice Frýdek-Místek

² Interní oddělení, Nemocnice Frýdek-Místek

Gastrointestinální stromální tumor je relativně mladý pojem, vyčlenil se ze skupiny

nádorů hladké svaloviny v r. 1998. Zároveň se jedná o velmi „moderní“ nádor díky úspěchu biologické léčby – tyrosinkinázainhibitory – působící na samotnou nádorovou buňku. Vyskytuje se vzácně, v letech 2006–2009 jsme operovali 7 pacientů, z toho 2x bylo možné odstranit nádor laparoskopicky. Jen v jednom případě nebyla samotná chirurgická terapie dostatečně účinná a byla zahájena adjuvantní terapie Glivecem.

Cytologické vyšetření laváže dutiny břišní u pacientů s GIST

Hoskovec D.¹, Varga J.², Kašpar M.³,

Antoš F.², Benková K.³

¹ I. chirurgická klinika 1. LF UK a VFN Praha

² Chirurgická klinika 1. LF UK a FNB Praha

³ Radiodiagnostická klinika 1. LF UK a FNB Praha, Oddělení patologické anatomie FNB Praha

Gastrointestinální stromální tumor je nejčastější mesenchymální tumor trávicího traktu. Představuje 1–3 % všech malignit GIT. Každý GIST je potenciálně maligní. Recidiva se nejčastěji objevuje v játrech (65 %) a na peritoneu (50 %).

Vzhledem k tendenci gastrointestinálních stromálních nádorů k peritoneálnímu rozsevu jsme experimentálně zařadili cytologické vyšetření laváže dutiny břišní do diagnostického algoritmu. V letech 2004–2008 jsme operovali 11 nemocných s GISTem gastroduodena, u kterých bylo provedeno cytologické vyšetření peritoneální laváže. Ve 3 případech cytolog nález uzavíral jako suspektní z malignity. 2 pacienti s tímto nálezem jsou bez známek recidivy, u třetího se po 2 letech objevila peritoneální recidiva. Tohoto nemocného prezentujeme v kazuistice.

I když je náš soubor zatížen chybou malých čísel a současně klasické cytologické vyšetření má relativně nízkou senzitivitu (cca 30 %), může toto vyšetření pomoci k identifikaci pacientů s vyšší tendencí k peritoneální recidivě, a tím jejich indikaci k onkologické léčbě. K potvrzení či vyvrácení této hypotézy je nutné vyšetřit větší počet nemocných.

VÁLEČNÁ CHIRURGIE I.

Předsedající: Ferko A., Najdekr M., Jurenka B. – čtvrtek / 29. 4. 2010 / 14.50–16.20

Válečná chirurgie – postavení, význam a současné úkoly

Klein L.^{1,2}, Ferko A.^{1,2}

¹ Katedra válečné chirurgie FVZ UO
Hradec Králové

² Chirurgická klinika LF UK a FN,
Hradec Králové

Hlavním úkolem válečné chirurgie, který zůstává historicky neměnným, je zabezpečit pomoc raněným ve válce nebo v jiných mimořádných podmínkách, snížit co nejvíce jejich mortalitu a invaliditu a navrátit co největší počet raněných zpět do aktivního života. Rozvoj tohoto oboru je dán pokroky v přírodních vědách a medicíně jako celku na straně jedné a technickým pokrokem a změnami ve vojenství na straně druhé. Jeho význam spočívá mimo jiné v aplikaci soudobých nejmodernějších medicínských poznatků do principů chirurgie uskutečňované v mimořádných podmínkách a naopak, zpětnou vazbou ve využití a rozvinutí takto získaných poznatků v chirurgické praxi mírové. Při přípravě a výchově vojenského chirurga je nutno zohledňovat kritéria odborné zdatnosti, praktické erudice v určitých specializovaných oblastech, dále vojensko-odborné vzdělání včetně velení a řízení podřízených zdravotnických týmů, znalosti právních aspektů vojenské medicíny, zejména v podmínkách zahraničního nasazení v rámci mnohonárodních aliančních sil. Samozřejmostí, nejen v rámci aliance, jsou požadavky na jazykovou přípravu. V současnosti mohou vojenští chirurgové působit v sestavě polních nemocnic Nemocniční základny AČR nebo vytvářet tzv. polní chirurgické týmy k začlenění do sestavy jiných národních nebo mezinárodních polních zdravotnických zařízení v rámci koaličních sil.

Zkušenosti z mise 6. polní nemocnice AČR v Afghánistánu

Urbánek L.¹, Kocvrlich M.²

¹ Oddělení ortopedie, traumatologie a rekonstrukční chirurgie ÚVN Praha-Střešovice

² V době mise III. kontingent,
6. polní nemocnice

V době od 6. 12. 2007 do 15. 4. 2008 jsem se zúčastnil zahraniční mise Armády ČR v operační

sestavě vojsk I. S. A. F. – NATO v Afghánistánu. Byl jsem příslušníkem III. kontingentu 6. PN, která byla rozvinuta v prostoru letiště hlavního města Kábulu. Pracoval jsem ve funkci zástupce hlavního lékaře a vedoucího lékaře operačních sálů. Hlavním úkolem nemocnice bylo zdravotnický zabezpečit příslušníky koaličních vojsk v sestavě I. S. A. F. a též příslušníky afghánských ozbrojených sil na úrovni ROLE 2+; mise neměla humanitární charakter.

Naše polní nemocnice se rozvíjí využitím kombinace kontejnerového a stanového systému. Skládá se z přijímacího a třídicího oddělení (ambulance), P1, P2 a P3 arey používaných při hromadném příjmu raněných a nemocných, zubního ambulatoria Mobident, rtg oddělení včetně vybavení UZ a CT, ze standardní hematologické a biochemické laboratoře, mikrobiologické laboratoře, lékárny, 2 operačních sálů, čtyřlůžkového oddělení ARO, dvoulůžkové intermediární jednotky, nemocniční lékárny a třicetilůžkového oddělení dočasné hospitalizace.

Lékařský kolektiv tvořilo 5 chirurgů (viscerální chirurg, ortoped-traumatolog, 2 všeobecní chirurgové, urolog), 3 anesteziologové, 2 praktičtí lékaři, internista, radiolog, psychiatr, epidemiolog, stomatolog a velitel.

Za 4 měsíce plnění operačního úkolu jsme ošetřili více než 2500 ambulantních pacientů, v zubním ambulatoriu se ošetřilo 1000 pacientů, provedli jsme více než 1000 radiodiagnostických vyšetření, kolem 1500 laboratorních vyšetření a více než 2000 mikrobiologických vyšetření. Hospitalizováno bylo více než 180 pacientů, provedli jsme 68 větších operačních výkonů. Uplatňování zásad válečné chirurgie s jejími odlišnostmi a zvláštnostmi dokumentuje několik vybraných kazuistik.

Hemoragicko-traumatický šok u raněného při teroristickém útoku v Kábulu – léčba v Polní nemocnici Armády České republiky ROLE 2+ – kazuistika

Jurenka B.¹, Ryska M.²,
Kalas L.³, Oberreiter M.^{4,5}

¹ Anesteziologicko – resuscitační oddělení
ÚVN, Praha

² Chirurgická klinika ÚVN a 2. LF UK, Praha

³ Radiologické oddělení, Vojenská nemocnice Brno

⁴ 6. Polní nemocnice, Nemocniční základna AČR, Hradec Králové

⁵ Katedra válečné chirurgie, Fakulta vojenského zdravotnictví UO, Hradec Králové

39letý pacient s těžkým hemoragicko-traumatickým šokem po střelném poranění s levostranným hemotoraxem a pneumotoraxem s masivní krevní ztrátou byl léčen v Polní nemocnici Armády České republiky ROLE II po teroristickém útoku v Kábulu. Iničiální SOFA skóre 13 bodů bylo po „damage control surgery“ a anesteziologicko-resuscitační péči sníženo na 5 bodů. Pacient byl 3. pooperační den transportován do Evropy, kde se uzdravil.

Autoři upozorňují, že standardní léčebné postupy mohou být realizovány i v mimořádných podmínkách v polní nemocnici ROLE II v Afghánistánu. Týmová spolupráce a optimální načasování transportu do zdravotnického zařízení vyššího typu jsou nedílnou součástí léčebného postupu v mimořádných podmínkách ve vysoce rizikové oblasti.

Aktivace signálu „MASCAL“ po teroristickém útoku v kábulském hotelu

Oberreiter M.^{1,2}, Ryska M.³,
Jurenka B.⁴, Kocvrlich M.¹

¹ 6. polní nemocnice NZ AČR, Olomouc

² Katedra válečné chirurgie, FVZ UO,
Hradec Králové

³ Chirurgická klinika ÚVN a 2. LF UK, Praha

⁴ Anesteziologicko – resuscitační oddělení
ÚVN, Praha

Dne 14. 1. 2008 byli klienti nejluxusnějšího hotelu v centru Kábulu napadeni čtyřmi talibanskými atentátníky převlečenými do uniformy místní policie. Po útoku bylo na místě americkým paramedikem zajištěno několik zraněných civilistů, z nichž čtyři byli následně transportováni na ROLI 2E základny KAIA (Kabul International Airport) – působíště 3. kontingentu polní nemocnice Armády České republiky. Zaměřujeme se na popis příjmu prvního pacienta. Ačkoli byla štábem zachycena informace o transportu pouze jednoho raněného – triage T1 (stav vyžadující okamžitý chirurgický zákrok), byla v našem případě splněna kritéria pro aktivaci signálu „MASCAL“ (Mass Casualty). Pacient

byl přebrán od paramedika v osmdesáté minutě od útoku. Byly zajištěny vitální funkce na tzv. „area P1“, což je místo v nemocničním koridoru uzpůsobené pro příjem těžce raněných. Při transportu na sál je promyšlena taktika operačního výkonu, která u raněného v traumaticko-hemorhagickém šoku, vstupujícího do letální spirály acidózy-hypotermie-koagulopatie, rozhodne o životě nebo smrti. Jedno ze střelných poranění probíhá v tzv. „No mans land“, což je označení obávané oblasti hrudníku ohraničené dolní hrudní aperturou a horizontální rovinou proloženou bradavkami – zóna spadající do působnosti hrudního i všeobecného chirurga. Predikce smrti dle TRISS (Trauma Injury Severity Score) je v momentě příjmu 82 %. Náš tým postupuje dle zásad ATLS (Advanced Trauma Life Support) a DCS (Damage Control Surgery). Chirurgické řešení a následná léčba na jednotce intenzivní péče předchází transportu do vlasti již třetí pooperační den, kdy se predikce smrti snižuje na 20 %. Raněný za tři týdny od atentátu zasílá děkovný dopis českému týmu na základnu KAIA.

Analýza valéčných poranění v britské polní nemocnici – Irák 2005

Hašek R.¹, Stračár M.²

¹ Chirurgická klinika ÚVN a 2. LF UK, Praha

² Chirurgické oddělení,
Vojenská nemocnice Brno

Cílem je podat krátkou informaci o práci a zkušenostech českého chirurgického týmu v britské polní nemocnici na území Iráku za období 3 měsíců. Autoři prezentují stručný výčet válečných poranění, jejich příčiny, rozdělení a možnosti operační léčby na úrovni role 3 v polní nemocnici před leteckým transportem do Británie.

Penetrační poranění za bojové mise v Iráku

Dobeš D., Páral J., Lochman P.

Katedra válečné chirurgie, Fakulta vojenského zdravotnictví UO, Hradec Králové

Střelná poranění spolu se střepinovými poraněními představují ve válečném konfliktu nejčastější etiologii úrazů, jejichž závažnost je umocněna náročnými časovými podmínkami a možnostmi ošetření v daném prostředí. Válečné konflikty dnešní doby se vyznačují používáním vysokorychlostních malokaliberních zbraní a zákeřnými improvizovanými minovými nástrahami. Ve třech kazuistických sděleních

prezentujeme konkrétní případy penetrujících poranění ošetřených v britské polní nemocnici ROLE 3 operačně nasazené na základně Shaibah nedaleko Basry v Iráku. V prvním případě se jednalo o střelné poranění levého předloktí, kdy střela nejprve pronikla dveřmi osobního vozidla. Ve druhém případě došlo k zástřelu do dutiny břišní poté, co projektil pronikl ochrannou vestou. Třetím případem byl pacient zasažený mnohočetnými střepinami protitankové střely. Nejzávažnější bylo poranění mediastinu. U všech 3 pacientů byla indikována urgentní chirurgická revize. Po stabilizaci jejich stavu na jednotce intenzivní péče byli transportováni do vojenské nemocnice v Birminghamu ve Velké Británii. Všichni zde uvedení pacienti následky svého zranění přežili, i když někteří s doživotním handicapem.

Radikální ošetření střepinových poranění jako prevence dalších komplikací

Kopřiva A.¹, Berec J.², Navrátil J.¹, Závada J.³

¹ Chirurgické oddělení,
Vojenská nemocnice Brno

² Traumatologická klinika,
FN Na Kramároch, Bratislava

³ Anesteziologicko-resuscitační oddělení,
Vojenská nemocnice Olomouc

Do polní nemocnice AČR v Kábulu byl po teroristickém útoku přivezen 28letý Afghánek s mnohočetnými střepinovými poraněními. Při přijetí byl pacient v hemoragickém šoku s četnými střepinovými poraněními, zejména na obou dolních končetinách. Dále utrpěl střepinové poranění břicha s perforací střev a střepinové poranění hlavy. Po oběhové stabilizaci byl převezen k urgentní operaci na operační sál. Byla provedena revize dutiny břišní, ošetřeno krvácení z jater, sutura perforace žaludku a sutura perforace jejunu. Následovala revize střepinových končetinových poranění, která však byla pro příznaky rozvíjejícího se syndromu DIC odložena k sekundárnímu řešení. Pacient byl dále stabilizován na JIP. V pooperačním období byl po celou dobu ponechán na UPV, zajištěn širokospektrými antibiotiky. Později se provedla revize střelných kanálů a debridement nekrotických okrajů. Dále následovaly opakované převazy. Po 6 dnech došlo k rozvoji septického stavu s gangrénou pravé dolní končetiny. Byla indikována amputace ve stehně. Po amputaci však došlo ještě k dalšímu prohloubení sepse s rozvojem septického šoku a MODS. Poté došlo k srdeční zástavě

a úmrtí pacienta. V kazuistice diskutujeme, zda by nebylo správné k amputaci přistoupit okamžitě, či zda nebylo vhodné zvolit jiný léčebný postup.

Damage control surgery u skeletálního poranění na úrovni Role 2 – kazuistika

Roubal J.^{1,2}, Počepcov I.^{1,3}

¹ 7. polní nemocnice AČR, Hradec Králové

² Katedra válečné chirurgie, FVZ UO,
Hradec Králové

³ Chirurgická klinika LF UK a FN,
Hradec Králové

Polní nemocnice Armády České republiky, která působila v Kábulu v letech 2007–2008, musela často řešit i střelná či minová poranění. V kazuistice vojáka Afghánské národní armády, který utrpěl dilacerující minové poranění končetin, dokumentujeme rozhodovací proces a léčebný postup podle zásad „life and limb saving surgery“ a „damage control surgery“. U tohoto 26letého raněného bylo nutno v zájmu záchrany života v rámci mnohočetných zranění více končetin provést amputaci v pravém bérce při primárním chirurgickém ošetření. Následně se v několika etapách ošetřovala další poranění skeletálních i měkkých tkání. V našem zařízení byl pacient hospitalizován celkem 9 dnů, kdy byly provedeny všechny nezbytné operace a dokončena léčba na jednotce intenzivní péče. Dále byl ve stabilizovaném stavu přeložen do afghánské vojenské nemocnice.

V kazuistice jsou popsány a diskutovány souboré principy chirurgické léčby u takto závažných poranění v polních podmínkách. Rovněž je zdůrazněn význam polního zdravotnického zařízení na úrovni Role 2 v situaci, kdy chybí následné články v řetězci léčebné – odsunového systému, v tomto a podobných případech u raněných afghánských vojáků. Všechny tyto faktory je třeba brát do úvahy při stanovování operačních úkolů polních zdravotnických zařízení AČR v zahraničních misích.

Diagnostika a léčba echinokokových cyst jater na úrovni Role II – kazuistika

Doležal B., Kabilka T.

6. polní nemocnice,
Nemocniční základna AČR, Hradec Králové

Úvod: Česká polní nemocnice působící v Kábulu je v místě s vysokou incidencí parazitárních onemocnění. Cílem práce je seznámit

s možnostmi diagnostiky a terapie nemocných s jaterním cystickým onemocněním při echinokokóze.

Kazuistika: 25letá žena, afghánská občanka, byla přijata s 1 rok trvající anamnézou nechutenství, ztrátou hmotnosti a bolestmi v epigastriu. Předoperační vyšetření prokázalo echinokokovou cystu v levém jaterním laloku a solidní útvar

v laloku pravém. Při operaci jsme našli 2 cysty velikosti 5 cm v průměru v popsanych lokalizacích. Jednalo se o echinokokové cysty různého stáří. Provedli jsme pericystektomii. Pooperační průběh byl bez komplikací.

Diskuze: Autoři analyzují současné možnosti diagnostiky a léčby echinokokových cyst jater. Stávající vybavení polní nemocnice umožňuje dia-

gnostikovat a operovat nemocné s jaterním postižením při echinokokóze. Podmínkou je přítomnost chirurga se zkušeností v jaterní chirurgii.

Závěr: Autoři v kazuistice prezentují případ afghánské pacientky, u které provedli pericystektomii dvou jaterních echinokokových cyst v souvislosti se současnými možnostmi polní nemocnice úrovně ROLE II v Kábulu.

VÁLEČNÁ CHIRURGIE II.

Předsedající: Klein L., Stračár M., Urbánek L. – čtvrtek / 29. 4. 2010 / 16.30–18.00

Spektrum chirurgických onemocnění a traumat – léčba v polní nemocnici AČR ROLE 2+, Kábul

Novák Z.

Chirurgické oddělení, Vojenská nemocnice Olomouc

Odsunová sběrna raněných, Nemocniční základna AČR, Hradec Králové

Spektrum chirurgických onemocnění a traumat léčených v polních zdravotnických zařízeních na úrovni ROLE 2+ působících na území válečného konfliktu se v mnohém podobá spektru případů léčených v civilních, resp. kamenných zdravotnických zařízeních západního světa. Pro vojenskou polní nemocnici je však mimo jiné specifická léčba a ošetřování takových případů, které souvisí jednak s bojovou činností vojsk, ale také se stále častějšími teroristickými útoky v rizikových oblastech země, kde se vojenský konflikt odehrává. Výčet jednotlivých onemocnění a traumat není úplný, jsou zde zahrnuty pouze ty případy, se kterými jsem se měl možnost setkat v průběhu svého 4 měsíčního působení v sestavě polní nemocnice AČR při operačním nasazení v Kábulu.

Polytraumatizovaná afghánská dívka léčená v polní nemocnici AČR v Kábulu

Kopřiva A.¹, Bútora S.¹, Remont L.²

¹ **Chirurgické oddělení, Vojenská nemocnice Brno**

² **Oční klinika ÚVN a 1. LF UK, Ústřední vojenská nemocnice Praha**

10letá afghánská dívka byla po dopravní nehodě přivezena britskou vojenskou sanitou do polní nemocnice AČR. Dívka byla v kritic-

kém stavu v bezvědomí (GCS 9), s obrazem počínajícího hemoragického šoku. Při vstupním vyšetření byla zjištěna zlomenina pánve se zevní rotací LDK, deformita PDK a perineální kožní defekt. Rentgenové vyšetření prokázalo tříštivou zlomeninu pánve s rupturou syndesmózy, zlomeninu diafýzy tibie vlevo. Při vyšetření ultrazvukem se zjistila intraabdominální tekutina v okolí sleziny. Pacientka byla po oběhové stabilizaci převezena na operační sál, kde byla provedena revize dutiny břišní s nálezem velkého retroperitoneálního hematomu bez postižení parenchymatózních orgánů dutiny břišní. Následně byly provedeny osteosyntéza pánve, repozice a sádrová fixace levé dolní končetiny. Po operaci byla pacientka převezena na JIP k zajištění další péče.

S odstupem času bylo nutno pro počínající dekubit v sakrální krajině doplnit cerkláž pánve zevním fixátorem. V pooperačním období byla pacientka 10 dnů v bezvědomí s podezřením na poškození mozku. Od 5. pooperačního dne byla nasazena antiedémová terapie. Od 11. pooperačního dne začala být pacientka kontaktní s postupnou úpravou stavu. Zlomenina levé kosti holení byla doléčena konzervativně. Po jednoměsíční hospitalizaci, při níž byla prováděna i rehabilitace, zvládla dívka s oporou podpažních berlí i samostatnou chůzi a mohla být propuštěna.

4. kontingent polní nemocnice v misi ISAF

Berec J.¹, Navrátil J.², Kopřiva A.²

¹ **Traumatologická klinika, FN Na Kramářích, Bratislava**

² **Chirurgické oddělení, Vojenská nemocnice Brno**

Představení struktury a úkolů polní nemocnice v misi ISAF v Afghánistánu, statistiky ošet-

řených pacientů a výkonu v období mise duben – srpen 2008, některé kazuistiky.

Práce „Lékařů bez hranic“ ve válce na východě Konga

Trachta J.

Klinika dětské chirurgie, UK 2. LF a FN Motol, Subkatedra dětské chirurgie IPVZ, Praha

Úvod: Médecins Sans Frontières (Lékaři bez hranic) jsou mezinárodní humanitární organizace, která poskytuje odbornou zdravotnickou pomoc lidem v ohrožení v případech válek, přírodních katastrof nebo epidemií. Organizace byla založena v roce 1971 skupinou francouzských lékařů a novinářů, kteří měli přímou zkušenost s hladomorem v Nigérii. Poskytuje zdravotnickou pomoc ve více než 60 zemích světa, má 4 000 mezinárodních a 25 000 místních spolupracovníků.

Materiál a metodika: Na východě Demokratické republiky Kongo pokračuje již patnáctým rokem válka, v jejímž důsledku zemřelo přes 5 milionů lidí. Nepravidelné vypalování vesnic a zabíjení jejich obyvatel se střídá s mohutnými ofenzivami tří zúčastněných armád. Lékaři bez hranic otevřeli před třemi roky uprostřed bojové zóny nemocnici v městečku Rutshuru, 80 kilometrů severně od města Goma.

Výsledky: Dnes má nemocnice v Rutshuru 350 lůžek, 20 mezinárodních pracovníků a 200 místních, velmi dobře vyškolených zaměstnanců. Ročně se zde na dvou operačních sálech odoperuje 4000 akutních operací. Elektivní chirurgie se v Rutshuru neprovádí vzhledem k neustálému přísunu akutních pacientů, mezi nimiž dominují střelná poranění, popáleniny a porodnické komplikace.

Zdravotnictví v subsaharské Africe

Drlík M.

Oddělení dětské urologie, Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Cíl sdělení: Seznámení se systémem zdravotnictví a základními zdravotními problémy v subsaharské Africe.

Metoda: Autor demonstruje tyto poměry na příkladu jedné z nejhudších zemí na světě – Středoafričské republiky. Používá k tomu materiál, sebraný v letech 2000–2009 během opakovaných pobytů v této zemi, kde působil v odlehlých venkovských oblastech jako lékař dobrovolník.

Výsledek: Špatně fungující systém zdravotnictví je důsledkem selhávajícího státu. Hlavním problémem je absence solidárního systému pojištění, neustále klesající počty zdravotnického personálu, obrovské podfinancování celého systému odrážející se v nedostatečném vybavení nemocnic, chudoba a negramotnost většinové populace. V posledních letech strmě narůstá význam nekontrolované šířící se pandemie AIDS, která zde v současné době představuje nejčastější příčinu morbidit i mortality.

Závěr: Podmínky práce lékaře v subsaharské Africe se značně liší od evropských zvyklostí. Jejich znalost a dobrá příprava je pro tuto práci nezbytná.

Práce „Lékařů bez hranic“ po zemětřesení na Haiti

Trachta J.

Klinika dětské chirurgie, UK 2. LF a FN Motol, Subkatedra dětské chirurgie IPVZ, Praha

Úvod: Médecins Sans Frontières (Lékaři bez hranic) jsou mezinárodní humanitární organizace, která poskytuje odbornou zdravotnickou pomoc lidem v ohrožení v případě válek, přírodních katastrof nebo epidemií. Organizace byla založena v roce 1971 skupinou francouzských lékařů a novinářů, kteří měli přímou zkušenost s hladomorem v Nigérii. Poskytuje zdravotnickou pomoc ve více než 60 zemích světa, má 4000 mezinárodních a 25 000 místních spolupracovníků.

Materiál a metodika: Lékaři bez hranic pracovali na Haiti již 20 let, a to ve třech nemocnicích v Port au Prince. Zemětřesení 12. ledna 2010 dvě z těchto nemocnic srovnalo se zemí, třetí poničilo natolik, že byla nepoužitelná. V ruinách nemocnic, kanceláří a ubytoven zahynula velká část spolupracovníků a pacientů Lékařů bez hranic. 13. ledna 2010 byly v Evropě svolány 3 dvacetičlenné krizové týmy Lékařů bez hranic, aby ihned na Haiti odletěly. Součástí týmu byli

logistickí, chirurgové, anesteziologové, internisti, sestry a psychologové.

Výsledek: Dnes mají Lékaři bez hranic na Haiti 20 nemocnic, 12 z nich je vybaveno operačními sály. Odbornou a kvalitní zdravotnickou péči zajišťuje 400 mezinárodních a 3000 místních pracovníků. Do dnešního dne ošetřila tato organizace přes 40 000 pacientů, 3500 z nich odoperovala. Po počáteční fázi, kdy bylo třeba překonat řadu logistických překážek a kdy převažovalo akutní ošetřování rozsáhlých infikovaných ran a otevřených zlomenin (13 % z nich si vyžádalo amputaci), se v dalších týdnech po zemětřesení Lékaři bez hranic zaměřili i na specializované výkony ortopedické nebo plastickochirurgické. Nezbytnou součástí týmů jsou i fyzioterapeuti nebo psychologové, protože množství pacientů, kteří vyžadují nejen akutní ošetření, ale i dlouhodobou péči, zůstává na Haiti enormní.

Mezikontinentální polní „MEDEVAC“ kriticky nemocného

Jurenka B.

