



X. PODLAHOVY CHIRURGICKÉ DNY

XI. INTERAKTIVNÍ KONGRES HOJENÍ RAN

SBORNÍK ABSTRAKTŮ



9.–10. října 2017

Česká republika

Hotel Galant

Mikulov

X. PODLAHOVY CHIRURGICKÉ DNY
XI. INTERAKTIVNÍ KONGRES HOJENÍ RAN
9.–10. října 2017, Mikulov, Česká republika

Nakladatel:

Veletrhy Brno, a.s.
Výstaviště 405/1
603 00 Brno

Pro Veletrhy Brno, a.s., vydala:

EXPO DATA spol. s r.o.

Grafická úprava, sazba, zlom:

EXPO DATA spol. s r.o.

Vydavatel nenes odpovědnost za údaje a názory autorů.

Do sborníku abstraktů nemohly být zařazeny abstrakty, které nebyly redakci dodány do redakční uzávěrky.

ISBN 978-80-88170-10-5



PŘÍPRAVNÝ VÝBOR

Předseda

prof. MUDr. Ivan Čapov, CSc.

Místopředseda

doc. MUDr. Igor Penka, CSc.

Vědecký sekretář

doc. MUDr. Lenka Veverková, Ph.D.

ORGANIZÁTOŘI



PARTNEŘI

Generální partner:

ETHICON

PART OF THE *Johnson & Johnson* FAMILY OF COMPANIES

Hlavní partneři:





ODBORNÝ PROGRAM

Pondělí 9. října 2017

9.00–10.00 hod.

Blok 1, sál Aurelius

DUTINOVÁ PORANĚNÍ

Předsednictvo: V. Třeška, F. Vyhnanek, M. Reška

1. Inovované žeberní dlahy Judetova typu (preklinická studie, první klinické zkušenosti)
2. Penetrující poranění hrudníku – zkušenosti traumacentra Fakultní nemocnice Plzeň
3. Traumatická ruptura hrudní aorty
4. Význam stabilizace hrudní stěny
5. Penetrující poranění hrudníku
6. Urgentní přístup k subklaviálnímu svazku

10.00–10.30 hod.

COFFEE BREAK

10.30–12.00 hod.

Blok 2, sál Aurelius

SARKOMY HRUDNÍ STĚNY

Předsednictvo: U. Pastorino, R. Lischke, I. Čapov

7. Téma přednášky rezervováno
8. Sarkomy hrudní stěny z pohledu onkologa
9. The importance of a plastic surgeon in thoracic and abdominal wall oncosurgery
10. Téma přednášky rezervováno
11. Chirurgický a onkologický pohled na sarkomy hrudní stěny
12. Infiltrace horní hrudní apertury – superior sulcus tumor / chirurgický přístup
13. Princip high volume hospitals v onkochirurgii v ČR

12.00–13.00 hod.

LUNCH SYMPOSIUM / Ethicon

13.00–15.00 hod.

Blok 3, sál Aurelius

INFEKCE V PLEURÁLNÍ A BŘIŠNÍ DUTINĚ

Předsednictvo: J. Vodička, M. Peteja, L. Veverková

14. Možnosti a limitace antibiotické léčby / 30'
15. Řešení infekce abdominální dutiny / 20'
16. Empyém hrudníku – desetileté zkušenosti chirurgické kliniky FN Plzeň
17. Abscesy plic
18. Využití VAC® systému v hrudní chirurgii
19. Léčba defektních ran stěny břišní kombinací dynamické sutury a NPWT
20. Instilační podtlaková terapie ULTRAVAC v terapii infi kovaných laparotomií
21. TBC infekce jako vzácná příčina ruptury sleziny?
22. Septické nitrobřišní komplikace po cytoredukční chirurgii (CRS) a intraperitoneální hypertermické chemoterapii (HIPEC) – single centre study

15.00–16.00 hod.

