



# Kongres sekce mladých chirurgů České chirurgické společnosti ČLS JEP Seč 16.–17. 6. 2022

## **ERAS v chirurgii**

1. ERAS 3.0
2. Vliv předoperační přípravy střeva perorálními antibiotiky na komplikace elektivní laparoskopické a otevřené operace pravostranného tračnicku (Grolich T)
3. ERAS – výskyt a rizikové faktory vzniku pooperačního ileu (Kocián P)
4. Prehabilitace – naše praktické zkušenosti (Čureček R)
5. Korekce anemie v předoperační přípravě (Olšák D)
6. Příprava pacienta před operací karcinomu hrubého čeva – naše zkušenosti (Kukučka M)
7. Chirurgické aspekty správného vyvedení stómie u pacientov s kolorektálním karcinómom (Bernadič M)

## **Náhlé příhody břišní**

8. Meckelův divertikl jako vzácná příčina ileózního stavu (Hráček T)
9. Asymptomatická penetrace žaludečního vředu do slinivky břišní manifestující se jako tumor (Macan P)
10. Invaginace u dospělého pacienta jako vzácná příčina náhlé příhody břišní (Tomyak I)
11. Gangréna žaludku jako komplikace hiátové hernie (Lipavská M)
12. Uskřínutá vnitřní kýla – raritní náhlá příhoda břišní (Mazura V)
13. Ischemická komplikace po HPDE (Kočišová T)
14. Přitažlivá střeva – kazuistika (Lisková K)
15. Spontánní ruptura jater (Štefanová H)
16. Difúzní purulentní peritonitis (Klímová L)

## **Varia – Traumatologie**

17. Kazuistika – komplikace po dlahové osteosyntéze klíční kosti (Ošťádal M)
18. Péče o fraktury hlezna (Sysel D)
19. Poranění sleziny – možnosti intervenční radiologie (Kriváček J)
20. „Missing talus“ – traumatická extruze talu – kazuistika (Král M)
21. „Saddle horn injury“ – poranění pánve při jízdě na koni – kazuistika (Uhrin A)
22. Divertikulitida jejuny a její komplikace vyžadující akutní chirurgické řešení (Baliarová D)
23. Komplikace operační léčby Dupuytrenovy kontraktury (Brychcí O)
24. Využití NPWT v paliativní chirurgické léčbě exulcerovaného karcinomu prsu – kazuistika (Jurkovič A)

## **Herniologie, uzávěr laparotomie**

25. Choosing RIGHT operation and doing it RIGHT matters: From Lap IPOM to Hernia Sac Flap (De Beaux A)
26. Paradigmata u operací tříselné kýly – je naše praxe up-to-date a známe své výsledky? (Paseka T)
27. Perineální kýla – operace s využitím laloku přímého břišního svalu (Bocková M)
28. Humanitární chirurgie kýl (Bystřický P)
29. Inkarcerace objemné Morgagniho hernie – kazuistika, diagnostika a možnosti léčby (Svoboda M)
30. IPOM, výhody/nevýhody a zkušenosti (Bušovská V)
31. Cysta Nuckova kanálu (Bártová M)
32. EHS (East B)

## **IBD pacient – nenechám se zaskočit**

33. Přehledová přednáška IBD (Šerclová Z)
34. Mezikličkový absces jako komplikace Crohnovy choroby a jeho management (Lengálová M)
35. Na dno abscesu a ještě dál – management perianální Crohnovy nemoci (Tremetrová A)
36. Apendicitida – neshvěď vše na Crohna (Tesařová M)
37. Rozsáhlé periproktální abscesy s rozvojem sepse u pacienta s IBD (Doleček R)
38. Komplexní chirurgická léčba, včetně akutní, u nemocného s Crohnovou nemocí (Havlová K)
39. Omentální torze jako vzácná příčina bolestí v pravém subkostálním prostoru – kazuistika (Micenko T)

## Varia – covid

40. Výsledky léčby zlomenin proximálního femuru u pacientů operovaných u nás v letech 2017– 2021, vliv covid pandemie (Vinter L)
41. Vliv pandemie covid-19 na operace kýl ve Fakultní nemocnici v Motole (Jíšová B)
42. Zemřel s covidem, nebo na covid? (Toupal O)
43. Antimikrobiální krytí StopBac v péči o chirurgické rány (Drozd J)
44. Možnosti rekonstrukce skeletu bérce po ztrátovém poranění dolní končetiny (Holoubek J)
45. The difficult path to correct diagnosis of hepatolithiasis: A case report (Patij J)

## Válečná chirurgie

46. Válečná chirurgie (Šubrt Z)

## Onkochirurgie

47. Pooperační komplikace v léčbě karcinomatózy peritonea – CRS a HIPEC (Riško J)
48. Krvácení z jaterních nádorů jako vzácné příčiny náhlé příhody břišní (2016–2021) (Fichtl J)
49. Karcinom žaludku bez histologické verifikace – diagnosticko-terapeutický challenge? (Ochmanová P)
50. Hybridní ezofagektomie pro karcinom jícnu (Hlaváčová L)
51. Resekce tenké střevy pro metastázy maligního melanomu (Vyhnánková B)
52. Chirurgická léčba retroperitoneálních sarkómů (Jurík M)
53. Benigně vyhlížející rezistence...? (sarkom) (Kadlecová N)
54. Experimentální model imunodeficientní myši s lidským karcinomem pankreatu pro studium optimálních terapeutických režimů (Sychra T)

## Traumatologie

55. Suprakondylické zlomeniny humeru v dětském věku a jejich komplikace (Merkl T)
56. Zadní luxace ramenního kloubu – méně časté a snadno přehlédnutelné poranění (Dokoupil O)
57. Poranění pankreatu v dětském věku – retrospektivní studie našeho postupu za poslední 25 let (Zeinedine O)
58. Musíme vždy operovat bodná poranění břicha? (Boštík P, Janichová K)
59. Střelné thorakoabdominální polytrauma s vážným poraněním jater, ledviny a plic u mladé ženy (Mach C)
60. Chronické ruptury bránice po tupém traumatu hrudníku – 2 kazuistiky (Skála M)
61. Traumacentrum – trochu jiná stáž (Doňa P)

## Kolorektální chirurgie

62. Endosponge – „miniinvazivní“ léčba anastomotického leaku (Dosoudil M)
63. Využití ICG k preoperačnímu zobrazení ureter při kolorektálních resekcích (Potrusil M)
64. Odvrácená strana TaTME – kazuistika a naše zkušenosti (Sehnálek J)
65. Perianální absces jako primomanifestace adenokarcinomu rekta (Dvořáková K)
66. Zavádění cizích těles do konečníku – kazuistika (Cvachová P)
67. Cesta k robotické chirurgii – tréninkový program (Kalvach J)
68. Limity robotické chirurgie v ČR? Miniinvazivní chirurgie u onkologických i benigních onemocnění (Pažin J)

## Kvalita péče a vzdělávání v chirurgii

69. Evropská atestace (Oliverius M)
70. Audit a zkvalitnění chirurgické péče – koníček, nebo povinnost? (Ryska O)
71. Anketa o vzdělání (Grolich T)
72. Shrnutí činnosti CHSP a běžící i plánované vzdělávací programy (Bystřický P)
73. Shrnutí činnosti sekce Ženy v chirurgii (East B)
74. Nabídka kurzů Aesculap (Hroudá T)

## Cévní a hrudní chirurgie

75. Význam stabilizace hrudní stěny při zlomeninách žeber (Gregořík M)
76. Hepatic segmental arterial anatomy: Variations and clinical correlations (Whitley A)
77. Tepenný allograft jako náhrada recidivujícího pseudoaneurysmatu v pravém třísele (Pluchová M)
78. Masivní nitrohruďní krvácení jako komplikace plicního parenchymového krvácení a antikoagulační léčby plicní embolizace při covid-19 (Šebek J)
79. Salmonelová mykotická aneurysmata (Rule J)
80. Hluboká žilní trombóza pánevních žil v šestinedělí – kazuistika (Schwarz L)
81. AV shunty a jejich komplikace (Ježková P)

# ERAS v chirurgii

## 1. ERAS 3.0

### van Dielen F

Department of Surgery, Maxima Medical Center, Netherlands

## 2. Vliv předoperační přípravy střeva perorálními antibiotiky na komplikace elektivní laparoskopické a otevřené operace pravostranného tračnicku.

### Grolich T, Schorová D, Kunovský L, Kala Z

Chirurgická klinika, Fakultní nemocnice Brno, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity

**Cíle:** Role předoperační mechanické přípravy střeva (MBP) je diskutována od 70. let 20. století spolu s cestami Enhanced Recovery After Surgery (ERAS). Vliv na pooperační komplikace, zejména v kombinaci s předoperačními perorálními antibiotiky (ATB), zůstává klinicky významným tématem ovlivňujícím morbiditu i mortalitu. Naším cílem bylo zhodnotit míru pooperačních komplikací u elektivní chirurgie pravého kolon na našem pracovišti, kterým byla předoperačně podávána perorální antibiotika v rámci přípravy střeva.

**Metody:** Retrospektivně jsme analyzovali elektivní operace provedené ve Fakultní nemocnici Brno (leden 2019 – prosinec 2020) včetně laparoskopicky asistovaných i otevřených pravostranných hemikolektomií, ileocekálních resekcí a destomizací s tvorbou ileokolické anastomózy. Byly shromážděny demografické údaje, indikace k operaci a četnost chirurgických komplikací (SSI, leak z anastomózy, ileus, infekce Clostridium difficile) (Tab. 1).

Tab. 1

Demografie	ATB (n=35)	no ATB (n=35)
<b>Ženy/Muži</b>	37 %/62 %	49 %/51 %
Věk (median)	48,8	51,4
Nekuřák/Kuřák	79 %/21 %	63 %/37 %
Diabetik Ano/Ne	90 %/10 %	91 %/9 %
ASA I	6 %	12 %
II	66 %	41 %
III	23 %	44 %
IV	6 %	3 %
BMI <18,5	11 %	3 %
18,5–24,9	37 %	44 %
25,0–29,9	29 %	32 %
>30	23 %	21 %
Karcinom	29 %	63 %
IBD	71 %	34 %
Benigní dg.	0 %	3 %
Laparoskopie	63 %	57 %
Otevřený výkon	31 %	43 %
Konverze	6 %	0 %
Polyethylen glykol MBP	69 %	9 %
Magnezium sulfát MBP	31 %	91 %

**Výsledky:** Po vyloučení akutních pacientů jsme vybrali 70 pacientů, kteří dostali mechanickou preparaci střev, buď polyetylen glykol (PEG), nebo síran hořečnatý (Mg) den před operací. Všichni pacienti dostávali standardní chirurgickou profylaxi ve formě jedné dávky intravenózních antibiotik podle místní ATB politiky. Pacienti ve skupině s p.o. ATB dostávali den před operací neomycin+Metronidazol. Z celkového počtu 70 pacientů mělo 21 (30 %) pacientů alespoň 1 chirurgickou komplikaci. Ve skupině ATB se komplikace vyskytly v 7 (20 %) případech, 3 pacienti byli reoperováni. Ve skupině bez ATB byly komplikace zjištěny u 14 (40 %), 7 pacientů se vrátilo na operační sál (*p* hodnota 0,11 a 0,15). Komplikace souhrnně viz Tab. 2.

**Závěr:** I když nebyl statistický rozdíl v četnosti komplikací mezi ATB a žádnou ATB skupinou, prokázali jsme jasný trend, že komplikace jsou častější, pokud nebyla podávána perorální antibiotika, zejména v případě SSI. Navíc infekce *Clostridium difficile* jako častý argument proti užívání ATB nebyla podložena našimi zjištěními. Celková míra komplikací byla nižší ve skupině ATB, což dokazuje, že jejich použití je bezpečné. Pro dosažení statistického rozdílu předpokládáme nutnost větší kohorty.

**Tab. 2**

Komplikace	ATB (n=35)	no ATB (n=35)	<i>p</i> value
SSI (povrchová, hluboká)			
drenáž a nebo resutura v LA	0	4 (11 %)	0,11
drenáž a nebo resutura v CA	1 (3 %)	1 (3 %)	1,00
SSI orgánově specifická			
konzervativní léčba	0	0	1,00
drenáž pod CT	1 (3 %)	0	1,00
drenáž v CA	1 (3 %)	3 (9 %)	0,61
Anastomotický leak			
grade A	0	0	
grade B	0	0	
grade C	0	2 (6 %)	0,23
Ileus			
konzervativní léčba	4 (11 %)	5 (14 %)	
operační revize	1 (3 %)	5 (14 %)	0,19
<i>Clostridium difficile</i> infekce	0	2 (6 %)	0,49

### 3. ERAS – výskyt a rizikové faktory vzniku pooperačního ileu

**Kocián P, Bocková M, Vjaclovský M, Pazdírek F, Stolz A**

Chirurgická klinika 2. LF UK a Fakultní nemocnice Motol, Praha

**Úvod:** I přes úspěšnou implementaci ERAS – enhanced recovery after surgery – protokolu zůstává paralytický ileus významnou příčinou pooperační morbidit, prodlužuje délku hospitalizace a zvyšuje náklady na léčbu. Cílem studie bylo zhodnotit výskyt a rizikové faktory vzniku paralytického ileu u pacientů podstupujících plánovaný resekční výkon na tlustém střevě a konečniku v rámci ERAS protokolu.

**Metody:** Retrospektivně byly analyzovány údaje získané z prospektivně vedené databáze všech elektivních kolorektálních resekcí provedených na našem pracovišti od roku 2017 do roku 2021. Tyto údaje zahrnovaly základní charakteristiky pacientů, údaje o operačních výkonech, jednotlivá doporučení ERAS protokolu, 30denní pooperační morbiditu, délku hospitalizace a 30denní rehospitalizaci. Pomocí univariantské analýzy (Fisherův test, Studentův t-test) byl hodnocen význam jednotlivých faktorů ve vztahu ke vzniku paralytického ileu. Identifikované faktory s *p*-hodnotou <0,05 byly následně testovány multivariantskou analýzou.

**Výsledky:** Do studie bylo zařazeno celkem 515 pacientů, z toho 66 pacientů (12,8 %) mělo paralytický ileus. Minimálně invazivní přístup – laparoskopické/robotické resekcce – a časná mobilizace byly identifikovány jako nezávislé protektivní faktory. Velká břišní operace v anamnéze a pravostranná hemikolektomie naopak jako nezávislé rizikové faktory. **Závěr:** Paralytický ileus v kolorektální chirurgii je častou komplikací, a to i na pracovištích s úspěšně implementovaným ERAS protokolem. Znalost rizikových faktorů může napomoci včasné diagnostice paralytického ileu a zlepšení výsledků operační léčby.

## **4. Prehabilitace – naše praktické zkušenosti**

**Čureček R, Slováček R**

Chirurgické oddělení Vsetínské nemocnice, a. s., Nemocnice Vsetín

Operační zákrok představuje pro pacienta významnou stresovou událost. Dobře připravený pacient operační stres lépe zvládne. Proces posílení funkční kapacity jedince se nazývá prehabilitace. Naším cílem je předoperačně nalézt pacienty, kteří budou z předoperační přípravy profitovat. Je otázkou, kdo má tuto péči zajišťovat (indikující chirurg, onkolog, internista, praktický lékař, anesteziolog, nutricionista). Na našem pracovišti zajišťují prehabilitaci chirurgové. Funkční rezervy pacienta předoperačně zjišťujeme stanovením metabolického ekvivalentu. Dle stanovené hodnoty je jednotlivým pacientům doporučen individuální předoperační plán (chůze, rotoped, cvičení imobilních pacientů, RHB oddělení). Doba potřebná k navýšení funkční kapacity je 2–4 týdny. Praktické provedení přípravy je demonstrováno na kazuistice pacienta po resekci colon sigmoidei s rozvojem břišní katastrofy (intenzivní nutriční příprava, navyšující se tělesná zátěž, měření nárůstu svalové hmoty, definitivní operační výkon).