Anesteziologicko-resuscitační oddělení, Ústřední vojenská nemocnice Praha

Zvláštnosti polního mezikontinentálního zdravotnického transportu (MEDEVAC – medical evacuation) jsou dány vždy lokálními specifiky, mezi které patří zejména povětrnostní a geografické podmínky, administrativa letu (povolení přeletů přes vzdušné prostory jednotlivých států apod.) a bezpečnostní situace v daném regionu. Načasování a koordinace polního leteckého transportu jsou téměř vždy suboptimální. Na rozdíl od mírových podmínek mohou rizika převyšovat jeho očekávaný přínos ve prospěch pacienta. Při pobytu kriticky nemocného v hypobarickém prostředí kabiny letounu s pevnými křídly musíme brát na zřetel některé patofyziologické odlišnosti a jejich klinický dopad. Zejména snížený barometrický tlak v kabině 562,5 mmHg, nižší paO_2 55–60 mmHg při spontánní ventilaci s FiO_2 0,21 (vzduch), obtížné predikovatelný vznik hypoxemie, zvyšování objemu plynových bublin. V některých případech mohou hrát významnou roli, ve vztahu k charakteru poranění, též akcelerační a decelerační mechanismy včetně turbulencí. Při progresi kritického stavu pacienta je vyloučen „emergency sestup“ letounu do nižší letové hladiny. Kabinu letounu Airbus A 319 užívaného v naší armádě nelze v cestovní letové hladině natlakovat na úroveň tlaku nad hladinou moře (760 mmHg). V tomto sdělení je prezentována kazuistika těžce raněného vojáka AČR včetně zajištění a úskalí jeho leteckého transportu z polní nemocnice v Afghánistánu do Ústřední vojenské nemocnice v Praze. Tento

pacient utrpěl těžká mnohočetná poranění po najetí vozidla na protitankovou minu. ISS (Injury Severity Score) bylo 48 bodů s predikovanou letalitou 82–89 %. K leteckému transportu do ČR byl z jednotky intenzivní péče polní nemocnice převzat 3. den po úrazu. Jeho zdravotní stav byl při předání transportnímu zdravotnickému týmu AČR definován podle SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) 10 body (septický stav, umělá plicní ventilace, oběh podporován katecholaminy) s predikovanou letalitou 50 %. Při maximální péči věnované přípravě a zajištění celého průběhu letecké přepravy raněného vojáka proběhla tato fáze jeho léčebného procesu úspěšně.

Kombinace termického a mechanického poranění

Klein L.^{1,2}, Šmejkal K.^{1,2}, Havel E.², Hošek F.², Cerman J.², Dědek T.², Blažek M.², Zajíček R.³, Douša P.⁴

¹ Katedra válečné chirurgie FVZ UO, Hradec Králové

² Chirurgická klinika LF UK a FN, Hradec Králové

³ Klinika popáleninové medicíny 3. LF UK a FNKV, Praha

⁴ Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

Řešení polytraumat představuje samostatnou oblast úrazové chirurgie, kde koordinace činností a spolupráce chirurga – traumatologa, anesteziologa, intenzivisty a podle konkrétní situace i lékařů jiných odborností, včetně popáleninového či plastického chirurga, je nezbytnou podmínkou a předpokladem pro úspěšnou léčbu. Kombinace závažných popálenin se skeletálním nebo dutinovým poraněním se v míru vyskytuje jen asi v 5 % všech termických úrazů. V případě válečného konfliktu nebo jiných mimořádných podmínek by výskyt tohoto typu sdruženého poranění byl několikanásobně vyšší. V zásadě se rozlišují 2 hlavní typy těchto kombinací: u zlomenin mimo popálenou plochu nebude zásadní rozdíl v léčbě skeletálního zranění oproti standardnímu postupu. U zlomenin v popálené ploše (nejčastěji na končetinách) je optimálním postupem co nejčasnější provedení osteosyntézy (do 48 hodin po popálení), dokud je popálená plocha s minimální bakteriální kolonizací. Na našem pracovišti postupujeme ve 2 týmech. Nejprve provádí traumatolog osteosyntézu (nejčastěji zevními fixátory) a následně popáleninový tým řeší popálenou plochu. U hlubokých popálenin je optimálním postupem nekrektomie s následnou autotransplantací. Načasování jednotlivých kroků však vždy

záleží na celkovém stavu pacienta. Nezbytné je celkové zajištění, např. tekutinovou resuscitací, metabolickou a nutriční podporou a dalšími postupy komplexní intenzivní medicínské péče. Uvádíme 2 kazuistiky mladých mužů, kteří utrpěli

závažná skeletální poranění pohybového aparátu nebo dutinová poranění kombinovaná s rozsáhlými popáleninami. Dlouhodobá komplexní intenzivní a extenzivní lékařská i ošetrovatelská a rehabilitační péče s účinnou mezioborovou

spoluprací je jedinou možností jak tyto kritické stavy zvládnout. I při týmové práci interdisciplinárního charakteru je však u těchto komplikovaných stavů nutno vždy zachovat ke každému pacientovi individuální přístup.

HORNÍ GIT + VARIA

Předsedající: Pafko P., Šimša J., Holéczy P. – pátek / 30. 4. 2010 / 8.30–10.15

Vliv distálního intramurálního šíření nádoru a vzdálenosti dolní resekční linie na prognózu pacientů s karcinomem rekta

Vávra P.

Chirurgická klinika FN Ostrava

Cíl: Autoři prospektivně sledovali pacienty s karcinomem rekta, kteří byli léčeni na Chirurgické klinice FN v Ostravě od roku 1998. Do studie bylo zařazeno celkem 539 pacientů s histologicky verifikovaným adenokarcinomem rekta.

Metody: V naší práci jsme spolupracovali s Ústavem patologické anatomie, kde zasláné preparáty rekta byly pečlivě zkoumány podle předem stanoveného protokolu. Každý preparát byl kromě tradičního makro a mikropopisu vyšetřován po stránce mikroskopického šíření nádoru za makroskopický aborální okraj tumoru, a to ve standardních vzdálenostech 2 mm, 5 mm, 1 cm, 2 cm a 5 cm.

Výsledky: Studium 135 preparátů pacientů po operaci karcinomu rekta jsme zjistili, že ve vzdálenosti 2 mm od okraje tumoru se distální intramurální šíření (DIS) podařilo prokázat v 12,59 % případů, ve vzdálenosti 5 mm v 9,09 % případů, ve vzdálenosti 1 cm od aborálního okraje tumoru v 4,69 % případů, ve 2 cm v 3,81 % případů a ve vzdálenosti 5 cm od aborálního okraje v 0 % případů.

Ve své druhé studii jsme se dále zabývali otázkou závislosti přežívání pacientů s pT2, pT3 nádory v závislosti na vzdálenosti resekční linie od tumoru. Do studie bylo zařazeno celkem 150 pacientů, kteří podstoupili na Chirurgické klinice FN Ostrava nízkou přední resekci rekta. Ve shodě s literaturou jsme zjistili, že v naší skupině nemocných přežívání pacientů s pT2, pT3 tumory rekta nezávisí na vzdálenosti dolní resekční linie od nádoru.

Závěr: Potvrdili jsme ve shodě s literaturou, že distální intramurální šíření směrem od aborálního okraje tumoru postupně klesá. Nezaznamenali jsme šíření nádoru ve vzdálenosti 5 cm od aborálního okraje tumoru. Ve své studii jsme nezaznamenali šíření dobře di-

ferencovaného adenokarcinomu, a to ani ve vzdálenosti pouhých 2 mm od aborální hranice nádoru. Veškeré pozitivní nálezy distálního intramurálního šíření byly zjištěny u středně a níže diferencovaných adenokarcinomů.

Dle výsledků naší druhé studie 150 pacientů sledující jejich přežívání jsme zjistili, že u nemocných s pT2, pT3 tumory, kteří podstoupili nízkou přední resekci rekta, přežívání nezávisí na vzdálenosti dolní resekční linie od tumoru, avšak je závislé na gradingu a stagingu onemocnění.

Miniinvasivní terapie karcinomu jícnu

Aujesky R.

I. chirurgická klinika LF UP a FN Olomouc

Habilitační přednáška

Karcinom krčního jícnu – je mutilující výkon etický?

Pafko P.¹, Haruštiak T.²

¹ III. chirurgická klinika FN Praha Motol

² Klinika hrudníkové chirurgie FNŠP Bratislava Ružinov

Vyzvaná přednáška

Kvalita života po laparoskopické fundoplikaci – 5 leté výsledky

Holéczy P., Bolek M., Křištof J.

Chirurgické oddělení, Vitkovická nemocnice a.s., Ostrava-Vítkovice

Cíl: I když je laparoskopie považována za metodu volby při provádění fundoplikací pro refluxní nemoc jícnu (GERD), indikace k chirurgické léčbě jsou opět předmětem diskuze. Cílem naší práce bylo vyhodnotit výsledky operací za 5 let z pohledu kvality života.

Materiál a metody: V čase od 1. 7. 2005 do 31. 12. 2009 jsme provedli celkem 124 laparoskopických fundoplikací. Kvalitu života operovaných pacientů jsme hodnotili pomocí námi sestaveného

dotazníku. Pacienty jsme kontaktovali telefonicky v průběhu ledna 2010. Tým provádějící dotazníkovou akci se nepodílel na operacích. Dotazník obsahoval tyto dotazy: 1. Vaše kvalita života po operaci je lepší, stejná, horší? 2. Užíváte PPI pravidelně, dle potřeby, vůbec ne? 3. Podstoupili jste další operaci v souvislosti s původní fundoplikací?

4. Museli jste změnit zaměstnání v souvislosti s operací? 5. Kdyby jste se měli rozhodnout nyní, zvolili by jste znovu chirurgickou léčbu?

Výsledky: Odpovědi jsme získali od 76 pacientů (61,29 %). Z nich bylo 28 mužů a 48 žen. Průměrný věk pacientů byl 57,2 roku. Získali jsme tyto odpovědi: 1. Kvalita života po operaci horší u 21 %, stejná u 13 %, lepší u 66 %. 2. PPI dle potřeby 26,3 %, pravidelně 14,5 %, bez PPI 59,2 %. 3. Další operace v souvislosti s fundoplikací byla nutná u 17,1 % pacientů, převážně pro dislokaci manžety. 4. Jenom jeden pacient byl nucen změnit původní zaměstnání. 5. Chirurgickou léčbu by znovu zvolilo 77,6 % dotázaných.

Závěr: Chirurgická léčba refluxní nemoci jícnu musí být indikována uvážlivě. Na podkladě odpovědí 61,29 % operovaných pacientů ze souboru za 5 let si dovolueme uvést, že kvalita života převážně většiny operovaných pacientů je lepší než před operací. Riziko reoperace je akceptovatelné a trvalá léčba blokátory protonové pumpy je nutná jen u malého procenta operovaných.

Chirurgická léčba karcinomu žaludku – historie a současnost

Šimša J.

Chirurgické oddělení Oblastní nemocnice Kolín, a.s.

Vyzvaná přednáška

Rizikové faktory přežívání po operacích pro karcinom žaludku

Tesař J.

I. chirurgická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Úvod: Karcinom žaludku je závažné maligní onemocnění projevující se velmi často v pokro-

čilém stadiu a již s přítomností metastatického rozsevu do lymfatických uzlin.

Cíl studie: Smyslem práce bylo zhodnotit výsledky vlastního pracoviště s odkazem na moderní trendy v chirurgii karcinomu žaludku a výzkum závislosti věku a stadia choroby na přežití.

Metodika: V období od 10/1998–10/2008 bylo na I. chirurgické klinice břišní, hrudní a úrazové chirurgie VFN v Praze provedeno celkem 191 operací žaludku pro jeho maligní nádor. K době ukončení studie zemřelo 130 pacientů, 40 pacientů přežilo. Všichni byli po operaci podrobeni endoskopickému vyšetření žaludku a duodena pravidelně jednou za rok. Data u 21 pacientů se nepodařilo dohledat. Ze skupiny operovaných s dohledatelnými daty bylo 88 pacientů starších

65 let, 82 bylo mladších. V prospektivně-retrospektivní studii jsme pozorovali přežití pacientů a závislost na věku a stadiu choroby.

Výsledky a závěr: Námi zjištěné celkové přežití 24 % v obou skupinách odpovídá výsledkům uváděným v odborné literatuře, která se pohybuje v rozmezí od 10 do 30 %. Věk není independentní faktor dlouhodobého přežití.

Je patrná závislost na stadiu choroby.

Rekonstrukce po gastrektomii – rezervoár jako benefit pro pacienta nebo komplikace výkonu?

Malý T., Neoral Č., Aujeský R.,

Vrba R., Chudáček J.

I. chirurgická klinika LF UP a FN Olomouc

Cíl: Autoři prezentují přehled možných rekonstrukcí horního GIT po gastrektomii pro nádorové onemocnění. Na základě vlastních studií hodnotí význam konstrukce rezervoáru po kompletním odstranění žaludku.

Materiál a metoda: Ve srovnávacích studiích rekonstrukce po gastrektomii hodnotíme význam rezervoáru ve srovnání orálního J pouche v modifikaci Hunt-Lawrence a Rouxovy kličky a distálního J pouche na kličce interponované mezi jícnem a duodenum (se zachováním pasáže duodenum) ve srovnání s Rouxovou rekonstrukcí.

Výsledky: V obou případech výsledky svědčí pro lepší kvalitu života operovaných pacientů s vytvořeným rezervoárem.

CHIRURGIE PRSU

Předsedající: Tesařová P., Gatěk J. – pátek / 30. 4. 2010 / 10.45–12.00

Karcinom prsu do 35 let – místo chirurga v mammárním týmu

Tesařová P.

Onkologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Vyzvaná přednáška

Sentinelová biopsie u karcinomu prsu: Timing operačního výkonu

Chromý M.¹, Czinner D.¹, Maxa V.²

¹ Chirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

² Oddělení nukleární medicíny, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Úvod: Sentinelovou biopsií u karcinomu prsu s použitím peroperační radionavigace se na našem oddělení systematicky zabýváme od roku 1999. Do roku 2001 jsme používali jednodenní protokol aplikace radiokoloidu (120 MBq Tc Nanoalbumonu s lymfoscintigrafií za 2 h a následným chirurgickým výkonem), od roku 2002 jsme přešli z provozních důvodů na protokol dvoudenní (aplikace radiofarmaka cca 20 h před chirurgickým výkonem). Tento protokol je méně náročný na organizaci práce a součinnost s oddělením nukleární medicíny, nicméně s nárůstem počtu operačních výkonů a oddálením zahájení posledních operačních výkonů až na termín po 24 hodin od aplikace, tj. po uplynutí více než 4 poločasů rozpadu značujícího radiofarmaka, jsme se setkávali s problémem detekce

sentinelové uzliny s aktivitou pod 4 imp/s, kdy je již její nalezení scintilační sondou ve spádové oblasti značně obtížné, ne-li nemožné. Navíc s narůstající velikostí tumorů klesá aktivita příslušných spádových uzlin, zejména onkologicky pozitivních, což nastoluje otázku, zda za situace, kdy příslušné spádové uzliny jsou téměř nedetekovatelné, nemůže dojít ke zvýšenému nárůstu fenomenu minutí spádové uzliny infiltrované tumorem, která bude vykazovat aktivitu prakticky nulovou.

Metodika: Na základě srovnání výsledků sentinelových biopsií u obou aplikačních schemat a vyhodnocení podílů pozitivních sentinelových uzlin v závislosti na velikosti tumorů, kdy se zejména jeví, že dvoudenní protokol je dostatečně senzitivní pro detekci pozitivních sentinelových uzlin u tumorů do průměru 15 mm, je-li operováno do 22 hodin od aplikace, jsme od roku 2007 modifikovali aplikační protokol následovně: Tumory s mamograficky zjištěným průměrem do 15 mm indikujeme k sentinelové biopsii s použitím dvoudenního protokolu a zařazujeme na začátek operačního programu, tumory s průměrem nad 15 mm vyšetřujeme dle možností protokolem jednodenním. Během odoperování zpravidla prvních dvou pacientek, lymfoscintigraficky vyšetřených předchozí den odpoledne, je pohodlně provedeno lymfoscintigrafické vyšetření jednodenním protokolem u dalších, které se po lymfoscintigrafii stačí snadno vrátit na chirurgické oddělení a připravit k operaci.

Výsledky: Po dvouroční aplikaci tohoto protokolu jsou výsledky následující: Provedeno 110 operací, u nichž jsou k dispozici výsledky peroperačně změřených aktivit spádových uzlin. Střední doba od aplikace radiofarmaka do zahájení operace byla u dvoudenního protokolu 21 h 10 min, u jednodenního 4 h 7 min. Medián peroperačně změřené aktivity sentinelové uzliny činil 225 imp/s, s rozpětím 4 imp/s – 10000 imp/s. U dvoudenního protokolu činil medián aktivity 150 imp/s, u jednodenního 300 imp/s. V 8 případech jsme zaznamenali nízkou aktivitu do 10 imp/s, z toho ve 4 případech do 5 imp/s. Ve všech těchto 4 případech nedošlo k zobrazení sentinelové uzliny při lymfoscintigrafii, nicméně peroperačně byla sentinelová uzlina vždy nalezena, ve 3 případech byly uzliny jednoznačně hmatné makroskopicky. Vždy jsme byli připraveni provést v případě sporné detekce sentinelové uzliny disekci axily.

Pro kontrolu senzitivity detekce onkologicky pozitivních spádových uzlin jsme provedli vyhodnocení jejich podílu v závislosti na velikosti tumoru. V kategorii tumoru pT1b byl výskyt uzlinového postižení 20 %, v kategorii pT1c 31 %. V kategorii T2 byl výskyt onkologicky pozitivních uzlin pouze 23 %, nicméně počet 17 případů je pro statistické hodnocení příliš malý. Tato skutečnost je způsobena i tím, že v případě předoperačně zjištěných sonografických známek uzlinového postižení sentinelovou biopsií neindikujeme.

Závěr: Od zavedení výše popsaného postupu jsme nezaznamenali případ, kdy je spádová lymfatická oblast peroperačně scintilačně téměř negativní, sentinelová uzlina tedy téměř nedetekovatelná a možnost minutí onkologicky pozitivní uzliny velká. Postup je náročný na plánování lymfoscintigrafických vyšetření a sestavení operačního programu, při jeho zvládnutí se však prakticky nevyskytují prostoje mezi operacemi, způsobené zdržením pacientky při vyšetření nebo cestou z něho. Domníváme se, že zjištěné poměrně vysoké počty pozitivních sentinelových uzlin v kategoriích pT1b a pT1c svědčí o uspokojivé senzitivě metody. Senzitivita detekce pro vyšší T stadia bude muset být zhodnocena po získání většího počtu dat.

Výsledky a přínos peroperačního vyšetření sentinelové uzliny u karcinomu prsu na souboru 810 pacientek

Heroková J.¹, Čegan M.², Kraft O.², Baník P.³, Kudělka L.³, Křištof J.¹

¹ Vítkovická nemocnice a.s. Ostrava

² CGB laboratoř a.s. Ostrava, FN Ostrava-Poruba

³ Onkologické centrum Nový Jičín

Úvod: Biopsie sentinelové uzliny je standardní metoda v diagnosticko-terapeutickém algoritmu léčby karcinomu prsu.

Bezprostřední a spolehlivé histologické vyšetření sentinelové uzliny je zásadní pro prognózu a následnou terapii pacientky.

Materiál a metoda: Peroperační vyšetření sentinelové uzliny u karcinomu prsu není standardní metoda, mnohými patologi je odmítnuta.

Zpracování sentinelové uzliny peroperačně se provádí kombinací kryorezu a otiskové cytologie.

Vyšetření má své limitace – problém peroperační diagnostiky mikrometastáz, clusteru maligních buněk.

Kontroverze – provedení axilární disekce v případě mikrometastatického postižení sentinelové uzliny.

Autoři prezentují výtěžnost standardního postupu peroperačního vyšetření sentinelové uzliny na souboru 810 pacientek a jeho benefit pro pacientky.

Výsledek: Na podkladě peroperačního vyšetření sentinelové uzliny máme možnost v případech postižení této uzliny metastázou, provedení v jedné době klasické axilární disekce. Pacientka je tímto ušetřena další hospitalizace, rizika další narkózy a operace, stresu, bolesti. Jsou ušetřeny i finanční náklady další operace.

Závěr: Každá nová metoda s sebou přináší kontroverze, jejich řešení přispívá k dalšímu rozvoji metody a zkvalitnění péče o pacientky.

Reoperace u prs zachovných výkonů pro karcinom prsu

Gatěk J., Vázan P., Kotoč J., Kotočová K., Hnátek L., Duben J., Dudešek B.
Chirurgické oddělení nemocnice Atlas,
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Úvod: Cílem konzervativního výkonu u karcinomu prsu je kompletní odstranění nádoru a biopsie sentinelové uzliny, event. disekce axilárních uzlin I. a II. etáže. Přítomnost reziduálních nádorových buněk v lůžku po odstranění tumoru je významným rizikovým faktorem při vzniku lokálních recidiv. Platí obecná shoda, že reexcise je nezbytná, pokud je linie řezu vedena tumorem. Kontroverzní jsou však indikace k reexcisi při „těsných“ okrajích.

Materiál a metoda: Od ledna 2004 do prosince 2008 bylo na chirurgickém oddělení nemocnice Atlas ve Zlíně provedeno 330 konzervativních výkonů z celkového počtu 398 operací pro karcinom prsu. Při zpracování resekátu po konzervativním výkonu jsme povrch preparátu nejprve barvili jednou barvou černou a od června 2007 barvíme okraje šesti barvami. V prospektivní studii zaměřené na rozsah resekce prsní tkáně byla stanovena minimální vzdálenost resekční linie od nádoru 5 mm. Při menší vzdálenosti jsme cíleně reexcidovali stěnu lůžka. Sledovali jsme výskyt maligních buněk v resekátu ve skupině pacientek: 1. při pozitivních okrajích – resekční linie nádorem, 2. resekční vzdálenosti do 2 mm a 3. při vzdálenosti do 5 mm. Ve studii jsme dále hodnotili indikace k reexcisi, rizikové faktory, které vedou k reexcisi a výskyt lokálních recidiv.

Výsledky: V souboru byl primárně indikován konzervativní výkon 330x, což představuje 82,9 % všech výkonů. Re-excise byla provedena u 78 pacientů (23,6 %). Průměrná doba sledování

je 39,6 měsíců (minimum 12 měsíců, maximum 70 měsíců) a medián sledování je 38 měsíců.

Charakteristika nádoru, u kterých byla provedena resekce: DCIS 8, invazivní duktální 53, lobulární 2, jiné 15. Chirurgické výkony: jedna re-excise byla provedena 59x, re-excise s následnou mastektomií 10x a mastektomie následně po konzervativním výkonu 9x (hraniční nádory). Nebyla provedena ani jednou druhá re-excise s výsledným konzervativním výkonem. Vztah mezi vzdáleností a re-excisi: vzdálenost 2–5 mm 56x (71,7 %), do 2 mm 12x (15,3 %), pozitivní okraje 10x (12,8). Vztah mezi typem nádoru a re-excisi: DCIS 8x, T1a 0, T1b 14x, T1c 24x. Nádorové buňky se objevily ve 32,1 % re-excizované tkáni v resekční vzdálenosti 2–5 mm. Prs, u kterého byla provedena mastektomie, obsahoval vždy maligní reziduální nádor. Lokální recidivy se objevily v 1,5 %.

Závěr: Rereseke indikované u žen při vzdálenosti resekční linie 2–5 mm od nádoru tvořily 71,2 % reresekecí a ve 32,1 % obsahovaly maligní buňky. Výskyt lokálních recidiv je 1,5 %, což představuje statisticky významné snížení počtu ve srovnání se studií našeho ústavu zaměřenou na boost (3,5 % stejný follow-up). Soubor prokázal, že je nutné věnovat resekčním okrajům zvýšenou péči jako prevenci vzniku lokálních recidiv.

Neoadjuvatní léčba karcinomu prsu a význam kompletní patologické remise pro prognózu nemocných

Tesařová P.

Onkologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Vyzvaná přednáška

Prognostický význam mikrometastatického postižení sentinelových lymfatických uzlin u pacientek s karcinomem prsu – výsledky tříletého sledování

Srovnal J.¹, Švach I.², Zlámalová N.², Neoral Č.², Švébišová H.³, Beneš P.³, Cwiertka K.³, Hajdúch M.¹

¹ Laboratoř experimentální medicíny při Dětské klinice LF UP a FN Olomouc

² I. chirurgická klinika LF UP a FN Olomouc

³ Onkologická klinika LF UP a FN Olomouc

Abstrakt nedodán

Symposium firmy GlaxoSmithKline

pátek / 30. 4. 2010 / 12.00–12.20

Hlavní otázky prodloužené prevence trombembolické nemoci u chirurgicky nemocných

Penka I., Kala Z., Šilhart Z., Svatoň R., Hemmelová B., Garajová B.

Chirurgická klinika FN Brno, LF MU Brno

Úvod: Problémy prevence trombembolické nemoci u chirurgicky nemocných přestávají vysoce aktuální a stále otevřené téma. Na jedné straně stojí obavy ze smrtící komplikace, kterou plicní embolie jistě představuje, na druhé straně však poměrně nízká incidence nejzávažnějších forem jejího výskytu. Jako negativní důsledek jsou v chirurgii pochopitelně vnímány následné – mnohdy závažné krvácivé komplikace.

Soubor a metoda: Autoři uvádějí současnou situaci prevence trombembolické nemoci na většině chirurgických pracovišť ve srovnání s praxí minulých let, kdy byla prevence trombembolické nemoci všeobecně podceňována. Autoři popisují současné standardy a doporučení hematologických společností – které vycházejí v posledních desetiletích z četných studií. Jejich provedení respektuje požadavky evidence based medicinu a tvoří tak podklady pro vznikající doporučení – guidelines pro

chirurgická pracoviště. Vzhledem k poměrně nízké incidenci smrtících plicních embolií jsou předmětem klinických studií tzv. rizika hluboké žilní trombózy – která je ve většině prací prokazována pomocí venografie dolních končetin s posuzováním hlubokého žilního systému. V kontrastech prospěchu prevence stojí však krvácivé komplikace. V tomto ohledu autoři uvádějí vlastní studii pacientů s rozбором krvácivých komplikací prevence trombembolické nemoci prostřednictvím nízkomolekulárních heparinů. Autoři poukazují na případy závažnějšího krvácení při realizaci dlouhodobé prevence tromboembolické nemoci pomocí Warfarinu a při kombinované antitrombotické kardiologické medikaci. Další poměrně závažný problém v našich podmínkách představuje ekonomická náročnost prevence trombembolické nemoci.

Výsledek: V účinné prevenci trombembolické nemoci autoři zdůrazňují nutnost užití nízkomolekulárních heparinů. Účinnou prevenci trombembolické nemoci usnadňuje pečlivá předoperační skupinová stratifikace pacientů dle definovaných rizik trombembolické nemoci s nutností aktuálního přehodnocování rizik v průběhu hospitalizace při komplikovaném pooperačním průběhu. Pomocí jsou doporučení – guidelines

vypracovaná Spolkem pro trombózu a hemostázu v rámci hematologické společnosti a ostatních odborných společností v roce 2009. Radikální extenzivní výkony obzvláště u onkologických pacientů reprezentují velmi vysoké riziko plicní embolie. Vzhledem k obavám z krvácení a u extrémních rizik plicní embolie autoři zmiňují velmi dobrý efekt alternativu zavedení kavafiltru.