Blok 4, sál Aurelius

PRÁVNÍ ASPEKTY CHIRURGICKÉ ČINNOSTI, VZDĚLÁVÁNÍ

Předsednictvo: K. Cibulka, Z. Krška, D. Klos, M. Mašek, L. Veverková

23. Aktuální otázky trestní odpovědnosti právnické osoby jako poskytovatele zdravotních služeb
24. Lege artis v chirurgii
25. Aktuální otázky aplikační praxe Metodiky při stanovení nemateriální újmy na zdraví z pohledu znalce
26. Současný stav postgraduálního vzdělávání od 1. 7. 2017
27. Současný stav postgraduálního vzdělávání v oboru úrazová chirurgie

16.00–16.30 hod.

COFFEE BREAK



16.30–18.30 hod.

Blok 5, sál Aurelius

VARIA, VZÁCNÉ KASUISTIKY, Ph.D. PRÁCE

Předsednictvo: P. Vávra, J. Chudáček, Z. Chovanec

28. Laparoskopické resekce jater a 3D navigace
29. Sarkomy a karcinosarkomy jícnu
30. Thymomy – kazuistiky
31. VATS lobektomie – vlastní zkušenosti
32. Schwannom nervi phrenici
33. Esofago-perikardiální píštěl – kazuistika vzácné komplikace RFA
34. Náhlá příhoda břšní po abdominální liposukci u pacienta s adrenogenitálním syndromem – kazuistika
35. Ileocekální invaginace u pacienta s Burketovým lymfomem po transplantaci ledviny
36. Kalcifylaxe – diagnostika, terapie, náklady – dvě kazuistiky
37. DRG restart / 30´

16.00 hod.

ZASEDÁNÍ SOR

Salonek Veltlín

16.30 hod.

VÝBOR ČESKÉ CHIRURGICKÉ SPOLEČNOSTI

Salonek Veltlín

20.00 hod.

SPOLEČENSKÝ VEČER

zámek Mikulov

Úterý 10. října 2017

Společná sekce

9.00–10.00 hod.

Blok 6, sál Aurelius

EDUKAČNÍ – PREVENCE TEN, NOVINKY

Předsednictvo: K. Urbánek

38. Pohled farmakologa na postavení přímých perorálních antikoagulancií / 30´

Sekce A

10.00–11.00 hod.

Blok 7, sál Aurelius

FUNKČNÍ PORUCHY PÁNEVNÍHO DNA

Předsednictvo: I. Penka, P. Ilnát, I. Belkov, P. Vlček

39. Funkční vyšetření anorekta
40. Defekografie v diagnostice dysfunkce pánevního dna
41. Mezioborový přístup v řešení poruch pánevního dna
42. Traansabdominální a trasnanální řešení dysfunkce pánevního dna
43. Anální inkontinence – závažný medicínský problém
44. Srovnání léčby pacientů s kolorektálními karcinomy a synchronními metastázami jater metodou „primary first-liver first approach“ v randomizované studii – první představení
45. Vzácná perforace stěny rekta hlubokou infiltrující endometrií – kazuistika dvacetileté netěhotné pacientky

11.00–11.30 hod.

COFFEE BREAK

11.30–13.00 hod.

Blok 11, sál Aurelius

VÝZNAM NUTRICE V CHIRURGII

Předsednictvo: I. Satinský, P. Homzová, L. Urbánek

46. Nutriční kapitoly v ERAS / 30´



47. Předoperační lačnění versus předoperačně podávané sacharidové roztoky – doporučení a vlastní výsledky
48. Význam nutriční přípravy u pacientů před plánovaným operačním výkonem
49. Parenterální výživa – cesta k poškození pacienta
50. Refeeding syndrom v rámci pooperační výživy na chirurgické JIP
51. Chirurgický pacient z pohledu nutričního terapeuta

Sekce B

INTERAKTIVNÍ SYMPOZIUM HOJENÍ RAN

10.00–11.00 hod.