## **5. Korekce anemie v předoperační přípravě**

**Olšák D**

## **6. Příprava pacienta před operací karcinomu hrubého čeva – naše zkušenosti**

**Kukučka M**

## **7. Chirurgické aspekty správného vyvedení stómie u pacientov s kolorektálním karcinómom**

**Bernadič M, Jurík M, Novotná N, Kula D**

Klinika chirurgické onkológie, Národný onkologický ústav, Bratislava

Vyvedenie stómie u pacienta je bez ohľadu na indikáciu operačného riešenia traumatizujúca udalosť. V prípade vyvedenia akejkoľvek stómie je nutné dodržanie presne definovaných chirurgických postupov k dosiahnutiu najlepšieho možného výsledku pre pacienta vzhľadom na jeho základné ochorenie, možnosti ošetrovania stómie a predpokladaný čas ponechania stómie. Anatomické predispozície pacienta často znemožňujú dodržanie klasického postupu a preto je nutná adaptácia na individuálne aspekty jednotlivca.

Pacient s kolorektálnym karcinómom sa so stórou stretáva pri zabezpečení pasáže pri stenotickom tumore pred neo-adjuvantnou liečbou, pri indikácii k vyvedeniu stómie pri resekčnom výkone a v neposlednom rade pri riešení možných komplikácií v ďalšom priebehu, prípadne v paliatívnej onkochirurgii.

Správne vyvedenie stómie u pacientov s kolorektálnym karcinómom predpokladá definíciu chirurgického postupu, ozrejmienie potenciálnych rizík, komplikácií a modifikácií jednotlivých postupov. Na uvedené aspekty poukazujeme v tejto prednáške.

*Kľúčové slová:* kolorektálny karcinóm, stómia, kolostómia, paliatívna onkochirurgia

# Náhlé příhody břšní

## 8. Meckelův divertikl jako vzácná příčina ileózního stavu

Hráček T, Benešová D, Gürlich R

Chirurgická klinika FN Královské Vinohrady

*Úvod:* Meckelův divertikl je pravý divertikl tenkého střeva, který se vyskytuje u cca 2 % populace a vzniká jako pozůstatek embryonálního vývoje po zániku ductus omphaloentericus. Poprvé byl popsán německým lékařem J. F. Meckelem roku 1809. V naprosté většině je jeho přítomnost asymptomatická. Pokud je jeho výskyt symptomatický, může se projevovat nespecifickými bolestmi břicha, ve sliznici divertiklu se mohou vyskytovat buňky produkující chlorovodíkovou kyselinu, která na okolních kličkách vede ke vzniku vředové choroby. Velmi vzácně může Meckelův divertikl vést i k ileóznímu stavu.

*Kazuistika:* 39letý pacient byl vyšetřen na chirurgické ambulanci pro již recidivující křečovitě bolesti břicha, zvracení a zástavu pasáže. Při příjmu dle USG dilatace střevních kliček, na NSB obraz ileu tenkých kliček, v laboratoři leukocytóza 19,4. Pro klinické a radiologické známky ileózního stavu byl pacient přijat k operačnímu řešení. Peroperačně bylo zjištěno, že příčinou ileózního stavu byl volvulus ilea na podkladě objemného Meckelova divertiklu. Byla provedena klínovitá resekce se suturou ilea. Pacient byl dimittován po 7 dnech bez pooperačních komplikací.

*Závěr:* Meckelův divertikl je velmi vzácnou příčinou ileu tenkého střeva, ale mělo by na něj být myšleno u každého pacienta s ileem tenkého střeva bez předchozí abdominální operace.

## 9. Asymptomatická penetrace žaludečního vředu do slinivky břšní manifestující se jako tumor

Macan P

## 10. Invaginace u dospělého pacienta jako vzácná příčina náhlé příhody břšní

Tomyak I, Lukáš D, Gürlich R

Chirurgická klinika FN Královské Vinohrady

*Úvod:* Střevní invaginace v dospělosti je poměrně vzácná a diagnosticky náročná záležitost. Invaginace v dospělém věku reprezentuje dle literatury 1–5 % invaginací. Vzhledem k nízké incidenci případů invaginace v dospělé populaci jsou zkušenosti řady chirurgů v léčbě a diagnostice malé. Nejčastěji se prokazuje invaginace na tenkém střevě, případně v oblasti ileocékálního přechodu, vzácněji pak v oblasti tlustého střeva. Příčina je většinou organická – benigní tumory, polypy, divertikly nebo maligní tumory. Bohužel klinika střevní invaginace v dospělosti není specifická, a proto diagnostika není jednoduchá, nejčastěji dominuje bolest břicha, můžou být příznaky ileózního stavu. Využití CT v diagnostice výrazně zvýšilo detekci intususcepce obzvláště u asymptomatických a tranzitorních typů. Na předkládaném případě bychom rádi prezentovali úskalí diagnostiky a základní principy léčby u pacientky s invaginací tenkého střeva.

*Kazuistika:* Žena, 42 let s hypofunkcí štítné žlázy, po bariatrické operaci žaludku před 6 lety, vyšetřena na chirurgické poliklinice pro 5 dnů bolesti břicha v pravém hypogastriu, bylo provedeno USG břicha, kde nález suspektní invaginace tenkých kliček. Následně pacientka odeslána na chirurgickou kliniku FNKV, kde pacientka klinicky bez zn. poruchy pasáže, dominují intermitentní křečovitě bolesti břicha posledních 5 dnů. Doplněno CT břicha, nález invaginace v oblasti jejuno-ileálního přechodu. Laboratorně leukocytóza 12,9, bez elevace CRP. Pacientka hospitalizovaná na chirurgické klinice, kde byla zahájena RTG pasáž, která prošla, ale trvají intermitentní bolesti břicha, proto pacientka indikovaná k revizi. Provedena laparoskopická revize dutiny břšní s nálezem invaginace na přechodu jejunum a ileum, provedena laparoskopicky asistovaná resekce úseku s invaginací s EE anastomózou. Pacientka 5. den propuštěna bez potíží. Histologicky: resekát tenkého střeva s ložiskem fibrotizovaného lipomu mezenteria nebo fibrotizovaného epiploického apendixu, o desmoid ani GIST se nejedná. V současné době je pacientka bez obtíží, bez poruch pasáže, zhojena per primam.

## 11. Gangréna žaludku jako komplikace hiátové hernie

Lipavská M, Biath P

Chirurgické oddělení, Krajská nemocnice Liberec

Prezentujeme kazuistiku 26leté ženy, která ležela na našem oddělení chirurgie v 4/2021 pro gangrénu žaludku jako komplikace brániční hernie. Jsou popsány komplikace jak předoperační, typu tenzního pneumotoraxu při perforaci žaludku, tak pooperační, u již vstupně kachektické pacientky. Součástí je srovnání s dostupnou literaturou.

## 12. Uskřinutá vnitřní kýla – raritní náhlá příhoda břšní

Mazura V

Chirurgická klinika FN Hradec Králové a LF UK Hradec Králové

Kazuistika pojednává o vzácné příčině náhlé příhody břšní. Uskřinutá vnitřní kýla způsobila strangulaci úseku tenkého střeva. Prezentace zahrnuje celý proces od diagnostiky přes operační nález po následnou léčbu pacientky. Součástí jsou CT snímky a fotografie operačního nálezu.

## 13. Ischemické komplikace při resekcích hlavy pankreatu – stenóza truncus coeliacus

Kočišová T, Záruba P, Havlová K, Pohnán R

Ústřední vojenská nemocnice, Praha, Česká republika

Ischemické komplikace jsou významnou příčinou morbiditu u pacientů po resekcích hlavy pankreatu. Stenóza truncus coeliacus představovala tradičně kontraindikaci pankreatoduodenektomie.

Prezentujeme pacientku s adenokarcinomem hlavy pankreatu indikovanou k pankreatoduodenektomii při současné hemodynamicky významné stenóze truncus coeliacus. Navzdory uvolnění tepny z komprese ligamentum arcuatum medianum byla první pooperační den zaznamenána elevace jaterních testů a stoupající hodnota laktátu. Endovaskulární angioplastika vedla k výraznému zlepšení radiologického nálezu, rychlé normalizaci laboratorních hodnot a nekomplikovanému dalšímu pooperačnímu průběhu.

Chceme poukázat na důležitost multidisciplinárního přístupu v oblasti hepatopankreatobiliární chirurgie i na nutnost předcházení a časného rozpoznání ischemických komplikací s přehledem diagnostických a terapeutických možností.

## 14. Přitažlivá střeva – kazuistika

Lisková K, Horák Z, Kasík M

Oddělení dětské chirurgie, Pardubická nemocnice, NPK, a. s.

*Úvod:* Většina spolknutých cizích těles projde trávicím traktem bez nutnosti chirurgické intervence, avšak magnety spolknuté ve větším počtu mohou zapříčinit závažné komplikace.

*Kazuistika:* Prezentujeme případ dvouleté dívky, se kterou rodiče přišli na vyšetření kvůli tři dny trvajícím zvracení a bolestem břicha. Prvotní vyšetření směřovalo v diferenciální diagnostice spíše ke gastritidě. Při kontrole čtvrtý den od počátku obtíží byl ultrazvukem zobrazen difúzní meteorismus GIT, širší stěna colon descendens a kličky jejunu s obleněnou peristaltikou. Byla doporučena hospitalizace k observaci a došetření, která nebyla akceptována. Pátý den od začátku obtíží se však pacientka dostavila znovu kvůli zvracení tmavě zeleného obsahu. Byl proveden nativní snímek břicha pro podezření na ileózní stav, kde byl odhalen prstenek kuliček v pravém mezogastriu s obrazem incipientní poruchy pasáže. Pacientka indikována k chirurgické revizi. Po otevření dutiny břšní byly odhaleny kličky tenkého střeva fixované antimezenteriální stranou na dvou místech s hmatným prstencem cizího tělesa uvnitř. Přihojení v okolí svědčilo pro dlouhodobý průběh. Příčinou akutního ileózního stavu však bylo uskřinutí jiné části střeva ve vnitřní kýle vzniklé pod propojenými kličkami. Čtyři defekty ve stěně střeva po odstranění dvaceti magnetických kuliček byly přešity suturou ve dvou řadách, po uvolnění bylo střevo v celé délce vitální bez nutnosti resekce.

*Závěr:* Vzhledem k časté absenci anamnestických údajů o pozření cizího tělesa dětmi je v diferenciální diagnostice bolestí břicha nutno pomýšlet i na tuto možnost. Při pozření dvou a více magnetů může přitahování přes stěnu trávicího traktu způsobit komplikace vyžadující chirurgickou intervenci. Mechanismem rozvoje náhlé příhody břšní nemusí být pouze perforace, ale i vnitřní kýla vzniklá mezi kličkami spojenými magnety.

## **15. Spontánní ruptura jater**

**Štefanová H, Kasík M, Sákra L**

Chirurgická klinika, Nemocnice Pardubického kraje, a. s.

Spontánní ruptura jater je vzácnou a život ohrožující příčinou hemoperitonea. Nejčastěji jsou jí ohroženy těhotné ženy s HELLP syndromem, ale může k ní dojít i při jiných onemocněních jater, eventuálně i izolovaně. Základem léčby je operační ošetření krvácení – často v režimu damage control surgery.

*Kazuistika:* Prezentace případu 47leté, jinak zdravé ženy s BMI 47 s CT verifikovaným hemoperitoneem a rupturou jater.

*Keywords:* hemoperitoneum, spontánní ruptura jater, damage control surgery

## **16. Difuzní purulentní peritonitis**

**Klímová L, Kubincová L, Sákra L**

Chirurgická klinika, Nemocnice Pardubice, Nemocnice Pardubického kraje, a. s.

Difuzní purulentní peritonitis je závažnou komplikací, která se může rozvinout na základě jiného primárního onemocnění břišní dutiny. Jedná se o komplikaci zatíženou vysokou morbiditou i mortalitou. Významným faktorem v úspěchu léčby je včasná diagnostika primární příčiny.

Kazuistika prezentuje případ 66leté ženy, trpící chronicky VCHGD, s pětidenní anamnézou bolestí břicha a zvracením, CT nálezem pneumoperitonea v epigastriu, velkým množstvím volné tekutiny a s peritoneálním drážděním difuzně. Perforační náhlá příhoda břišní na horním GIT?



# Varia – Traumatologie

## 17. Komplikace po dlahové osteosyntéze klíční kosti – kazuistika

Ošťádal M

Traumatologická klinika Fakultní nemocnice Olomouc

*Úvod:* Zlomeniny klíční kosti tvoří 2,6–4 % všech zlomenin, se kterými se setkáváme na urgentním příjmu, a patří tak mezi poměrně běžné úrazy. Průměrný věk pacientů s touto diagnózou je 35 let. Nejčastěji dochází ke zlomenině ve střední 1/3 kosti s tříštivou zónou, která vyžaduje otevřenou repozici a osteosyntézu. Akutní komplikace způsobené jednak charakterem zlomeniny, nebo nesprávnou operační technikou mohou zahrnovat pneumotorax, cévní poranění, poranění brachiálního plexu a thoracic outlet syndrom. Tato kazuistika pojednává o pacientovi, u kterého došlo po dlahové osteosyntéze k lézi brachiálního plexu.

*Kazuistika:* 63letý pacient po pádu z kola přišel na urgentní příjem s bolestí a omezením hybnosti pravého ramene. Vstupně bez neurovaskulárního deficitu. V důsledku tříštivé a dislokované zlomeniny klíční kosti pacienta jsme pacienta indikovali následující den k osteosyntéze. Výkon i pooperační období byly bez komplikací a pacient byl propuštěn do ambulantní péče. Po 10 dnech udával počínající parestezie prstů, které se postupně zhoršovaly. Po 10 týdnech progredovalo i omezení hybnosti v lokti a byla patrna atrofie flexorů lokte. Na EMG bylo objektivizováno těžké poškození brachiálního plexu. Nejvíce byl poškozený n. musculocutaneus, horní porce n. medianus, méně i n. radialis, zatímco n. axilarix zůstal intaktní. Mezitím byla započata rehabilitace s elektrostimulací doplněná suplementací B komplexu, ale bez efektu. Na kontrolním CT a MRI nebyl nalezen objektivní důvod těchto potíží. Po 3,5 měsíce od výkonu došlo postupně k ústupu potíží a spontánní úpravě stavu ad integrum.

*Závěr:* Poškození brachiálního plexu u zlomenin klíční kosti je vzácnou komplikací a ve světové literatuře jsou popsány pouze jednotky případů. Většina autorů popisuje útlak brachiálního plexu hypertrofickým svalkem nebo sekundární dislokací zlomeniny. Iatrogenní poškození operátorem způsobuje nejvýše 1,5 % komplikací. V našem případě se jednalo pravděpodobně o organizující se hematoma v místě zlomeniny, který vedl k útlaku nervové pleteně. Pokud se po operaci klíční kosti objeví symptomatologie léze brachiálního plexu, je vhodné nejdříve začít s rehabilitací a suplementací B komplexu. Poslední možností je potom chirurgická revize zlomeniny.