Závěr: I přes obrovské pokroky a uznání nutnosti prevence trombembolické nemoci u chirurgicky nemocných není tato kapitola zdaleka uzavřena, naopak staví před nás mnoho úkolů především v oblasti skríningu, prevence, diagnostice a samotné léčbě hluboké žilní trombózy a plicní embolie. Důležitá je jistě osvětová činnost – především přesvědčení laické veřejnosti o závažnosti rizika obezity a kouření. Do jisté míry sem patří i nežádoucí účinky hormonální antikoncepce a další. Včasný záchyt trombofilních stavů a pečlivá hematologická předoperační příprava v těchto případech. Velkým pokrokem je uznání a úhrada prodloužené prevence trombembolické nemoci po extenzivních chirurgických výkonech u onkologických pacientů. Nutno konstatovat, že na akreditovaných předních světových pracovištích je úroveň prevence trombembolické nemoci zařazena mezi ukazatele kvality zdravotnických zařízení.

KOLOREKTÁLNÍ CHIRURGIE + VARIA

Předsedající: Rejholec J., Škrovina M., Martínek L. – pátek / 30. 4. 2010 / 13.25–15.15

Vytváření registrů na pracovišti. Cesta ke kvalitě nebo jenom práce navíc?

Ferko A.

Chirurgická klinika FN Hradec Králové

Vyzvaná přednáška

Možnosti chirurgického řešení karcinomů v aborální třetině rektu

Örhalmi J., Klos K., Jackanin S., Biath P.

Vítkovická Nemocnice a.s., Ostrava

U pacientů s velmi nízkým karcinomem rektu do 5 cm lze provést kromě abdominoperineální amputace rektu i sfinkter zachovávající operace formou ultranízke resekce rektu, intersfinkterické

resekce rektu, nebo resekce rektu s koloanální anastomózou. Indikace pro sfinkter zachovávající operace jsou přísné a jsou určeny jen pro vybranou skupinu pacientů. Autoři dokumentují na vlastním souboru pacientů s karcinomem rektu za období 1. 1. 2007–1. 1. 2010 možnosti chirurgického řešení, popisují jednotlivé operace jako krytí defektu po amputaci rektu lalokem na cévní stopce VRAM, intersfinkterické resekce, coloanální anastomózy. Hodnotily se následující ukazatele: věk, druh operace, délka hospitalizace, morbidita, letalita, procento raných komplikací, dehiscencí anastomóz a jiných komplikací, staging, funkční výsledky v pooperačním období. Na závěr autoři shrnují výhody a nevýhody jednotlivých chirurgických přístupů.

Robotické resekce levého kolona a rektu – zkušenosti z prvních 50 operací

Rejholec J., Smetana J.

CRCH KZ a.s., Chirurgické oddělení KZ a.s.

– Nemocnice Děčín o.z.

CRCH KZ a.s., Chirurgická klinika IPVZ KZ a.s.
– MNUL o.z.

Mininvazivní chirurgie v posledních letech plně zvládla onkologickou operativu levého kolona a rektu. Hlavní roli zaujímá laparoskopická operativita. Autoři popisují novou variету, robotické resekce stejné oblasti onkochirurgie. Na podkladu prvních 50 operačních výkonů se zamýšlejí nad technikou, pozitivitu a negativitu nového přístupu.

Detekcia minimálnej reziduálnej choroby a jej význam u pacientov s laparoskopickou resekciou kolorektálneho karcinómu

Škrovina M.¹, Duda M.¹, Srovnal J.², Bartoš J.¹, Radová L.², Hajdúch M.², Soumarová R.³

¹ Chirurgické oddelení, Nemocnice a Komplexní onkologické centrum J. G. Mendela, Nový Jičín

² Laboratoř experimentální medicíny při Dětské klinice LF UP a FN Olomouc

³ Radioterapie, Komplexní onkologické centrum J. G. Mendela, Nový Jičín

Ciel: Inicialným zámerom štúdie je detekcia minimálnej reziduálnej choroby u pacientov s kolorektálnym karcinómom vo vzorkách kostnej drene, portálnej a periférnej venóznej krvi a následne porovnanie získaných výsledkov v súvislosti s klinickým štádiom ochorenia. Ako aj zaznamenanie možnej súvislosti nálezu MRD v závislosti na chirurgickom výkone. Hlavným cieľom štúdie je zistenie potencionálneho vplyvu prítomnosti minimálnej reziduálnej choroby na vznik lokálnej recidívy, diseminácie ochorenia a celkového prežívania pacientov.

Materiál a metóda: Do štúdie boli zaradení pacienti s primárnym kolorektálnym karcinómom indikovaní k laparoskopickej resekcii. Od 21. septembra 2006 do 31. decembra 2008 bolo do štúdie zaradených 159 operovaných pacientov, 106 mužov a 53 žien s mediánom veku 65 rokov. U 126 pacientov (79,25 %) v čase operačného výkonu neboli dostupnými vyšetřovacími metódami diagnostikované synchronne vzdialené metastázy kolorektálneho karcinómu, 33 pacientov (20,75 %) malo prítomné vzdialené metastázy. U pacientov zaradených do štúdie bola snaha o realizovanie 6 odberov vzoriek k vyšetřeniu prítomnosti izolovaných nádorových buniek a taktiež vzorky samotného nádorového tkaniva.

1. odber systémovej venóznej krvi v úvode operácie (pSVB)
2. odber kostnej drene v úvode operácie (pBM)
3. odber venóznej krvi z mezenterického riečiska (v. mes. inf., v. ileocolica, v. colica media) (iPVB)
4. odber vzorky nádorového tkaniva ihneď po ukončení resekcie veľkosti 3x3x3mm (TU)
5. odber systémovej venóznej krvi ihneď po ukončení resekcie (aSVB)
6. odber systémovej venóznej krvi mesiac po operácii pred zahájením onkologickej liečby (mSVB)
7. odber kostnej drene mesiac po operácii pred zahájením onkologickej liečby (mBM)

Minimálna reziduálna choroba bola vo vyšetřovaných vzorkách realizovaná metódou real-time RT-PCR. Cut-off hodnoty pre pozitivitu vo vzorke venóznej krvi z mezenterického riečiska boli stanovené na hodnote ≥ 100 kopii v μg RNA, pre pozitivitu vo vzorke venóznej krvi odobranej z periférnej žily na hodnote ≥ 100 kopii v μg RNA a pre vzorku kostnej drene na hodnote ≥ 200 kopii v μg RNA.

Výsledky: Zo získaných výsledkov možno predpokladať existenciu súvislosti medzi pozitivitou MRD v predoperačne odobranej vzorke kostnej drene a štádiom ochorenia ($p < 0,035$). Bola zaznamenaná súvislosť medzi pozitivitou/negativitou vo vzorke systémovej venóznej krvi odobranej v úvode operačného výkonu a vo vzorke venóznej krvi z mezenterického riečiska ($p < 0,003$), súvislosť medzi nálezom vo vzorke systémovej venóznej krvi odobranej ihneď po ukončení resekcie karcinómu a vo vzorke systémovej venóznej krvi odobranej jeden mesiac po operačnom výkone ($p < 0,015$) a taktiež súvislosť vo výsledkoch získaných vo vzorke systémovej venóznej krvi odobranej v úvode operácie a súčasne vo vzorke systémovej venóznej krvi odobranej ihneď po ukončení resekcie karcinómu ($p < 10^{-5}$). Bol zaznamenaný významný vplyv chirurgického výkonu na detekciu pozitívneho MRD nálezu v systémovej venóznej krvi u primárne negatívnych pacientov ($p < 0,025$). V krátkom sledovanom období nebol zaznamenaný štatisticky významný vzťah medzi pozitivitou/negativitou MRD u chorých v štádiu I–III a obdobím do recidívy ochorenia ($p < 0,59$). Vzhľadom k získaným výsledkom sa však dá očakávať existencia možnej priamej súvislosti medzi pozitívnym nálezom MRD vo vzorke systémovej venóznej krvi odobranej v úvode operácie u pacientov v štádiu I–III kolorektálneho karcinómu a skrátením doby prežívania týchto pacientov ($p < 0,075$). Pacienti v štádiu I–III s pozitívnym nálezom vo vzorke systémovej venóznej krvi odobranej ihneď po ukončení resekcie mali signifikantne skrátené celkové prežívanie v sledovanom období v porovnaní s negatívnymi pacientmi ($p < 0,004$).

Záver: Získané dáta naznačujú určité súvislosti medzi nálezom MRD a prognózou ochorenia. V súčasnosti pokračuje zber nových vzoriek a ďalšie vyhodnocovanie výsledkov v snahe o rozšírenie počtu pacientov v štúdiu a v jej jednotlivých ramenách. Cieľom pokračovania projektu je potvrdenie doteraz získaných dát na výrazne väčšej skupine pacientov v 5 až 10-ročnom období sledovania a taktiež vyhodnotenie prognózy pozitívnych/negatívnych MRD pacientov absolvujúcich adjuvantnú onkologickú terapiu.

Vliv konverze na výsledky laparoskopických resekcí kolorektálního karcinomu

Martínek L., Dostalík J., Guňka I., Guňková P., Vávra P.
Chirurgická klinika, FN Ostrava

Cíl: Cílem studie byla analýza vlivu konverze laparoskopické resekce kolorektálního karcinomu na krátkodobé a dlouhodobé výsledky.

Materiál a metody: Analýza dat prospektivně shromažďované databáze 469 pacientů, kteří byli v období od 1. 1. 2001 do 31. 12. 2006 elektivně operováni pro kolorektální karcinom. Porovnávány byly krátkodobé a dlouhodobé výsledky pacientů s laparoskopicky dokončeným výkonem, s konvertovanou a s otevřenou operací.

Výsledky: Relativní četnost konverzí byla 7%. Soubory byly srovnatelné ve věku, pohlaví, Body Mass Indexu, lokalizaci nádoru, T stadiu a celkovém stadiu nádoru. V soubor konvertovaných pacientů byla menší četnost předchozích nitrobršních operací a vyšší zastoupení pacientů ASA II. Morbidita, mortalita a délka hospitalizace nevykazovaly statisticky významný rozdíl, operační čas byl nejdelší ve skupině konvertovaných operací ($p = 0,00001$). Krevní ztráta byla vyšší ve skupině konvertovaných a otevřených operací ($p = 0,00023$). Neprokázali jsme rozdíl v celkovém přežívání ($p = 0,712$), přežívání bez známek nemoci ($p = 0,072$) ani ve výskytu lokálních ($p = 0,432$) a vzdálených recidiv ($p = 0,957$).

Závěr: Konverze v našem souboru pacientů neovlivnila negativně krátkodobé pooperační výsledky ani dlouhodobé přežívání.

Jaký je osud pacientů s dehiscencí anastomózy na rektu

Motyčka V., Ferko A., Chobola M., Pospíšil I., Repák R., Vacek Z., Dvořák P.
Chirurgická klinika FN a LF UK Hradec Králové

Dehiscence anastomózy na rektu je stále velmi závažným problémem se signifikantní morbiditou, vyšší letalitou a horšími onkologickými výsledky – je uváděno horší celkové přežití, vyšší výskyt lokální recidívy po kurativní resekcii a vyšší výskyt vzdálených metastáz.

Autoři uvádějí vlastní soubor pacientů operovaných na chirurgické klinice FN v Hradci Králové. V roce 2008 bylo operováno celkem 75 pacientů s anastomózou na rektu. U 8 z nich (10,7%) se objevily klinické nebo rentgenologické známky leaku. Autoři formou kazuistik uvádějí osud jednotlivých pacientů a zamýšlejí se nad jejich prognózou.

Bezstehová anastomóza tlustého střeva za použití cyanoakrylátových tkáňových lepidel – experimentální studie

Páral J.¹, Šubrt Z.¹, Lochman P.¹, Dobeš D.¹, Klein L.¹, Hadži-Nikolov D.², Turek Z.³, Vejčera M.³

¹ Katedra válečné chirurgie, Fakulta vojenského zdravotnictví UO, Hradec Králové

² Fingerlandův ústav patologie, FN Hradec Králové

³ Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, FN Hradec Králové

Cíl: Cílem experimentální studie bylo ověřit technické a biologické možnosti dvou cyanoakrylátových tkáňových lepidel při tvorbě bezstehové anastomózy tlustého střeva.

Metodika: Do studie bylo zařazeno 12 experimentálních zvířat (prase domácí, samice, průměrná hmotnost 32,7 kg). Zvířata byla rozdělena na dvě stejné podskupiny a v každé z nich byla vytvořena lepená anastomóza celého obvodu esovitě kličky za pomoci dvou rozdílných cyanoakrylátových lepidel (Glubran 2®, Dermabond®) a cirkulárního stapleru, ze kterého byly předem odstraněny všechny svorky. Čtrnáctý pooperační den byla provedena operační revize. Sledována byla přítomnost srůstů, případných dehiscencí anastomóz, přítomnost zánětu v okolí anastomózy a stupeň zhojení střevní stěny. Lepené úseky střeva byly resekovány, fixovány v 10% roztoku formalinu, zpracovány standardní parafinovou technikou a obarveny hematoxylinem-eozinem. Vyhotovená sklíčka byla prohlížena světelným mikroskopem. Hodnocena byla přítomnost leukocytů, obrovských mnohоядерných buněk, granulocytů, neovaskularizace a přítomnosti depozit kolagenu. Semikvantitativní histopatologické hodnocení výskytu buněčných elementů v oblasti lepené anastomózy bylo provedeno dle Ehrlichovy-Huntovy numerické škály. Rozdíly byly vyjádřeny jako medián a porovnány za pomoci Wilcoxonova párového testu.

Výsledek: Při použití lepidla Glubran 2 došlo ve všech případech ke zhojení anastomózy, dehiscence nebo leak nebyly zaznamenány. Z pohledu výskytu srůstů byl ve všech případech nález minimální nebo nevelký. Histologické

vyšetření neprokázalo poruchy v procesu hojení struktur střevní stěny. Při použití lepidla Dermabond došlo ve čtyřech případech ke kompletnímu zhojení anastomózy. Ve dvou případech byly zaznamenány poruchy hojení anastomózy. Histologické vyšetření u tohoto lepidla prokázalo výraznější fibrotizaci a zánětlivou reakci v oblasti anastomózy, což se makroskopicky projevilo jako stenotický prstenec s prestenotickou dilatací střeva.

Závěr: Z dosažených výsledků vyplývá, že tkáňové Glubran 2 se (v experimentálních podmínkách) zdá být vhodným lepidlem pro tvorbu bezstehových anastomóz na tlustém střevě. Lepidlo vykazuje vysokou míru spolehlivosti a v průběhu hojení střevní stěny dochází k minimálnímu ovlivnění okolních orgánů a prostoru břišní dutiny.

Studie byla podpořena

Projektem obranného výzkumu Ministerstva obrany ČR, rozhodnutí č. 080188070R (2008–2011).

Stomie a kvalita života

Všetiček J., Zelníček T., Suchánková L.
Nemocnice Milosrdných bratří Brno

Autoři se zaměřují na kvalitu života stomiků v závislosti na typu, umístění a komplikacích enterostomií. Vycházejí ze souboru stomiků, navštěvujících stomapornu jejich pracoviště. Analyzují příčiny komplikací vedoucích ke špatnému vnímání kvality života a upozorňují na možnosti jejich profylaxe.

Erekttilní dysfunkce u pacientů s kolorektálním karcinomem

Hrivnák R.¹, Šrámková T.², Penka I.¹, Kala Z.¹

¹ Chirurgická klinika FN Brno, LF MU Brno

² Ústav psychologie a psychosomatiky LF MU Brno, Klinika traumatologie LF MU, Úrazová nemocnice Brno

Nádorová onemocnění představují velký zdravotní problém. Výskyt kolorektálního karcinomu (K RK) je v České republice na předních místech v celosvětovém srovnávání. Roční incidence K RK je u mužů v ČR na prvním místě na světě u žen na celosvětovém 9. místě. Onkologická nemoc mění kvalitu života, systém hodnot a duševní stav. Ovlivňuje délku života,

sociální kontakty a ekonomický statut. Sexuální prožívání je narušeno v celém procesu diagnostiky a léčby nádorového onemocnění.

Erekttilní dysfunkce (ED) je běžný zdravotní problém. Trpí jí 54% českých mužů starších 35 let. Erekttilní dysfunkce jako důsledek komplexní onkologické léčby pacientů s kolorektálním karcinomem je častá. Hlavní faktor rozvoje ED po resekci rekta je neurovaskulární poškození, psychická komorbidita je nezanedbatelný problém.

V našem souboru (40 pacientů) se jednalo o pacienty s karcinomem v oblasti rekta, u kterých byla provedena nízká přední resekce rekta, nebo amputace rekta dle Milese. U každého pacienta jsme provedli totální mezorektální excizi (TME) s pečlivým šetřením nervových pletení. Všechny 40 pacientů bylo indikováno k adjuvantní terapii. Srovnávali jsme dosaženého skóre prostřednictvím dotazníku erekttilní funkce IIEF 5 (International Index of Erectile function) před resekci a za 3 měsíce po resekci. 1/3 pacientů měla dle dotazníku IIEF 5 lehký stupeň erekttilní dysfunkce již před operací, 2/3 pacientů neměli žádnou poruchu erekce. Zjistili jsme incidenci erekttilní dysfunkce v 52%, tj. u 21 pacientů. Ani jeden pacient však netrpěl těžkou formou erekttilní dysfunkce, což v dotazníku IIEF 5 znamená méně než 6 bodů. Většina pacientů s pooperační ED patřila do skupiny – lehká erekttilní dysfunkce.

Nezbytnou prevencí vzniku ED je pečlivá operační technika a anatomická znalost nervové – cévního zásobení oblasti malé pánve. Adjuvantní terapie hraje důležitou roli ve vzniku ED u pacientů po resekci rekta. Tak tomu bylo i u námi sledovaných pacientů. Nutná je sexuologická edukace ještě před započatím onkologické léčby, v indikovaných případech s následnou léčbou erekttilní dysfunkce.

Výskyt karcinomu kolorekta v Šumperském regionu v letech 2006–2009, je možný časný záchvat?

Štěpán V., Fischer P.

Chirurgické oddělení,

Šumperská nemocnice a.s.

Výskyt karcinomu kolorekta v Šumperském regionu v letech 2006–2009 se zaměřením na případy pozdního záchytu negativně ovlivňujícího prognosu onemocnění.

SESTERSKÁ SEKCE / SALONEK PERSEUS

BLOK I.

Předsedající: Bögievová P., Smolíková V. – čtvrtek / 29. 4. 2010 / 10.15–11.45

Jak nenechat nemocného zemřít v nemocnici hladu

Bohanes T.

I. chirurgická klinika LF UP a FN Olomouc

Smutnou skutečností je, že navzdory všem poznatkům o výživě a nutričních potřebách našich nemocných, umírá stále část nemocných dokonce i v nemocničních zařízeních na důsledky dlouhodobého hladovění. Dlouhodobé hladovění totiž vede k celé řadě stavů, z nichž lze zdůraznit zejména imunosupresi a svalovou slabost, které ve svém důsledku vedou ke zvýšenému výskytu infekčních komplikací, které nejen že zvyšují ekonomickou náročnost léčby kvůli drahým antibiotikům, ale v konečném důsledku vedou až ke smrti. Zvláště v chirurgii je pak podvyživený nemocný zvláště ohrožen rozpadem anastomóz nebo dehiscencí ran, které rovněž zásadně ovlivňují pooperační průběh. Nemocný pochopitelně nezmírá na hladovění jako takové, nýbrž na infekci, ale právě ono hladovění lze nalézt často na počátku bludného kruhu, který nakonec ke smrti vede.

Když se zamyslíme nad příčinami tohoto neradostného stavu, musíme zde bohužel stále nalézt nevědomost, podcenění choroby i nutnosti nutriční intervence, nedostatek v komunikaci, jakož i nevšímavost zdravotního personálu při kontrole příjmu potravy.

Kromě zamyšlení nad příčinami se autor ve svém sdělení snaží jednak nabídnout řešení jak v prevenci, tak v léčbě poruch příjmu potravy, které by měly zajistit nekomplikovaný klinický průběh i těžkých onemocnění a zejména pak umožnit nemocnému zvládnout velký chirurgický zákrok. Podává zároveň i obecný přehled možností nutriční intervence z pohledu lékaře.

Při implementaci doporučených opatření lze vcelku snadno jednak zlepšit vyhlídky našich nemocných na nekomplikovaný průběh nemoci

a zdárné uzdravení, jednak dokonce dosáhnout úspor v léčebných nákladech.

Výživa a stravování pacientů a chirurgickém oddělení

Motlová K., Šubíková P., Soušková B.

I. chirurgická klinika FN Olomouc

Autorky se ve své přednášce zaměřují na problematiku malnutrice, na posuzování stavu výživy u pacientů a na indikace a rozdělení parenterální, enterální a perorální výživy. Součástí přednášky je také edukace pacientů a spolupráce s nutričním terapeutem.

Ošetrovatelská péče u pacientů po gastrektomii

Gregorová I., Konečná H.

I. chirurgická klinika FN Olomouc

Autorky ve své přednášce podávají přehled ošetrovatelské péče u pacientů po gastrektomii, s popisem bezprostřední a následné ošetrovatelské péče.

Zároveň podávají přehled komplikací souvisejících s gastrektomií.

V průběhu své přednášky se zaměřují na ošetrovatelské diagnózy a edukaci pacientů.

Péče o klienty po operaci plic

Zatloukalová B., Komzáková L., Kupcová V.

I. chirurgická klinika FN Olomouc

Operace plic jsou pro klienty velice náročné jak po fyzické, tak i po psychické stránce. Tato přednáška má přiblížit pooperační péči o tyto klienty. Jsou v ní důležité parametry, které je nutné sledovat. V přednášce se také věnujeme následné rehabilitaci, jež je neméně důležitá.

Kvalitní pooperační péči se snažíme klienty navracet co nejdříve do běžného života a minimalizovat nežádoucí následky.

Léčba pneumotoraxu na I. chirurgické klinice

Smolíková V.

I. chirurgická klinika FN Olomouc

Pneumotorax je patologické nahromadění vzduchu v dutině pohrudniční, tj. mezi oběma listy pleury – viscerálním a parietálním.

Přednáška podává přehled klasifikací pneumotoraxu z hlediska patofyziologie, etiologie a diskutuje otázku vhodné terapie. V této části autorka vychází z bohatých zkušeností I. chirurgické kliniky při terapii všech typů pneumotoraxů. Je diskutována otázka vhodné sekvence a kombinace jednotlivých terapeutických metod. Přednáška zároveň prezentuje pohled na správný ošetrovatelský přístup u nemocných s pneumotoraxem.

Tracheostomie

Běhalová J., Lexová A.

I. chirurgická klinika FN Olomouc

Autorky ve své přednášce předkládají přehled problematiky tracheostomií, indikací k založení, včetně jejich výhod a nevýhod. Zaměřují se na seznámení s předoperačním vyšetřením, postupem operace, přehledem komplikací a postupem výměny kanyly, včetně dekanylace.

Péče o nemocné s tracheostomií

Lexová A., Běhalová J.

I. chirurgická klinika FN Olomouc

Autorky ve své přednášce podávají přehled ošetrovatelské péče o pacienty s tracheostomií. Zvláště se zaměřují na specifické ošetrovatelské diagnózy a z nich vyplývající cíle, edukaci pacientů, péči o pacienty s tracheostomií a samotné tracheostoma. Věnují se ukazatelům vyplývajícím ze sledování a péče o pacienty s tracheostomií a jejich zaznamenáváním do ošetrovatelské dokumentace.

BLOK II.

Předsedající: Holá A., Rožková I. – čtvrtek / 29. 4. 2010 / 12.30–14.30

Onemocnění a operace žlučníku

Hlochová I., Poledníčková Y.

I. chirurgická klinika FN Olomouc

Autorky ve svém sdělení podávají přehled anatomie žlučníku a žlučových cest a diskutují příčiny onemocnění žlučníku a příznaky jeho onemocnění.

Informují o chirurgické léčbě onemocnění žlučníku se zaměřením na sesterskou péči před a po operaci.

Iatrogenní poškození žlučových cest po laparoskopické cholecystektomii

Špičková M., Menyházová D.

I. chirurgická klinika FN Olomouc

Autorky diskutují problematiku vzniku, léčby a důsledků iatrogenního poškození žlučových cest. Dále prezentují kazuistiku zaměřenou převážně na psychickou zátěž pacienta v době léčení a jeho soukromí.

Operační výkony pro karcinom slinivky břišní

Veselá L., Auxtová E.

I. chirurgická klinika FN Olomouc

Autorky ve svém sdělení diskutují problematiku operací pro karcinom slinivky břišní. Podávají přehled anatomie slinivky břišní a rozebírají indikace k chirurgickým výkonům, které jsou rozděleny na radikální a paliativní.

Popisují specifika předoperační a pooperační péče. Diskutují rovněž ošetřovatelské diagnózy.

Práce sestry na endoskopii – gastrokopie

Kvapilová L.

I. chirurgická klinika FN Olomouc

Úvod: Endoskopické pracoviště provádí širokou škálu diagnostických a léčebných vyšetření, které slouží k diagnostice a léčbě nemocí zažívacího traktu.

Metoda: Gastroskopie je považována za zlatý standard ve vyšetřovacích metodách, umožňuje prohlédnutí vnitřních struktur jícnu, žaludku a dvanáctníku pomocí flexibilního

endoskopu. Diagnostická gastrokopie je ambulantní vyšetření, většinou trvá několik minut, ale především závisí na spolupráci pacienta.

Popis a příprava: Práce na endoskopii je týmová – 2 sestry. Jedna sestra se věnuje přípravě pacienta a administrativní agendě. Druhá sestra zodpovídá za přípravu přístroje, který musí být vždy plně funkční, aby nedošlo k iatrogennímu poškození pacienta.

Důležitou součástí je řádné čištění, dezinfekce a skladování flexibilních endoskopů.

Stomie

Drdáková M., Novotná E.

I. chirurgická klinika FN Olomouc

Autorky diskutují ve svém sdělení problematiku stomií. Přináší definice stomie a jejich rozdělení, shrnují indikace k založení stomie. Zaměřují se přitom především na ileostomie a kolostomie.

Zvláště pak diskutují otázky komplikací stomií.

Zkušenosti v péči o nemocné se stomií

Drdáková M., Hrouzová J.

I. chirurgická klinika FN Olomouc

Přednáška se zabývá problematikou v péči o nemocné se stomií. Týká se obav a dotazů, které má nemocný před operací, přípravy nemocného před operací. Dále o pooperační péči, zaškolení nemocného při ošetřování stomie, edukace příbuzných.

Dále přednáška zahrnuje historii stomických pomůcek, dnešní distributory. Přednáška je doplněna obrázky a fotografiemi.

Hemoroidy

Remus N.