Blok 8, sál Pálava

HOJENÍ RAN

Předsednictvo: A. Pokorná, V. Fejfarová, L. Veverková

52. Databáze a statistické výsledky
53. Matrix therapy in regenerative medicine from basic science to clinics evidenced in wound healing / 20'
54. Přípravky ovlivňující extracelulární matrix v léčbě syndromu diabetické nohy
55. Vlastní zkušenosti s užitím extracelulární matrix při uzávěru chirurgické a chronické rány
56. Léčba nehojících se defektů ran moderními prostředky – léčba diabetických defektů

11.00–11.30 hod.

COFFEE BREAK

11.30–13.00 hod.

Blok 9, sál Pálava

HOJENÍ RAN

Předsednictvo: A. Pokorná, V. Fejfarová, A. Zatloukal, L. Veverková

57. Efektivní forma proskripce materiálů na hojení ran, využití, její budoucnost
58. NPWT terapie v číslech
59. Podtlaková terapie ran ve FN Ostrava-Poruba
60. V.A.C. terapie v břišní chirurgii

61. Zkušenosti s použitím chirurgického krytí STOPBAC v pooperační péči a následném léčení ran
62. Použití biokeramického materiálu v léčbě rán
63. Komplexní přístup k léčbě chronických poradiačních ran v onkologii

13.00–13.30 hod.

COFFEE BREAK

13.30–15.00 hod.

Blok 10, sál Pálava

HOJENÍ RAN

Předsednictvo: A. Zatloukal, Z. Poštulková, L. Badalíková

64. Poziční trauma
65. Pectus excavatum – chirurgická léčba v dospělosti, ošetrovatelská kazuistika
66. Cytoredukční chirurgie a HIPEC, zásady bezpečnosti při použití cytostatik na operačním sále
67. Strach dítěte před operačním výkonem

15.00 hod.

Závěr kongresu

*Stav k datu: 3. 10. 2017.
Změna programu vyhrazena.*



Pondělí 9. října 2017

Blok 1: 9.00–10.00 hod., sál Aurelius

DUTINOVÁ PORANĚNÍ

INOVOVANÉ ŽEBERNÍ DLAHY JUDETOVA TYPU (PREKLINICKÁ STUDIE, PRVNÍ KLINICKÉ ZKUŠENOSTI)

Přednášející

F. Vyhnaněk¹, D. Jírava², M. Očadlík², M. Šáber³, P. Michal³

¹ Traumatologické centrum Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

² Chirurgická klinika 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

³ MEDIN, a.s., Nové Město na Moravě

Úvod: Metodou volby v léčbě blokové zlomeniny žeber je v poslední době častěji prováděná stabilizace hrudní stěny osteosyntézou žeber. Indikací k osteosyntéze žeber je vedle blokové zlomeniny žeber i deformita nebo defekt hrudní stěny, porucha hojení zlomeniny žebra, otevřená zlomenina žeber. Na základě zkušenosti s použitím Judetovy dlahy při stabilizaci zlomenin žeber byla ve spolupráci s vývojovým oddělením firmy MEDIN, a.s., provedena inovace žeberních dlah Judetova typu.

Materiál, metoda: V průběhu posledních tří let byla konstruována inovovaná žeberní dlahy včetně instrumentaria ve vývojovém oddělení firmy MEDIN, a.s., ve spolupráci s Chirurgickou klinikou FN KV. Cílem inovačního postupu bylo dosažení nových technických parametrů dlah:

1. dostatečné tuhosti dlahy v ose žebra;
2. pevné, avšak nedevastující uchycení dlahy kolem žebra;
3. zmenšení masivnosti dlahy s dostatečnou pevností;
4. vypracování techniky fixace dlahy k žeburu s použitím nového instrumentaria.

V preklinické části studie byla fixace zlomeného žebra dlahou provedena u základních typů zlomeniny na modelu a dále i aplikována při osteosyntéze žebra u kadavera. Instrumentarium má za cíl vedle udržení repozice zlomeniny žebra i následné přiložení dlahy k žeburu fixačními kleštěmi i před definitivním ukotvením svorek k žeburu. V roce 2017 byla zahájena již klinická část projektu stabilizace blokové zlomeniny žeber osteosyntézou inovovanými Judetovými dlahami.