## 18. Péče o fraktury hlezna

Sysel D

Traumatologie, Krajská nemocnice Liberec

Cílem přednášky je poskytnout základní informace o fr. hlezna, osvětlit jejich management léčby a využití CT kontroly před i po operaci.

## 19. Poranění sleziny – možnosti intervenční radiologie

Kriváček J

Traumatologická klinika FN Olomouc a LF UP v Olomouci

## 20. „Missing talus“ – traumatická extruze talu – kazuistika

Král M

Oddělení chirurgie, Nemocnice Pardubického kraje, a. s., Orlickoústecká nemocnice

Traumatická extruze talu patří mezi závažné, hendikepující a co do četnosti málo časté poranění, které se většinou pojí s vysokoenergetickým traumatem. Především ztrátou cévního zásobení a v závislosti na znečištění rány se jedná o rizikové léze stran vzniku infekce, artritidy či avaskulární nekrózy.

Zde prezentuji 23letou pacientku přijatou na naše oddělení po cyklohavárii s úrazem levé nohy v rámci sdruženého poranění. Byla diagnostikována otevřená luxační fraktura talu vpravo s dislokací před kůží. Neodkladně jsme provedli reimplantace talu a instalovali zevní triangulární fixace jako definitivní ošetření. Následovaly série rehabilitací, po nichž se zlepšila hybnost hlezenního kloubu s možností plné zátěže končetiny bez bolestí. Ve 4letém follow-upu dochází k postupnému zhoršení bolestí, stav koreluje s rozvojem avaskulární nekrózy potvrzené magnetickou rezonancí.

## 21. „Saddle horn injury“ – poranění pánve při jízdě na koni – kazuistika

Uhrin A, Pazour J, Šrám J

Traumatologie Krajské nemocnice Liberec

Poranění pánevního kruhu o koňské sedlo při jízdě na koni je relativně vzácným úrazem. Vzniká nárazem hráze jezdce o roh koňského sedla. Nejedná se tedy o pád z výše ani o triáž pozitivní úraz. Jeho incidence je úzce spjata s oblastmi, kde je rozšířen chov koní a jezdeckví. Cílem prezentace je poukázat na tuto vzácnou skupinu úrazů, se kterou se může potkat chirurg jak v menší spádové nemocnici, tak i v traumacentru. I přesto, že se nejedná o triáž pozitivní úrazy, může být pacient vzhledem k poranění pánevního kruhu ohrožen na životě. Důležitou součástí ošetření těchto pacientů může být intervenční radiologie, jak je tomu i u námi prezentovaného pacienta.

## 22. Divertikulitida jejunu a její komplikace vyžadující akutní chirurgické řešení

Baliarová D

I. chirurgická klinika VFN, Praha

Divertikulóza jejunu je poměrně vzácné onemocnění (incidence se udává 0,5–1 %) a většinou (70 % případů) má asymptomatický průběh. Častěji se vyskytuje u mužů (58 %) než u žen (42 %), a to zejména ve vyšším věku. Komplikace v akutním stadiu nemoci, nejčastěji krvácení, střevní obstrukce či velmi zřídka perforace, vyžadují akutní chirurgické řešení. V diagnostickém procesu má nezastupitelné místo CT vyšetření břicha pro jeho dobrou dostupnost a vysokou specifitu. Duodenální a jejunální divertikly jsou často mnohočetné, ileální bývají solitární, nejčastější lokalitou je proximální jejunum (75 %). Histopatologicky se jedná o nepravé divertikly, neboť jejich stěnu tvoří pouze mukóza a submukóza, příčina zůstává neobjasněna, předpokládá se, že příčinou by mohlo být zvýšení intraluminálního tlaku s oslabením stěny střevní, což vysvětluje nejvyšší výskyt u starší populace.

Předkládám zajímavou kazuistiku včetně obrazové dokumentace z našeho pracoviště, kde jsme akutně operovali 93letého pacienta se známkami peritoneálního dráždění a obtížemi trvajícími zhruba 24 hodin, na CT břicha nález pneumoperitonea a divertikulózy jejunu s perforací jednoho z divertiklů.

Krvácení, obstrukce nebo perforace divertiklů jejunu patří mezi náhlé příhody břišní a závažné stavy, které vyžadují urgentní chirurgické řešení. Mělo by se na ně pomýšlet zejména u starších pacientů v rámci diferenciální diagnostiky perforační náhlé příhody břišní.

## 23. Komplikace operační léčby Dupuytrenovy kontraktury

Bryhčí O<sup>1</sup>, Schmoranzová A<sup>1</sup>, Hušek F<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou

<sup>2</sup>Traumatologicko-ortopedické centrum, Krajská nemocnice Liberec

Dupuytrenova kontraktura je onemocněním palmární aponeurózy, které se projevuje jejím ztluštěním a tvorbou kontrahujících pruhů a uzlů. Tyto pruhy mohou přecházet z dlaně na jednotlivé prsty a působit výrazné omezení jejich hybnosti a funkce.

Dupuytrenova kontraktura nejčastěji postihuje muže kolem 50 let věku, ženy postihuje průměrně o deset let později. Příčina vzniku tohoto onemocnění je i přes všechny naše současné znalosti stále neznámá. Víme jen, že se toto onemocnění vyskytuje v rámci některých rodin a také v souvislosti s nemocemi, jako jsou diabetes mellitus, epilepsie a jaterní cirhóza.

Klinický obraz bývá zpravidla typický a diagnostika nebývá obtížná. Kontrahující pruhy působí flekční kontraktury nejčastěji MCP a PIP kloubů, extenze je výrazně omezená. Šlachy nebývají postiženy. Nejčastěji je postižena ulnární část ruky a onemocnění se může šířit dále směrem radiálním. U více než poloviny pacientů je postižení oboustranné. Fibromatózní tkáň se může ektopicky vyskytovat i v jiných lokalitách, například na dorsu MCP a PIP kloubu, na ploskách nohou (M. Ledderhose) a na penisu (M. Peyronie).

Léčba onemocnění je většinou chirurgická. Indikace k chirurgické léčbě je klinická, nejčastěji pozitivní tzv. „table top“ test. Ten je považován za pozitivní, pokud není možno položit postiženou ruku dlaní na desku stolu tak, aby se celá plocha dlaně dotkla podložky. Za klasický operační postup považujeme palmární aponeurektomii, kdy se z vhodně zvolených řezů odstraní patologicky změněná palmární aponeuróza s pruhy a uzly.

Operační řešení Dupuytrenovy kontraktury vyžaduje značnou zkušenost chirurga, který by měl být schopen adekvátně vyřešit sekundárně vzniklé defekty kožního krytu, což vyžaduje zvládnutí nejrůznějších technik – od krytí štěpem v plné tloušťce až po složité místní lalokové plastiky. Komplikace operační terapie mohou být velice závažné a mohou pacienta výrazně omezit v běžném životě. Mezi nejčastější komplikace patří peroperační poranění digitálních nervů, které může vést k necitlivosti části prstu. Dále spolu s digitálními nervy mohou být poraněny digitální arterie s následnými poruchami prokrvení, které může vést až k nutnosti amputace prstu. Mezi další specifické komplikace výkonu můžeme zařadit např. nekrózu kůže dlaně nebo prstů, otoky ruky, poškození šlach, ztuhnutí prstů a dočasnou nebo trvalou bolestivost jizvy dlaně. Při operaci ruky v pokročilém stadiu onemocnění již nelze očekávat plnou úpravu její funkce. U téměř 20 % pacientů dochází k recidivě onemocnění s následnou nutností opakovaných zákroků.

## **24. Využití NPWT v paliativní chirurgické léčbě exulcerovaného karcinomu prsu – kazuistika**

**Jurkovič A<sup>1</sup>, Mašek M<sup>1</sup>, Pelikán A<sup>1,2,3</sup>, Andrlé J<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Chirurgické oddělení, Bílovecká nemocnice, a. s.

<sup>2</sup>Chirurgická klinika, Fakultní nemocnice Ostrava

<sup>3</sup>Ústav zdravotnických věd, Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

*Úvod:* Pokročilý exulcerovaný karcinom prsu výrazně omezuje pacienta v běžném způsobu života. Zvýšení kvality života může být dosaženo provedením paliativní mastektomie. Rozsah samotné malignity nebo přítomnost infekce však mohou komplikovat uzávěr samotné operační rány. Podtlaková terapie (NPWT) snižuje riziko ranových komplikací. Její využití u chirurgických ran s malignitou však zůstává kontroverzní. Hlavním argumentem je akcelerace tumorigenézy a metastazování. Přesto se v poslední době objevují studie, které popisují slibné výsledky ve využití NPWT v paliativní chirurgii.

*Metoda:* V naší práci prezentujeme případ osmdesátileté pacientky s pokročilým duktálním karcinomem levého prsu s rozsáhlou infiltrací regionálních a vzdálených lymfatických uzlin. U pacientky byla vzhledem k pokročilému základnímu onemocnění a primorbiditě původně indikována symptomatická terapie. Rozsáhlá exulcerace však pacientku výrazně omezovala, a proto byla realizována paliativní mastektomie. Peroperačně byl vzhledem k rozsahu defektu a inflamaci aplikován podtlakový systém. V pooperačním období byla realizována odložená sutura defektu s jeho kompletním uzávěrem.

*Výsledky:* Celková délka hospitalizace činila 8 dní. Odložená sutura byla realizována 3. pooperační den v lokální anestezii. Celková délka terapie do zhojení operační rány byla 25 dní. U pacientky nebyly během léčby pozorovány lokální komplikace. Pacientka je ve sledování mamologické ambulance a toho času nejeví známky lokální recidivy.

*Závěr:* Paliativní mastektomie může výrazně zvýšit kvalitu života pacienta. Benefity metody kontrolovaného podtlaku by v paliativní chirurgii mohly převažovat nad potenciálními riziky. Pro toto tvrzení je však nutná studie s větším vzorkem pacientů.

# Herniologie, uzávěr laparotomie

## 25. Choosing RIGHT operation and doing it RIGHT matters: from Lap IPOM to Hernia Sac Flap

De Beaux A

Department of Surgery, Royal Infirmary of Edinburgh, United Kingdom

## 26. Paradigmata u operací tříselné kýly – je naše praxe up-to-date a známe své výsledky?

Paseka T, Veškrnová J, Bártová M

Surgical Clinic s. r. o., Brno, LF MU v Brně

*Úvod:* Přednáška má za cíl otevřít některá rozšířená paradigmata v praxi indikací a operativy tříselné kýly a konfrontovat je s guidelines Evropské kýlní společnosti (EHS). Dále prezentuje vlastní soubor dvou stovek pacientů s tříselnou kýlou a srovnává výsledky mezi laparoskopickou a otevřenou technikou.

*Metody:* Retrospektivně jsme vyhodnotili data od 204 pacientů operovaných na klinice Sural v Brně. U těchto pacientů jsme sledovali vliv operace na vznik recidivy, délku rekonvalescence a zhoršenou kvalitu života, kterou jsme posuzovali podle Carolinas Comfort scale. Tato data jsme následně zpracovali kontingenčními tabulkami a vyhodnotili je pomocí Pearson & M-L Chí-kvadrát testu.

*Výsledky:* Obě srovnávané skupiny nejevily statisticky signifikantní rozdíly v riziku recidivy, pooperační bolestivosti, kvalitě života ani v délce rekonvalescence

*Závěr:* Věříme, že poskytování přístupu šitého na míru („tailored approach“) pacientům s tříselnou kýlou vede k dobrým výsledkům z pohledu kvality života, recidivy a dlouhodobé bolestivosti bez znatelného rozdílu mezi otevřeným a laparoskopickým přístupem.

## 27. Perineální kýla – operace s využitím laloku přímého břišního svalu

Bocková M, Kocián P, Miletín J, Stolz A, Hoch J

Chirurgická klinika 2. LF UK a FN Motol Praha

Perineální kýla je vzácným typem kýly. Nitrobřišní obsah prolabuje defektem pánevního dna na perineum. Zdaleka nejčastěji se jedná o kýlu incizionální v místě po abdominoperineální amputaci rekta či pánevní exenteraci. Se stoupajícím počtem pacientů, kteří jsou operováni pro lokálně pokročilé tumory a s uplatněním ELAPE postupu, stoupá i výskyt pacientů s perineální kýlou, přesto obsáhlejší soubory pacientů, přesná incidence a doporučené postupy léčby zatím chybějí. U pacientů pozorujeme měkké vyklenutí v jizvě na perineu, kterým prolabují nejčastěji klíčky tenkého střeva. Ty se mohou mezi sebou přetočit, utlačit a dojde tak k uskřinutí. Stálý tlak na oblast kýly při sezení může rezultovat v rozvoj kožního defektu až enterokutánní píštěle. Elektivní operace jsou prováděny abdominálním, perineálním nebo kombinovaným přístupem. Rekonstrukce pánevního dna bývá realizována výplní tělu vlastní tkání zejména svalovými nebo kožně-svalovými lalokovými plastikami nebo implantací biologické sítěky. Operace jsou technicky náročné, komplikace časté a dlouhodobé výsledky nejisté. Nové způsoby léčby se dále hledají.

Na závěr sdělení prezentujeme dva pacienty, kteří na našem pracovišti podstoupili plastiku perineální kýly s využitím přímého břišního svalu.

## 28. Humanitární chirurgie v herniologii – 11 leté zkušenosti

Bystrický P, Blazquez D, Leckmann S, Matoška Š, Mysliwy P

Chirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice

Milióny pacientů s kýlou ze zemí třetího světa, včetně dětí, trpí v důsledku neléčení či pozdního léčení kýly, chirurgická péče je špatná či zcela chybí. To vede k násobně většímu počtu závažných komplikací včetně úmrtí v porovnání se světem vyspělým.

Britská nadace „Hernia International“ vznikla před více než 15 lety za účelem alespoň trochu pomoci zdravotnictví třetího světa. Každým rokem se uskuteční přes 10 misí, celkem již ve 23 zemích Afriky, Asie i Jižní Ameriky. Byly provedeny tisíce operací kýly. Nedílnou součástí je edukační činnost, během každé mise je proškoleny několik místních rezidentů či mediků. Výkony jsou prováděny v řadě případů v místní anestezii. Často je používána tzv. „low-cost mesh“, tedy alternativní implantát z moskytiéry. Bezpečnost použití tohoto materiálu byla deklarována v řadě publikací a je mj. zmíněna v doporučeních Evropské kýlní společnosti.

Autoři měli možnost zúčastnit se od roku 2011 celkem 11 misí. Během jedné mise je odoperováno kolem 100 pacientů. Většinu tvoří samozřejmě kýly tříselné, často jde o velké kýly skrotální, akretní, kýly dětské, v menšině kýly v jizvě. Bylo zaznamenáno minimum časných komplikací. Dlouhodobé sledování je obtížné, nicméně tým zůstává v kontaktu s místním chirurgem a pozdní komplikace jsou monitorovány.

Projekt „Hernia International“ poskytuje kvalitní chirurgickou péči pacientům s kýlou v rozvojových zemích. Používání alternativních kýlních implantátů je efektivní a bezpečné.