I. chirurgická klinika FN Olomouc

Přednáška se zabývá problematikou hemoroidů. Je zde zahrnuta diagnostika a následná léčba, která je rozdělena na konzervativní a chirurgickou. V chirurgické léčbě jsou zmíněny chirurgické postupy a následná péče o pacienta po operaci. V závěru přednášky jsou stručně popsány i možné komplikace a jejich následná léčba.

Laparoskopická resekce rekta a sigmoidea z pohledu perioperační sestry

Sotonová V., Riegerová M.

Chirurgická klinika, FN Hradec Králové

V přednášce jsou prezentovány zkušenosti s laparoskopickou operací nádorů rekta a sigmoidea z pohledu perioperační sestry. Jsou uváděny výhody laparoskopického operování, operační postup, použité nástroje a počty operací na našem pracovišti.

Laparoskopicky asistovaná resekce rekta je plnohodnotná operační metoda s řadou benefitů pro pacienta a z onkologického hlediska dostatečně radikální.

Robotická chirurgie – nové pojetí operativy

Švingrová M.

KZ a.s., Nemocnice Děčín o.z.

Součástí přednášky je též video.

Ráda bych posluchače seznámila s robotickou operativou v chirurgii z pohledu sestry perioperační péče. Porovnala bych otevřenou operaci resekce rektosigmoidu s robotickou operací. Též bych se chtěla zmínit o tom, jak se v KZ a.s. školí ostatní lékaři a sestry v robotické chirurgii.

Chirurgická léčba karcinomu prsu

Marešová Z., Kabzanová M.

I. chirurgická klinika FN Olomouc

Přednáška podává přehled onemocnění prsu, včetně používaných vyšetřovacích metod. Hlavním tématem přednášky je ale pochopitelně léčba karcinomu prsu se zvláštním zřetelem na chirurgickou léčbu. Autorky shrnují požadavky na předoperační přípravu a diskutují problematiku pooperační péče u pacientek s onemocněním prsu.

Mobbing a harrasment

Martinková I., Svobodová O.

I. chirurgická klinika FN Olomouc

Přednáška se skládá ze dvou částí pojednávajících o šikaně na pracovišti a sexuálním harašení (obtěžování). Jsou zde popsány fáze a formy obou problematik, možnosti obrany a statistiky. Přednáška je doplněna obrázky a fotografiemi.

BLOK III.

Předsedající: Pospíšilová V., Kader Agová I. – čtvrtek / 29. 4. 2010 / 15.00–16.30

Hepatobiliární chirurgie – specifika povahy výkonu a instrumentária

Vejběrová P.

Chirurgická klinika, FN Hradec Králové

Autorka ve svém abstraktu pojednává o problematice hepatobiliární chirurgie z pohledu perioperační sestry, podává přehled chirurgických metod léčby jaterních lézí s důrazem na laparoskopii, uvádí jednotlivé operační výkony a jejich rozsah v závislosti na lokalizaci léze, detailně se věnuje specifickému operačnímu instrumentáriu a seznamuje s indikacemi a výhodami použití jednotlivých operačních nástrojů a přístrojů.

„Ošklivé káčátko“

Krulová M., Vychodilová M.

COP FN Olomouc

Kazuistika pojednává o chirurgickém odstranění velkého pilózního kongenitálního névu na obličejí malého děvčátka pomocí expanderů. Vzhledem k velikosti névu byl zákrok prováděn v několika etapách, v časovém rozmezí několika týdnů až měsíců. Výsledkem bylo odstranění celého névu.

Robotická radikální prostatektomie

Kacelová M., Fričarová M.

COP FN Olomouc

Cílem přednášky je seznámit nás s problematikou robotické chirurgie, s přípravou robota Da Vinci k operačnímu výkonu a vlastním ope-

račním řešením. Závěrem autoři hodnotí pozitivita robotického výkonu.

Fraktury dlouhých kostí u dětí

Zedková D., Přecechtělová P.

COP FN Olomouc

Autoři přednášky nás seznamují s různými typy zlomenin u malých dětí a mechanismy vzniku úrazů. Zaměřují se na operační řešení, výhody miniinvasivních přístupů a představí nám používané implantáty.

Chirurgická léčba hydronefrózy u dětí

Francová E., Kader Agová I.

COP FN Olomouc

Přednáška obsahuje popis chirurgického řešení hydronefrózy u dětí a použité pomůcky. Cílem operačního výkonu je zlepšení drenáže odtoku moči z ledvinné pánvičky, a tím zlepšení celkového stavu dítěte.

Chirurgické řešení vrozých vývojových vad

Brokešová L., Vyroubalová L.

COP FN Olomouc

Autoři přednášky nám objasní některé příčiny vzniku vrozených vad a seznámí nás s jejich chirurgickým řešením. Součástí je kazuistika dětského pacienta s omfalokélou a jeho chirurgická léčba.

Fraktura pánve při polytraumatu dítěte

Nedbalová J., Crháková S.

COP FN Olomouc

Přednáška je zaměřena na kazuistiku dětského polytraumatu. Seznámí nás s mechanismem úrazu, je zde zdůrazněna oborová spolupráce urologického, chirurgického a traumatologického týmu při řešení komplikací, uveden výsledek léčby.

Transrektální endoskopická mikrochirurgie – TEM

Škařupová S., Litvínová P.

COP FN Olomouc

Autoři nás seznamují s použitím transanální mikrochirurgické techniky při lokální terapii karcinomu rekta. Objasní nám přípravu a průběh operace pomocí operačního rektoskopu, možnosti použití tohoto miniinvasivního výkonu, jeho indikace a výhody.

56. MEZINÁRODNÍ KONGRES ČESKÝCH A SLOVENSKÝCH DĚTSKÝCH CHIRURGŮ

/ SALONEK CENTAURUS

BŘIŠNÍ CHIRURGIE

Předsedající: Škába R., Malý T., Drahovský P. – čtvrtek / 29. 4. 2010 / 10.30–11.45

STEP operace – naše první zkušenost

Malý T.¹, Rýznar J.¹, Chudáček J.¹, Jurečková L.², Smolka V.³, Klásková E.³, Zápalka M.³, Karásková E.³, Vospělová J.³, Michálková K.⁴

¹ I. Chirurgická klinika LF UP a FN Olomouc

² Klinika anesthesiologie a resuscitace LF UP a FN Olomouc

³ Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

⁴ Radiologická klinika LF UP a FN Olomouc

Cíl: Prezentace případu 13měsíčního chlapce, u kterého byla poprvé na našem pracovišti použita STEP, operace (serial transverse enteroplasty).

Materiál a metoda: 13měsíční chlapec se syndromem krátkého střeva po gastroschise s non-rotací, mesenterium commune s atresíí ilea a nálezem mikrokolon. V první fázi operován mimo naše pracoviště, provedena resekce mikrokolon, uzavření transverza před lienální flexurou, vyvedena ileostomie. Tenké střevo pouze 50cm délky. S odstupem obnovena kontinuita zažívacího traktu ileo-transverzální anastomozou s taperingem konce ilea. Anastomóza end-to-side. Živen pro syndrom krátkého střeva enterálně v kombinaci s parenterální výživou. Pro chronický subileózní stav přešetřen, nalezena polovina tenkého střeva enormně dilatovaná, původní ITA bez striktury.

Chlapec 10. 12. 2009 operován – 60cm nedilatované orální tenké kličky průměrem do 2,5cm, dalších 50cm dilatovaného střeva až na 8cm průměru. Na tomto úseku provedena 7 násobná STEP operace (serial transverse enteroplasty), čímž získáno nejméně 35cm střeva navíc pro pasáž. Po STEP střevo v daném úseku průměru 3–5cm. Chlapec se primárně zhojil.

Výsledek: Došlo i přes krátkost od operace k výraznému klinickému zlepšení chlapcova stavu, prospívá, stolice 1–3x za den. Pravidelně sledován. STEP operace poprvé provedena 2002 v Bostonu v USA je snadno proveditelná a ve srovnání s jinými chirurgickými metodami pro syndrom krátkého střeva až geniální.

Vady urachu a ductus omphaloentericus

Kysučan J., Malý T., Vomáčková K., Neoral Č.
I. chirurgická klinika FN Olomouc

Úvod: Pupek je jizva, která po narození představuje místo předešlého spojení plodu s pupeční šňůrou. Po narození nemá žádnou známou funkci, nicméně pokud není pupeční anulus kompletně uzavřený, může se vyskytnout pupeční hernie. Pupeční jizva je také oblast, ve které se může objevit celá řada anomálií, které mohou být přítomny samostatně nebo společně s pupeční hernií. Jedná se o perzistující abnormality při poruše involuce omfaloenterického ductu a urachu. Tyto embryonální pozůstatky mohou způsobovat více či méně významné klinické potíže nebo mohou být zcela asymptomatické a mohou být diagnostikovány zcela náhodně.

Materiál a metody: Autoři prezentují vlastní sestavu pacientů, u kterých byla diagnostikována a řešena vada omfaloenterického ductu či urachu. Celkem se jednalo o 36 dětí. Velkou skupinu nemocných tvoří náhodné nálezy při elektivních operacích pupečních kýl. Další početnou skupinou jsou pacienti s Meckelovým divertiklem, symptomatickým či asymptomatickým. Zmíněny jsou anatomické poznámky, klinické projevy, komplikace a léčba těchto anomálií.

Výsledky: Celkem u 36 dětí byly zjištěny uvedené vrozené vady. Ve 24 případech se jednalo o poruchu omfaloenterického ductu a u 13 dětí byla zaznamenána vada urachu. 13x se tyto abnormality zjistily náhodně při plánované plastice pupeční hernie. Klinicky němý či symptomatický Meckelův divertikl se objevil 16x. Chirurgická léčba zahrnovala resekci či exstirpaci, v případě urachální anomálie byla připojena parciální resekce vertexu močového měchýře. Pooperační komplikace se objevily 4x, ve 3 případech to byl adhezivní ileus a jednou pooperační cystitida.

Závěr: Vrozené vady pupku jsou poměrně vzácná onemocnění, která se v dětské populaci vyskytují. Anomálie omfaloenterického ductu a urachu představují hlavní skupinu těchto vrozených poruch a často se vyskytují v kombinaci s pupeční hernií. Mohou být diagnostikovány brzy po narození nebo až v pozdějším věku. Chirurgická léčba zahrnuje radikální excizi či exstirpaci jako prevence časných či pozdních komplikací, zvláště v případech anomálií urachu (urachální karcinom).

Iatrogenní rektovaginální píštěl u novorozence

Malý T.¹, Kysučan J.¹, Chudáček J.¹, Jurečková L.², Vránová I.³, Ledererová P.³, Smolka V.⁴, Klásková E.⁴, Flögelová H.⁴, Tkachyk O.⁴, Michálková K.⁵

¹ I. Chirurgická klinika LF UP a FN v Olomouci

² Klinika anesthesiologie a resuscitace

³ Novorozenecké oddělení LF UP a FN v Olomouci

⁴ Dětská klinika LF UP a FN v Olomouci

⁵ Radiologická klinika LF UP a FN v Olomouci

Cíl: Na případu novorozenecké holčičky s iatrogeně vytvořenou rektovaginální píštělí upozornit na nevhodné diagnostické a vyšetřovací algoritmy a postupy.

Materiál a metoda: Novorozenecká holčička přeložena z jiného pracoviště pro klenoucí se rezistenci přes zadní stěnu vagíny do jejího introitu. V nemocnici v místě bydliště byla po porodu provedena punkce tohoto útvaru – odsán „gelatinosní“ obsah a odeslána na novorozenecké oddělení naší nemocnice. Provedena NMR a indikována pro „cystoid“ od introitu vaginálního až do břicha, klenoucího se k operační revizi. Po otevření cystoidu z dutiny břišní, extenzivně přeplněn stolicí a nalezen uterus duplex, cervix duplex a vagínu duplex, kdy její duplikatura byla uložena dorzálně a zčásti vlevo byla atretická a vytvářela výše popsaný „cystoid“. Byla založena sigmoideostomie Peňova typu, výplach přes

odvodnou hlavní aborálního sigmoidu a rekta, výplach atretické vagíny, její resutura v místě disce pod levým čípkem děložním a po uzávěru dutiny břišní, fenestrace atretické části z introitu vaginálního.

Přes vyčkání nedošlo během dalších měsíců k uzavření píštěle, opakovaně prokázáno irrigografií vyloučeným úsekem sigmoidu-rekta, proto byla provedena chirurgická excize píštěle, rekonstrukce stěny rekta, septa rektovaginálního a sutura vagíny. Současně harmonickým skalpelem vytínáme septum mezi vagínami. Sekundární hojení vaginální sutury v místě píštěle, nicméně rektum zhojeno primárně, kontrolní rrigografie bez průkazu píštěle. Při poslední operaci zrušena sigmoideostomie.

Výsledek: Dívka zhojena, výborně prospívá, pravidelně sledována.

Závěr: V 21. století – století sofistikovaných diagnostických metod určitě není na místě – obzvláště ve věku novorozeneckém – začínat jakýkoliv diagnostický proces invazivními metodami, v daném případě punkcí!

Sakrokokcygeální teratom – retrospektivní studie u 33 pacientů

Kavalcová L.¹, Sumerauer D.², Škába R.³, Rousková B.³, Kynčl M.³

¹ Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN Motol Praha, Subkatedra dětské chirurgie IPVZ

² Klinika dětské hematologie a onkologie UK 2. LF a FN Motol

³ Klinika zobrazovacích metod, 2. LF UK a FN Motol, Praha

Úvod: Sakrokokcygeální teratom (SCT) je nejčastější vrozený nádor s incidencí 1:30 000 živě narozených dětí. Většinou je diagnostikován u novorozenců, je benigní a je dobře resekovatelný. Maligní SCT je vzácný a v současné době úspěšně léčitelný. SCT spolu s anorektální atrezií a malformací sakra je součástí tzv. Currarinova syndromu.

Materiál, metodika: Retrospektivní studie 33 pacientů (25 dívek a 8 chlapců) ve věku 0–9 let léčených v letech 1999–2009.

Výsledky: Ze 33 pacientů s SCT mělo 9 (5 dívek a 4 chlapci) Currarinův syndrom (CS). Všichni pacienti s CS měli zralý, resekovatelný tumor, průměrné velikosti 3x3x2 cm, IV. typu Altmanovy klasifikace. Průměrný věk v době resekce tumoru byl 11 měsíců.

Z 24 pacientů (20 dívek, 4 chlapci) s izolovaným SCT bylo 8 (33 %) diagnostikováno prenatálně. 18 pacientů bylo operováno po narození, 6 po 1. roce života. 9 pacientů bylo porozeno

císařským řezem. Průměrný gestační věk byl 38 týdnů, průměrná porodní hmotnost 3100 g (2120–3710 g). 1 pacient měl kardiomyopatii, 1 meningomyelokélu a syndaktylii. U 21 pacientů byl SCT odstraněn z přístupu PSARP (88 %), u 3 byla připojena laparotomie. U 18 pacientů bylo odstranění radikální, 4 pacienti byli reoperováni pro reziduum. 1 pacientka byla operována urgentně pro krvácení do tumoru. 2 pacienti s metastázami měli biopsii tumoru, reziduum bylo resekováno po onkologické léčbě. Průměrná velikost tumoru byla 9x8x6 cm, průměrná doba hospitalizace 14 dní. Typ I. mělo 7, typ II. 9, typ III. 4, typ IV. 4 pacienti. 2 pacienti měli dehiscenci rány, 1 absces. Histologicky byl SCT zralý u 12 (50 %), nezralý u 9 (37 %). Maligní tumor ze žloutkového váčku byl u 3 (12,5 %). Recidiva tumoru byla u 3 pacientů. 1 pacientka s primárně metastatickým tumorem zemřela.

Doba sledování pacientů je 3 měsíce až 10 let. Ze 23 pacientů s izolovaným SCT jsou 3 intermitentně katetrizováni, 3 mají IMC, 1 inkontinenci, 3 obstrukce. Jedna pacientka po operaci lipomeningomyelokély je paraplegická. Plastiku jizvy měli 2 pacienti.

Závěr: Chirurgická a onkologická léčba SCT má dobré léčebné výsledky. I po resekci benigního SCT je nutná dlouhodobá dispenzarizace.

Duodenum šetřící resekce hlavy pankreatu u dětí

Kuklová P.¹, Šnajdauf J.¹, Rygl M.¹, Petrů O.¹, Kalousová J.¹, Mixa V.², Keil R.³, Kynčl M.⁴

¹ Klinika dětské chirurgie LF a FN Motol

² Klinika anesteziologie a resuscitace LF a FN Motol

³ Interní klinika LF a FN Motol

⁴ Klinika zobrazovacích metod, 2. LF a FN Motol, Subkatedra dětské chirurgie IPVZ

Úvod: Resekce pankreatu zahrnující duodenopancreatektomii a distální pankreatektomii jsou standardem péče o pacienty s tumorem nebo těžkým poraněním pankreatu. Tato technika je však v dětském věku příliš invazivní a mutilující. Cílem studie bylo zhodnotit novou operační techniku duodenum šetřící resekce hlavy pankreatu (duodenum sparing technique of head resection of the pancreas, DSTHRP).

Soubor a metody: Retrospektivní studie 13 dětí operovaných na Klinice dětské chirurgie FN Motol v letech 1993–2009 pro solidní pseudopapilární tumor pankreatu (SPTP) nebo vážné poranění pankreatu novou operační technikou se zaměřením na výskyt komplikací a dlouhodobé výsledky.

Výsledky: Celkem bylo na našem pracovišti operováno 13 dětí (9 chlapců a 4 dívky). Průměrný věk pacientů v době operace byl 14 let (9–17,5 roku). 6 pacientů bylo operováno pro těžké poranění pankreatu (4 chlapci, 2 dívky, průměrný věk 8,5 roku). Nejčastějším mechanismem úrazu byl náraz na řídku při pádu z kola. 7 pacientů bylo operováno pro solidní pseudopapilární tumor pankreatu. Jednalo se o dívky s průměrným věkem 14,4 roku. Průměrná velikost nádoru byla 7,7 cm. U všech těchto pacientů byla provedena duodenum šetřící resekce hlavy pankreatu s anastomózou zbylé části pankreatu (těla nebo ocasu) end-to-end na exkludovanou kličku jejuna (Y-Roux anastomóza). Průměrný čas operace byl 3 hodiny. Průměrná délka hospitalizace byla 17 dní. Z časných komplikací se u jednoho pacienta vyskytla biliární píštěl, která se zhojila za 2 týdny po zavedení stentu pomocí ERCP. U jiného pacienta byl pooperační průběh komplikován krvácením ze dvou žaludečních vředů, které si vyžádalo chirurgickou revizi a ošetření krvácení z gastrotomie. Z pozdních komplikací udával jeden pacient recidivující bolesti břicha v průběhu prvního roku po operaci. Během dlouhodobého sledování 6 měsíců až 16 let po operaci jsme nezaznamenali žádnou recidivu SPTP u operovaných pacientů. Žádný pacient po duodenum šetřící resekci hlavy pankreatu nezemřel.

Závěr: Duodenum šetřící resekce hlavy pankreatu je u dětí vysoce efektivní chirurgická technika s nízkým výskytem pozdních komplikací a úmrtí. Tato metodika dosud nebyla u dětí v zahraniční literatuře popsána.

Onemocnění vejcovodu u dívek

Dočekalová Š., Rejchrtová I.

Oddělení dětské chirurgie a traumatologie FN Hradec Králové

Porodnicko gynekologická klinika FN Hradec Králové

Úvod: S onemocněním vejcovodů u dívek se setkáváme velmi sporadicky. Při vyšetřování pacientek s bolestmi břicha diferenciálně diagnosticky pomýšlíme spíše na onemocnění vaječníku. Součástí vyšetřovacího algoritmu je pak i gynekologické vyšetření.

Materiál a metodika: Od roku 1989 do roku 2009 jsme na našem pracovišti hospitalizovali 12 dívek ve věku 10–14 let, u kterých bylo zaznamenáno onemocnění vejcovodu, z toho u jedné pacientky se nepodařilo dohledat dokumentaci.

Výsledky: Ve 2 případech byl stav uzavřen jako akutní pravostranná adnexitida a postupovali jsme konzervativně. U zbylých 9 dívek byla 4x provedena plánovaná operace na základě výsledků předchozích vyšetření, 5x jsme operovali pro akutní bolesti břicha. Operační přístup byl 4x z laparotomie, 5x byla provedena laparoskopie. Peroperační nálezy byly: 3x hemoragická infarzáce a torze pravostranného vejcovodu, 2x paratubární cysta (1x vpravo, 1x vlevo), 2x salpingitida vpravo, 1x byla základním onemocněním akutní flegmonózní apendicitida a vedlejším nálezem pravostranný hydrosalpinx (již předoperačně diagnostikovaný pomocí nmr), 1x se jednalo o levostrannou akutní salpingitidu a pravostranný hydrosalpinx, jako vedlejší nález byl meckelův divertikl s dvěma histologicky prokázanými ložisky karcinoidu. Všechny pacientky byly po propuštění domů předány do péče dětského gynekologa.

Závěr: Předoperační diagnózou u pacientek byl buď nádor, nebo cysta vaječníku, případně akutní apendicitida. Definitivní diagnóza byla stanovena až na základě operačního nálezu. Onemocnění vejcovodu bylo diagnostikováno předoperačně pouze v 1 případě.

Výhodou je spolupráce s gynekologem nejen před operací, ale i peroperačně. Nezbytná je potom následná gynekologická péče o pacientky.

MR fistulografie u pacientů s anorektální malformací

Kavalcová L.¹, Škába R.², Kynčl M.², Rousková B.²

¹ Klinika dětské chirurgie,

2. LF UK a FN Motol Praha, Subkatedra dětské chirurgie IPVZ

² Klinika zobrazovacích metod,

2. LF UK a FN Motol, Praha

Úvod: Magnetická rezonance (MR) pánevního dna, fistulografie (FG) nebo tlakový kolostomogram odvodné kličky (TKG) jsou standardní vyšetřovací metody u pacientů s anorektálními malformacemi (ARM). Při FG a TKG jsou však pacienti vystaveni stále značné radiační zátěži. Cílem naší studie bylo prokázat, zda modifikované MR vyšetření, tzv. MR fistulografie může nahradit FG a TKG, a tak odstranit radiační zátěž při vyšetřování pacientů s ARM.

Materiál, metodika: Prospektivní studie 17 pacientů s ARM (12 dívek a 5 chlapců), prů-

měrný věk 2,5 měsíce v době MR vyšetření. 9 pacientů mělo perineální píštěl, 5 pacientek vestibulární píštěl. 3 pacienti neměli zřejmou píštěl a měli založenu kolostomii dle Peňi. U pacientů s perineální a vestibulární píštělí byla provedena FG. U pacientů se stomií byl proveden TKG, který zobrazil u jednoho pacienta rektovezikální píštěl, u jednoho rektouretrální-prostatickou píštěl a u jednoho pacienta bylo zobrazeno atretické rektum bez píštěle. Při MR vyšetření pacientů s perineální a vestibulární píštělí jsme zavedli tenkou rektální rourku píštělí a naplnili jsme rektum fyziologickým roztokem v množství 10 ml/kg. U pacientů s kolostomií jsme při MR vyšetření distální kličku naplnili fyziologickým roztokem pod tlakem odpovídajícím věku.

Výsledky: U všech 17 pacientů bylo zobrazení délky a morfologie píštěle a naplně rektu v T2 vážených sekvencích totožné se zobrazením získaným fistulografií a kolostomogramem.

Závěr: Z výsledků studie se domníváme, že námi modifikované MR vyšetření – MR fistulografie – může obě kontrastní vyšetření (FG a TKG) u pacientů s ARM nahradit.

BŘIŠNÍ CHIRURGIE + UROLOGIE

Předsedající: Machart M., Krafka K., Zerhau P. – čtvrtek / 29. 4. 2010 / 12.00–13.15

Překvapivá příčina recidivující invaginace

Pejšová Šilerová J., Harvánek K., Koutníková H., Benková K.
Oddělení dětské chirurgie,
FN Na Bulovce, Praha

Invaginace je typická náhlá příhoda břišní zejména kojeneckého a batolecího věku. Příčina invaginace je cca v 90 % idiopatická, jen asi u 10 % invaginací je odhalen vedoucí bod.

V naší kazuistice se zabýváme případem invaginace u pětiletého chlapce, která byla po přijetí úspěšně hydrostaticky desinvaginována. Během hospitalizace však dochází k recidivě invaginace, což nás vedlo k operační revizi. Perioperačně jsme našli ileoileální invaginaci, tumorózní útvar v oblasti mezenteria a polypózně změněný úsek jejunu. Díky recidivě invaginace byla stanovena závažná diagnóza v.s. Peutz-Jeghersova syndromu a pacient je následně dále dispenzarizován.

Imitace akutní appendicitidy při yersiniové infekci – kazuistika

Machart M., Peška J.
Klinika dětské chirurgie a traumatologie
3. LF UK a FTN Sp Praha

Úvod: Kazuistika 14letého chlapce s lehkou mozkovou dysfunkcí s projevy akutní appendicitidy (klinický obraz, USG, laboratorní výsledky), indikovaného k provedení laparoskopické apendektomie. Perioperačně byl nalezen masivní lymfoidní infiltrát se známkami nekrózy v oblasti pravé jámy kyčelní jdoucí do malé pánve s mnohočetnými tuhými a zvětšenými pseudouzlinami na omentu a na seróze kliček tenkého střeva. Mikroskopicky se jednalo o chronický fibroproduktivní proces v rámci nespecifické infekce (*Yersinia* spp.). Intaktní appendix pacienta byl ponechán in situ.

Cíl: Seznámení s kazuistikou, zdůraznění vzácnějších nespecifických (bakteriálních) infekcí v diferenciální diagnostice NPB, výhoda laparoskopického přístupu u perioperačně nejasných NPB.

Materiál: Chorobopis pacienta (laboratorní výsledky, výsledky zobrazovacích vyšetření, operační protokol, histologické vyšetření).

Závěr: Význam yersinia enterocolitica v diferenciálně-diagnostické rozvaze NPB.

Sonograficky sledovaná hydrostatická desinvaginace u dětí do 3 let

Krafka K.¹, Sinzig M.²

¹ Abteilung fuer Kinder-und Jugendchirurgie, LKH Klagenfurt

² Abteilung fuer Kinderradiologie, LKH Klagenfurt

Úvod: Invaginace se nejčastěji vyskytuje během prvního roku života dítěte. Četnost je uváděna 1,5–4 případy na 1000 porodů.

Metodika: V období VIII./2006–VIII./2009 bylo na oddělení dětské chirurgie LKH Klagenfurt hospitalizováno celkem 31 pacientů ve věku do 3 let s diagnózou invaginace. Ve všech těchto případech bylo onemocnění diagnostikováno pouze ultrazvukem. Z tohoto počtu pacientů se jednalo 12x o ileo-ileální invaginaci nevyžadující intervenční léčbu. V 19 případech se jednalo o invaginaci ileo-kolickou. Hydrostatická desinvaginace v krátkodobé narkóze nebo sedaci (nejčastěji Propofol 1mg/kg) byla úspěšná ve 14 případech (73,6%). Jedenkrát bylo nutno během 24 hodin přistoupit k opakované hydrostatické desinvaginaci. U žádného z těchto pacientů jsme nezaznamenali recidivu onemocnění. Operační řešení bylo nutné u 5 pacientů (26,4%), u kterých byla invazivní radiologie neúspěšná. Všechny operace byly provedeny otevřeně. Z těchto případů byla u 2 pacientů nutná resekce střeva.