Výsledky: K operační technice fixace: profil dlahy je uzpůsoben profilu žebra a lze jej upravit podle jeho zakřivení a má přetvarovaná fixační ramena. Dlahy jsou doplněny o novou konfiguraci fixačních svorek a o možnost zajištění fixace dlahy novým typem uzamykatelných šroubů. Kortikální uzamykatelné šrouby umožňují dostatečnou fixaci. Eventuální natvarování dlahy lze jednoduše provést pomocí kleští. Ukotvení fixačních svorek je adekvátně zajištěno pomocí kleští. Fixace dlahy k žeburu lze pomocí fixačních ramen dosáhnout bez komprese mezižeberních anatomických struktur. Zásadní změnou inovované Judetovy dlahy je její hmotnost, která je srovnatelná se současným trendem při konstrukci žeberních dlah určených k anatomické fixaci.

Závěr: Chirurgická stabilizace vylomeného segmentu hrudní stěny u blokové zlomeniny žeber je metodou volby jako účinný postup u vybraných pacientů. K rozšíření dostupnosti fixačních dlah by mělo pomoci použití inovovaných žeberních dlah Judetova typu, jejichž předností je i zjednodušení postupu při jejich fixaci.



PENETRUJÍCÍ PORANĚNÍ HRUDNÍKU – ZKUŠENOSTI TRAUMACENTRA FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

Přednášející

J. Vodička¹, V. Špidlen¹, V. Třeška¹, Š. Vejvodová¹, J. Doležal¹, A. Židková², J. Škorpiš³

¹ Chirurgická klinika, Lékařská fakulta v Plzni, Univerzita Karlova, Fakultní nemocnice Plzeň

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

³ Kardiochirurgické oddělení, Fakultní nemocnice Plzeň

Cíl: Retrospektivní analýza sedmnáctiletého souboru nemocných ošetřovaných pro penetrující poranění hrudníku v traumacentru Fakultní nemocnice Plzeň.

Materiál a metodika: Ve zkoumaném období let 2000–2016 bylo ošetřováno 96 zraněných s penetrujícím poraněním hrudníku. V souboru byly zjišťovány základní demografické údaje, mechanismus vzniku penetrujícího poranění hrudníku, jeho typ, lokalizace a rozsah, hodnota Injury Severity Score, přítomnost přidružených poranění, diagnostické postupy, načasování a způsob léčby penetrujícího poranění hrudníku, výskyt případných komplikací a reoperací. Sledován byl rovněž počet úmrtí zraněných, jejich příčiny a doba úmrtí ve vztahu k času přijetí do traumacentra.

Výsledky: Nejčastějším mechanismem vzniku poranění bylo napadení bodnou zbraní (54 %), nejčastějším typem poranění pak lacerace plíce (¼ zraněných), resp. hemopneumotorax (¼ zraněných). Necelá třetina zraněných měla další přidružená poranění v jiných částech těla. Průměrná hodnota Injury Severity Score v souboru činila 24 bodů. K diagnostice penetrujícího poranění hrudníku byla u ¾ osob využita vedle klinického vyšetření také výpočetní tomografie, resp. ultrasonografie. Nejčastějším terapeutickým zákrokem byla drenáž příslušné pleurální dutiny (47 osob), u necelých 40 % případů bylo nutno provést operační revizi cestou torakotomie, resp. sternotomie. Téměř ¾ operačních zákroků byly provedeny do 1 hodiny od přijetí zraněného do traumacentra. Jedna osoba zemřela bezprostředně po přijetí do traumacentra bez možnosti jakéhokoli terapeutického zákroku, další 3 pak během resuscitační torakotomie, resp. laparotomie. Další úmrtí po léčbě nebyla zaznamenána, pooperační komplikace se vyskytly u 13 osob (13,5 %), a vyžádaly si 14 reoperací.