## 29. Inkarcerace objemné Morgagniho hernie – kazuistika, diagnostika a možnosti léčby

Svoboda M<sup>1</sup>, Procházka V<sup>1</sup>, Grolich T<sup>1</sup>, Válek V jr.<sup>2</sup>, Straka M<sup>2</sup>, Kala Z<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Chirurgická klinika, Fakultní nemocnice Brno, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity

<sup>2</sup>Klinika radiologie a nukleární medicíny, Fakultní nemocnice Brno, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity

**Úvod:** Morgagniho kýla (MH) je vzácnou formou vrozené brániční hernie. Diagnostikována je často až v dospělosti, a to náhodně či rozvojem respiračních obtíží. Vzhledem k tomu, že obsahem kýlního vaku je ve většině případů část tlustého i tenkého střeva, může se kýla manifestovat vznikem střevní obstrukce s nutností akutní operační revize. Uskřinutí MH se vyskytuje relativně vzácně. V doposud největším recentním systematickém přehledu literatury z roku 2021, zahrnujícím 189 studií s celkově 310 pacienty, Katsaros a kol. uvádějí výskyt uskřinuté MH kýly jen v 7,5 % případů (23 pacientů).

**Obsah:** V naší kazuistice prezentujeme pacienta s objemnou uskřinutou MH, jejímž obsahem bylo téměř celé tenké střevo až po aborální colon transversum. MH byla zjištěna v roce 2013 a uskřinutí, ke kterému došlo v roce 2021, se projevilo bolestmi pod žeberními oblouky a v epigastriu. Pacientovi byla včas nabídnuta operace a doporučena redukce tělesné váhy pro BMI 39. Snižování váhy se v průběhu času nedařilo, z toho důvodu operaci odkládal. V našem případě byla provedena příčná laparotomie v epigastriu, repozice tenkého střeva a tračniku, resekcce kýlního vaku a sutura defektu bránice bez nutnosti sítky. V pooperačním průběhu byl nově diagnostikován diabetes mellitus. Pacient byl dimittován 13. pooperační den bez jiných interních či chirurgických komplikací na diabetické dietě.

**Závěr:** Hlavní diagnostickou metodou jsou zobrazovací metody, zvláště výpočetní tomografie. Léčba by měla být včasná i při náhodném záchytu kýly pro riziko inkarcerace a dalších komplikací plynoucích z útlaku nitrohruďných orgánů. Základní terapeutickou metodou je chirurgická léčba. Nejčastějším operačním přístupem ve výše uvedeném přehledu je otevřená operace (56,4 % versus laparoskopicky, resp. thorakoskopicky 40 %) a transabdominální přístup (76,1 %). K uzavření defektu bránice byla využita v 51,7 % sítka s vyšší četností u minimálně invazivních metod.

## 30. IPOM – výhody/nevýhody, zkušenosti

**Bušovká V**

Karlovarská krajská nemocnice, a. s.

IPOM (intraabdominální onlay mesh) – laparoskopická metoda hernioplastiky s umístěním sítky do intraabdominálního prostoru je jednou z užívaných technik u větších ventrálních hernií, a to jak ve střední čáře, tak zejména u kýly incizionálních a Spiegelových.

Mezi výhody IPOM plastiky patří jednoduchost samotné metody, přehlednost operačního pole, možnost ošetření hernií různých rozměrů i diastázy, dobrá pooperační rekonvalescence a kratší čas v nemocnici, hojení ran, spokojenost pacientů s estetickým výsledkem.

Nevýhodami jsou obecně možné komplikace laparoskopie, finanční nákladnost materiálu, eventuálně možný vznik adhezí se syntetickým materiálem, pozdní manifestace nitrobřišních komplikací od primární operace.

Na našem pracovišti je IPOM jednou z metod volby pro pacienty s incizionálními kýlami. Důležitý je pečlivý výběr pacienta, jeho příprava, compliance a zkušenosti operátora. U pečlivě selektovaných pacientů je úspěšnost metody vysoká.

Naše zkušenosti – konkrétní případy z našeho pracoviště.

## **31. Cysta Nuckova kanálu – kazuistika**

**Bártová M**

Surgal Clinic s.r.o.

Cysta Nuckova kanálu je poměrně vzácnou diagnózou, jedná se o analogii hydrokély semenného provazce u žen vznikající jako embryologická porucha – perzistující processus vaginalis v tříselné oblasti podél ligamentum rotundum uteri. U žen je většinou pozorována jako měkkotkáňová rezistence nezřídka imitující tříselnou kýlu, občas zasahující až do labia maiora. Tento útvar se může zvětšovat a pacientkám způsobovat dyskomfort. Přednáška se zabývá výskytem této diagnózy, možnými terapeutickými metodami a jejich výsledky doplněnými krátkou kazuistikou na toto téma.

## **32. EHS**

**East B**

III. chirurgická klinika 1. LF UK a FNM

# IBD pacient – nenechám se zaskočit

## 33. Přehledová přednáška IBD

Šerclová Z

Chirurgické oddělení, Nemocnice Hořovice

## 34. Mezikličkový absces jako komplikace Crohnovy choroby a jeho management

Lengálová M, Šerclová Z

Chirurgické oddělení, Nemocnice Hořovice

Vzhledem k transmurálnímu charakteru zánětu u Crohnovy choroby patří k častým komplikacím vznik nitrobršního abscesu, tato komplikace se projeví u 20–28% pacientů. Indikovaný je v tomto případě chirurgický výkon, nicméně u pacienta s nitrobršním abscesem při aktivní Crohnově chorobě se setkává hned několik rizikových faktorů, které mohou přispět ke vzniku pooperační komplikace – přítomnost abscesu samotného, malnutrice, anemie, užívání kortikosteroidů atd. Strategie léčby má proto za cíl tyto rizikové faktory odstranit či minimalizovat tak, aby pacient dospěl k resekci bez nutnosti protektivní stomie při minimálním riziku dehiscence anastomózy.

Na kazuistice mladého pacienta prezentujeme obvyklý postup na našem pracovišti, ke kterému patří perkutánní drenáž abscesu, antibiotická terapie, nutriční příprava, správné načasování operačního výkonu a volba operační strategie.

## 35. Na dno abscesu a ještě dál – management perianální Crohnovy nemoci

Tremerová A

Chirurgické oddělení, Nemocnice Hořovice

## 36. Apendicitida – nesváděj vše na Crohna

Tesařová M

Chirurgické oddělení, Nemocnice Hořovice

## 37. Rozsáhlé periproktální abscesy s rozvojem sepse u pacienta s IBD

Doleček R

Chirurgické oddělení, Orlickoústecká nemocnice, NPK, a. s.

Perianální forma, v podobě abscesů a fistul, se vyskytuje téměř u 50 % pacientů s Crohnovou chorobou, někdy i jako primomanifestace choroby.

Popisují případ 45letého muže přijatého na naše oddělení s dvěma rozsáhlými periproktálními abscesy, snětí kůže perinea, hýždě a třísla s projevy sepse.

Po urgentní drenáži abscesu a excizi gangrénou postižené kůže a otevření všech podkožních fistul došlo k rychlému ústupu projevů sepse. V průběhu hospitalizace byly provedeny četné převazy s dalšími nekrektomiemi v CA. Vzniklé defekty byly kompletně sekundárně zhojeny.

Pacient po prvotním ošetření přiznal, že trpí Crohnovou chorobou, avšak odmítá jakoukoliv medikamentózní léčbu a dispenzarizaci gastroenterologem a léčí se sám bezlepkovou veganskou stravou. Toto byl první projev perineální fromdy CD jeho onemocnění.

V následujících 3 letech se však pacient opakovaně vracel pro recidivy. V současnosti přetrvává perianální fistula. Farmakoterapii nadále odmítá.

## **38. Komplexní chirurgická léčba, včetně akutní, u nemocného s Crohnovou nemocí – kazuistika**

**Havlová K, Koblihová E, Kasalický M, Pohnán R**

Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN Praha

*Úvod:* Crohnova nemoc (CN) je idiopatický transmurální střevní zánět, který může postihnout kterýkoli úsek trávicí trubice od dutiny ústní až po konečník. Péče o pacienty s CN je multioborová, především konzervativní, nejvíce se v léčbě uplatňují gastroenterolog a chirurg. K chirurgické léčbě dospěje 75–90 % nemocných během 10–15 let od stanovení diagnózy.

*Kazuistika:* V kazuistice prezentujeme případ 26letého pacienta s CN s postižením levého tračníku a těžkou formou perianální nemoci, kterému byla v rámci chirurgické léčby ileózního stavu provedena levostranná hemikolektomie se založením terminální transversostomie. Obnovení kontinuity trávicího traktu bylo provedeno po úspěšné sanaci komplexních perianálních píštělí.

*Závěr:* Pacienti s CN se symptomatickou střevní obstrukcí, která nereaguje na konzervativní léčbu, jsou indikováni k chirurgické intervenci. Vyvedení dočasné stomie je metodou volby před primární anastomózou v případě nutnosti sanace distálního úseku gastrointestinálního traktu.

## **39. Omentální torze jako vzácná příčina bolestí v pravém subkostálním prostoru – kazuistika**

**Cagaš J, Micenko T**

Chirurgické oddělení, Nemocnice Třebíč

*Souhrn:* Omentální torze je vzácnou náhlou příhodou břišní. Vzácně je diagnostikována předoperačně, neboť podle své lokalizace v dutině břišní svým klinickým průběhem poměrně přesně imituje jiné a častější diagnózy, které jsou důvodem operační revize. V této práci autoři prezentují případ omentální torze s nekrotizací části předstěry v pravém podžebří, imitující akutní cholecystitidu. Stav byl vyřešen laparoskopickou resekci s dobrým pooperačním průběhem.



# Varia – covid

## 40. Výsledky léčby zlomenin proximálního femuru u pacientů operovaných u nás v letech 2017–2021, vliv covid pandemie

Vinter L

Traumatologická klinika, Fakultní nemocnice Olomouc (FNOL)

*Úvod:* Zlomeniny proximálního femuru jsou jednou z nejčastějších závažných diagnóz v traumatologii. Postihují zejména geriatrickou populaci. Cílem práce bylo zdokumentovat výsledky operantů se zaměřením na délku hospitalizace v primární a následné péči, komplikace (lokální a celkové), morbiditu, mortalitu a ekonomické aspekty, vliv covid pandemie.

*Metodika:* Data byla shromážděna retrospektivně z nemocničního informačního systému FNOL u operovaných pacientů se zlomeninou proximálního femuru. Stejným způsobem byla získána data z následné péče. Ekonomické aspekty byly zjištěny ve spolupráci s jednotlivými institucemi. Porovnán byl i vliv pandemie covid na počty pacientů, morbiditu a mortalitu.

*Výsledky:* Zlomeninou proximálního femuru jsou častěji postiženy ženy ve vysokém věku. Mechanismus úrazu je nejčastěji prostý pád. Drtivá většina operována nitrodřeňovým hřebem v den úrazu. Hospitalizace v primární péči FNOL je průměrně 7 dní, v následné péči 66 dní. Nutnost reoperace u 5 % pacientů. Celkové komplikace jsou časté – nejčastější jsou delirium a bronchopneumonie. Tříměsíční mortalita se pohybuje okolo 10 %, výsledek srovnatelný se světovou literaturou. Náklady na průměrného pacienta za primární a následnou péči dosahují 200 000 Kč (8000 eur). *Závěr:* Operační léčba poskytuje uspokojivé výsledky, pokud to dovolí celkový stav pacienta. Při porovnání našich výsledků se studií z roku 1997 z ČR se náklady zvýšily 3x. Se zvyšujícím se průměrným věkem dožití a při pohledu na demografickou křivku (ČR nebo EU) je zřejmý budoucí nárůst pacientů s touto diagnózou. Z výše uvedeného můžeme usuzovat, že zlomeniny proximálního femuru budou socioekonomickým problémem.

## 41. Vliv pandemie covid-19 na operace kýly ve Fakultní nemocnici v Motole

Jisova B<sup>1</sup>, Wolesky J<sup>1</sup>, de Beaux A<sup>2</sup>, East B<sup>1,2</sup>, Lischke R<sup>1</sup>

<sup>1</sup>III. chirurgická klinika 1. LF a Fakultní nemocnice v Motole

<sup>2</sup>Department of Surgery, Royal Infirmary of Edinburgh, UK

*Úvod:* Operace kýly je jednou z nejčastěji prováděných operací na chirurgických pracovištích V roce 2020, kdy vypukla pandemie infekce covid-19, byl výrazně ovlivněn elektivní provoz ve zdravotnických zařízeních v České republice i ve světě. My jsme se rozhodli provést srovnávací studii elektivních a akutních operací v období pandemie covid-19. A v roce před pandemií.

*Metoda:* Z dat z naší počítačové databáze jsme vybrali srovnání elektivních a akutních kýlních operací za období 1. 3. 2019 – 30. 10. 2019 a ve stejném období za rok 2020 ve Fakultní nemocnici v Motole na III. chirurgické klinice.

*Výsledky:* V roce 2020 jsme odoperovali 194 elektivních operací kýly oproti 285 operacím v roce 2019. Počty znázorňuje Tab. 1. Největší pokles výkonů byl u kýly v jizvě, což je jistě dáno rozsahem operace a dobou strávenou v nemocnici po operaci. Vzhledem k lůžkům vyhrazeným pro pacienty s covid-19 infekcí. Počty akutních operací byly v roce 2020 i 2019 malé a jejich počet se signifikantně nenavýšil ani v roce 2020 (Tab. 2).

*Diskuse:* Pandemie covid-19 zredukovala elektivní operace na našem pracovišti přibližně o třetinu. Nejvíce se redukovaly kýly v jizvě. Náš předpoklad byl, že pokud poklesne počet elektivních výkonů, vzroste počet akutních operací pro uskřínutou kýlu. Naše tabulka, a potvrzují to i studie z Německa či Skotska, ukazuje, že se sice procentuálně navýšil počet akutních operací, ale jednotlivá čísla zůstala v podstatě stejná. Jeden z důvodů, že nenarostl počet akutních operací, může být i snaha o maximálně konzervativní postupy a častěji pokus o repozici kýly. Další možností může být omezení fyzické aktivity u mnohých pacientů v době lockdownu. A ukázalo se, že je možné volit u velkého množství pacientů metodu „watch and wait“.

*Závěr:* Pandemie covid-19 velmi ovlivnila zdravotnické systémy po celém světě, a to zejména elektivní chirurgické výkony. Přesto nevzrostl počet operací pro inkarcované kýly.

**Tab. 1: Počet elektivně operovaných kýl dle typu ve studovaném období od 1. března do 30. listopadu 2020 a ve stejném období roku 2019**

Počet elektivních operací v daném období						
	Tříselné		Pupeční	V jizvě	Ostatní	Celkem
2019	136	106 Lichtenstein	70	74	5	285
		30 TAPP				
		0 Shouldice				
2020	109	75 Lichtenstein	49	30	6	194
		31 TAPP				
		2 Shouldice				
		1 Stoppa				
% změna mezi rokem 2019 a 2020	80		70	41	120	68

**Tab. 2: Počet akutně operovaných kýl podle typu ve studovaném období od 1. března do 30. listopadu 2020 a ve stejném období roku 2019**

Počet akutně odoperovaných pacientů za dané období						
	Tříselné		Pupeční	V jizvě	Ostatní	Celkem
2019	6	5 Lichtenstein	7	9	3	25
		0 TAPP				
		1 Shouldice				
2020	4	4 Lichtenstein	4	5	0	13
		0 TAPP				
		0 Shouldice				
		0 Stoppa				
% změny mezi rokem 2019 a 2020	67		57	56	0	52

## 42. Zemřel s covidem, nebo na covid?

Řoupal O, Pták P

Chirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.