Závěr: Invazivní radiologie je v případě invaginace první metodou volby, v případě malých pacientů do 3 let a zejména mladších, je výkon nutno provést v účinné sedaci či narkóze.

Výsledky operací hypospadie za 8 let (1999–2007)

Trachta J.¹, Morávek J.¹, Kříž J.¹, Mixa V.²

¹ Klinika dětské chirurgie, UK 2. LF a FN Motol, Subkatedra dětské chirurgie IPVZ, Praha

² Klinika anesteziologie a resuscitace, UK 2 LF a FN Motol, Praha

Úvod: Hypospadie s incidencí 3,3 na 1000 narozených chlapců patří mezi nejčastější vrozené vady vůbec. Za posledních 150 let, kdy se hypospadie operuje, bylo v odborné literatuře popsáno přes 300 možných operačních způsobů. Poslední dobou se celosvětově rozšířila kromě

různých druhů on-lay plastik tubulizace incidentně uretrální ploténky podle Snodgrasse.

Materiál a metodika: Od ledna 1999 do ledna 2007 bylo na KDCH FNM operováno 259 pacientů s hypospadií. 166 pacientů (64 %) mělo hypospadii distální, 47 (18 %) hypospadii mediální a 46 (18 %) hypospadii proximálního typu. U těchto pacientů jsme sledovali výskyt přidružených vad, typ operační techniky, počet komplikací a reoperací. Sebraná data jsme vyhodnotili nejen ve vztahu k celému souboru odoperovaných, ale i po jednotlivých rocích, abychom zjistili, zda počet komplikací a reoperací v průběhu let klesá. Průměrný věk v době primární operace byl 3,5 let. Údaje byly hodnoceny retrospektivně.

Výsledky: 128 pacientů našeho souboru (49 %) jsme operovali technikou dle Snodgrasse, 75 pacientů (29 %) technikou MAGPI a u 30 pacientů (12 %) jsme použili on-lay plastiku. Dále bylo 7 pacientů operováno dle Byarse, 3 dle Duplaye a u 15 byla provedena pouze meatoplastika. Nejčastější komplikace byly píštěle (72 pacientů, tzn. 27,8 %), částečné nebo úplné dehiscence ran (50 pacientů, tzn. 19,3 %) a stenózy uretry, v naprosté většině při zevním meatu (27 pacientů, tzn. 10,4 %). Reoperace v důsledku těchto nebo jiných komplikací byla nutná u 123 pacientů (47,5 %). U 65 z těchto pacientů byla nutná více než jedna reoperace, a tak byl celkový počet reoperací v celém souboru 259.

Závěr: Operace hypospadie jsou sice zatížené vysokou četností komplikací s nutností reoperace, ale nakonec se tuto vrozenou vadu vždy korigovat podaří. Celá řada popsaných operačních technik svědčí o tom, že žádná není ideální. Na našem pracovišti v indikovaných případech preferujeme použití techniky podle Snodgrasse, která je sice zatížena větším počtem píštělí, ale její konečný kosmetický i funkční efekt je lepší, než u některých on-lay plastik. Kromě toho lze techniku podle Snodgrasse dobře využít i při reoperacích.

Změny ve strategii léčby neurogenního močového měchýře u pacientů s míšními dysrafizmy

Zerhau P., Husár M.

Urologický úsek KDCHOT FN Brno

Cíl: Retrospektivní zhodnocení chirurgické, konzervativní a miniinvazivní léčby postižení dolních močových cest u pacientů s míšními

dysrafizmy, léčených na KDCHOT FN Brno v posledních 20 letech.

Metoda: V letech 1989–2009 bylo sledováno celkem 87 pacientů s míšními dysrafizmy. Pro zamýšlené zhodnocení jsme tento časový úsek rozdělili na 3 období, I: 1989–1995, II: 1996–2005, III: 2006–2009. V prvním období bylo sledováno 28 pacientů, ve druhém 58, ve třetím 69 nemocných, ve věkovém rozmezí 0–35 roků. V uvedených skupinách uvádíme použité způsoby léčby (konzervativní, chirurgická, miniinvasivní) a sledujeme změny v jejich zastoupení.

Výsledek: Celkově jsme patologii detruzoru léčili u 87 pacientů. V období I byla léčena u 28 nemocných, z toho konzervativně 23x, chirurgicky 5x (17,9 % – 3x ileocékální náhrada, 2x augmentace). V období II bylo sledováno 58 pacientů, z toho 23 pro patologii detruzoru operováno (39,7 %), ve III. období sledujeme již 69 pacientů, z toho bylo ze stejné indikace 5 (7,2 %) nemocných léčeno chirurgicky (augmentace), 5 (7,2 %) miniinvasivní cestou, aplikací botulinum-toxinu A.

Závěr: Uvedené výsledky dobře ilustrují podmínky a trendy v jednotlivých obdobích. Zpočátku menší počet pacientů a léčba již devastujících postižení močových cest, později ve větší míře přesun k cystoplastikám a chirurgickým úpravám odtoku moče, v posledním období pak ústup od velkých výkonů, daný jednak včasnou konzervativní léčbou, jednak intradetruzorovou aplikací botulinum-toxinu A.

Práce je podporována grantem NS 9845-3.

TRAUMATOLOGIE I.

Předsedající: Gál P., Rygl M., Prchlík M. – čtvrtek / 29. 4. 2010 / 14.15–16.00

Národní registr dětských úrazů

Plánka L., Starý D., Gál P.

KDCHOT, FN Brno

Abstrakt nedodán.

Monitorace rCBF v dětské neurotraumatologii

Prchlík M., Homolková H., Tomek P.

Klinika dětské chirurgie a traumatologie FTNsp a 3. LF UK, Praha, Jednotka intenzivní a resuscitační péče

Úvod: Kranio cerebrální poranění je hlavní příčinou dětské mortality a zároveň je nejčastější příčinou získaného neurologického postižení a poruch psychického vývoje dítěte. Na výsledném neurologickém defektu se podílí nejen primární poranění – vlastní trauma mozkové tkáně v době primárního inzultu, ale především sekundární poranění, které je definováno jako akutně či subakutně se rozvíjející kaskáda patofyziologických a biochemických změn v reakci na primární poranění. Ty mohou či nemusí být komplikovány sekundárním inzultem. Jedním z významných faktorů ovlivňujících sekundární poranění mozku jsou změny průtoku krve mozkem (CBF).

Cíl: Zhodnocení významu monitorace rCBF u dětí se závažným kranio cerebrálním poraněním.

Soubor pacientů: Celkem 11 pacientů bylo v rozmezí 3 let indikováno k přímé monitorace rCBF. V 6 případech se jednalo o pacienty po rozsáhlých neurochirurgických výkonech, 4 pacienti byli monitorováni po

závažném kranio cerebrálním poranění a 1 pacientka po KCPR pro hemoragický pooperační šok. Nejmenší pacient byl 12 měsíční s hmotností 9 kg.

Metodika: K monitoraci rCBF byl použit Bowmanův perfuzní monitor na principu měření teplotní difuze. Perfuze je kvantifikována v absolutních hodnotách v ml/100 g tkáně/min., přičemž pro funkční metabolismus jsou normální hodnoty nad 37 ml/100g/min., pro strukturální metabolismus 8–37 ml/100h/min. a pod 8 ml/100g/min. již dochází k infarktu mozkové tkáně. Měření teplotní difuze je realizováno přes flexibilní sondu s 2 termistory o průměru 1,1 mm. Sonda se zavádí intraparenchymálně do oblasti bílé hmoty mozkové.

Výsledek: Ze 4 pacientů se závažným kranio cerebrálním poraněním a monitorací rCBF ani jeden nezemřel, 3 byli hodnoceni GOS 5, 1 pacient GOS 4. Ani u jednoho pacienta jsme nezaznamenali významnou komplikaci, pouze u dvou pacientů došlo k posunu sondy ze správné polohy.

Závěr: Obecně perfuze na kapilární úrovni přímo ovlivňuje přísun kyslíku, živin, léků a tepla k buněčné tkáni. Kvantitativní monitorace mozkové perfuze pak umožňuje posouzení udržení viability mozkové tkáně a zároveň mozkové autoregulace. Monitorace rCBF včas upozorní na kritický pokles mozkové perfuze v důsledku sekundárního inzultu nebo léčby. Samotná monitorace pak může mít i terapeutický efekt a tím napomáhá zlepšeným výsledkům při léčbě závažných kranio cerebrálních poranění u dětí.

Syndrom can u dvouměsíčního kojence – kazuistika

Tomek P., Prchlík M.

Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK v Praze a Fakultní Thomayerovy nemocnice s poliklinikou

Cíl sdělení: Kazuistika případu, závažného z lékařského i společenského hlediska.

Materiál a metodika: Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (Child Abuse and Neglect, CAN) představuje stále aktuální problém, doprovázený mnohými mýty. Jedná se o poškození tělesného, duševního i společenského stavu a vývoje dítěte, které vznikne v důsledku jakéhokoli nenáhodného jednání rodičů nebo jiné dospělé osoby.

Výsledek: Autoři popisují případ dvouměsíčního kojence přijatého zprvu pro bezvědomí na dětské oddělení. Dítě bylo po vyloučení závažné etiologie onemocnění přeloženo na Jednotku intenzivní a resuscitační péče Kliniky dětské chirurgie a traumatologie Thomayerovy nemocnice. Pro podezření na trauma vzniklé následkem týrání byla informována policie i sociální oddělení nemocnice. U pacienta, jehož stav si vyžádal neuroresuscitační péči, byl kromě 14 zlomenin diagnostikován subdurální hematom, subarachnoidální krvácení a hygrom mozku. Po dvanácti dnech hospitalizace byl pacient přeložen v dobrém stavu do domácí péče – v souladu s předběžným rozhodnutím soudu byl svěřen babičce.

Závěr: Odhaduje se, že v České republice syndromem CAN trpí 1–2 % dětí. Pachatelem bývá většinou vlastní či nevlastní otec dítěte,

ženy se dopouštějí častěji zanedbávání péče. Oběťmi se nejčastěji stávají děti kojeneckého a batolecího věku. Do péče chirurgů se často dostávají ve vážném stavu, který nezřídka končí úmrtím dítěte.

Břišní poranění v dětském věku

Bibrová Š., Tůma J., Bartl V.,

Hnilička B., Teyschl O., Gál P.

Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, PDM FN Brno a LF MU Brno

Poranění orgánů dutiny břišní u dětí patří mezi závažná a nezřídka i život ohrožující poranění, často jsou součástí polytraumat a sdružených poranění, kdy jsou v popředí známky poranění jiných orgánových systémů (poranění hlavy, hrudníku...) a poranění orgánů dutiny břišní mohou být přehlédnuta. V dětském věku významně převládají tupá poranění břicha nad otevřenými poraněními a představují cca 90 % všech břišních poranění. Obecně mezi nejčastější etiologické faktory poranění břicha v dětském věku patří dopravní nehody, pády z výšky, sportovní úrazy (pády na kole na řídítka apod.), dětské hry. Převažuje terapie konzervativní, ale vždy závisí na poraněném orgánu a rozsahu poranění.

Autoři v přednášce prezentují své zkušenosti s poraněními orgánů dutiny břišní u dětí, které byly v uplynulých 10 letech léčeny na KDCHOT. Analyzují nejen etiologické faktory u jednotlivých typů poranění, ale především diagnostické postupy a metody terapie jednotlivých poranění orgánů dutiny břišní. Na několika kazuistikách prezentují své zkušenosti s méně častými poraněními, mezi která patří poranění pankreatu a trávicí trubice.

Překvapivá pozdní komplikace penetrujícího poranění břicha

Kotrnoch Knížková M.,

Harvánek K., Tvaroh T.

FN Na Bulovce, Praha

Autoři uvádějí neobvyklý případ pozdní komplikace u 13letého chlapce. 21. 5. 2009 si chlapec při jízdě na kole vrazil řídítka do břicha a způsobil si penetrující poranění. Při operační revizi byla zjištěna deserozace sigmoidea, perforace mezokolon sigmoidea a penetrující poranění retroperitonea bez poškození retroperitoneálních orgánů. Při revizi byl zjištěn i Meckelův divertikl, který byl ponechán in situ. Poraněné struktury byly ošetřeny a po laváži dutiny břišní jsme zavedli Redonův drain. Pooperační průběh byl zcela bez komplikací, 9. pooperační den pacient propuštěn, zhojen a v dobrém celkovém stavu do domácí péče. Za

6 měsíců pacientovi laparoskopicky odstraněn Meckelův divertikl.

3. 2. 2010 se pacient dostavuje na naši ambulanci s tím, že asi 2 měsíce pozoruje zduření s hematomem v levé lumbální krajině, které čerstvě spontánně perforovalo. Při revizi rány jsme objevili cizí těleso pronikající hlouběji, proto byl výkon zastaven a pacient byl odeslán na sono. Na sono cizí těleso pouze v podkožní tukové tkáni, nepronikalo do svalů ani retroperitonea. Proto jsme pokračovali v revizi v lokální anestezii a z rány extrahovali překvapivě část zeleného trička, které měl pacient na sobě při primárním úrazu.

Léčení zlomenin u polytraumatizovaného dítěte

Kopáček I., Pleva L., Prusenovský P.

Traumatologické centrum FN Ostrava

Autoři ve svém sdělení uvádí své zkušenosti s léčením zlomenin dlouhých kostí u polytraumatizovaných dětí, ošetřovaných na jejich pracovišti. Uvádějí své zkušenosti s použitím miniinvasivní osteosyntézy i užití zevní fixace u otevřených zlomenin III. stupně. Na souboru léčených pacientů pak ukazují výhody aktivního operačního přístupu v ošetřování zlomenin dlouhých kostí.

Atypická suprakondylická zlomenina humeru – kazuistika

Nikel J.

Chirurgické oddělení,

Nemocnice Frýdek-Místek

Popsána léčba a komplikace atypické vysoké otevřené suprakondylické zlomeniny humeru s interfragmentem.

Poranění proximálního konce kosti vřetenní u dětí a mladistvých

Vronský R., Pleva L., Lukáč L.,

Jelen S., Klus I., Kopáček I.

Fakultní nemocnice Ostrava

Úvod: Poranění proximálního konce kosti vřetenní je u dětí relativně vzácné poranění. Podílí se podle různých autorů 7–15 % na všech poraněních lokte a 14 % na fyzálních poraněních lokte. Nejčastěji se vyskytuje u dětí ve věku 9–10 let. K samotné zlomenině hlavičky radia dochází vzácně, v 90 % jde o fyzální separaci. Hlavička radia patří spolu s hlavíci femoru k tzv. zvláštnímu typu epifýzy. Je celá uložena intraartikulárně. Fyzální cévy probíhají kloubním pouzdrům, a tak i nevelké trauma nebo intraartikulární hematom

mohou vést k jejich zhmoždění nebo kompresi a tím k avaskulární nekróze hlavičky radia.

Mechanismus poranění: Poranění vzniká valgózním násilím na extendovaný loket, kdy je hlavička radia odlomená při luxaci, resp. subluxaci v lokti a je dislokována ventrálně – luxační teorie, nebo při spontánní repozici dochází k odlomení hlavičky radia hlavičkou humeru.

Z uvedeného je zřejmé, že zlomeniny proximálního radia bývají sdruženy s odlomením olecranon ulne, nebo odlomením ulnárního epikondylu humeru. Jsou i popisovány zlomeniny proximální ulny. Zlomeniny klasifikujeme podle O. Briena (obrázek č. 2), nebo bratří Judetů (obrázek č. 3). Vzhledem k tomu, že se v 90 % jedná o fyzální separace, hodnotíme tato zranění podle Saltera – Harris.

Soubor pacientů: Za období 2000–2009 jsme v TC FNO ošetřili 265 dětí ve věku 3–17 let pro zlomeniny v oblasti lokte (tabulka č. 3). Ve 45 případech (17 %) šlo o zlomeniny hlavičky radia. Operovali jsme 25 dětí (55 %). Nejčastější příčinou poranění byl pád z výše následován pádem při běhu. Dále jsme zaznamenali pád z koloběžky, koně, skateboardu, vtažení končety do drtiče obilí a srážku cyklisty s osobním vozem. V jednom případě bylo poranění proximálního radia součástí polytraumat, a to u cyklisty sraženého osobním vozem.

Terapie: V našem souboru jsme u pěti pacientů provedli zavřenou repozici a fixaci vysokou sádrou fixací v supinaci předloktí, u ostatních pacientů jsme zlomeninu ošetřili osteosyntézou. Ve dvou případech jsme použili TEN prutů, v ostatních případech jsme k osteosyntéze použili Kirschnerův drát. Implantát zavádíme až na výjimky extrafyzálně z dist. metafýzy radia.

Ve třech případech byla hlavička radia fixována antegrádně. Jedenkrát transartikulárně přes humerus, šlo o pacientku s dilacerací předloktí primárně ošetřenou zevní fixací. V druhé době byla pro interpozitum nutná otevřená repozice s rekonstrukcí lig. anulare. Druhý nemocný byl ošetřen mimo náš region a byl předán k doléčení do místa trvalého bydliště. Třetí nemocný byl ošetřen v zahraničí, kdy k retrográdně zavedenému Kirschner drátu byl přidán další antegrádně a extrahumerálně tak nešťastně, že zasahoval do růstové chrupavky. U tohoto pacienta došlo k rozvoji nekrózy hlavičky radia. Syntézu jsme doplnili vysokou sádrou dlahou v supinaci předloktí na 10–14 dní. Po sejmutí fixace jsme zahájili intenzivní RHB. U 5 pacientů jsme byli nuceni pro nepostupující RHB provést redresment force.

Závěr: Minimální osteosyntézu hlavičky radia považujeme za metodu bezpečnou s dob-

rými výsledky. Vyžaduje však zkušenost operačního týmu a odpovídající technické vybavení. Vzhledem k incidenci poranění a možným komplikacím, které jsou dány anatomickým typem proximální epifyzy radia a kinematikou lokte, vyžadující přesnou repozici, je vhodné pacienty ošetřovat na specializovaném pracovišti.

Adolescentní zlomeniny v oblasti lokte

Havránek P., Peší T., Zídka M.

**Klinika dětské chirurgie a traumatologie
3. LF UK a FTNSP, Praha**

Cíl sdělení: Presentace odlišností v diagnositice, ale hlavně v léčebném přístupu a schopnostech hojení adolescentních pacientů se zlomeninou v oblasti lokte od dospělých na jedné straně a mladších dětí na straně druhé.

Materiál: Pacienti Centra dětské traumatologie Kliniky dětské chirurgie 3. LF UK a FTNSP v Praze.

Výsledek: V 6letém období (2003–2008) bylo v CDT léčeno celkem 11 893 zlomenin. Z toho bylo 911 zlomenin distálního humeru a 286 zlomenin proximální části předloketních kostí.

Protože dětská pracoviště se věnují pacientům do dovršení 18. roku, byli mezi těmito pacienty i adolescenti s již uzavřenými růstovými chrupavkami. Někteří tito pacienti byli s úspěchem operováni miniinvasivním postupem s použitím minima kovového materiálu, tedy podobně, jako menší děti.

Závěr: U adolescentních zlomenin v oblasti lokte lze mnohdy, přestože jde o „dospělý“ typ zlomeniny, použít „dětský“ typ osteosyntézy. Je to možné především pro rychlejší a lepší hojení skeletu v tomto věkovém období.

TRAUMATOLOGIE II.

Předsedající: Havránek P., Plánka L., Preis J. – čtvrtek / 29. 4. 2010 / 16.30–17.30

Přístup k inveterovaným zlomeninám dětského skeletu

Havránek P.

**Klinika dětské chirurgie a traumatologie
3. LF UK a FTNSP, Praha**

Cíl sdělení: Presentace měnících se trendů v přístupu k nepoznaným, neléčeným, nedislovaným a zanedbaným zlomeninám.

Materiál: Pacienti Centra dětské traumatologie při Klinice dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK v Praze, operovaní pro inveterovanou zlomeninu.

Výsledek: Dosud přetrvává názor, že dětská zlomenina, u níž se pozná po několika dnech či týdnech, že úlomky jsou v nevyhovujícím postavení ať díky špatné diagnostice, nebo mylnému posouzení zlomeniny, se má dohoyit v tomto postavení. Dále se potom čeká na remodelaci kosti a výsledky rehabilitace. Tento názor je však často nesprávný: určité procento dětských zlomenin s nevyhovujícím postavením fragmentů, nebo už dokonce v tomto postavení zhojených, je možné léčit odloženou repozicí nebo časnou osteotomií a mnohdy se tak zamezí vzniku závažných trvalých následků, nebo alespoň se míra následků podstatně sníží.

Závěr: Inveterované zlomeniny dětského skeletu mohou být chirurgicky léčeny i odloženě, ale pouze v případě pozdního poznání závažnosti zlomeniny či redislokace úlomků. Péče o takové případy musí probíhat na specializovaných pracovištích s velkou zkušeností s odloženou léčbou, aby se zamezilo zbytečným poruchám hojení a poruchám růstu.

Poranění laterálního konce klíční kosti v dětském věku

Viček P., Peší T., Havránek P.

**Klinika dětské chirurgie a traumatologie FTN
Praha Krč**

Cíl: Určit specifika léčby poranění růstové chrupavky laterálního konce klíční kosti u dětí.

Materiál a metodika: Pacienti naší kliniky v období 2004–2009. Posuzovali jsme poranění laterálního konce klíční kosti v dětském věku z hlediska etiologie úrazu, věkových kategorií, typu poranění, dislokace, léčby a výsledků.

Výsledek: Na naší klinice bylo za posledních 6 let (tj. v období let 2004–2009) ošetřeno celkem 11 641 zlomenin. Z toho 731 bylo zlomenin klíční kosti (6,3 %). Poranění laterálního konce klíční kosti bylo 40 (tj. 5,5 % zlomenin klíčku a 0,3 % všech zlomenin).

Diskuze a závěr: Při poranění laterálního konce klíční kosti v dětském věku se vzhledem k anatomickým poměrům vždy jedná o separaci ve fyze. Většinou jde o separaci 2. Salterova typu, v malém množství případů o separaci 1. Salterova typu. Převážná většina těchto poranění je řešena konzervativně. Při větší dislokaci a nestabilitě je nutná osteosyntéza, především z kosmetických důvodů.

Poznámky k použití Kirschnerova drátu v dětské traumatologii

**Bartl V., Bibrová Š., Škvařil J., Hnilička B.
KDCHOT FN Brno**

Kirschnerův drát má nezastupitelnou pozici jako osteosyntetický implantát v dětské

traumatologii, kde jsou těžištěm hlavně osteosyntézy zlomenin v oblasti předloktí a lokte, hlavně pro jednoduchost použití a mimimu potřebného instrumentária. V průběhu 100 let, kdy se již tento implantát používá, prošel jak vývojem materiálovým, tak vznikly i různé modifikace a implantáty, které se z něj odvozují.

Tento implantát má i přes své mnohé přednosti, pro které je vhodný pro minimální osteosyntézu u dětí i některé nevýhody, kam patří například možnost migrace implantátu.

Autoři analyzují komplikace osteosyntéz Kirschnerovým drátem, kam patří hlavně osteosyntézy klíčku a zabývají se otázkami možné prevence těchto komplikací, jak ze zkušeností vlastních, tak i literárních.

Závěrem lze říci, že v poslední době ztrácí Kirschnerův drát poněkud své postavení v oblasti dětské traumatologie, a to i přes své nesporné výhody, kterou je šetrnost vůči pacientovi a snadné použití.

Využití LCP v traumatologii adolescentů

**Plánka L., Starý D., Teyschl O.,
Bartl V., Hnilička B., Gál P.
KDCHOT, FN Brno**

Poranění skeletu u adolescentů a jeho léčba má svá specifika. Remodelační schopnost postupně s přibývajícím věkem pacienta klesá, i nadále je však třeba respektovat růstové chrupavky a počítat s dalším růstem poraněné končetiny. Proto je kladen větší nárok na přesnost repozice, pevnost

a technické provedení případné osteosyntézy. Některé typy zejména kominutivních zlomenin jsou velmi obtížně řešitelné a již historicky jsou pro tyto případy vyhrazeny výjimečné indikace osteosyntézy zevním fixátorem nebo klasickou AO dlahou. Ty jsou posupně v dospělé traumatologii nahrazovány úhlově stabilními implantáty, které je možné se všemi jejich výhodami použít i v traumatologii adolescentů.

Autoři předkládají pětileté zkušenosti s úhlově stabilní dlahovou fixací na Klinice dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie Fakultní nemocnice v Brně. Soubor je tvořen osmi pacienty se zlomeninou dlouhé kosti (1x kost pažní, 5x kost stehenní, 2x kost holenní) ve věkovém rozmezí 12–16 let, kteří byli sekundárně indikováni k uvedené osteosyntéze, většinou s velmi dobrým anatomickým i funkčním výsledkem léčby.

Traumatická amputace hrotu prstů

Koudelka J.

Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, FN Hradec Králové

Úvod: Traumatické (někdy nazývané jako gilotinové) amputace hrotu prstů nejsou příliš časté. Léčba těchto poranění může být operační s primárním uzávěrem chybějícího konce prstu pomocí Y–V plastiky, nebo jiných metod rekonstrukční chirurgie. Alternativní možností je konzervativní léčba spontánním zhojením, která je usnadněna poměrně vysokou regenerační schopností dětských tkání a zejména prstů. Tento způsob léčby užíváme na našem pracovišti hlavně u ztrátových poranění hrotu prstů malých dětí.

Materiál a metodika: Retrospektivně jsme zhodnotili léčbu pacientů s traumatickou amputací hrotu prstů. Za posledních 16 roků (od roku 1994 dosud) jsme léčili celkem 8 dětí ve věku 2–4 roků s tímto typem poranění. U sedmi dětí se jednalo o poranění jednoho prstu, jedno dítě mělo poraněné dva prsty. Vždy se jednalo o poranění distálního článku prstu v úrovni lunuly nehtu nebo periferněji. Rannou plochu kryjeme tenkým Granuflexem, který vyměňujeme zhruba v jednotýdenních intervalech až do úplné epitelizace. Celkovou antibiotickou nebo jinou léčbu neužíváme.

Výsledky: U všech pacientů došlo nejpozději do 2 měsíců k úplné epitelizaci hrotu prstů, během léčby došlo vždy k prodloužení distálního článku se zhojením v přijatelném tvaru prstu včetně nehtu.