Závěr: Diagnosticko-léčebný algoritmus penetrujícího poranění hrudníku se primárně odvíjí od stavu zraněného. Základem diagnostického procesu je klinické vyšetření, skiagram a sonografické vyšetření hrudníku, doplněné dle možnosti o výpočetní tomografii. U poloviny zraněných pak postačuje k vyřešení stavu kvalitní drenáž příslušné pleurální dutiny, na druhou stranu – traumata, zejména poranění srdce, velkých cév a střelná zranění, si vynutí urgentní operační revizi cestou torakotomie či sternotomie. Pakliže je zraněný včas transportován k ošetření na specializované pracoviště, je prognóza penetrujících poranění hrudníku poměrně příznivá.

TRAUMATICKÁ RUPTURA HRUDNÍ AORTY

Přednášející

V. Třeška¹, B. Čertík¹, J. Moláček¹, F. Šlauf²

¹ Chirurgická klinika, Lékařská fakulta v Plzni, Univerzita Karlova, Fakultní nemocnice Plzeň

² Radiologická klinika, Lékařská fakulta v Plzni, Univerzita Karlova, Fakultní nemocnice Plzeň

Úvod: Traumatická ruptura hrudní aorty je zatížena vysokou (80–90 %) mortalitou. V posledních letech zaznamenal diagnosticko-léčebný algoritmus zásadních změn. Autoři prezentují současné možnosti diagnostiky a léčby tohoto závažného poranění.



Materiál a metodika: V letech 2005–12/2016 bylo přijato na Traumatologické centrum FN v Plzni celkem 34 nemocných s poraněním hrudní aorty. Průměrný věk nemocných byl 38,7 roků (20–67). Ve většině případů se jednalo o dopravní úrazy. V 29 případech (85,3 %) byla ruptura hrudní aorty součástí polytraumatu. ISS bylo $43,1 \pm 8,3$. Multidetektorová celotělová výpočetní tomografie (MDCT) byla základním vyšetřením. Endovaskulárně (TEVAR) bylo řešeno třicet nemocných, otevřeně pak čtyři.

Výsledky: Do třiceti dní zemřelo pět (16,1 %) nemocných (1x po otevřeném výkonu, 2x po TEVAR, 2x z jiné příčiny). Morbidita byla 36,3 % (oběhová nestabilita, respirační insuficience, bronchopneumonie, endoleak I. typu).

Závěr: MDCT a TEVAR jsou v současnosti metody první volby v diagnostice a léčbě poranění hrudní aorty. Tato poranění vyžadují vysoce specializovaný multidisciplinární přístup v rámci traumatologických center s kompletním kardiovaskulárním servisem.

Blok 2: 10.30–12.00 hod., sál Aurelius
SARKOMY HRUDNÍ STĚNY

INFILTRACE HORNÍ HRUDNÍ APERTURY – SUPERIOR SULCUS TUMOR – CHIRURGICKÝ PŘÍSTUP

Přednášející

Z. Chovanec¹, A. Peštál¹, Z. Kříž², E. Brichtová³, I. Čapov¹

¹ I. chirurgická klinika Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně

² II. chirurgická klinika Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně

³ Neurochirurgická klinika Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně

Apikální nádor plic prorůstající do prvního žebra, ganglion stellatum a brachiálního plexu byl původně popsán americkým radiologem Henrym Pancoastem, a proto je nádor v této oblasti často označován jako Pancoastův tumor nebo „superior sulcus tumor“, k němuž je relativně komplikovaný chirurgický přístup, vzhledem k lokálním anatomickým poměrům.