*Úvod:* Tato přednáška, která se skládá z krátkých kazuistik a vlastních zkušeností z covidové chirurgické jednotky, která má za cíl poukázat na velice náročné období, které provázelo personál i pacienty našeho chirurgického oddělení během pandemie SARS-COV19.

*Kazuistiky a výsledky:* 58letý neočkovaný pacient byl přijat na infekční oddělení pro bilaterální covid pneumonii. Za 3 dny náhle výrazně zhoršení klinického, laboratorního i radiologického nálezu. Pacient byl přeložen na oddělení ARO a připojen k UPV. V dalším průběhu došlo k rozvoji významného ileózního stavu. Byla provedena opakovaná chirurgická konzilia se stanovením konzervativní terapie při velmi těžkém základním onemocnění. Po neúspěchu konzervativní terapie po dobu 10 dní došlo k indikaci k operační revizi. Operační revize provedena bez nálezu mechanické či cévní příčiny. Pooperačně rozvoj těžké oběhové nestability s vysokou oběhovou podporou a následně exitus letalis.

70letý neočkovaný pacient byl přijat pro verifikované pneumoperitoneum na CT břicha. Byl po stabilizaci na JIP indikován k akutní laparotomii. Perioperačně byl nalezen perforovaný žaludeční vřed a byla provedena sutura vředu a omentoplastika. Třetí pooperační den se rozvinula náhlá těžká dušnost, hyposaturace, PCR covid-19 + a dle RTG S+P bilaterální covid pneumonie. Pacient byl přeložen na ARO a připojen UPV, rozvoj multiorgánového selhání a následně exitus letalis. Chirurgické oddělení se během pandemie SARS-COV19 3x akutně proměnilo z 1/2 na covidovou chirurgickou jednotku. Na naší covidové chirurgické jednotce byly dva druhy pacientů. První byli ventilačně stabilní pacienti, kteří k nám byli přeloženi z infekčního oddělení a potřebovali jen symptomatickou, rehabilitační a oxygenoterapii. Druzí byli pacienti chirurgičtí, kteří byli operováni a měli covidovou pneumonii či byli covid +. V tomto těžkém období jsme měli k dispozici pouze jeden ARO tým a prováděli jsme pouze akutní operace (NPB, onkochirurgické, cévní operace). Byla významně zvýšena fyzická náročnost ústavně pohotovostních služeb, kdy kromě ambulantní péče, standardního oddělení, JIP a akutní operativy přibyla ještě covidová jednotka.

Následkem této pandemie je kromě vysoké mortality také velmi významné prodloužení čekací doby na elektivní výkony (např. cholecystektomie, hernioplastika) o téměř 6 měsíců a komplikace, které jsou s nimi spojené (cholecystitis, inkarcerace kýl) a zanedbání onkologické prevence.

*Závěr:* Onemocnění SARS-COV19 je stále velmi nebezpečné onemocnění, kvůli kterému umírá denně zhruba 10–30 lidí, a velmi významně komplikuje pooperační průběh u mnoha chirurgických pacientů. Dále významně prodlužuje čekací doby u elektivních operací a omezuje provoz ARO. Zdravotnictví se těmito následky bude potýkat roky. Nejhorší je ale nejistota, zdali je konec, nebo přijde znovu agresivní varianta.

## 43. Antimikrobiální krytí StopBac v péči o chirurgické rány

Drozd J, Gürlich R

Chirurgická klinika 3. LF UK a FNKV

*Úvod:* Ideální obvazový a krycí materiál je předmětem neustálého výzkumu, který slibuje optimalizaci péče o chirurgické rány. Předmětem našeho výzkumu je užití krytí StopBac (GRADE MEDICAL s.r.o, CZ), dále jen SBS, s antimikrobiálním stříbrem v péči o pooperační rány. Tento materiál je založen na nanotechnologii s kationty stříbra, má průhledné okraje a je voděodolný, umožňuje tedy včasnou hygienu nemocných a kontrolu okolí rány bez nutnosti sejmutí krycího materiálu. Infekce operační rány (SSI) je důležitý faktor ovlivňující morbiditu pacientů po chirurgickém zákroku. Výdaje spojené se SSI představují nemalou ekonomickou zátěž pro oddělení. Z těchto důvodů je volba optimálního krytí rány důležitou součástí péče po každém chirurgickém výkonu.

*Metodika:* Od prosince 2019 do března 2020 na Chirurgické klinice FNKV a 3. LF UK proběhla prospektivní observační studie s použitím chirurgického krytí SBS. Hodnocen byl jeho vliv na vznik SSI. Převazy a jejich četnost byly prováděny dle definovaného protokolu. Zohledněny byly anamnestické rizikové faktory hojení a současná antibiotická terapie. Hojení rány bylo hodnoceno při převazech po dobu aplikace SBS krytí, nebo do vzniku lokálních komplikací. Krytí SBS bylo aplikováno průměrně do 7. pooperačního dne a dále převedeno na krytí tekutým obvazem.

*Výsledky:* Do studie zařazeno 32 pacientů. Neinfikované lokální komplikace hojení byly pozorovány u 6 nemocných, SSI pouze u jednoho pacienta. Užití SBS mělo nižší ekonomickou zátěž než běžně užívané krytí. Po ukončení studie se na naší klinice krytí SBS zavedlo do běžné pooperační péče. Proběhla následně také další prospektivní multicentrická observační studie s kontrolní skupinou, kde na základě analýzy dat u 218 pacientů byla pozorována nižší incidence SSI u pacientů s krytím StopBac než u pacientů v kontrolní skupině.

*Závěr:* Krytí SBS lze doporučit jako vhodný pooperační krycí materiál. Provedené studie naznačují snížení rizika SSI a ekonomickou výhodnost.

Materiál StopBac byl ke studiím zdarma poskytnut firmou Grade Medical s.r.o.

## 44. Možnosti rekonstrukce skeletu bérce po ztrátovém poranění dolní končetiny

Holoubek J<sup>1,2</sup>, Kempný T<sup>1,2</sup>, Lipový B<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Klinika popálenin a plastické chirurgie, FN Brno

<sup>2</sup>Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Brno

<sup>3</sup>Středoevropský technologický institut, VUT Brno

Devastační poranění dolní končetiny spojené se ztrátovým poraněním skeletu představuje velkou terapeutickou výzvu, která se neobejde bez široké multioborové spolupráce. Správné načasování a adekvátně zvolený typ rekonstrukčního výkonu hrají klíčovou roli v záchraně takto postižené končetiny. V rámci tohoto příspěvku bychom rádi prezentovali naši zkušenost s často velmi komplikovanou a dlouhou léčbou těchto pacientů. Nabízíme své zkušenosti s možnostmi rekonstrukce skeletu bérce s využitím mikrochirurgických i konvenčních technik s přihlédnutím k často velice variabilnímu spektru těchto pacientů. Spolupráce traumatologa a plastického chirurga může výrazně zvýšit šanci na záchranu končetiny a výrazně zlepšit funkční výsledek mnohdy zcela zdevastované končetiny.

## 45. The difficult path to correct diagnosis of hepatolithiasis: A case report

Mikolajčík P<sup>1</sup>, Ferko A<sup>1</sup>, Demeter M<sup>2</sup>, Vorčák M<sup>3</sup>, Laca L<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika všeobecnej, viscerálnej a transplantačnej chirurgie, UK v Bratislave, JF v Martine, Univerzitní nemocnice Martin, Slovensko

<sup>2</sup>Gastroenterologická klinika, UK v Bratislave, JF v Martine, Univerzitní nemocnice Martin, Slovensko

<sup>3</sup>Radiologická klinika, UK v Bratislave, JF v Martine, Univerzitní nemocnice Martin, Slovensko

Hepatolithiasis is a benign disease, where stones are localized proximal to the influence of hepatic ducts. The clinical picture may differ depending on whether the stones cause complete, partial, or intermittent biliary obstruction. The course can vary from asymptomatic to fatal, thus, early diagnosis and treatment is critical for a good prognosis. The gold standard in imaging is magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP). However, correct diagnosis can be challenging due to atypical clinical picture and laboratory findings. We present a case where hepatolithiasis was misdiagnosed initially due to incomplete reporting and documentation of MRCP. Choledocholithiasis was diagnosed based on initial MRCP, and endoscopic stone extraction was indicated. However, an unusual post-interventional course and signs of obstructive cholangitis led to an endoscopic re-intervention, which confirmed absence of pathology in extrahepatic biliary ducts. The cholangitis recurrence required intensive antibiotic treatment, and CT examination revealed intrahepatic S3 bile duct dilatation. Thus, a re-evaluation of initial MRCP and repeated MRCP confirmed hepatolithiasis. Further, laparoscopic bisegmentectomy was chosen as the definitive treatment due to the location of the lesion. The patient recovered and remained symptom free upon a 12 month follow up.

# Válečná chirurgie

## 46. Válečná chirurgie

### Šubrt Z

Chirurgická klinika 3. LF UK a FNKV

# Onkochirurgie

## 47. Pooperační komplikace v léčbě karcinomatózy peritonea – CRS a HIPEC

Riško J, Klos D, Loveček M, Stašek M, Neoral Č

I. chirurgická klinika FN Olomouc a LF UP v Olomouci

*Úvod:* Cytoreduktivní chirurgie s hypertermickou intraperitoneální chemoterapií je metoda, která kombinuje extenzivní chirurgický výkon, při němž odstraníme maximum nádorových ložisek, s intraoperačním podáním chemoterapie zahřáté na 42 °C do peritoneální dutiny. Jedná se o potenciálně kurativní / paliativní druh terapie. Pro vysoce selektovanou skupinu pacientů s generalizací tumoru. Kombinací těchto mechanismů protinádorové léčby však dochází nejen k lepší terapeutické odpovědi, ale i ke kumulaci nežádoucích účinků a toxicity.

*Metoda:* Prospektivní studie

*Výsledky:* Rok 2016/2021 – Počet pacientů – 145; Věk – 57 let; Pohlaví M/Ž – 28/117; BMI – 25,4; Mortalita (%) – 4 (2,75 %); Morbidita (%) 0. – 61 (42 %), 1. – 8 (5,5 %), 2. – 47 (32,5 %), 3. – 21 (14,5 %), 4. – 4 (2,75 %)

Rok 2021/2022 – Počet pacientů – 19; Věk – 52 let; Pohlaví M/Ž – 6/13; BMI – 26,8; Mortalita (%) – 0 (0 %); Morbidita (%) 0. – 4 (21 %), 1. – 0 (0 %), 2. – 8 (42,1 %), 3. – 7 (36,8 %), 4. – 0 (0 %)

*Závěr:* Počtem pacientů a mírou pooperačních komplikací je naše centrum srovnatelné s pracovišti ve světě. V období 3/2021 – 3/2022 se snížil počet výkonů CRS a HIPEC o 34,5 % při omezení provozu v rámci pandemie covid.

## 48. Krvácení z jaterních nádorů jako vzácné příčiny náhlé příhody břišní (2016–2021)

Fichtl J, Skalický T, Třeška V

Chirurgická klinika FN Plzeň a LF UK v Praze

*Úvod:* Spontánní ruptura jater je vzácnou život ohrožující komplikací zejména primárních tumorů jater, nejčastěji je v literatuře spojená s diagnózou hepatocelulárního karcinomu. Demograficky se jedná o starší pacienty (muže) s průměrným věkem kolem 65 let, tyto nemocní mají často přítomné chronické změny jaterního parenchymu charakteru cirhózy. Klinická diagnostika je obtížná a obraz je nespecifický, typické jsou pouze bolesti břicha a u významného krvácení obraz hemoragického šoku. Ze zobrazovacích metod se používá bed-side sonografické vyšetření, u stabilních pacientů pak počítačová tomografie ve více fázích. Mortalita, přes rozmach jaterní chirurgie v posledním desetiletí, zůstává vysoká, a to dle publikací 16,5–100 %.

*Metody:* Retrospektivně jsme zhodnotili naše zkušenosti a soubor hospitalizovaných na Chirurgické klinice FN Plzeň, kteří byli akutně operováni pro nález spontánně krvácejícího tumoru jater v posledních pěti letech. Cílem přednášky je prezentovat krátké kazuistiky.

*Výsledky:* V období od 1. 1. 2016 do 31. 12. 2021 jsme našli celkem šest nemocných operovaných pro akutní krvácení z tumoru jater, nejčastější diagnózou byl hepatocelulární karcinom (84 %). Jednalo se o pět mužů a jednu ženu, s průměrným věkem 74,5 (67–83) roku. Nejčastějším výkonem byla levostranná lobektomie (50 %), u dvou nemocných byla před operačním zákrokem provedena selektivní embolizace přírodní tepny. Během hospitalizace zemřel 1 nemocný (16 %). Průměrná doba hospitalizace byla 10 dnů (2–24).

*Závěr:* Dle našeho názoru by se všichni nemocní s podezřením na krvácející tumory jater, vzhledem ke specifitě potřebných výkonů a péče, měli centralizovat do onkochirurgických center se zkušenostmi s jaterní chirurgií.

## 49. Karcinom žaludku bez histologické verifikace – diagnosticko-terapeutický challenge? – případová studie

Ochmanová P<sup>1,2</sup>, Stašek M<sup>1,2</sup>, Zhydkov R<sup>2</sup>, Kovář R<sup>3</sup>, Auješský R<sup>1,2</sup>, Neoral Č<sup>1,2</sup>, Klos D<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>I. chirurgická klinika, Fakultní nemocnice Olomouc

<sup>2</sup>Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

<sup>3</sup>Radiologická klinika, Fakultní nemocnice Olomouc

*Úvod:* Základem diagnostiky karcinomu žaludku je gastrofibroskopie s bioptickou verifikací. Při podezření na nádorový proces a při negativním výsledku histologie bývá biopsie odebrána opakovaně s oddálením cílené terapie (kombinující perioperační onkologickou terapii a chirurgický výkon). Stále chybí konsenzus v přístupu k pacientům s negativní biopsií.

*Metody:* Retrospektivní analýza pacientů operovaných pro karcinom žaludku na I. chirurgické klinice FNOL v letech 2010–2021 bez předoperační histologické verifikace malignity. Zařazeni byli symptomatictí pacienti s podezřením na malignitu žaludku na základě endoskopického nálezu nebo zobrazovacích metod (CT, PET/CT). Opakovaná biopsie nepotvrdila malignitu nebo pro vysoké riziko krvácení nebyla provedena, karcinom byl potvrzen až z definitivní histologie. Součástí analýzy je rešerše odborné literatury a hodnocení možností managementu těchto pacientů.

*Výsledky:* V letech 2010–2021 bylo ve FNOL z celkového počtu pacientů operovaných pro karcinom žaludku 11 bez předoperačního histologického potvrzení malignity. Biopsie byla opakována 1 až 2x, v 1 případě i cestou laparoskopické explorační, která také nepotvrdila malignitu. Diagnostické zpoždění průměrně 4,7 měsíce. U 4 pacientů lokálně inoperabilní nález. V souboru přežívají 2 pacienti, 8 zemřelo při terminálním stadiu nemoci, 1 pacientka na pooperační komplikace.