Závěr: Konzervativní léčbu považujeme za vhodnou léčebnou metodu u ztrátových pora-

nění hrotu prstů po úroveň proximálního konce nehtu, a to zejména u dětí předškolního věku.

Skruté poranění kolene

Vojta J., Michaljaníč T.

Oddělení dětské chirurgie, FN Na Bulovce, Praha

Kazuistika 14letého chlapce – sportovce s poraněním kolene. Na klasických rtg projekcích bez známek poranění skeletu.

Vzhledem k rozšířené dostupnosti jsme u složitějších případů zařadili do vyšetřovacího schématu MR. Vyšetření přineslo zcela překvapivý nález.

Neobvyklá poranění periferních nervů u dětí

Brichtová E., Vondráček P., Starý D.

Klinika dětské neurologie, FN Brno

Poranění periferních nervů, a to zejména na horní končetině, jsou u dětí relativně častá.

Obvykle dochází k řeznému poranění nervů v oblasti předloktí nebo zápěstí v domácím prostředí při rozbití skleněné výplně dveří.

Autoři ve své prezentaci uvádějí 3 kazuistiky méně obvyklých až raritních úrazových dějů, při kterých došlo k poranění periferních nervů u dětí.

Představují též soubor 13 dětských pacientů suturou ošetřených přerušovaných periferních nervů na Neurochirurgickém oddělení Kliniky dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie FN Brno v období 1/2003 až 6/2009. Pacienti byli ve většině případů ošetřeni akutně. Byla provedena mikroskopická sutura jednoho nebo více poraněných nervů atraumatickým stehem.

V tříměsíčních intervalech pacienti podstupovali kontrolní EMG vyšetření až do EMG nálezu uspokojivé vydatné reinervace. Autoři předkládají výsledky svého souboru.

Využití V.A.C systému při léčbě defektů měkkých tkání u dětí

Kalašová E., Havránek P., Pešl T.

Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a FTN, Praha-Krč

Cíl: Použití podtlakové terapie při léčbě defektů měkkých tkání u dětí, k urychlení hojení a prevenci zánětlivých komplikací.

Metodika a materiál: Od června 2009 jsme ošetřili na naší klinice celkem 4 pacienty ve věku od 15 do 18 let. V jednom případě ztrátového poranění měkkých tkání horní končetiny a třikrát sinus pilonidalis. Byly provedeny průměrně tři

aplikace V.A.C systému na pacienta s výměnou po dvou dnech. Sledovali jsme spotřebu ATB a rychlost uzávěru defektu.

Výsledky: V případě ztrátového poranění měkkých tkání se po aplikaci V.A.C systému promptně zhojily píštěle, a v případě zánětlivých pilonidálních sinů nebylo třeba aplikovat žádná ATB, na rozdíl od dříve léčených bez použití V.A.C systému.

Závěr: Při použití V.A.C systému jsme zjistili omezení spotřeby ATB, rychlejší vyčištění a uzavření defektu, a tím zkrácení doby léčby. Tato metoda léčby je v jiných chirurgických oborech již zavedena jako metoda volby při léčbě rozpadlé hrudní či břišní stěny po rozsáhlých operačních výkonech. Na naší klinice s jejím využitím teprve začínáme a chtěli jsme se podělit o naše dosavadní zkušenosti se zaváděním této léčebné metody v dětské chirurgii. Přes doposud malý počet pacientů lze předpokládat širší využití V.A.C. systému v dětské chirurgii i traumatologii u specifických pacientů.

Naše první zkušenosti s Mepitelem při léčbě popálenin

Vacek V., Bierhanzlová J.

Oddělení dětské chirurgie FN v Plzni

Úvod: Mepitel, což je polyamidová síť potažená měkkým silikonem – Safetac technologie, jsme při léčbě popálenin začali používat v listopadu 2008. Pozitivní empirii za téměř 1,5 roku klinické aplikace jsme porovnali s konkrétnímu údajem.

Metodika: Za uvedené období jsme Mepitel použili u 22 dětí s popáleninou. U 21 dětí se jednalo o popáleninu II. a. a II. b. stupně.

U posledního jsme Mepitel použili na plochu na stehně po odběru dermoepidermálního štěpu. K porovnání jsme vybrali stejný počet popálených dětí s postižením stejnými stupni, a to zpětně před listopadem 2008. Tyto děti byly léčeny pomocí sukčního obvazu s mastným tylem. Hodnotili jsme dobu hojení popáleniny.

Výsledky: Při postižení II. a. stupně jsme původním postupem popáleninu vyléčili za průměrně 8,7 dne (rozptyl 6–11 dní), při aplikaci Mepitelu za průměrně 5,2 dne (rozptyl 4–7 dní). Při postižení II. b. stupně pak původním postupem za průměrně 18 dní (15–26 dní), novým postupem za průměrně 10,5 dne (8–16 dní).

Závěr: Uvedená čísla tedy potvrzují naši dosavadní zkušenost, že použití Mepitelu oproti původní metodě zkracuje délku hojení jak popáleniny II. a. stupně, tak i II. b. stupně o cca 40 %. Odběrová plocha se zahojila za méně než polovinu původní doby.

MINIINVAZIVNÍ POSTUPY V DĚTSKÉ CHIRURGII

Předsedající: Koudelka J., Horn F., Harvánek K. – pátek / 30. 4. 2010 / 8.30–10.15

Dětská laparoskopie – ano či ne

Tůma J., Macháček R., Starý D., Plánka L., Škvařil J., Teyschl O., Gál P.
KDCHOT, FN Brno

Autoři na základě svých patnáctiletých zkušeností hodnotí možnosti využití laparoskopie na klinickém pracovišti dětské chirurgie v Brně. Ročně je provedeno kolem 350 miniinvasivních výkonů. Diagnózy se snaží rozdělit do skupin, u kterých se stala laparoskopie zcela standardní metodou, a dále skupiny, kde je tento způsob operace metodou volby, popřípadě je zcela kontraindikován. Výkony jsou prováděny za využití moderních přístrojů v rámci nového centra miniinvasivní chirurgie založeného v roce 2007. Závěrem se autoři zamýšlí nad přínosem této metody pro mladé pacienty v kontrastu s nedostatečnou možností erudice začínajících chirurgů v klasickém způsobu operace.

VATS blebektómia pri pneumothoraxe

Drahovský P., Šudák M., Čizmarík M.
Oddelenie detskej chirurgie FDN Košice

VATS resekcie pľúc sa stali v 90. rokoch minulého storočia súčasťou armamentária detského chirurga v riešení spontánneho pneumothoraxu. Nie sú však jednotné názory na: a) spôsob primárneho ošetrenia: len drenáž, VATS resekcia (blebektómia) až pri recidíve ver-
sus primárne VATS blebektómia, b) pleurodézou: mechanická, alebo chemická.

V príspevku uvádzame prvé vlastné skúsenosti – 2 kazuistiky:

1. 17 r. chlapec s recidívou spontánneho PNO vykonaná VATS blebektómia.
2. Rovnako starý chlapec so spontánnym PNO primárne vykonaná VATS blebektómia.

Obidvaja pacienti riešení rovnakým postupom – resekciou postihnutého tkaniva pľúc s mechanickou pleurodézou miniinvasívnym prístupom. Po nekomplikovanom pooperačnom priebehu prepustení na 9. resp. 5. pooperačný deň, pri kontrole bez ťažkostí a recidívy.

Autori sa pridávajú na stranu viacerých prír-
vřencov favorizujúcich VATS resekciu nielen pri recidívach PNO, ale aj ako primárne riešenie spontánneho PNO, v prípade pretrvávajúceho air leaku po drenáži.

Spontánní pneumothorax u dětí

Starý D., Plánka L., Tůma J., Gál P.
KDCHOT, FN Brno

Spontánní pneumotorax patří mezi náhlé příhody hrudní, jedná se o přítomnost volného vzduchu v pleurální dutině, což způsobí změnu negativního intrapleurálního tlaku a následně částečný nebo úplný kolaps postižené plicí. V dětském věku se jedná o relativně vzácnou diagnózu. Příčinou je nejčastěji ruptura plicních bul, jejichž etiologie je primární – idiopatická nebo sekundární – symptomatická. První typ je typický pro mladé lidi, patologické buly jsou zde uloženy většinou v horních lalocích plic. Bula vzniká rupturou alveolu a vzduch vniká pod pleuru. Druhý typ postihuje starší jedince a buly vznikají postupně degenerací stěny alveolu na základě chronického plicního onemocnění.

Sledovaný soubor je tvořen 11 dětmi se spontánním pneumotoraxem, léčenými za posledních 6 let na Klinice dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie FN Brno. Příčinou byla ve většině případů ruptura buly horního plicního laloku. Autoři se v předkládaném sdělení zabývají managementem a výsledky léčby tohoto vzácného poranění.

Strangulace a adheze v peritoneální dutině řešené laparoskopicky

Harvánek K., Tvaroh T., Švestka M.
Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, FN Na Bulovce

Autoři hodnotí výhody a nevýhody laparoskopického řešení strangulací a adhezí v peritoneální dutině a porovnávají s řešením při otevřené dutině břišní. Prezentují soubor za 5leté období, tedy za léta 2005–2009. Výsledky v tomto souboru ukazují na výhody laparoskopického řešení, které má však určitá omezení. Tato omezení jsou dána samotnou laparoskopickou technikou, ale též například zkušeností operátora.

První zkušenosti se SILS

Krafka K., Fasching G.
Abteilung fuer Kinderchirurgie, LKH Klagenfurt

Úvod: SILS (Single Incision Laparoscopic Surgery) byla v Rakousku poprvé provedena

v Innsbrucku v září 2008. V prosinci 2009 jsme poprvé vyzkoušeli tuto metodu na oddělení dětské chirurgie LKH Klagenfurt.

Ve spolupráci s firmou Covidien, která nám dodává silikonové kroužky pro porty a některé laparoskopické nástroje, se snažíme tuto metodu nyní dále rozvíjet.

Do nynější doby jsme operovali větší pacienty s podezřením na chronickou apendicitidu.

Metodika: K operaci používáme na rozdíl od klasické laparoskopie All in 40 cm optiku 30 stupňů, grasper s úhlově nastavitelnými branžemi a Endo-Gia se stavitelným magazínem (35–45 mm). Tyto nástroje usnadňují přehled operačního pole a manipulaci s preparátem při malém úhlu zavedených nástrojů a optiky jedním portem. Incizi je možné provést infra- nebo transumbilikálně. Pneumoperitoneum je vytvořeno otevřeně po zavedení silikonové manžety.

Závěr: Kosmetický efekt je stále důležitějším kritériem laparoskopických operací. SILS je vedle NOTES novým trendem vývoje. Samotný výkon je pak ale dle našich dosavadních zkušeností spíše výzvou pro operátora, neboť manipulace s nástroji je omezená a prodlužuje dobu operačního výkonu.

Miniinvasivní chirurgie žlčových cest u malých dětí

Babala J., Cingel V., Horn F., Králík R., Bibza J., Trnka J.
Klinika dětské chirurgie LF UK a DFNSP, Bratislava

Autori demonstrují svoje první zkušenosti s miniinvasivní chirurgií na žlčových cestách u malých dětí. Při suspektnej atřezii žlčových cest prezentují laparoskopicky provedenou peroperační diagnostiku – cholangiografii a biopsii pečene u 5 týždňového dojčťa. V ďalšej prezentácii autori opisujú laparoskopickú resekciu cysty ductus choledochus.

Přínos laparoskopie v léčbě nehmotného varlete

Drlik M., Kočvara R., Sedláček J., Dítě Z.
Oddělení dětské urologie, Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Úvod: Nehmatné varle nalézáme u 20% nemocných s kryptorchizmem. Metodou volby dle

současného doporučení EAU a ESPU je použití laparoskopie jak v diagnostice, tak v některých případech léčby tohoto onemocnění. Cílem studie bylo zhodnotit nálezy získané při diagnostické laparoskopii za 10leté období a způsob následné léčby.

Metoda: Retrospektivní analýza souboru 65 případů nehmavného varlete u 57 chlapců (vpravo 18, vlevo 31, na obou stranách 8) za období od 1/1999 do 1/2010. Věk pacientů v době operace se pohyboval od 4 měsíců do 17 let. Po potvrzení palpačního nálezu v CA byla u všech případů provedena diagnostická laparoskopie. Z krátkého řezu pod pupkem jsme zavedli 5 mm optiku a podle potřeby přidali z dalšího řezu pracovní port. Následný operační výkon se řídil nálezem při diagnostické laparoskopii.

Výsledky: 65 nehmavných varlat bylo rozděleno na 3 skupiny. V první skupině tvořené 18 případy jsme prokázali slepé zakončení spermatických cév a chámovodu proximálně od vnitřního tříselného anulu (anorchie). Druhou skupinu tvořilo 22 případů, u nichž spermatické cévy vstupovaly do tříselného kanálu, v jednom případě zkříženě ektopicky na druhou stranu. Třetí skupinu tvořilo 25 intraabdominálně nalezených varlat.

U první skupiny žádný další výkon po diagnostické laparoskopii nenásledoval, s výjimkou jednoho chlapce, kde jsme odstranili palpačně nejistý uzlík ze šourku (histologicky pouze fibrózní tkáň). Ve druhé skupině následovala ve všech případech v jedné anestezii otevřená revize třísla. 17x jsme na konci spermatických cév našli uzlík atrofického varlete a provedli otevřenou orchiektomii, 3x jsme našli v tříselném kanále varle a provedli orchiopexi dle Petřivalského. U jednoho chlapce po předchozí revizi třísla jsme našli v tříselném kanále pouze slepě končící spermatické cévy. U pacienta se zkříženou ektopií varlete vedl nález k otevřené revizi třísla s neúspěšným pokusem o oddělení obou varlat. Ve třetí skupině jsme se řídili délkou cévního zásobení intraabdominálně uloženého varlete, které záviselo na jeho vzdálenosti od vnitřního tříselného anulu. 12x bylo varle uložené ve vnitřním tříselném anulu či jeho blízkosti, 13 varlat bylo uloženo výše. Provedli jsme 1x otevřenou orchiektomii, 2x laparoskopickou orchiektomii těžce atrofického

varlete, 3x laparoskopicky asistovanou orchiopexi v jedné době, 6x dvojdobou operaci dle Fowlera Stephense, 11x orchiopexi otevřeným způsobem dle Petřivalského (varlatu uložená v anulu). Jeden chlapec s vysokou retencí podstoupil autotransplantaci varlete a další na ni čeká.

Ve 20 případech jsme provedli orchiektomii. Histologické vyšetření 18x odhalilo pouze fibrózní tkáň s hyalinizací, hemosiderinovou pigmentací a občasnými mikrokalcifikacemi. Ve 2 případech byla zachycena tkáň ektopické nadledviny a ve 2 případech tkáň nezralého varle bez zárodečných buněk.

Pět chlapců našeho souboru před diagnostickou laparoskopií podstoupilo neúspěšnou otevřenou revizi třísla na jiném pracovišti. U třech z nich jsme přesto našli drobné atrofické varlete v tříslu, u jednoho byla potvrzena anorchie a v jednom případě byly nalezeny slepě zakončené cévy v tříslu.

Závěr: Diagnostická laparoskopie je jediná známá metoda schopná spolehlivě odhalit intraabdominálně uložené varle a anorchii. Pokud by všech 57 pacientů našeho souboru nejprve podstoupilo otevřenou revizi třísla, muselo by 33 chlapců (58%) ve druhé době podstoupit diagnostickou laparoskopii. Jen u 24 pacientů (42%) by mohla otevřená revize vést k diagnóze a definitivní léčbě. Hypoplastické varle by však mohlo být přehlédnuto. Diagnostickou laparoskopii proto považujeme u nehmavného varlete za vyšetření volby.

V našem souboru žádné z atrofických varlat nikdy neobsahovalo zárodečné buňky. Běžně nalézáný uzlík (nubbin) atrofického varlete v šourku nejspíše nemůže být zdrojem pozdějšího germinálního nádoru.

Neuroendoskopie

Homolková H., Prchlík M., Tomek P.
KDCHT FTNsp, Praha

Cíl sdělení: Neuroendoskopie se řadí k metodám, které umožňují menší traumatizaci tkání, větší přehled v operačním poli a v neposlední řadě přispívá ke zkrácení celkové doby hospitalizace. U léčby obstrukčního hydrocefalu eliminuje celoživotní závislost na implantovaném shuntu.

Materiál a metodika: V letech 2007–2009 bylo na Neurochirurgickém oddělení Kliniky dětské chirurgie a traumatologie Fakultní Thomayerovy nemocnice v Praze provedeno celkem 20 neuroendoskopických operací u 22 nemocných dětí.

Výsledky a diskuze: Nejčastější neuroendoskopickou operací u dětí je fenestrace spodiny III. mozkové komory při léčbě obstrukčního hydrocefalu. Úspěšnost metody je u pediatrických pacientů 60–100%.

Autoři prezentují výsledky neuroendoskopických operací v letech 2007–2009.

Souhrn: Endoskopické metody dosáhly největšího rozmachu v průběhu posledních 15 let. Endoskopie v dětské neurochirurgii je užívána při léčbě obstrukčního hydrocefalu (endoskopická třetí ventrikulostomie – ETV, plastika akveduktu, izolovaná IV. komora), marsupializaci arachnoidálních cyst do komory či cisterny, řešení nádorových lézí v komorovém systému a selární krainiě. Metodu lze zpřesnit s využitím neuronavigace.

Miniinvazivita v léčbě hydrocefalu

Horn F., Dúbravová D., Babala J., Cingel V., Trnka J.
KDCH LFUK Bratislava

Hydrocefalus z pohledu chirurga je symptomatické nadměrné hromadění likvoru v intrakraniu. Snahou chirurgické léčby je zabezpečit optimální intrakraniální tlak a minimalizovat příznaky. V současnosti je stále nejčastěji používaným způsobem v léčbě zvod likvoru systémem katetru a ventilu nejčastěji do brušné dutiny – ventrikuloperitoneální shunt (VPS).

Neuroendoskopie je v našich podmínkách nová metodika. Najrozšířenější je endoskopická fenestrace spodiny třetí komory – ventrikulostomie (ETV), jako náhradní kanál pro odtok likvoru z místa tvorby na místo vstřebávání. Popří primární fenestraci však nacházíme i uplatnění při řešení komplikací VPS, ETV, při vytváření komunikace komor nebo cyst. Nie je výnimkou ani kombinácia oboch metodík s cieľom zabezpečiť najoptimálnejší spôsob liečby pre pacienta s hydrocefalom.

HRUDNÍ CHIRURGIE + VARIA

Předsedající: J. Šnajdauf, M. Dragula, V. Bartl – pátek / 30. 4. 2010 / 10.45–12.00

Plicní sekvestrace u dětí

Mojžíšová M.¹, Šnajdauf J.¹, Rygl M.¹, Vyhnanek M.¹, Pýchová M.¹, Mixa V.², Kynčl M.³

¹ Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN Motol Praha, Subkatedra dětské chirurgie IPVZ

² Klinika anesteziologie a resuscitace, UK 2. LF a FN Motol, Praha

³ Klinika zobrazovacích metod, 2. LF UK a FN Motol, Praha

Úvod: Plicní sekvestrace je vzácná plicní anomálie. Je definována jako okrsek plicní tkáně s vlastním cévním zásobením, který nekomunikuje s bronchiálním stromem.

Cíl práce: Retrospektivní analýza souboru pacientů léčených na pracovišti autorů pro plicní sekvestraci v období mezi lety 1996–2009. Data zahrnují klinický průběh, použité zobrazovací metody, typ chirurgické intervence, histopatologický nález upřesňující diagnózu, komplikace a dlouhodobé výsledky.

Výsledky: Ve sledovaném období bylo operováno celkem 11 pacientů (6 chlapců a 5 dívek) s plicní sekvestrací. Průměrný věk pacientů byl 10,9 roku (8 měsíců – 17,5 roku). Podezření na plicní anomálii bylo u všech pacientů vysloveno na základě rtg vyšetření. K potvrzení diagnózy bylo následně provedeno CT vyšetření. Chirurgickým řešením intralobární sekvestrace byla vždy lobektomie postiženého laloku, u extralobární sekvestrace pak odstranění anomálního laloku. Konečná diagnóza byla ověřena histologickým vyšetřením. Časná komplikace – akutní pooperační krvácení s nutností chirurgické revize se vyskytla v jednom případě. Pozdní komplikaci ve formě supradiaphragmatického abscesu jsme zaznamenali u jednoho pacienta, který je prezentován formou krátké kazuistiky.

Závěr: Na diagnózu plicní sekvestrace musí být pomýšleno u každého pacienta s recidivujícími respiračními infekty a perzistujícím abnormálním nálezem na rentgenovém vyšetření hrudníku. V diagnostice plicní sekvestrace je na prvním místě stále klasické CT vyšetření. V současné době lze použít CT – angio či NMR k objasnění lokalizace anomální zásobující cévy. NMR lze využít i v prenatální diagnostice plicních anomálií.

Současné výsledky a nové postupy operací atrézie jícnu

Šnajdauf J.¹, Rygl M.¹, Kuklová P.¹, Kalousová J.¹, Vyhnanek M.¹, Petrů O.¹, Mixa V.²

¹ Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN Motol Praha, Subkatedra dětské chirurgie IPVZ

² Klinika anesteziologie a resuscitace, UK 2. LF a FN Motol

Úvod: Cílem studie bylo zhodnotit morbiditu a mortalitu novorozenců s atrézií jícnu (AJ), zvláště u pacientů s atrézií jícnu s velkou vzdáleností pahýlů – long gap (AJ-LG) se zaměřením na chirurgické postupy zevní a vnitřní elongace jícnu.

Metodika: Retrospektivní studie dokumentace pacientů operovaných na Klinice dětské chirurgie FN Motol v letech 1992–2009. Atrézie jícnu byla definována jako long gap (LG), když vzdálenost pahýlů byla více než 3 cm nebo více než 2 obrátlová těla na rentgenovém snímku. Při AJ-LG bylo postupováno náhradou jícnu, odloženou anastomózou, vnitřní nebo zevní elongací pahýlů jícnu.

Výsledky: Z 237 novorozenců operovaných pro atrézii jícnu mělo dolní píštěl 212 (89,5 %), 63 mělo AJ-LG, bez píštěle 17, horní a dolní píštěl 2 děti a 6 dětí mělo H-typ píštěle. Primární anastomóza byla provedena u 161 pacientů, u 53 byla provedena v první době pouze resekce tracheo-ozofageální píštěle. Vnitřní elongace byla provedena u 19 pacientů, u šesti z nich došlo ke spontánní anastomóze. U dvou pacientů byla provedena pro extrémní vzdálenost pahýlů zevní elongace jícnu dle Fokera. U 33 dětí byla provedena náhrada jícnu žaludkem (5 bylo primárně operováno na jiném pracovišti).

Z chirurgických komplikací vznikla dehiscence anastomózy u 33 pacientů, striktura u 34 a recidiva píštěle u 12. Celkové přežití operovaných pacientů za sledované období je 92,8 %.

Závěr: Pro velkou vzdálenost pahýlů jícnu je nejvhodnější metodou primární anastomóza pod napětím. Další alternativou je odložená anastomóza s vnitřní nebo zevní elongací pahýlů jícnu. Založení krční ezofagostomie a gastrostomie s následnou náhradou jícnu je v současné době krajní alternativou v terapii atrézie jícnu.

Funkční vyšetření plic u nespolupracujících dětí po operaci brániční kýly

Kuklová P.¹, Rygl M.¹, Pýcha K.¹, Šulc J.², Straňák Z.³, Šnajdauf J.¹

¹ Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN Motol Praha, Subkatedra dětské chirurgie IPVZ

² Pediatrická klinika 2. LF UK a FN Motol Praha, Subkatedra dětské chirurgie IPVZ

³ Ústav pro matku a dítě, 3. LF UK v Praze

Cíl: Vrozená brániční kýla (congenital diaphragmatic hernia, CDH) je ve většině případů spojená s hypoplazií plic. V literatuře přetrvává nedostatek údajů o růstu a funkci plic v raném dětství po operaci CDH. Cílem pilotní studie bylo ověření nové techniky funkčních testů plic u nespolupracujících dětí do 3 let věku.

Metody a materiál: Vyšetření funkce plic bylo provedeno nově zavedenými technikami celotělové pletysmografie (bodyplethysmography, BP), analýzy klidového dechového vzoru (tidal breathing analysis, TBA) a rychlé torakální komprese (rapid thoracic compression, RTC), které umožňují stanovení plicních objemů a ukazatelů průchodnosti dýchacích cest již u nespolupracujících dětí s hmotností do 13 kg. Vyšetření byla prováděna v kombinované sedaci chloralhydrátem a midazolamem. Výskyt jednotlivých nálezů byl analyzován u 14 dětí po operaci CDH (věkové rozmezí 11–33 měsíců, váhové rozmezí 7,6–13 kg). Nálezy byly porovnány s perinatálními daty a klinickým stavem. Statistická analýza byla provedena přesným Fisherovým testem.

Výsledky: Funkční vyšetření plic metodou BP bylo úspěšně provedené u všech dětí (14/14), metodou TBA u 93 % (13/14) a pomocí RTC v 86 % (12/14). Testy prokázaly obstrukci dolních dýchacích cest u 64 % dětí (9/14), obstrukci horních nitrohruďných dýchacích cest u 50 % (7/14) a hyperinflaci plic v 64 % (9/14). Neprokázali jsme žádné restriktivní nálezy. Všechny měřené ukazatele byly normální u dvou dětí (14 %). Prokázali jsme statisticky významně vyšší plicní morbiditu u dětí s postnatální plicní hypertenzí ($P=0,0275$). Během vyšetření jsme nezaznamenali žádné komplikace.

Závěry: Uvedené funkční testy plic jsou proveditelnou a bezpečnou diagnostickou metodou pro stanovení funkce plic v raném dětství. Výsledky pilotní studie prokazují vyšší výskyt obstrukce dýchacích cest u malých dětí po operaci CDH.

Vliv chirurgického postupu na somatický vývoj dětí po operaci brániční kýly

Rygl M.¹, Kuklová P.², Zemková D.³, Pýcha K.², Šulc J.², Straňák Z.³, Šnajdauf J.¹

¹ Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN Motol Praha, Subkatedra dětské chirurgie IPVZ

² Pediatrická klinika 2. LF UK a FN Motol Praha

³ Ústav pro matku a dítě 3. LF UK v Praze

Cíl: Studie dlouhodobých výsledků po operaci brániční kýly (congenital diaphragmatic hernia, CDH) nebyly dosud cíleně zaměřeny na vliv rigidní záplaty (Gore-Tex) na vznik skeletálních deformit u rostoucího organismu. Cílem práce je posouzení rekonstrukce bránice syntetickou záplatou z hlediska dlouhodobého ovlivnění somatického vývoje dítěte.