Nádory vyrůstající z apexu plic, prorůstající do struktur apexu hrudní stěny, včetně periostu nebo kostí prvního žebra, ale často i do ostatních struktur popisované lokality (subklaviální cévy, brachiální plexus, ganglion stellatum, sympatikus nebo obratlová těla) byly původně hodnoceny jako inoperabilní s fatální prognózou. První zmínka o úspěšné léčbě Pancoastova tumoru pomocí chirurgické resekce následované radioterapií byla popsána v roce 1953. V roce 1961 Shaw publikoval výsledky radioterapie následované kompletní resekci ze zadního přístupu. Pro tumory lokalizované ve středním nebo předním kompartmentu je vhodný Dartevelleho přístup. Při tomto přístupu ale dochází k resekci střední poloviny klíčku s místem úponu sternokleidomastoideu a velkého prsního svalu s následným porušením mobility ramene. Tento problém odpadá při použití transmanubriálního přístupu podle Grunenwalda. Přístup umožňuje disekci soutoku subklaviální a vnitřní jugulární vény a částečné ozřejnění brachiocefalického plexu a proximální části subklaviální tepny.

V kazuistice bude uvedena pacientka s infiltrací horní hrudní apertury vycházející z I. a II. žebra s provedenou resekci podle Grunenwalda.



PRINCIP HIGH VOLUME HOSPITALS V ONKOCHIRURGII V ČESKÉ REPUBLICCE

Přednášející

M. Duda^{1,3}, L. Dušek², L. Adamčík³, T. Jínek³, M. Škrovina³

¹ II. chirurgická klinika, LF a FN Olomouc

² Institut biostatistiky a analýz MU Brno

³ Chirurgické oddělení nemocnice a KOC Nový Jičín

Úvod: Princip high volume hospitals (HVM), doložený řadou studií, ukazuje že s rostoucím počtem léčených (operovaných) pacientů se zlepšují i výsledky léčby. Jde o důležitý ukazatel kvality chirurgické péče.

Metody: Hlavním zdrojem naší analýzy je Národní onkologický registr (NOR) v České republice (ČR). Za léta 1977–2013 obsahuje více než 2,1 milionu záznamů. Data jsou dostupná na webovém portálu www.svod.cz.

Výsledek: Data z NOR umožňují posoudit délku pětiletého přežívání v závislosti na stadiu onemocnění i na počtu prováděných operací na jednotlivých pracovištích. Údaje jsou přístupné v anonymizované podobě. Zatím co aktinoterapie a nejnáročnější medikamentózní léčba je v ČR soustředěna do 13 komplexních onkologických center, onkochirurgické operace solidních nádorů se provádějí takřka na všech 157 chirurgických pracovištích, většinou ve velmi nízké frekvenci. Alespoň 50 resekcí pro kolorektální karcinom provádí ročně jen 35 a operací pro karcinom prsu 30 pracovišť. Jen 22 provádí více než 10 resekcí pro karcinom žaludku. U stejného klinického stadia (III) kolorektálního karcinomu je rozdíl v pětiletém přežívání 20–50 % v závislosti na počtu provedených operací. Obdobně významný rozdíl je i u karcinomu žaludku. Zpřístupnění dat zdravotních pojišťoven umožní Ústavu pro zdravotnické informace v brzké době analyzovat i rozdíly v pooperační letalitě a morbiditě.

Závěr: Frekvence operací pro solidní maligní nádory v ČR je na většině pracovišť velmi malá a uplatňování principu HVH se všemi důsledky pro kvalitu péče není dostatečné. Je vhodná racionální koncentrace operací na menší počet pracovišť. Tento parametr kvality chirurgické péče bude nepochybně v daleko větší míře uplatňován i při forenzním hodnocení neúspěchů onkochirurgických operací.



Blok 3: 13.00–15.00 hod., sál Aurelius
INFEKCE V PLEURÁLNÍ A BŘIŠNÍ DUTINĚ

MOŽNOSTI A LIMITACE ANTIBIOTICKÉ LÉČBY

Přednášející

M. Kolář

Ústav mikrobiologie LF Univerzity Palackého a FN Olomouc

Nedílnou součástí života lidí jsou bakterie, tvořící normální mikroflóru lidského těla. Vztah mezi bakteriemi a makroorganismem lze ve většině případů charakterizovat jako fyziologickou interakci, v jejímž rámci je vzájemné působení synergické. Bohužel, tento vztah může být i nefyziologický, kdy se bakterie za určitých podmínek uplatňují jako původci infekcí. Bakteriální infekce mohou být klasifikovány jako exogenní, kdy zdroj bakterie se nachází mimo lidské tělo. V případě nozokomiálních nákaz jsou však častější infekce endogenní, kdy původce pocházejí z mikroflóry lidského těla.