*Závěr:* Falešně negativní biopsie bývá častá u karcinomu Borrmannova typu IV, v tomto případě lze použít EUS navigovanou biopsii. Pro stanovení rozsahu onemocnění je vhodná kombinace CT a EUS, pro odhalení peritoneálních metastáz pak diagnostická laparoskopie. Žádná z těchto metod není samostatně dostatečně přesná k diagnostice a předoperačnímu stagingu.

*Dedikace:* Studie vznikla za podpory grantu IGA\_LF\_2022\_024.

## 50. Hybridní ezofagektomie pro karcinom jícnu

Hlaváčová L, Vrba R

I. chirurgická klinika FN Olomouc, LF Univerzity Palackého Olomouc

Hybridní ezofagektomií rozumíme kombinaci miniinvazivního a klasického přístupu. Resekční fáze operace je provedena kompletně miniinvazivně, rekonstrukční fáze klasickým přístupem. K resekční fázi v případě lokalizace tumoru v oblasti hrudního jícnu je volen hrudní přístup, tedy pravostranná thorakoskopie. U tumorů distálního jícnu a gastroezofageální junkce je využit transhiatální laparoskopický přístup. Rekonstrukční fáze je u obou přístupů provedena z levostranné krční incize. Jako transponát je využit parciálně resekováný tubulizovaný žaludek s ponechanou výživou na pravé gastroepiploické tepně ve formě gastroplastiky. Součástí výkonu je u všech nemocných lymfadenektomie a pyloroplastika. Po operaci jsou nemocní hospitalizováni na jednotce intenzivní péče, výživa je zajišťována kombinací enterální (nazojejunální sonda) a parenterální terapie. Sedmý pooperační den je proveden kontrolní polykací akt a v případě příznivého nálezu bez píštěle v krční anastomóze jsou nemocní postupně realimentováni. K typickým pooperačním komplikacím patří respirační komplikace, kardiální komplikace, píštěl v oblasti anastomózy a paréza zvrátaného nervu. Po propuštění jsou nemocní pravidelně ambulantně dispenzarizováni. První 3 roky po operaci je klinická kontrola každé 3 měsíce, kontrolní ultrazvukové vyšetření dutiny břišní a RTG plic každých 6 měsíců. Individuálně dle klinického stavu provádíme kontrolní PET/CT vyšetření. Další 2 roky jsou nemocní klinicky kontrolováni každých 6 měsíců, ultrazvukové a RTG vyšetření provádíme 1x ročně. Cílem prezentace je informovat publikum o operační technice hybridní ezofagektomie a o našich výsledcích ve Fakultní nemocnici Olomouc.

## 51. Resekce tenkého střeva pro metastázy maligního melanomu

Vyhnánková B<sup>1</sup>, Pásek M<sup>2</sup>, Šubrt Z<sup>1</sup>, Gürlich R<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Chirurgická klinika, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady a 3. LF UK

<sup>2</sup>Dermatovenerologická klinika, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady a 3. LF UK

Maligní melanom je zhoubný kožní nádor s incidencí 25 pacientů na 100 000 obyvatel v České republice. Melanom se často chová agresivně a metastazuje – kromě lokálního postižení v kůži a metastáz do spádových lymfatických uzlin se mohou objevit metastázy v jakémkoliv vnitřním orgánu, tenké střevo nevyjímaje. Vedle častých lokalizací metastáz, jako jsou plíce, játra či mozek, se střevní metastázy mohou projevit akutními symptomy, jako je krvácení do trávicí trubice či ileózní stav způsobený invaginací. Práce popisuje kazuistiky 3 pacientů, kteří podstoupili resekci tenkého střeva pro metastázy melanomu na našem pracovišti.

S rozvojem moderních metod terapie metastatického maligního melanomu v podobě cílené biologické léčby a imunoterapie lze očekávat nárůst doby přežití a zvýšení kvality života, proto je pravděpodobné, že přibude nemocných s metastázami do zažívacího traktu, kteří budou vyžadovat chirurgický výkon. U těchto pacientů lze vzhledem k vysoké účinnosti systémové léčby očekávat dlouhodobé přežití bez známek choroby s dobrou kvalitou života.

## 52. Chirurgická léčba retroperitoneálních sarkómů

Jurík M, Aziri D, Tomáš M, Bernadič M, Duchoň R, Pindák D

Národní onkologický ústav, Bratislava, Slovensko

Soft tissue sarkomy sú raritné, mezenchymálne nádory, predstavujúce len približne 1 % solidných malignít u dospelých pacientov. Pre nízku incidenciu sú často nesprávne ziadnostikované a liečené mimo špecializačných centier, čo vedie k zhoršeniu prognózy pacienta. Liečebný manažment vyžaduje multimodálny prístup a je rozdielny pre jednotlivé histologické typy. Správna diagnostika a iničiálna chirurgická resekcia primárneho nádoru určujú osud pacienta. Cieľom prednášky je zosumarizovanie aktuálnych liečebných postupov.

*Kľúčové slová:* retroperitoneálny sarkóm, liposarkóm, leiomyosarkóm, solitárny fibrózny tumor, MPNST, multimodálny prístup, kompartmentová resekcia

## 53. Benigně vyhlížející rezistence...?

Kadlecová N

Fakultní Thomayerova nemocnice

*Úvod:* Sarkomy měkkých tkání jsou velmi heterogenní skupinou zhoubných nádorů vznikajících z mezenchymálních buněk, které se vyvíjejí v různých lokalitách organismu, kde mohou dosáhnout až enormních rozměrů. Nicméně diagnostika takovýchto nádorů nemusí být jednoznačná a mnohdy, než dospějeme ke konečnému stanovení diagnózy, mohou v úvahu, s ohledem na klinická a zobrazovací vyšetření, připadat i tumory zcela jiného původu. S překvapivou diagnózou se tak můžeme setkat i u takových nálezů, jakými jsou například pourazový hematom nebo pilonidální sinus. Příkladem toho jsou dvě následující kazuistiky. Jejich cílem je ukázat, že stanovit správnou diagnózu není vždy tak jednoduché, a i my se můžeme zmýlit.

*Kazuistika:* Prezentováni jsou dva pacienti – muž a žena – oba s benigně vyhlížející měkkotkáňovou rezistencí. Každý z nich byl na základě klinického vyšetření a zobrazovacích metod (primárně ultrasonografie) indikován k jinému druhu chirurgického výkonu.

*Klíčová slova:* sarkom – hematom – pilonidální sinus – ultrasonografie



## 54. Experimentální model imunodeficientní myši s lidským karcinomem pankreatu pro studium optimálních terapeutických režimů

Sychra T<sup>1,2</sup>, Szabó A<sup>4,2</sup>, Václavíková R<sup>3,5</sup>, Spálenková A<sup>3,2,5</sup>, Šeborová K<sup>3,5</sup>, Gürlich R<sup>1,2</sup>, Souček P<sup>3,5</sup>, Oliverius M<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Chirurgická klinika 3. LF UK a FNKV

<sup>2</sup>3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

<sup>3</sup>Oddělení toxikogenomiky SZÚ

<sup>4</sup>Ústav patologie a molekulární medicíny 3. LF UK a FTN

<sup>5</sup>Biomedicínské centrum – Lékařská fakulta UK v Plzni

**Úvod:** Karcinom pankreatu je závažné onkologické onemocnění se stále se zvyšující incidencí a vysokou mírou morbidity a mortality. Terapeutické možnosti jsou limitované a pětileté přežití je 7–20 % v závislosti na možnosti chirurgické resekce a časnosti záchytnosti onemocnění. Většina pacientů s touto diagnózou umírá v důsledku rezistence nádorových buněk a jeho mikroprostředí vůči používané léčbě pacientů se solidními nádory. Jedinou kurabilní terapeutickou možností je v současnosti chirurgická resekce. Cílem našeho výzkumu je pomocí různých in vitro a in vivo modelů přispět k personalizaci terapie karcinomu pankreatu.

**Metodika:** V tomto příspěvku představíme zavedení dvou typů in vivo modelů a to Cell-line derived xenograftů (CDX) a Patient derived xenograftů (PDX). Tyto dva modely se navzájem výrazně liší metodologicky, náročností technickou i finanční, ale i dosaženými výsledky. Našemu týmu se podařilo zavést CDX model s linií PaCa-44 karcinomu pankreatu o celkovém počtu 30 jedinců nu/nu myši a dva PDX modely s různými liniemi karcinomu pankreatu pacientů operovaných na Chirurgické klinice FNKV s jejich následnou retransplantací do dalších generací o celkovém počtu 38 jedinců kmene NOD/SCID i nu/nu myši. Po nárůstu tumoru na objem 100–150 mm<sup>3</sup> byly testovány konvenční (gemcitabine, paclitaxel, karboplatina) i experimentální (Stony Brook taxanes) chemoterapeutika a porovnávána jejich účinnost. Na základě histologické verifikace z PDX modelu byla upřesněna finální histopatologická diagnóza jednoho z pacientů.

**Závěr:** Dalšími kroky bude vyhodnocení vlivu léčebných režimů pomocí zobrazovacích i molekulárně genetických metod a optimalizace celého procesu pro využití v rámci precizní personalizované léčby pacientů s karcinomem pankreatu.

Nalezení nejvhodnějších účinných léčiv a modifikovaných terapeutických režimů, stejně jako nových buněčných terapeutických cílů, které by byly účinné i na rezistentní nádory, je tedy v současné době možností, jak zlepšit výsledky léčby tohoto závažného maligního onemocnění.

**Dedikace:** Donatio Facultatis Medicinae Tertiae, MŠMT projekt programu INTER-EXCELLENCE, podprogram INTER-ACTION číslo LTAUSA19032 a projekt AZV č. NV19-08-00113.

# Traumatologie

## 55. Suprakondylické zlomeniny humeru v dětském věku a jejich komplikace

**Merkl T, Štichhauer R, Šafus A, Preis J**

Klinika dětské chirurgie a traumatologie, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova

*Úvod:* Suprakondylická zlomenina humeru (SKH) v dětském věku je jedním z nejčastějších typů zlomeniny, řešených operační cestou. Tyto zlomeniny (zejména dislokované) jsou zatíženy relativně vysokým rizikem trvalých následků v podobě omezení hybnosti, poruch růstu a poranění cévního a nervového systému. Předmětem této studie je posouzení charakteru a závažnosti přidružených poranění u dislokovaných SKH a porovnání výsledné hybnosti a nosného úhlu operované končetiny oproti neoperované straně dle Flynnova skórovacího systému.

*Metoda:* Retrospektivní klinická monocentrická studie pacientů léčených v letech 2017–2021 na pracovišti Kliniky dětské chirurgie a traumatologie, Fakultní nemocnice v Hradci Králové.

*Výsledky:* Na našem pracovišti bylo operováno v uvedeném období celkem 329 pacientů, z celkového počtu 943 pacientů léčených pro SKH. Většina pacientů, tedy 56 % operovaných pacientů, byli chlapci. Věkově byly nejvíce zastoupeny skupiny od 3 do 9 let, celkem v 85 %. Jen jedno procento tvořily otevřené zlomeniny. Dle modifikované Gartlandovy klasifikace byl II. typ zastoupen v 66 %, III. typ ve 34 %. Nejčastějším typem SKH byl extenční, zastoupený 88 %, dále indiferentní s 8 % a nejméně častým typem byla flekční a atypická zlomenina, které byly obě zastoupeny pouhými 2 % pacientů. Suverénní operační metodou byla zavřená repozice a perkutánní fixace zkříženě zavedenými Kirschnerovými dráty. Pouze u 2 pacientů bylo třeba přistoupit k otevřené repozici a fixaci K-dráty. Nemalé procento těchto zlomenin bylo zatíženo komplikacemi, neurologickými (59 pacientů – 18 %), cévními (11 pacientů – 3,5 %). U 7 pacientů přetrvává nadále částečný nervový deficit a u 2 pacientů byla při kontrolách zjištěna slabší pulzace a. radialis při iniciálně bezpulzovém typu zlomeniny, nicméně bez vlivu na kvalitu cévního zásobení končetiny. Z hlediska omezení hybnosti a nosného úhlu dle Flynnovy klasifikace 80 % pacientů má excelentní výsledky léčby, 11 % dobré, 5 % uspokojivé a jen 4 % špatné. Toto je zejména u pacientů s krátkou dobou sledování. Žádný pacient neudává významné omezení běžných životních aktivit.

*Závěr:* Suprakondylické zlomeniny humeru jsou v pediatrické populaci poměrně častou zlomeninou, která je zatížena relativně vysokým rizikem komplikací, a proto je péče o tyto pacienty centralizována. Z dlouhodobého hlediska lze ovšem říci, že finální výsledky po dokončení rehabilitace jsou více než uspokojivé a většina trvalých následků neomezuje pacienty v běžném životě.

## 56. Zadní luxace ramene – méně časté, ale snadno přehlédnutelné poranění

**Dokoupil O**

Traumatologická klinika, Fakultní nemocnice Olomouc

Přednáška si klade za cíl poukázat na vzácnou formu luxace glenohumerálního kloubu – zadní luxaci. Dle literatury tvoří zadní luxace ramene 1–4 % luxací ramene. Pro nízkou četnost v populaci a obtížnější rentgenologickou diagnostiku bývá často při prvním ošetření pacienta přehlédnuta, dle některých zdrojů až v 79 %. Jako typické (učebnicové) mechanismy úrazu jsou uváděny epileptický záchvat a úraz elektrickým proudem, k zadní luxaci ramene ovšem dojde i v případech běžnějších úrazových mechanismů – pád s direktním násilím na rameno v předozadním směru, dále např. při kontaktních sportech.

V období od dubna 2017 do dubna 2022 bylo cestou traumatologické ambulance OUP FNOL ošetřeno celkem 345 pacientů s některou z forem luxací ramene. Přední luxaci utrpělo 332 pacientů (96,2 %), zadní luxaci 11 pacientů (3,2 %), dolní luxaci 2 pacienti (0,6 %). Věk pacientů, kteří utrpěli zadní luxaci glenohumerálního kloubu, se pohyboval od 26 do 79 let věku, průměrný věk 47 let, medián 43 let. Mechanismy úrazu byly prostý pád na rameno (4 pacienti), úraz při kontaktním sportu (2 pacienti), pád z jízdního kola (4 pacienti) a jeden pacient byl brachiálně napaden druhou osobou. Všech jedenáct pacientů bylo léčeno zavřenou repozicí. U jednoho pacienta, který mimo dorzální luxaci glenohumerálního kloubu utrpěl frakturu proximálního humeru, si primární ošetření vyžádalo transfixaci zlomeniny Kirschnerovými dráty. Týž pacient poté podstoupil další artroskopickou operaci. Ostatní pacienti byli léčeni pouze dočasnou imobilizací ramene a následnou rehabilitací. Bez nutnosti chirurgické intervence.

Přehlédnutí zadní luxace ramene při prvním lékařském kontaktu má pro další vývoj léčby pacienta závažné následky. Cílem přednášky je upozornit na vzácné poranění, jeho diagnostiku, nastínit léčebné možnosti a eventuální komplikace.