Metody a materiál: Retrospektivně-prospektivní studie obsahující klinické, antropometrické a rtg vyšetření dětí po operaci CDH s posouzením deformit hrudníku, skoliózy a polohy bránice. Nálezby byly porovnány s údaji z operačního protokolu a klinickým stavem. Výskyt jednotlivých nálezů byl analyzován u 15 dětí po operaci CDH (věkové rozmezí 11–33 měsíců, váhové rozmezí 7,6–13 kg). Rekonstrukce bránice záplatou Gore-Tex byla provedena u 3 dětí ze souboru.

Výsledky: Výška dětí byla u 87 % (13/15) v populační normě včetně 3 dětí s Gore-Texem (průměr -0,32 SD; min -2 SD; max +1,2 SD). Dvacet procent dětí (3/15) bylo menšího vzrůstu ve srovnání s genetickým potenciálem rodičů. Hraniční podváhu jsme našli u 40 % (6/15) dětí (průměr -1,13SD; min -2,4 SD; max +0,4 SD), tři z nich byly po rekonstrukci s Gore-Tex záplatou. Významně nižší thorakální index jsme našli u 47 % (7/15) dětí (průměr -1,06 SD; min -3,1 SD; max +0,0 SD). Vpáčený hrudník 3. stupně jsme našli celkem u 3 dětí, u 2 po rekonstrukci s Gore-Tex záplatou. U žádného dítěte jsme nenalezli klinické či rtg známky skoliózy a hypoplazie operované poloviny hrudníku.

Závěry: Výsledky z limitovaného souboru pacientů neprokázaly jednoznačně negativní vliv syntetické záplaty na somatický vývoj dětí v prvních letech po operaci brániční kýly. Na vzniku vpáčeného hrudníku se může spolupodílet nejen plastika rozsáhlého defektu bránice, ale i vrozená hypoplazie plic.

Podpora grantu
NS10572-3/2009, GAUK 62809.

Primární hyperparathyreóza u dětí

Libánský P., Tvrdouň J., Adámek S.

3. Chirurgická klinika 1. LF UK

a FN Praha-Motol

Primární hyperparathyreóza představuje hyperfunkci jednoho nebo více zvětšených příštítných tělísek, která vede ke zvýšené produkci parathormonu, na kterém závisí hladina kalcia a fosfátu v séru. Jde o poruchu kalciového, fosfátového a kostního metabolismu, které vedou zejména k biochemickému, renálnímu a kostnímu syndromu.

Za předpokladu jednoznačné diagnózy primární hyperparathyreózy je indikována chirurgická léčba. Chirurgická léčba primární hyperparathyreózy je účinná, bezpečná a definitivní. Pooperační komplikace nejsou časté a mortalita je minimální.

V dětském věku je primární hyperparathyreóza velmi vzácná. Na naší klinice ji tvořilo pouze 10 dětských pacientů, tj. 1,27 % ze všech pacientů operovaných pro diagnózu primární hyperparathyreózy za posledních 14 let. V tomto souboru 10 pacientů se toto onemocnění projevovalo příznaky postižení močového systému, kostí a nespecifickými příznaky. Všechny operace proběhly bez závažných komplikací, pouze v jednom případě byla nutná reoperace pro ektopickou polohu tělíska. U dětí může představovat určitou technickou obtíž tkáň thymu, pokud překrývá štítnou žlázu, a atypické lokalizace příštítných tělísek.

Tracheoezofagální fistula

Dragula M.¹, Murgaš D.¹, Nosál S.², Molnár M.², Maťašová K.³, Bánovčin P.²

¹ Klinika dětské chirurgie JLF UK a FN Martin

² Klinika dětí a dorostu JLF UK a FN Martin

³ Neonatologická klinika JLF UK a FN Martin

Tracheoezofagová fistula (TEF) je vrozená alebo získaná komunikace mezi tracheou a ezofogom, která často vede k závažným a fatálním plicním komplikacím. V dětském věku sa TEF nejčastejšie vyskytuje v spojení s atreziou pažeráka. TEF bez atrezie pažeráka – tzv. „H-typ“ predstavuje asi 4 % prípadov anomálií pažeráka. Najväčším problémom chirurgickej liečby TEF je jej peroperačná identifikácia v tkanive, ktoré sa nachádza medzi pažerákom a tracheou. Autori vo svojej kazuistike demonštrujú, ako dôkladná predoperačná príprava a úzka interdisciplinárna spolupráca umožnili exaktne diagnostikovať a úspešne chirurgicky vyriešiť túto zriedkavú a život ohrožujúcu komplikáciu.

Dieťa z 1. fyziologickej gravidity sa narodilo per sectionem caesaream pre hroziacu hypoxiu plodu v 40. gestačnom týždni, pôrodná hmotnosť

3550 g, dĺžka 50 cm, Apgar 9/10. Po 36 hodinách došlo k rozvoju tachydyspnoe pri normokardii, sat. O₂ 95–98 %, bez nutnosti podávania kyslíka. Laboratórne vzostup CRP 24,2. Realizované bolo rtg vyšetrenie hrudníka s nálezom pneumonie vpravo. Začatá ATB liečba kombináciou Ampicilín + Gentamicín. Realizované kardiologické vyšetrenie so záverom VSD muskulárny 3,5 mm s LP skratom, PDA. Po celý čas má dieťa problémy s perorálnym príjmom. Dieťa sa prisalo s chuťou, následne začalo kašľať, vyskytovali sa opakované apnoické pauzy. Z uvedeného dôvodu bola zavedená NGS, kŕmenie cez NGS dieťa dobre tolerovalo. Za účelom vylúčenia prítomnosti tracheoezofagálnej fistuly bolo dieťa vo veku 17 dní preložené do MFN. Tu bolo realizované kontrastné rtg vyšetrenie pažeráka s kontinuálnym záznamom na angiograme, pri ktorom bola verifikovaná prítomnosť tracheoezofagálnej fistuly vo výške Th2–3. Ďalší diagnostický a terapeutický postup, jednotlivé kroky a možné alternatívy sa dohodli na zasadnutí multidisciplinárneho konzília za účasti špecialistov v obore pediatria, pediatrika intenzívna medicína, pediatrika anestézia, pediatrika otorinolaryngológia, pediatrika gastroenterológia a pediatrika chirurgia. Po dôkladnej predoperačnej príprave bolo v celkovej anestéze realizované bronchoskopické a ezofagoskopické vyšetrenie s nálezom TEF, do ktorej bol cez tracheu zavedený flexibilný nitinolový vodič a vytiahnutý cez pažerák z ústnej dutiny von. Následne v pokračujúcej anestézii bolo dieťa operované, TEF bola bezpečne identifikovaná a uzavretá. Pooperačný priebeh bol bez závažnejších komplikácií a dieťa mohlo byť na 13. pooperačný deň na plnom perorálnom príjme prepustené do ambulantnej starostlivosti.

TEF predstavuje zriedkavú (výskyt 1:100 000) potenciálne fatálnu vrozenú anomáliu, ktorej diagnostika a chirurgická liečba má mnohé úskalia. Predstavený prípad je dôkazom, že pri úzkej interdisciplinárnej spolupráci s kvalitným materiálno-technickým a personálnym zázemím je diagnostika rýchla, operácia bezpečná a výsledok veľmi dobrý.

Oboustranná vrozená brániční kýla – 2 kazuistiky s rozpravou

Pýchová M.¹, Pýcha K.¹, Straňák Z.², Melichar J.²

¹ Klinika dětské chirurgie FN Motol, UK,

2. LF a FN Motol, Praha

² Ústav pro matku a dítě, 3. LF UK v Praze

Úvod: Oboustranná brániční kýla je raritní vrozená malformace bránice s incidencí 1 %

všech bráničních kýl. Přežití těchto dětí závisí na přítomnosti dalších asociovaných vad a na stupni plicní hypoplazie a je v porovnání s jednostrannou brániční kýlou významně nižší (35 % versus 67 %; $P=0,01$).

Cíl: Prezentace dvou novorozenců s oboustrannou vrozenou agenezí bránice s rozpravou.

Metodika: Retrospektivní studie na základě zdravotnické dokumentace a osobních zkušeností s chirurgickou léčbou dětí s oboustrannou CDH.

Výsledky: Kazuistika č. 1: chlapec s prenatálně zjištěnou CDH (26. g.t), porod v 36. týdnu, porodní hmotnost 2350 g, Apgarové skóre 5-7-7. Po nekomplikované stabilizaci byl ve 20. hod. života operován. Při operaci byla nalezena oboustranná ageneze bránice. Provedli jsme rekonstrukci brá-

nice Gore-Texovou 1 mm membránou. Chlapec byl 6 měsíců plně ventilován, po založení tracheostomie se jej podařilo během 32 měsíců převést na spontánní ventilaci. V důsledku opakovaných hypoxií došlo k atrofii mozku s těžkou psychomotorickou retardací. V současnosti má trvalou tracheostomii, gastrostomii, váží 15,5 kg, měří 115 cm, s dýcháním větší potíže nemá.

Kazuistika č. 2: Chlapec s prenatálně zjištěnou CDH (33. g. t.), porod ve 40. týdnu záhlavím, porodní hmotnost 3120 g, iniciálně měl známky respirační insuficience na podkladě plicní hypertenze, byl oběhově nestabilní. Operace 2. den života – peroperačně byl nalezen oboustranný rozsáhlý defekt bránice s kýlním vakem. Vak resekován a defekt překryt Gore-Texovou záplatou.

Pro nemožnost extubace a spontánní ventilace byla založena trvalá tracheostomie, aniž by se respirační situace zlepšila. V dalším průběhu došlo těžké retardaci růstu plic a ve věku 6,5 měsíce dítě zemřelo.

Závěr: Dle literárních údajů nemusí oboustranná ageneze bránice (bez dalších asociovaných vrozených vad) být vždy smrtící malformace. Výsledek závisí: 1. na stupni plicní hypoplazie a plicní hypertenze, 2. na poměrech v oblasti vyústění hepatálních žil do dolní duté žíly, 3. na časném provedení tracheostomie tak, aby se předešlo epizodám hypoxemie a poškození CNS, 4. na rekonstrukci bránice, Gore-Tex je při správném použití vhodný materiál, a to i z dlouhodobého pohledu.

SEKCE SESTER DĚTSKÉ CHIRURGIE / SALONEK ANDROMEDA BLOK I.

Předsedající: Lehocká J., Jarcovjácová L. – čtvrtek / 29. 4. 2010 / 15.00–17.00

Ošetrovatelská péče u dětí se zevním fixátorem

Malá M., Příbylová I.

JIP KDCHOT, FN Brno

Léčba zlomenin dlouhých kostí prodělala dlouhý vývoj. V dávných dobách převažovala konzervativní léčba zlomenin, kdy byly zlomeniny fixovány pomocí dřevěných dlah a různých obvazů. To vedlo ke snížení mobility pacienta a následně k řadě komplikací. V mnoha případech končila léčba neúspěchem, nebo vytvořením paklobu. První pokusy o operační stabilizaci zlomenin osteosyntézou jsou zaznamenány již ve 12.–13. století. Zároveň s vývojem dlahových osteosyntéz probíhal i vývoj osteosyntéz pomocí zevních fixátorů. Velkou zásluhu ve vývoji má škola akademika Ilizarova z Kurganu, kde byly vyvinuty zevní fixátory. Ty se používají v malé obměně dodnes, spolu s dalšími fixátory nové generace. Osteosyntéza pomocí zevního fixátoru umožňuje brzkou mobilizaci operovaného, rychlejší rehabilitaci a usnadnění ošetrovatelské péče.

Ošetrovatelská péče o pacienta s extenzí

Pešková H.

Dětská chirurgie a traumatologie,
FN Na Bulovce, Praha

Hlavním tématem přednášky je ošetrovatelská péče o pacienta se zlomeninou stehenní kosti. Cílem práce je seznámit posluchače s kazuistikou novorozence léčeného pomocí náplastové extenze.

Klínování sádrového obvazu v konzervativní léčbě zlomenin bérce v dětském věku

Pavlicová M., Hošková P.

KDCHT ve FTNSP Praha

Úvod: Zlomeniny patří k častým úrazům v dětském věku. Na klinice dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK je ročně ošetřeno asi 2200 zlomenin. Vzhledem k remodelačním schopnostem dětského skeletu je převážná část těchto zlomenin stále léčena konzervativně. Operační řešení vyžaduje cca 10 % případů.

Základním prostředkem k fixaci naprosté většiny zlomenin je sádrový obvaz. V akutní fázi zlomeniny se přikládají nejprve sádrové dlahy, po odeznění edému (zpravidla po 2–3 dnech) se dotáčí sádrový obvaz cirkulárně. Ke korekci případných axiálních dislokací je možné využít metodu klínování. Jedná se o starou metodu, u dětí velmi vhodnou pro bezbolestnost, rychlost a bezpečnost. Může korigovat osovou dislokaci o 10–15 stupňů

a je využívána u zlomenin bérce, výjimečně pak u zlomenin předloktí.

Cíl: Seznámení s historií, teorií a praxí metody klínování sádrových obvazů; krátká kazuistika s demonstrací pracovního postupu.

Materiál: Soubor pacientů za rok 2008 – celkem bylo na klinice ošetřeno 2 145 zlomenin, výběr pacientů s použitím metody klínování sádrového obvazu a konkrétní péče a postup u vybraného pacienta.

Závěr: I přes moderní technologie současné traumatologie dětského věku je vhodné nezapomínat na byt staré, ale časem velmi osvědčené metody korekce fraktur po primárním ošetření sádrovým obvazem.

Ošetrovatelská péče o pacienta s diagnózou fraktura supracondylica humeri

Kučerová M., Schwanová S.

Klinika dětské chirurgie a traumatologie
3. LF a FTNSP v Praze

Úvod: Suprakondylická zlomenina je 3. nejčastější zlomenina dětského věku. Tato zlomenina, která se statisticky častěji vyskytuje u chlapců, může mít závažné následky, které malého pacienta mohou provázet i celý život. Velmi závažnou komplikací může být až vznik Compartment syndromu.

Cíl: Nastínit problematiku ošetrovatelské péče u suprakondylické zlomeniny, která bude prezentována na kazuistice u 4leté dívky hospitalizované na našem pracovišti společně se svou matkou.

Materiál: Na našem pracovišti se za rok 2008, v období získávání informací na tuto práci, odoperovalo 2 257 klientů a 2 145 pacientů bylo u nás hospitalizováno se zlomeninou či s luxací. Z toho 279 pacientů mělo frakturu humeru, 136 bylo suprakondylických zlomenin a z toho 71 pacientů bylo operovaných.

Závěr: Pacientka byla zdárně odoperována a byla jí poskytnuta maximální lékařská a sester- ská péče. Žádné komplikace spojeny s ošetro- vatelskou péčí nevznikly a dívka byla propuštěna do domácího ošetřování. Matka i pacientka byly s naší péčí spokojeny.

Ošetrovatelská péče o dětského pacienta se zlomeninou femuru a vzniklým kompartment syndromem

Milaberská P., Loužecká J.

KDCHT 3. LF UK a FTNsP Praha

Úvod: Jedním ze závažných problémů u zlomenin femuru je kompartment syndrom. Komplikuje primární léčbu, prodlužuje hospitalizaci a zpomaluje rehabilitaci.

Cíl: Seznámení se vznikem a vývojem kompartment syndromu u konkrétního pacienta, s komplexní ošetrovatelskou péčí a náročnou léčbou, která směřovala k záchraně končetiny i její funkce.

Materiál: Chorobopis pacienta. Problematika je demonstrována na případu 16letého pacienta s poraněním distální růstové chrupavky levého femuru. V den příjmu byla provedena osteosyntéza 2 Kirschnerovými dráty. Druhý den výrazně narostl otok stehna, na sále byla při měření intrafasciálního tlaku zjištěna zvýšená hodnota tkáňového tlaku v předním fasciálním loži stehna.

Závěr: Při každé zlomenině je třeba důsledně kontrolovat u postižené končetiny prokrvení, barvu, cití, otok a bolest. Při jakékoliv změně lokálního klinického nálezu je třeba ihned informovat lékaře. Vždy je třeba na kompartment syndrom myslet a u končetin, fixovaných sádrovým obvazem, obvaz povolit!

VAC THERAPIE

Fitzová Z., Šlampařová K.

Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, FN Brno

Princip použití VAC terapie. Její použití při léčbě hlubokých traumatických ran.

Kazuistika: 14letý pacient po těžkém traumatu dolních končetin s následnou amputací PDK. Při léčbě byl použit i VAC systém pro urychlení hojení hlubokých ran na levé dolní končetině.

Závěr: Zhodnocení léčby VAC terapií a celkový stav pacienta s odstupem tří měsíců od úrazu.

Traumatická poranění hrudníku

Uhlířová A., Luklová M.

Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, FN Brno

Cíl: Poukázat na možná rizika traumatu hrudníku se zaměřením na odlišnosti dětského věku. Po obecném úvodu prezentovat tuto problematiku kazuistikou u konkrétního pacienta s poraněním hrudníku.

Pacient: 4,5letý chlapec byl přimáčkut kombajnem na valník. Na JIP byl přivezen RLP. Během převozu byl při vědomí, udával bolest při dýchání a stěžoval si na bolest břicha, rtg vyšetření břicha a hrudníku bylo bez zjevné patologie. UZ břicha rovněž bez patologického nálezu. Během dvou dnů došlo k výrazné dušnosti. Pacient byl přeložen na DARO na UPV, po stabilizaci stavu transferován zpět na naše oddělení, odkud byl po deseti dnech přeložen na standardní oddělení.

Závěr: Následky poranění, které se v časném stadiu po úrazu nejeví jako závažné, se mohou během hodin zkomplikovat. Bylo naším cílem tuto problematiku prezentovat. Kazuistikou se nám tento cíl podařilo splnit.

Ošetrovatelská péče u kojence se spikou levého femuru

Stejskalová K.

Dětská chirurgie a traumatologie JIP, FN Na Bulovce, Praha

Fraktura femuru patří mezi závažný typ úrazu u dětí. Nejčastější příznaky jsou zkrácení DK, porucha růstu DK a hybnosti. Cílem léčby je snaha o rychlé a dokonalé zhojení poraněných tkání bez výskytu častých i pozdních komplikací. Tato kazuistika pojednává o ošetrovatelské péči u kojence se spikou levého femuru po pádu z náruče otce.

Ošetrovatelská péče u dítěte s kraniocerebrálním poraněním

Poláková J., Hřebeková V., Šedivka O.

Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF a FTNsP v Praze, Jednotka intenzivní a resuscitační péče

Úvod: Kraniocerebrální poranění zůstává závažným medicínským a sociálně-ekonomickým problémem, je jednou z nejčastějších příčin dětské mortality a nejčastější příčinou získaného neurologického postižení a poruch psychického vývoje. Z 80 % je součástí polytraumatu. Náhlý úder do hlavy působí rychlý pohyb lbi a mozku, který je poraněn o okolní struktury lbi, falxu a tentoria, může dojít k poranění cévních struktur. Výsledkem je krvácení nebo poranění parenchymu v místě úderu nebo v protilehlých partiích mozku – tzv. countercoup.

Cíl: Prezentace kazuistiky komplexní ošetrovatelské péče u závažného kraniocerebrálního poranění.

Materiál: Na našem oddělení jsme v loňském roce hospitalizovali celkem 39 poraněných pacientů s ISS na 16, z toho 11 pacientů s izolovaným kraniocerebrálním poraněním a 9 pacientů s kraniocerebrálním poraněním v rámci polytraumatu.

Závěr: Navzdory závažnosti poranění s dlouhodobou neuroresuscitační péčí a závažnými komplikacemi se podařilo chlapce navrátit do normálního života. Při ošetrovatelské péči byl úspěšně použit koncept bazální stimulace. Velmi důležitá, vzhledem k jazykové bariéře, byla i přítomnost matky.

Ošetrovatelská péče o pacienty po laparoskopické operaci pylorostenózy

Králová M., Pospíšilová M.

Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, FN Brno

- Pylorostenosis congenita
- Klinické příznaky
- Diagnostika
- Terapie
- Předoperační péče
- Pooperační péče
- Výhody laparoskopického řešení

Miniinvazivní chirurgie v dětském věku – léčba NPB

Nováková S., Wasserbauerová E.,

Slívová I., Mazur M.

Chirurgická klinika – pracoviště dětské chirurgie – FN Ostrava-Poruba

V práci je prezentován způsob léčby invaginace v dětském věku v současnosti. Výhody miniinvazivní chirurgie.

POSTERY

Léčba komplikací po rekonstrukčních výkonech pro karcinom v proximální části GIT – kazuistické sdělení

Hrabalová M., Bohanes T., Dlouhý M., Aujeský R., Vrba R., Neoral Č.

I. chirurgická klinika FN Olomouc

Úvod: Operační výkony na úrovni proximální části GIT – jícen a žaludek – mohou být doprovázeny ryze chirurgickými komplikacemi, jako jsou dehiscence v anastomóze a krvácení, nebo komplikacemi, které vyplývají z rizikovitosti výkonu, jeho načasování, délce, pooperační péči, kondici nemocného, případně jeho komorbidit.

Závěr: U obou nemocných jsme v léčbě komplikací postupovali konzervativně – drenáží hrudníku za hospitalizace na chirurgické JIP, což zahrnovalo průběžnou monitoraci stavu vědomí, oběhových a dechových funkcí, balancování minerálního a vodního metabolismu, substituci nutrice a průběžnou monitoraci aktuální mikrobiální situace s cílenou antimikrobiální terapií.

Analýza transplantačního registru FN Olomouc z hlediska výskytu kožních malignit

Kalinová L.¹, Váchalová M.¹, Vavříková L.², Krejčí K.³, Bachleda P.¹

¹ II. chirurgická klinika, FN Olomouc

² Klinika chorob kožních a pohlavních, FN Olomouc

³ III. interní klinika, FN Olomouc

Transplantace ledvin je metodou volby terapie renálního selhání u vybrané skupiny populace. V posledních dekádách došlo ke značnému zlepšení krátkodobých výsledků transplantací, z dlouhodobého hlediska je však osud transplantovaných ledvin i jejich příjemců nejistý. Vedle kardiovaskulárních chorob jsou u nemocných s funkčním štěpem stále častěji diagnostikována nádorová onemocnění. Kožní nádory představují nejčastější formu nově vzniklých nádorů po transplantaci ledviny. Z literatury je známo, že se u transplantovaných objevují o desetiletí dříve než u jejich vrstevníků bez imunosuprese a liší se také svým chováním. Tuto skutečnost jsme potvrdili podrobnou analýzou dat transplantačního centra Olomouc. Ze 611 sledovaných pacientů, kteří podstoupili transplantaci ledviny v letech 1986–2008, jsme výskyt kožního nádoru zjistili celkem v 59 případech. U 56 (9,16 %) nemocných

se jednalo o nemelanomový kožní karcinom (NMSC), 2 (0,32 %) pacienti byli léčeni pro maligní melanom (MM), v jednom případě (0,16 %) byl diagnostikován Merkelův karcinom. Kaposiho sarkom se v našem souboru pacientů po transplantaci nevyskytl. V příspěvku prezentujeme srovnání našich výsledků s údaji z literatury a také porovnání s obecnou populací České republiky, kde pro NMSC prokazujeme vyšší relativní riziko (pro věkovou skupinu 50–54 let RR=17,32; CI: 8,75–34,28; pro věkovou skupinu 60–64 let RR=10,63; CI: 6,1–18,53, p=0,005), dále prokazujeme signifikantně vyšší rekurenci nádorů (p=0,006) při srovnání s kontrolní skupinou pacientů bez imunosuprese. Záchyt Merkelova karcinomu je pojat jako kazuistika pacienta s nápadně rychlou progresí onemocnění. Sumarizaci faktů v závěru sdělení apelujeme na diskuzi ohledně screeningu kožních nádorů v populaci transplantovaných nemocných.

Výsledky chirurgické terapie u karcinomu žaludku na I. chirurgické klinice (2005–2009)

Vrba R., Neoral Č., Aujeský R., Malý T.

I. chirurgická klinika FN Olomouc

Cíl práce: Autoři prezentují výsledky chirurgické resekční léčby u karcinomu žaludku.

Materiál a metodika: Na I. chirurgické klinice bylo za posledních pět let celkově operováno 149 nemocných s diagnózou karcinomu žaludku. V sestavě bylo zastoupeno 92 (62 %) mužů a 57 (38 %) žen s průměrným věkem 61 let. Totální a subtotální gastrektomie s D2 lymfadenektomií byla provedena u 121 (81 %) nemocných. U 28 (19 %) pacientů byla provedena explorace nebo paliativní výkon pro lokálně inoperabilní nebo generalizovaný karcinom. Operace byly zahájeny diagnostickou laparoskopií, pokud nebyla nalezena kontraindikace výkonu, byla provedena konverze. Resekční a rekonstrukční fáze byla u všech pacientů provedena klasickým způsobem. Dominantním výkonem byla totální gastrektomie s omentektomií, splenektomií a lymfadenektomií v rozsahu D2, celkem byla provedena u 109 (90 %) nemocných. Subtotální gastrektomie s omentektomií a D2 lymfadenektomií byla indikována u 12 (10 %) pacientů. Splenektomie byla připojena individuálně, dle lokalizace tumoru a postižení lymfatických uzlin. V případě, že byla indikována totální gastrektomie, byla vždy pasáž obnovena ezofagojejunoanastomózou s J-pouchem konstruovaného

z jejunu s využitím Rouxovy kličky. U subtotální gastrektomie byla pasáž obnovena zvykle gastrojejunoanastomózou na Rouxovu kličku.

Výsledky: V uvedené sestavě bylo v pooperačním období 90 % nemocných bez komplikací. Průměrný počet vyšetřených uzlin po lymfadenektomii byl na našem pracovišti 17. Rozmezí počtu resekovaných uzlin se pohybovalo od 6 do 35 lymfatických uzlin. Komplikace jsme nejčastěji zaznamenali u 8 (7 %) nemocných pístů v ezofagojejunoanastomóze. Dalšími komplikacemi byli subfrenický absces a ileózní stav. V delším časovém horizontu od operačního výkonu jsme prokázali u dvou pacientů hernii v jizvě a strikturu ezofagojejunoanastomózy. Ve dvou případech po operaci došlo k exitu nemocných na podkladě kardiorepiračního selhání. Mortalita 1,6 % a morbidita 10 % našeho souboru nemocných se pohybovala pod čísly referovanými v literárních zdrojích.

Závěr: Radikální chirurgický výkon s lymfadenektomií v rozsahu D2 je jedinou možností kurativní terapie u nemocných s karcinomem žaludku. Na našem pracovišti preferujeme klasický operační způsob, z resekčních výkonů dominuje totální gastrektomie s využitím rezervoáru z tenké kličky k obnovení pasáže zažívacího traktu. V rukou zkušeného operátora jde o bezpečný chirurgický výkon, při kterém by mortalita a morbidita pacientů neměla překročit udávaná čísla v odborné literatuře.

Karcinom žaludku – komplikace chirurgické léčby a jejich terapie

Vrba R., Neoral Č., Aujeský R., Malý T.