## 57. Poranění pankreatu v dětském věku – retrospektivní studie našeho postupu za poslední 25 let

**Zeinedine O, Šnajdauf J, Rygl M, Petrášová N, Mixa V, Keil R**

Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FN Motol

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

Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK a FN Motol

*Úvod:* Poranění pankreatu je vzácné a vzniká nejčastěji při tupém nárazu do epigastria. Důležitá je časná identifikace poraněného pankreatického vývodu, a to pomocí CT a ERCP. Dosud není shoda na optimálním postupu léčby.

*Metodika:* Retrospektivní analýza pacientů přijatých na našem pracovišti v letech 1994–2019 s poraněním pankreatu. Všichni pacienti měli radiologicky prokázané poranění pankreatu. Hodnocen byl mechanismus úrazu, diagnostika, sdružená poranění, rozsah poranění a léčba.

*Výsledky:* Za 25 let bylo přijato celkem 37 pacientů s poraněním pankreatu s průměrným věkem 9 let (rozmezí 2–17,7). Osmnáct pacientů (48,6 %) utrpělo poranění po nárazu řídká do epigastria, 12 pacientů (31,7 %) neurčený pád a zbytek utrpěl jiné tupé poranění. Všichni pacienti prezentovali bolesti břicha a vstupně zvýšené pankreatické enzymy. Délka potíže byla různá. Rozsah poranění na základě CT snímků byl II. stupeň u 5 pacientů, III. stupeň u 22 a IV. stupeň u 10 pacientů. ERCP bylo provedeno u 28 pacientů. Zavedení stentu u 9, 5 z nich nevyžadovalo další chirurgické zákroky. Chirurgická léčba byla indikována u 28 pacientů (distanční pankreatektomie u 19 pacientů, resekcce hlavy s Roux-an-Y pankreatikojejunoanastomózou u 9 pacientů). Pseudocysta se vyvinula u 10 dětí, z nichž 4 byly provedené cystogastrostomií. V důsledku dalších těžkých přidružených zranění došlo k jednomu úmrtí.

*Závěr:* Poranění pankreatu patří do specializovaných traumatologických centrů. Zavedením stentu pomocí ERCP můžeme předejít další operaci. U pacientů s duktálním poraněním a pokračujícím klinickým a chemickým zhoršováním je důležitá včasná operace. Navzdory závažnosti poranění pankreatu byla mortalita v naší studii nízká.

## 58. Musíme vždy operovat bodná poranění břicha?

**Boštík P<sup>1</sup>, Janichová K<sup>1</sup>, Zachara M<sup>2</sup>, Carda M<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Oddělení úrazové chirurgie, Pardubická nemocnice

<sup>2</sup>Chirurgické oddělení, Pardubická nemocnice

*Úvod:* Penetrující poranění dutiny břišní je často bráno jako absolutní indikace k operační revizi. Dle našich zkušeností je ale u některých pacientů výsledkem revize nález minimálního poranění. V některých doporučených postupech se ale objevuje možnost za určitých podmínek postupovat konzervativně. Cílem naší práce bylo vyhodnotit postup, jakým bylo v naší nemocnici přistupováno k penetrujícím poraněním dutiny břišní, srovnat jej s aktuálními doporučenými postupy, zhodnotit výsledky jak konzervativního, tak operačního postupu a také nalézt bezpečná kritéria k indikaci konzervativního postupu.

*Metoda:* Retrospektivní studie, statistika případů s diagnózou S311 – otevřená rána břicha, ošetřených v Pardubické nemocnici v časovém intervalu leden 2015 až listopad 2021.

*Výsledky:* Ve vytyčeném časovém intervalu celkem ošetřeno 58 pacientů s diagnózou S311 – otevřená rána břicha, z toho 9 s penetrujícím poraněním dutiny břišní. U 7 penetrujících poranění byla provedena revize dutiny břišní, z toho ve 4 případech s nálezem závažných traumatických změn v dutině břišní, ve 2 případech s minimálním poraněním nitrobřišních orgánů a v 1 případě bez průkazu penetrace přes stěnu břišní.

U 2 pacientů zvolen konzervativní postup – hospitalizace na JIP, monitorace vitálních funkcí a opakované zobrazovací vyšetření, v obou případech nebyla nutná operační revize. Ke konzervativnímu postupu byli indikováni pouze oběhově stabilní pacienti bez peritoneálních příznaků, u kterých CT vyšetření s kontrastní látkou vyloučilo aktivní krvácení do dutiny břišní a u kterých nebyly prokázány zásadní traumatické změny intraabdominálně.

K operační revizi byli pacienti indikováni na základě přítomnosti peritoneálních příznaků (1x), hemodynamické nestability (1x), na základě vícečetného penetrujícího poranění (3x), na základě přítomnosti penetrujícího poranění dutiny břišní (2x). Žádný z pacientů s penetrujícím poraněním dutiny břišní nebyl polytraumatizován. Žádný z pacientů v souvislosti s poraněním nezemřel.

*Závěr:* Práce poskytla údaje o počtu ošetřených pacientů s otevřenou ranou břicha a o počtech penetrujících poranění. U 2 pacientů s penetrujícím poraněním dutiny břišní byl zvolen konzervativní postup s dobrými výsledky. Dle dostupných informací v dokumentaci by 2 ze 7 revidovaných pacientů splňovali základní kritéria k indikaci konzervativního postupu.

## 59. Střelné thorakoabdominální polytrauma s vážným poraněním jater, ledviny a plic u mladé ženy

Mach C, Houdek K, Vodička J, Fichtl J, Třeška V

Chirurgická klinika Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Plzeň

*Úvod:* Střelná poranění jsou v České republice poměrně vzácná, přesto se vyskytují v desítkách až stovkách případů ročně. Jejich výskyt je však nesrovnatelně nižší než v zemích třetího světa a v zemích s větší tolerancí střelných zbraní. V našich podmínkách se nejčastěji jedná o sebevražedné pokusy, ve většině případů s poraněním hlavy a hrudníku, méně často pak o kriminální trestné činy s úmyslem vraždy či nešťastné náhody. Motivem bývají psychiatrická onemocnění, rodinné, sociální a zdravotní problémy. Střelná poranění ohrožují pacienta na životě nejen lokalitou, ale závisí také na typu použité zbraně, četnosti střel a hemodynamickém přenosu na okolní tkáň.

*Kazuistika:* Autoři v této kazuistice prezentují vážné střelné multiorganové poranění, jeho diagnostiku a chirurgické řešení. Jde o případ 32leté pacientky, která byla přivezena na naše pracoviště v kritickém stavu pro střelná poranění v oblasti hrudníku a břicha. Dle klinického nálezu a vyšetření výpočetní tomografií (CT) se jednalo o dva průstřely, v obou případech se vstřelem v oblasti zad. V prvním případě se vstřelem i výstřelem v oblasti horního levého hemithoraxu s poraněním horního plicního laloku a levé klíční kosti. V druhém případě se vstřelem v levé bederní krajině a výstřelem v oblasti pravé pohrudniční dutiny s poraněním orgánů retroperitonea a jaterní krajiny. Na základě tohoto nálezu byla pacientka indikována k urgentní laparotomii a levostranné thorakotomii. V rámci stabilizace pacientky jsme provedli oboustrannou hrudní drenáž. Peroperační nález při laparotomii potvrdil objemný hematom retroperitonea s vážnou lacerací pravé ledviny a pravého jaterního laloku s masivním krvácením do dutiny břišní. V první době jsme provedli tamponádu jater a pravostrannou nefrektomii s toaletou dutiny břišní v rámci damage control surgery. Následně jsme pokračovali levostrannou thorakotomií s revizí hrudní dutiny a ošetřením střelného kanálu levého horního laloku plice. V druhé době jsme přistoupili k pravostranné hemihepatektomii a následně k řešení fraktury levé klíční kosti.

*Závěr:* Střelná poranění se zasažením břicha a hrudníku vždy vyžadují akutní chirurgickou intervenci. Kromě revize dutiny břišní a hrudní s ošetřením poraněných orgánů je nezbytné ošetření střelného kanálu a zahájení empirické antibiotické terapie k zabránění rozvoje infekčních komplikací. Zásadní je zajistit hemodynamickou stabilitu pacienta s možným definitivním ošetřením poranění až v druhé době. Tato poranění ohrožují člověka bezprostředně na životě, a to i v postoperačním období, proto je nezbytné komplexní ošetření pacienta s multiorganovou spoluprací.

## 60. Chronické ruptury bránice po tupém traumatu hrudníku – 2 kazuistiky

Skála M, Vodička J, Šebek J, Špidlen V, Třeška V

Chirurgická klinika LF UK a FN v Plzni

*Úvod:* Ruptura bránice je vzácný, ale život ohrožující stav doprovázející 0,8–5 % pacientů s thorakoabdominálním traumatem podstupivších operaci. Projevy brániční ruptury bývají překryty vážnějšími projevy přidruženého traumatu. Přidružená traumata jsou pak zodpovědná za špatnou prognózu. Ruptura bývá viditelná na RTG snímku hrudníku či na CT vyšetření. Menší defekt však může při diagnostice uniknout, zvláště pokud není pacient indikován k akutní operaci. Postupem času může dojít k progresi velikosti této ruptury a k rozvoji symptomatologie.

*Metodika:* Autoři uvádějí 2 kazuistiky pacientů, kteří byli léčeni pro chronickou brániční rupturu na Chirurgické klinice LF UK a FN Plzeň mezi 1. 1. 2009 a 31. 12. 2021. Cílem byla analýza klinických dat a jejich porovnání s literárními údaji. *Výsledky:* Oba pacienti s chronickou brániční rupturou byli muži v produktivním věku, kteří primární trauma utrpěli při dopravní nehodě. V jednom případě byla ruptura diagnostikována po 6 letech, v druhém po 14 letech. V obou případech šlo o levostrannou rupturu, která se manifestovala bolestmi břicha. Oba pacienti podstoupili plastiku bráničního defektu cestou thorakotomie.

*Závěr:* Nerozpoznaná ruptura bránice je závažný stav, který může vyústit v život ohrožující komplikaci inkarcerací břišních orgánů vyhřezlých do hrudníku. Na tuto diagnózu je nutné myslet u pacientů s gastrointestinálními či dechovými potížemi po vysokoenergetickém tupém traumatu břicha a hrudníku i s odstupem několika let od traumatu.

## **61. Traumacentrum – trochu jiná stáž**

**Daňa P, Penka I, Reška M, Slováček R**

I. chirurgická klinika FN u sv. Anny v Brně

Stručné sdělení má za cíl představit možnost absolvovat část specializačního vzdělávání v zahraničí. Popis fungování úrazové jednotky v největší africké nemocnici bude obohacen několika kazuistikami a doplněn praktickými radami pro zájemce o podobnou stáž.

# Kolorektální chirurgie

## 62. Endosponge – „miniinvazivní“ léčba anastomotického leaku

**Dosoudil M, Škrovina M, Bartoš J, Benčurik V, Macháčková M**

Chirurgické odd., Nemocnice Agel Nový Jičín, a. s.

*Úvod:* Anastomotický leak je obávanou komplikací kolorektální chirurgie, jehož patogeneze není zcela jasná, a tím pádem není znám ani ideální přístup v jeho léčbě. Podtlaková terapie ve formě endosponge, představená v roce 2008, si pomalu získává své pevné místo mezi možnými řešeními této závažné komplikace.

*Data:* Autoři předkládají obecné informace o principu léčby pomocí metody endosponge, review současné literatury a následně výsledky léčby leaku kolorektálních anastomóz po TME výkonech pro dg. C20 na našem pracovišti v období 2010–2021. V souboru 533 pacientů bylo zachyceno v tomto období 69 pacientů s anastomotickým leakem. U 26 pacientů došlo k aplikaci endosponge. Výsledky léčby předkládáme v přehledných grafech.

*Závěr:* Endosponge se zdá být slibnou alternativní léčbou v případech anastomotického leaku.

*Klíčová slova:* endosponge – anastomotic leak

## 63. Využití ICG k preoperačnímu zobrazení ureter při kolorektálních resekcích

**Potrusil M, Grolich T, Čan V, Procházka V, Hrivnák R, Kala Z**

Chirurgická klinika, Fakultní nemocnice Brno, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity

*Úvod:* Využití ICG při zobrazení vaskularizace střevní stěny „in vivo“ je v současnosti hojně klinicky využíváno pro svou jednoduchost, dostupnost a efektivnost při průkazu prokrvení tkáně. Aplikace ICG do ureteru pomocí předoperačně dočasně zaváděné cévky představuje další možnost zobrazení „in vivo“, tentokrát průběhu ureter v průběhu LSK i otevřené operace.

*Obsah:* Cílem sdělení je na třech kazuistikách pacientů s pokročilou infiltrací kolon descendens, pacienta s tumorem rekta po plastice ureteru s reoperací a pacienta s tumorem nízkého rekta po rozsáhlém abscesu malé pánve demonstrovat formou videoprezentace využitelnost této techniky k usnadnění anatomické orientace při komplikovaných výkonech. Diskutovány jsou praktické aspekty, nevýhody a budoucí možnosti.

*Závěr:* Využití intra-ureterálně podaného ICG při operacích v retroperitoneu považujeme za jednoduchou a efektivní metodu umožňující snížit riziko preoperačního poranění vývodných močových cest zvláště při výkonech s omezeným taktilním vjemem.

## 64. Odvrácená strana TaTME – kazuistika + naše zkušenosti

**Sehnálek J, Kasík M, Jesenská M, Sákra L**

Chirurgická klinika, Nemocnice Pardubice, Nemocnice Pardubického kraje, a. s.

Cílem tohoto sdělení je seznámení posluchače s tím, co obnáší metoda transanální totální mezorektální excize, jaké jsou její výhody, ale jaká mohou být její úskalí. Na kazuistickém sdělení demonstrováme komplikovanost řešení komplikace této metody a prezentujeme krátce naše zkušenosti.

## 65. Perianální absces jako primomanifestace adenokarcinomu rekta

**Dvořáková K, Kasík M, Sákra L**

Chirurgická klinika, Nemocnice Pardubice, Nemocnice Pardubického kraje, a. s.

Adenokarcinom rekta se řadí k nejčastějším nádorovým onemocněním v naší populaci, jehož incidence se neustále zvyšuje. Projevy onemocnění mohou být různé, asymptomatické poruchy vyprazdňování či enteroragie apod.

Prezentujeme kazuistiku 55letého, jinak zdravého muže, který byl přijat pro perforovaný perianální absces. Při dovyšetření byl verifikován pokročilý adenokarcinom rekta.

## 66. Cizí tělesa v rektu – psychologické aspekty, kazuistika

Cvachová P

Nemocnice TGM Hodonín, chirurgické oddělení

Prezentace se ve zkratce zabývá psychologickými aspekty zavádění cizích těles do konečníku. Následná kazuistika se zaměřuje na konkrétní případ na našem pracovišti – pacienta, který si dlouhodobě zaváděl do konečníku kovové vruty.

## 67. Cesta k robotické chirurgii – tréninkový program

Kalvach J

Ústřední vojenská nemocnice, Praha

*Úvod:* Robotická chirurgie představuje miniinvazivní techniku využívající počítačový systém k umístění a manipulaci chirurgických nástrojů v průběhu operačního výkonu. Mezi výhody oproti laparoskopii patří zejména stabilní 3D obraz, větší rozsah pohybu robotických nástrojů a ergonomie. V klinické praxi vede k nižší krevní ztrátě, rychlejší rekonvalescenci a kratší době hospitalizace.