I. chirurgická klinika FN Olomouc

Cíl: Autoři se ve svém sdělení zabývají výskytem a léčbou komplikací chirurgické terapie karcinomu žaludku.

Materiál a metodika: Na I. chirurgické klinice bylo za posledních pět let operováno celkem 149 nemocných s diagnózou karcinomu žaludku. Radikální resekční výkon byl proveden u 121 nemocných. Horní polární resekce žaludku byla provedena u 7 pacientů. Paliativní výkon nebo exploraci podstoupilo 21 pacientů.

Výsledky: V pooperačním období jsme u 116 (90 %) nemocných po resekčním výkonu nezaznamenali žádnou komplikaci. Nejčastější komplikace v našem souboru byla píst v ezofagojejunoanastomóze, která byla prokázána celkem u 8 (7,3 %) nemocných. V jednom přípa-

dě (0,8%) byla prokázána píštěl v oblasti slepě uzavřeného pahýlu duodena. Konzervativní parenterální terapie byla u většiny nemocných úspěšná. Z dalších komplikací jsme v našem souboru zaznamenali dvakrát subfrenický absces. U jedné nemocné (0,8%) byla 30. den od primární operace provedena adhezeolýza pro adhezivní ileus.

V delším časovém horizontu bylo 119 (94%) pacientů bez komplikací. Z pozdních komplikací jsme v našem souboru zaznamenali dvakrát hernii v jizvě (1,6%) a u dvou pacientů strikturu ezofagojejunoanastomózy (1,8%). Hernie v jizvě byla v obou případech řešena plastikou s využitím sítky. Strikтуры ezofagojejunoanastomózy byly s efektem dilatovány vysokotlakým balonem.

Nemocniční morbidita operovaných pacientů byla 10%, mortalita 1,6%. V sestavě nemocných jsme zaznamenali u jednoho pacienta exitus 8. den od operace na hepatorenální selhání při cirhóze jater. Další nemocný exitoval 54. pooperační den na následky respiračního selhání s ARDS syndromem při dehiscenci ezofagojejunoanastomózy.

Závěr: V referované sestavě byly zaznamenány některé typické komplikace operovaných nemocných pro karcinom žaludku. Procento jejich výskytu se u našich nemocných pohybovalo pod hranicí čísel publikovaných v odborné literatuře. Komplikace nelze zcela eliminovat u žádného operačního výkonu, jejich výskyt nemusí mít pro nemocné fatální následky, pokud jsou léčeni podle správného terapeutického algoritmu.

PET/CT v diagnostice tumorů pankreatu

Kysučan J.¹, Havlík R.¹, Loveček M.¹, Klos D.¹, Koranda P.², Buriánková E.², Vomáčková K.¹, Neoral Č.¹

¹ I. chirurgická klinika FN Olomouc

² Klinika nukleární medicíny FN Olomouc

Úvod: Léčba tumorů pankreatu je interdisciplinární, nicméně jedinou potenciálně kurativní metodou nadále zůstává radikální chirurgická resekce. Předoperační staging je prováděn standardními vyšetřovacími metodami jako kontrastní spirální CT, ultrasonografie, endo-ultrasonografie, ERCP. Bohužel i po extenzivním předoperačním vyšetření pouze malá část nemocných je vhodná k radikální resekci, u ostatních je peroperačně zjištěna lokální pokročilost nebo generalizace choroby. Implementace 18F-FDG PET/CT do vyšetřovacího algoritmu zjednodušuje a zpřesňuje staging karcinomu pankreatu.

Materiál a metody: V posledních 2 letech bylo u 119 nemocných se suspektní lézí pankreatu vyšetřených standardními metodami provedeno také PET/CT. Sledována byla poté eventuální shoda či neshoda PET/CT nálezů s peroperačními nálezy a definitivní histologií v TNM modalitách.

Výsledky: 45 nemocných nebylo indikováno k chirurgickému výkonu z důvodu lokální pokročilosti nebo generalizace choroby či vyloučení malignity. 74 pacientů bylo operováno, v této skupině bylo dosaženo téměř 70% kompletní shody ve sledovaných datech. Senzitivita v detekci nádoru pankreatu dosáhla 93,3%, specifita byla 100%.

Závěr: PET/CT je vysoce senzitivní a specifická metoda v detekci tumorů pankreatu. Dle našich výsledků začlenění PET/CT do vyšetřovacího algoritmu významně zlepšuje diagnostiku a staging choroby. Hlavní výhodu vidíme v lepším výběru nemocných, kteří nejsou vhodní k radikální resekci a jinak by podstoupili nesprávně indikovanou chirurgickou exploraci, což přináší benefit pro nemocné a má také nezanedbatelný ekonomický dopad.

Burkittův lymfom jako příčina NPB – kazuistika

Chudáček J., Klos D., Halama J., Malý T., Neoral Č.

I. chirurgická klinika FN Olomouc

Autoři prezentují kazuistiku, kdy se akutní hematologické onemocnění manifestovalo jako náhlá příhoda břicha. Burkittův lymfom patří mezi extrémně rychle proliferující maligní onemocnění. Je považováno za první nádorové onemocnění, u něhož byla prokázána souvislost s virovou infekcí. U tohoto onemocnění je v léčbě indikována vysokodávková chemoterapie s autologní nebo alogenní transplantací kostní dřeně, po které může dojít až k vymizení onemocnění. Kazuistika ukazuje, že ne vždy lze považovat akutní chirurgickou intervenci za metodu první volby při terapii NPB.

Chirurgická problematika léčby chronického traumatického hemotoraxu

Chudáček J., Bohanes T., Szkorupa M., Klein J., Neoral Č.

I. chirurgická klinika FN Olomouc

Hrudník patří jednoznačně mezi nejčastěji poraněnou část lidského těla. Velice často dochází k výlevu krve do pohrudniční dutiny. Praktické

zkušenosti ukazují, že dosavadní výsledky léčby subakutního a chronického hemotoraxu nejsou vždy optimální. Proto autoři v tomto posteru doporučují optimální způsob intervence a jejího timingu, které jsou klíčové pro zajištění pokud možno nekomplikovaného průběhu.

Mukokéla appendixu – kazuistika

Chudáček J., Aujeský R., Neoral Č., Bohanes T., Malý T., Halama J.

I. chirurgická klinika FN Olomouc

Mukokéla appendixu jsou řazeny mezi vzácnější choroby. Neexistuje jednotná příčina jejich vzniku. Stanovení jasné diagnózy může být obtížné, ale je důležité, především u maligních forem choroby. Zde nesmíme zapomenout také na možnost synchronního nebo metachronního výskytu benigních nebo maligních tumorů ostatních partií tlustého střeva. Z toho důvodu je provedení kolonoskopie při diagnóze cystadenomu nebo cystadenokarcinomu appendixu povinností. Většinou se zjistí jako náhodný nález. Proto poukazujeme na případ nemocného, který utrpěl úraz břicha a byl hospitalizován na traumatologickém pracovišti. Pro nejasný nález na CT vyšetření byla provedena diagnostická laparoskopie s nálezem mukokély appendixu.

Solitární fibrózní tumor pleurální dutiny

Szkorupa M., Bohanes T., Klein J., Neoral Č., Chudáček J.

I. chirurgická klinika LF UP a FN Olomouc

Autoři prezentují problematiku solitárních fibrózních tumorů pleury, většinou benigních nádorů, dosahujících však poměrně často značných rozměrů. Na konkrétních kazuistikách poukazují na specifika chirurgické léčby těchto nádorů.

Možnosti transanální endoskopické mikrochirurgie

Starý L., Vysloužil K., Klementa I., Zbořil P., Skalický P., Švach I., Neoral Č.

I. chirurgická klinika FN Olomouc

Cíl: Zhodnotit naše více než 7leté zkušenosti s transanální endoskopickou mikrochirurgickou technikou (TEM).

Materiál a metoda: Autoři prospektivně hodnotí soubor 393 nemocných operovaných metodou TEM.

Výsledky: Ze souboru 393 nemocných bylo 371 (94%) pacientů indikováno k výkonu

pro tumor rekta a z toho 82 pro maligní nádor. U 9 nemocných byla provedena plastika stenózy rekta a u 5 drenáž perirektální tekutinové kolekce. 4 pacienti podstoupili operační výkon pro krvácení z tumoru rekta a 4 nemocným byla odstraněna vředová léze z rekta. Komplikace v souboru nemocných s maligním či benigním nádorem rekta nastaly v 21 (6%) případech. U 10 nemocných se jednalo o krvácení, 3 pacienti byli revidováni pro peritonitidu při dehiscenci intraabdominální sutury střeva po transmurální resekci, periprotální absces se vytvořil 5 nemocným, rektovaginální píštěl jsme zaznamenali ve 3 případech. Pooperační mortalita byla nulová.

Závěr: Transanální endoskopická mikrochirurgie se zařadila mezi standardní léčebné postupy. V onkochirurgii časných stadií tumorů rekta je rovnocennou alternativou konvenční chirurgie s výhodou minimální morbidita, mortalita, pooperačních komplikací, sexuálních a urologických poruch. To však ale platí za přísného respektování indikačních kritérií se zachováním zásad radikality resekce.

Chopartova amputace v léčbě ischemie dolní končetiny

Navrátil K.

Klinika transplantací chirurgie IKEM, Praha

Chopartova amputace zpravidla není doporučována k léčbě pokročilé ischemie dolní končetiny. Na předloženém souboru 13 pacientů demonstrujeme, že i tato metoda amputace přednoží může být pro pacienta přínosem a v některých ohledech, zejména v otázce rehabilitace, může poskytnout lepší výsledky než amputace v bérce. Předpokladem dobrého zhojení pahýlu je důsledná tenolýza Achillovy šlachy a pooperační imobilizace končetiny.

Je vhodné používat somatostatin a jeho deriváty v prevenci pankreatické píštěle při operacích pankreatu?

Čečka F., Jon B., Ferko A., Šubrt Z.

Chirurgická klinika FN Hradec Králové

Úvod: Nejzávažnější komplikací v chirurgii pankreatu je vznik pankreatické píštěle. Myšlenka podávání somatostatinu nebo jeho derivátů po operaci pankreatu ke snížení frekvence pankreatické píštěle se poprvé objevila před 30 lety, nicméně využití somatostatinu v této indikaci je stále kontroverzní. Cílem

této práce je shrnout dostupné poznatky o somatostatinu a jeho derivátech v prevenci pankreatické píštěle v elektivní pankreatické chirurgii.

Metoda: Provedli jsme literární řešení, hledali jsme randomizované studie a metaanalýzy, které se zabývají touto problematikou.

Výsledky: V literatuře jsme identifikovali 11 randomizovaných studií, které mají více než 50 pacientů. Jejich výsledky jsou nejednoznačné a často i protichůdné, to je způsobeno mimo jiné různými metodikami studií, různými operačními výkony na pankreatu a různými definicemi pankreatické píštěle. Dále jsme identifikovali 5 metaanalýz, které vycházejí z uvedených randomizovaných studií, v přehledu diskutujeme jejich výsledky.

Závěr: Rutinní podávání somatostatinu a jeho derivátů při operacích pankreatu není doporučováno. Spíše se doporučuje selektivní podání v případech, kdy je vyšší riziko vzniku pankreatické píštěle.

Strategie terapie karcinomu jícnu na základě PET-CT vyšetření

Vomáček K.¹, Neoral Č.¹, Auješky R.¹, Vrba R.¹, Formánek T.²

¹ I. chirurgická klinika FN Olomouc

² Onkologická klinika FN Olomouc

Cíl práce: Posouzení významu PET-CT při stanovení přesného stagingu onemocnění a strategii terapie u karcinomu jícnu.

Materiál a metodika: Na I. chirurgické klinice bylo od roku 2006 vyšetřeno PET-CT celkem 138 nemocných s karcinomem jícnu. Autoři analyzují přínos vyšetření ke stanovení stagingu onemocnění a strategii léčby. K vyloučení generalizace základního onemocnění je PET-CT vyšetření provedeno primárně u všech nemocných s karcinomem jícnu. U nemocných po neoadjuvantní onkologické terapii indikujeme kontrolní PET-CT, pokud je zaznamenána progresse onemocnění, chirurgická léčba není indikována.

Výsledky: Ze sestavy nemocných nebyla u 98 pacientů pomocí PET-CT zjištěna generalizace onemocnění. Celkem 77 pacientů prodělalo neoadjuvantní radiochemoterapii, u zbylých 21 nemocných byla onkologická léčba kontraindikována pro jejich celkově špatný stav. Chirurgickou resekcí léčbu exstirpaci jícnu podstoupilo 53 pacientů. Chirurgická léčba nebyla indikována u 16 nemocných, u kterých byla při kontrolním PET-CT vyšetření prokázána generalizace onemocnění do vzdálených

lymfatických uzlin nebo lokální progresse nádoru. V 8 případech u karcinomu krčního jícnu s kompletní odezvou na onkologickou léčbu nebyl výkon indikován, nemocní byli dispenzarizováni. U 40 nemocných byla primárním PET-CT vyšetřením prokázána generalizace onemocnění. Pacienti byli indikováni k paliativní onkologické léčbě.

Závěr: Ke zlepšení nelichotivých výsledků v terapii karcinomu jícnu vede správně stanovené stadium onemocnění před zahájením náročné terapie. Vhodná metoda volby je PET-CT vyšetření, které včas detekuje generalizaci onemocnění a umožní provádět náročnou terapii pouze u indikovaných pacientů.

Práce je dedikována grantu:

Přínos PET-CT k diagnostice karcinomu jícnu

IGA grant NS9622-3/20008

Blokáda frenického nervu při řešení protrahovaného vzduchového úniku po plicní resekci

Bohanes T.¹, Gabrhelík T.², Szkorupa M.¹, Klein J.¹, Neoral Č.¹, Chudáček J.¹

¹ I. chirurgická klinika LF UP a FN Olomouc

² Klinika anesteziologie a resuscitace LF UP a FN Olomouc

Protrahovaný vzduchový únik patří mezi relativně časté komplikace plicních resekcí. Zvláště se s ním setkáváme v situaci, kdy existuje relativní nepoměr mezi velikostí pleurální dutiny a schopností zbylého plicního parenchymu hyperinflaci vyplnit celou pleurální dutinu. Blokáda frenického nervu lokálním anestetikem, aplikovaným pomocí perineurálně zavedeného katétru, vede k paréze a elevaci bránice, a tím k redukci objemu pleurální dutiny, což usnadňuje zhojení defektů plicní tkáně, způsobujících vzduchový únik.

Autoři na souboru pacientů popisují zkušenosti s touto metodou, která je jednou z metod volby při řešení protrahovaného vzduchového úniku u indikovaných případů.

Výhody kolického pouche u nízkých resekcí rekta

Halama J., Klos D., Malý T., Neoral Č.

I. chirurgická klinika LF UP a FN Olomouc

Ve svém sdělení prezentují autoři na souboru pacientů výhody konstrukce kolického pouche u nemocných po nízké resekci rekta. Pouch nabízí lepší komfort ve vyprazdňování, zejména v prvních letech po operaci.

Komplikované odstranění cizího tělesa z prsu po core cut biopsii

Švach I.¹, Zlámalová N.¹, Houserková D.¹, Spáčilová K.², Bárta E.³, Neoral Č.¹

¹ I. chirurgická klinika LF UP a FN Olomouc

² Radiologická klinika LF UP a FN Olomouc

³ Radiologická klinika FN Praha-Bulovka

SCR MG u 49leté asymptomatické ženy, nově mikrokalcifikace vlevo, BI RADS 4a.

Při pokusu zavést mikrokclip po biopsii došlo k ulomení plastového zavaděče v délce asi 1,5 cm, který zůstal v prsu. Mikrokclip se nepodařilo zavést. Patrná reziduální mikrokalcifikace.

Lokalizace zavaděče pod ultrazvukovou kontrolou pigmentem – ulomený zavaděč se při operaci nenašel. Po operaci proběhly mastitidy. Subjektivně stesky pacientky – mastodynie.

Konzultace několika pracovišť, kde od operace ustupovali. Pacientka byla přeložena zpět na naše pracoviště, kde MG a USG vyšetření bylo bez nálezu zavaděče, pouze pooperační a pozánětlivé změny. Konzultace pracoviště Bulovka v Praze, kde bylo pod MRI provedeno zaměření zavaděče, ten byl označen klipem.

Zde proběhla reoperace pod stereotaxi drátem a extrakce zavaděče, histologie mikrokalcifikací – negativní stran malignity.

Iatrogénna lézia nervus ulnaris pri perkutánnej osteosyntéze

Sýkora Ľ., Trnka J.

Klinika detskej chirurgie LF UK Bratislava

Abstrakt nedodán.

Príspevok k zlomeninám femuru dojčiat a batoliat

Jäger R., Sýkora Ľ., Béder I., Cingel V.

Klinika detskej chirurgie LF UK Bratislava

Abstrakt nedodán.

Naše skúsenosti s laparoskopickou dezinagináciou po neúspešnom konzervatívnom postupe

Cingel V., Babala J., Hobza P., Tvrdoň I.,

Duchaj B., Jäger R., Trnka J.

Klinika detskej chirurgie LF UK Bratislava

Abstrakt nedodán.

Torze žlučníku – vzácný případ NPB u 9letého chlapce

Štěpán V.¹, Zíman P.²

¹ Chirurgické oddělení, Šumperská nemocnice a.s.

² Chirurgická ambulance, Lékařský dům Šumperk

Torze žlučníku je vzácnou příčinou náhlé příhody břicha u dětí. Nepodcenění anamnestických údajů společně s klinickým nálezem doplněným o sonografické vyšetření břicha by mělo vést k rychlému stanovení diagnózy a časnému operačnímu řešení, které zabrání fatálním důsledkům gangrény žlučníku s biliární peritonitidou.

Riziko kolorektálního karcinomu v terénu ulcerózní kolitidy

Klementa I.¹, Skalický P.¹, Vysloužil K.¹,

Starý L.¹, Zbořil P.¹, Vornáčková K.¹,

Klementa B.², Konečný M.³

¹ I. chirurgická klinika FN Olomouc

² Klinika anesteziologie a resuscitace FN Olomouc

³ II. interní klinika FN Olomouc

Souhrn: Kolorektální karcinom v terénu ulcerózní kolitidy je dle literatury prokázán v resektách v průměru u 5 % nemocných. V našem souboru 82 nemocných operovaných za období 2000–2009 jsme malignitu prokázali u 9 z 82 nemocných (11 %). U dvou mladých nemocných byl peroperační nález – inoperabilní generalizovaný karcinom. Vyšší výskyt malignity v našem souboru jistě souvisí s nedůslednou dispenzarizací těchto nemocných spádovými gastroenterology.

Přínos e-learningu ve výuce chirurgie

Skalický P., Zbořil P., Vysloužil K.,

Klementa I., Starý L.

I. chirurgická klinika LF UP a FN Olomouc

Úvod: E-learning označuje využití počítačů ve vzdělávání. Mezi jeho hlavní výhody, v porovnání s tradičními metodami vzdělávání, patří možnost volby studenta ohledně místa, času a náplně výuky. Autoři popisují vytvoření moderních výukových materiálů chirurgie na bázi e-learningu (chirurgická propedeutika,

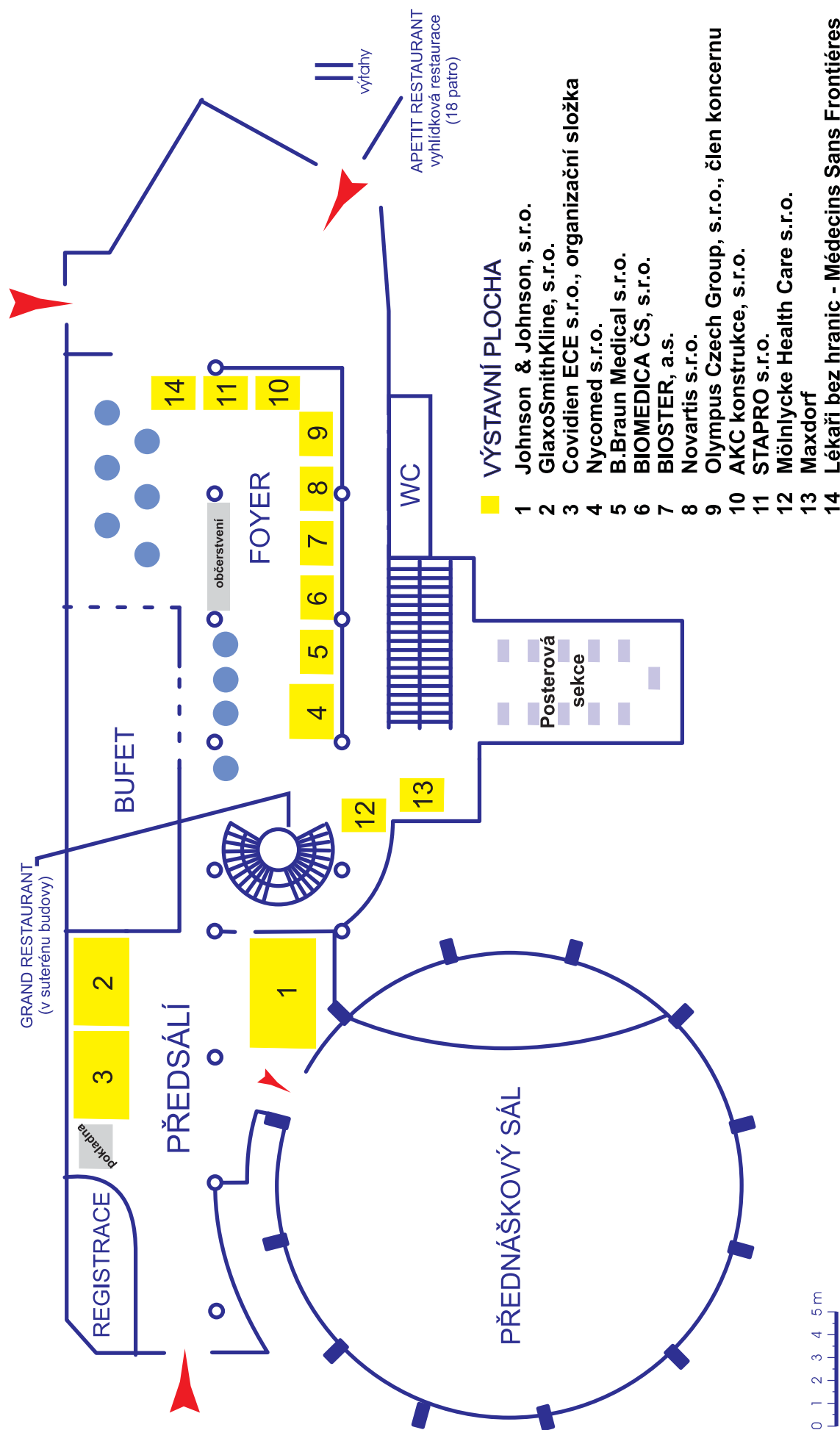
koloproktologie, akutní stavy v chirurgii) a vyhodnocení jejich vlivu na kvalitu výuky a úroveň znalostí studentů.

Metodika: Výzkum byl proveden na skupině 47 studentů 6. ročníku všeobecného lékařství LF UP v Olomouci ve školním roce 2006/2007, kontrolní skupinu tvořilo 45 studentů školního roku 2003/2004, kteří absolvovali prezenční výuku chirurgie v délce 8 týdnů standardním způsobem. K objektivnímu zhodnocení byl u všech studentů proveden vstupní a závěrečný test chirurgických znalostí. Kromě toho provedli studenti obou skupin evaluaci studia pomocí standardizovaných písemných dotazníků.

Výsledky: Autoři prokázali lepší hodnocení kvality výukových materiálů a vyšší efektivitu studia ve skupině e-learningové výuky. Naproti tomu však nebyl zjištěn statistický rozdíl mezi skupinami v hodnocení dostupnosti výukových materiálů, zvýšení zájmu o chirurgii a frekvenci vyhledávání dalších odborných informací na internetu (např. v medicínských databázích). V obou skupinách studentů bylo zaznamenáno vyšší bodové hodnocení v závěrečném testu proti vstupnímu, nárůst činí ve skupině e-learningu $8,4 \pm 4,7$ bodů, v kontrolní skupině $7,6 \pm 5,3$ bodů. Statisticky signifikantní rozdíl v úrovni znalostí mezi sledovanou a kontrolní skupinou studentů prokázán nebyl.

Závěr: Provedený výzkum ukázal, že moderní výukový prostředek telemedicíny – e-learning, může zvýšit kvalitu výuky chirurgie studentů lékařských fakult.

Rozmístění vystavovatelů na vzdělávací akci **XXIII. PETŘIVALSKÉHO RAPANTŮV DEN** **a 56. MEZINÁRODNÍ KONGRES ČESKÝCH A SLOVENSKÝCH DĚTSKÝCH CHIRURGŮ** 29. – 30. 4. 2010, REGIONÁLNÍ CENTRUM OLOMOUČ



XXIII.



PETŘIVALSKÉHO–RAPANTŮV DEN

a 56. MEZINÁRODNÍ KONGRES
ČESKÝCH A SLOVENSKÝCH DĚTSKÝCH CHIRURGŮ

29.–30. 4. 2010 / OLMOUC <http://chirkongres.wz.cz>

GENERÁLNÍ PARTNER

Johnson & Johnson

HLAVNÍ PARTNEŘI



PARTNEŘI

AKC konstrukce, s.r.o.

B.Braun Medical s.r.o.

BIOSTER, a.s.

BIOMEDICA ČS, s.r.o.

Lékaři bez hranic - Médecins Sans

Frontières

Mölnlycke Health Care, s.r.o.

Novartis s.r.o.

Nycomed s.r.o.

Olympus Czech Group, s.r.o.

STAPRO s. r. o.

ROCHE s.r.o.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

SOLE
MEDICAL EDUCATION



GRADA

portál

maxdorf

FLORENCE
ČASOPIS MODERNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ

**MEDICAL
TRIBUNE**

POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU



Společnost Johnson&Johnson, s.r.o.
si Vás dovoluje pozvat na sympozium

ŠETRná PRÁCE S TKÁNĚMI

ENERGIE A HEMOSTÁZA NA OPERAČNÍM SÁLE

Program sympozia:

Efektivní řešení hemostázy v praxi z pohledu chirurga a instrumentářky.

Doc. MUDr. Tomáš Skalický, PhD. a kolektiv, FN Plzeň

Harmonický skalpel a důležité postupy v jeho přípravě na chirurgický výkon. Využití lokálních hemostatik.

Vlasta Pospíšilová, vrchní sestra operačních sálů FN Olomouc

Praktická část:

Novinky na vlastní oči vlastníma rukama.

Hemostatika a Harmonický skalpel

Místo a čas konání:

Regionální centrum Olomouc

SÁL PERSEUS

29. dubna 2010, 16:45 – 17:45

Za Johnson&Johnson, s.r.o. se těšíme na viděnou.

ETHICON
a Johnson & Johnson company



ETHICON ENDO-SURGERY
a Johnson & Johnson company