V posledních letech došlo k významnému rozvoji a implementaci robotické chirurgie napříč chirurgickými obory. V některých indikacích jsou dokonce již standardem. V České republice je v současné době 10 robotických pracovišť a již nyní je zřejmé, že další instalace budou rychle následovat.

*Cíle:* Cílem této prezentace je seznámit začínající chirurgy s tím, jak je to s tréninkovým programem robotické chirurgie v ČR a ve světě. Kdy a jak začít s robotickou chirurgií. Jak dlouho trvá a jaká je cena vyškolení robotického chirurga.

*Metodika:* Zdrojem dat jsou databáze PubMed, Up to Date a vlastní zkušenosti autora z výcviku robotické chirurgie.

*Dedikace:* MO 1012

## 68. Limity robotické chirurgie v ČR? Miniinvazivní chirurgie u onkologických i benigních onemocnění

Pažin J<sup>1</sup>, Kalvach J<sup>1,2</sup>, Pohnán R<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN, Praha

<sup>2</sup>2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

Robotická chirurgie v České republice poslední léta doznává značného rozvoje. Dochází k modernizaci vybavení a rozšiřování pracovišť nesoucích statut robotického centra. Dlouhodobě jsou na špičce, co se počtu výkonů týče, urologové. Všeobecná chirurgie využívala robotické systémy od zavedení metody zejména k onkologickým výkonům v rámci diagnózy karcinomu rekta. O výhodách miniinvazivní, respektive laparoskopické chirurgie v indikovaných případech již máme k dispozici značné množství studií. Výhody robotické chirurgie v porovnání s otevřenou, nebo taky laparoskopickou chirurgií jsou rovněž doložitelné, nicméně vzhledem k vyšším pořizovacím a provozním nákladům je expanze a využití nových technologií pomalejší, než požadavky ze strany laické, ale i odborné komunity. Poslední léta rostou nároky na zkracování doby hospitalizace, což jde ruku v ruce s nutností rozvoje miniinvazivních přístupů a robotické chirurgie. V blízké době bude velký tlak na rozšíření portfolia robotických výkonů. Autoři chtějí na souboru kazuistik a videokazuistik nastínit možnosti využití robotického systému DaVinciXi u dalších onkologických, ale i benigních onemocnění. V rámci přednášky představíme výkony nejenom v hrudní a břišní dutině, ale i dvoudutinové výkony v rámci operace karcinomu jícnu a výkony v oblasti hiátu, žaludku a levého subfrenia. Cílem je přinést širší pohled na možnosti využití robotiky ve všeobecné chirurgii, zhodnotit přípravu, port placement, průběh operace a hospitalizace a zhodnotit outcome a komplikace jednotlivých prezentovaných případů.

# Kvalita péče a vzdělávání v chirurgii

## 69. Evropská atestace

**Oliverius M**

Chirurgická klinika 3. LF UK a FNKV

## 70. Audit a zkvalitnění chirurgické péče – koníček, nebo povinnost?

**Ryska O**

University Hospitals of Morecambe Bay NHS Foundation Trust Lancaster, Lancashire, UK

## 71. Anketa o vzdělání

**Grolich T**

Chirurgická klinika, Fakultní nemocnice Brno, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity

## 72. Shrnutí činnosti CHSP a běžící i plánované vzdělávací programy

**Bystřický P**

Chirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice

Plastika kýly je nejčastější elektivní chirurgickou procedurou, často se jedná o operaci atestační. Česká herniologická společnost, jako národní sekce Evropské herniologické společnosti (EHS) a sekce České chirurgické společnosti, vznikla v roce 2014 a jedním z jejích cílů je právě vzdělávání (nejen) mladých chirurgů v herniologii, sdílení doporučených postupů EHS v řešení defektů břišní stěny, uzávěru laparotomie a dlouhodobého sledování pacientů.

Vzhledem k rozvoji nových technik, zvyšování požadavků na erudici při řešení složitých komplexních defektů břišní stěny, existuje v řadě zemí (Skandinávie, Německo, země Beneluxu...) propracovaný systém dlouhodobého standardizovaného vzdělávání rezidentů v herniologii. Pod záštitou České herniologické společnosti je možné se i v ČR zúčastnit kvalitních vzdělávacích akcí a seminářů, nácviku simulačních technik, tréninku na kadaverech, tzv. hands-on monotematických akcí. Je nezbytné, aby vzdělávání bylo dlouhodobé, ucelené, samozřejmostí je vysoká erudovanost školitelů, respektování doporučení odborných společností a motivace školenců.

## 73. Shrnutí činnosti sekce Ženy v chirurgii

**East B**

III. chirurgická klinika 1. LF UK a FNM

## 74. Nabídka kurzů Aesculap

**Hrouda T**

B. Braun



# Cévní a hrudní chirurgie

## 75. Význam stabilizace hrudní stěny při zlomeninách žeber

Gregořík M, Chudáček J, Szkorupa M, Hanuliak J, Klos D

I. chirurgická klinika FN Olomouc a LF UP v Olomouci

*Úvod:* Zlomeniny žeber se vyskytují u 10–40 % všech pacientů s tupým poraněním hrudníku. Izolované faktury žeber jsou léčeny konzervativně a nevyžadují většinou hospitalizaci, ovšem sériové a blokové faktury žeber jsou k ní indikovány. Správná rozvaha a brzká intervence jsou klíčové pro nekomplikovaný průběh léčby a snížení morbidity a mortality.

*Metoda:* Předkládáme retrospektivní vyhodnocení souboru operovaných i neoperovaných pacientů s tupým poraněním hrudníku. Do souboru byli zařazeni pacienti se sériovými a blokovými frakturami žeber a pacienti s nestabilní hrudní stěnou. Sledované parametry byly: věk, délka hospitalizace. Dále byl u operovaných pacientů sledován počet použitých dlah a pooperační komplikace. Sběr dat byl za období od 1. 3. 2020 do 28. 2. 2021.

*Výsledky:* Byl vyhodnocen soubor 64 pacientů, 12 operovaných a 52 neoperovaných ve věkovém rozmezí 21–93 let. Průměrná délka hospitalizace byla 12,2 dne u operovaných pacientů a 9,5 dne u neoperovaných. Průměrný počet použitých dlah na pacienta, který měl provedenou stabilizaci hrudní stěny, byl 3,5.

*Závěr:* Většina pacientů s tupým poraněním hrudníku s frakturami žeber je stále léčena konzervativně, na což poukazuje i náš soubor pacientů. Nicméně správně a včasné indikovaná stabilizace hrudní stěny může být pro pacienty velkým přínosem. Stabilizace hrudní stěny je bezpečná metoda s minimem komplikací a nízkou mortalitou.

## 76. Hepatic segmental arterial anatomy: variations and clinical correlations

Whitley A

Chirurgická klinika 3. LF UK a FNKV

## 77. Tepenný allograft jako náhrada recidivujícího pseudoaneurysmatu v pravém třísele

Pluchová M, Chlupáč J

Klinika transplantační chirurgie, IKEM

*Úvod:* Tepenné allografty představují jednu z mnoha možností rekonstrukční cévní chirurgie. Využívané jsou hlavně v případech, kde byly vyčerpány ostatní možnosti náhrady nativního cévního řečiště, jako jsou autovenózní štěpy nebo cévní protézy. Vzhledem k dokumentovanému nízkému riziku reinfekce je použití allograftu vhodné i v terénu po opakovaných cévních rekonstrukcích s komplikovaným pooperačním průběhem.

*Kazuistika:* Prezentujeme kazuistiku 70letého pacienta, který podstoupil opakované cévní rekonstrukce na pravé dolní končetině. Na naši kliniku byl přijat pro progredující pseudoaneurysma v pravém třísele. Podstoupil nahrazení infikovaného pseudoaneurysmatu a cévní protézy tepenným allograftem femorální bifurkace. Původní femoro-popliteální autovenózní bypass byl reimplantován do allograftu. Časná kontrola neodhalila žádné známky rekurence infekce, rekonstrukce byla průchodná. Čtyři měsíce po výkonu byla provedena trombolýza pro uzávěr distálního úseku femoro-popliteálního bypassu s implantací stentu do oblasti distální anastomózy. Necelých osm měsíců od náhrady pseudoaneurysmatu tepenným allograftem byl femoro-popliteální bypass opět uzavřen, vzhledem k vyčerpání možností chirurgické i endovaskulární léčby bylo rozhodnuto o konzervativním postupu. Tepenný allograft femorální bifurkace je nadále průchodný, cévní zásobení dolní končetiny je díky tomu parciálně zachováno prostřednictvím a. profunda femoris, arteriae perforantes a kolaterálního řečiště.

*Závěr:* Tepenný allograft u prezentovaného pacienta prokázal dobrou střednědobou průchodnost bez relapsu infekce.

## 78. Masivní nitrohruční krvácení jako komplikace plicního parenchymového krvácení a antikoagulační léčby plicní embolizace při covid-19

Šebek J<sup>1</sup>, Vodička J<sup>1</sup>, Procházková K<sup>1</sup>, Kletečka J<sup>2</sup>, Třeška V<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Chirurgická klinika, Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Plzni, Fakultní nemocnice Plzeň

<sup>2</sup>Klinika anestezie, resuscitace a intenzivní medicíny, Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Plzni, Fakultní nemocnice Plzeň

Infekce SARS-CoV-2 je v současnosti na špici zdravotnického a společenského zájmu. Onemocnění může být při těžším průběhu provázeno řadou komplikací, mezi něž patří i tromboembolická nemoc nebo krvácení do plicní tkáně. Antikoagulační léčba tromboembolické nemoci nízkomolekulárními hepariny pak může být spojena s dalšími krváčovými komplikacemi. Autoři prezentují 2 neobvyklé případy masivního nitrohručního krvácení, které bylo následkem plicního parenchymového krvácení potencionálního plnou antikoagulační léčbou tromboembolické nemoci. Krvácení v obou případech z levého dolního plicního laloku bylo život ohrožující a vyžádalo si urgentní provedení anatomické plicní resekce – levostranné dolní plicní lobektomie.

*Klíčová slova:* covid-19 – tromboembolická nemoc – hemotorax – lobektomie – komplikace LMWH

## 79. Salmonelová mykotická aneurysmata

Rule J, Krampota F, Daněk T

Oddělení cévní a plastické chirurgie, Nemocnice Pardubice, NEMPK, a. s.

*Úvod:* Mykotická aneurysmata jsou onemocnění nízké incidence, ale s vysokou morbiditou a mortalitou. Ze všech etiologií vzniku aneurysmat se infekce podílí v západní Evropě a USA jen v 0,6–2 %. Vzhledem k rychlému nárůstu jejich velikosti se většina pacientů prezentuje již jako symptomatických, navíc se často jedná o staré, polymorbidní pacienty v septickém stavu, což má za následek špatnou prognózu. Ještě vzácnější jsou aneurysmata karotid. Na tuto anatomickou lokaci připadají pouze 4 % periferních aneurysmat. Nejčastěji vznikají jako komplikace předchozí operace, traumatu či aterosklerózy a jejich vznik na podkladě infekce je velmi neobvyklý.

Patogenem, který se v obou případech uvádí jako nejčastější původce, je *Staphylococcus*, na druhém místě se pak uvádějí salmonelové infekce. Ty jsou obvykle ohraničeny na gastrointestinální trakt, ale u oslabených pacientů – ať již polymorbidních, či imunosuprimovaných – může dojít k rozvoji bakteriemie a s tím souvisejícího poškození dalších orgánových systémů. Vzhledem k jejich nízké incidenci a překrývání subjektivních stesků u symptomatických aneurysmat a těžké gastroenteritidy je diagnostika salmonelových aneurysmat velmi obtížná.

*Výsledky:* Autoři této práce na dvou kazuistikách prezentují management mykotických aneurysmat a zkušenosti našeho pracoviště s obdobnými případy. S využitím dostupné literatury pak uvádějí i souhrn posledních doporučení v jejich léčbě.

*Závěr:* Management a léčba mykotických aneurysmat je závažná a poměrně obtížná problematika. Léčba mykotických aneurysmat spočívá v cílené ATB terapii a rychlé intervenci, ať už operační, či endovaskulární. V každém případě je však léčbu třeba individualizovat dle potřeb pacienta.

## 80. Hluboká žilní trombóza pánevních žil v šestinedělí – kazuistika

Schwarz L, Šolek R, Blaha L

Centrum cévní a miniinvazivní chirurgie, Nemocnice Agel Třinec-Podlesí, a. s.

*Úvod:* Riziko hluboké žilní trombózy a plicní embolie výrazně narůstá v období těhotenství. Je zhruba 5x vyšší ve srovnání s netěhotnou ženou stejného věku. Onemocnění se vyskytne přibližně v jednom případě z 1000 těhotenství. K ještě výraznějšímu zvýšení rizika však dochází v šestinedělí (přibližně 20x vyšší riziko). Příčin tohoto jevu je několik. Obecně platí, že k trombóze dojde díky třem faktorům – zpomalení krevního toku v žíle, poškození žilní stěny a zvýšené srážlivosti krve.

*Metodika:* Cílem prezentace je ukázat podrobnou kazuistiku mladé pacientky v časném období šestinedělí s klinickými příznaky hluboké žilní trombózy, od diagnostiky až po možnosti léčby, které jsme zvolili na našem pracovišti. U takto vysoce rizikové pacientky časně po porodu jsme přistoupili k možnosti endovaskulární léčby, která byla za daných okolností nejvhodnější.

*Závěr:* Hluboká žilní trombóza u pacientů, a zvláště rodiček v porodním období, je vážné onemocnění, které je nutno adekvátně léčit. V naší kazuistice poukazujeme na možnosti endovaskulárního řešení jako velmi vhodného elegantního a rychlého výkonu, ze kterého profituje zejména pacient díky nízké operační zátěži, krátké hospitalizaci a rychlé rekonvalescenci.

## 81. AV shunty a jejich komplikace

**Ježková P, Fabián B**

Centrum cévní a miniinvazivní chirurgie, Nemocnice AGEL Třinec-Podlesí, a. s.

*Úvod:* S rychlým rozvojem medicíny dochází v novodobé historii k významnému prodloužení života. Předtím často nevléčitelná onemocnění je v dnešní době možné léčit. Příkladem je náhrada funkce ledvin. K tomuto připočtíme nárůst prevalence diabetu jako jednu z nejčastějších příčin chronického selhání ledvin v rozvinutých zemích a získáme vysoký počet pacientů vyžadujících dialýzu, zejména hemodialýzu. Hemodialýza není možná bez fungujícího cévního přístupu.

*Metodika:* Cílem prezentace je seznámit mladé chirurgy s možnostmi cévních přístupů s hlavním zaměřením na arteriovenózní shunty, jakožto nejvhodnější z hlediska dlouhodobé životnosti přístupu. První část přednášky tedy informuje o základních typech shuntů, další část se pak věnuje komplikacím AV fistul, a to trombóze, stenóze, ischemické neuropatii, steal syndromu, aneurysmatickému rozšíření, infekci a žilní hypertenzi s uvedením možných řešení (endovaskulární a chirurgické) těchto komplikací.

*Závěr:* AV fistula je jakousi „pupeční šňůrou“ pro pacienty závislé na hemodialýze. Je tedy důležité, aby každý chirurg měl základní povědomí o této problematice, abychom skrze kvalitní cévní přístup mohli zvyšovat kvalitu života pacientů a prodlužovat jej.