Infekce v současné medicíně představují závažný problém a jejich význam stoupá se zvyšující se odolností bakteriálních patogenů k antimikrobním přípravkům. Tento problém není jen medicínský, ale měl by být charakterizován jako celospolečenský, protože začíná limitovat další rozvoj léčebných postupů snižováním jejich úspěšnosti v souvislosti s možným selháním antibiotické léčby infekčních komplikací.

Antibiotická léčba je obvykle zahajována po stanovení infekční diagnózy. Ve většině případů však není v tomto okamžik identifikováno etiologické agens a jeho citlivost k antibiotikům. Včasné nasazení adekvátních antimikrobních přípravků může významně přispět k úspěšné léčbě pacienta, a je tedy nutné zajistit co nejvyšší pravděpodobnost účinku antibioterapie. Limitujícím faktorem je však stoupající rezistence bakterií. V odborné literatuře byla publikována řada sdělení dokumentujících vyšší smrtnost a kratší přežívání pacientů s infekcemi způsobenými multirezistentními bakteriemi v porovnání s infekcemi vyvolanými citlivými kmeny téhož species. Je tedy zřejmé, že volba iniciální antibiotické léčby, především u pacientů v intenzivní péči, musí vycházet z kvalifikovaného předpokladu dostatečné aktivity na nejčastější bakteriální původce v závislosti na pravděpodobném zdroji infekce, podložené výsledky surveillance bakteriální rezistence v příslušné epidemiologické jednotce.

Závěrem lze konstatovat, že problém bakteriální rezistence je multifaktoriální a stoupající odolnost bakterií k účinku antibiotické léčby patří k nejdůležitějším zdravotnickým problémům. Základním předpokladem řešení této problematiky je úzká mezioborová spolupráce a realizace surveillance bakteriální rezistence, jejíž nezbytnou součástí musí být stanovení způsobu selekce multirezistentních bakterií, cest a mechanismů jejich šíření, včetně genetického základu. Tyto údaje jsou nezbytným předpokladem pro stanovení základních principů racionální antibiotické politiky a adekvátních hygienicko-epidemiologických opatření.

Podpořeno grantem IGA_LF_2017_031



EMPYÉM HRUDNÍKU – DESETILETÉ ZKUŠENOSTI CHIRURGICKÉ KLINIKY FN PLZEŇ

Přednášející

J. Vodička, V. Špidlen, Š. Vejvodová, J. Doležal

Chirurgická klinika, Lékařská fakulta v Plzni Univerzity Karlovy, Fakultní nemocnice Plzeň

Cíl: Retrospektivní analýza desetiletého souboru nemocných ošetřovaných pro empyém hrudníku na Chirurgické klinice Fakultní nemocnice Plzeň.

Materiál a metodika: Ve zkoumaném období let 2007–2016 bylo ošetřováno 103 nemocných s empyémem hrudníku. V souboru byly zjišťovány základní demografické údaje, příčiny vzniku empyému, délka trvání onemocnění do přijetí k chirurgickému řešení, předchozí terapeutické zákroky, etiologická agens, načasování a metody léčby, výskyt komplikací a reoperací, počet úmrtí a jejich příčiny.

Výsledky: V souboru jednoznačně dominovali muži (81 osob), průměrný věk činil 59,4 roku. Mírně převažovalo postižení pravé pleurální dutiny (54,4 %). Průměrná doba trvání nemoci do přijetí na chirurgickou kliniku byla 23,1 dne, u třetiny pacientů byla již před tímto přijetím provedena drenáž postižené pleurální dutiny. Nejčastěji se jednalo o metapneumonické (36 osob) a pooperační empyémy (32 osob). U 58 % empyémů byl identifikován jediný původce, kterým byl nejčastěji *Staphylococcus aureus* (23 případů). U 98 nemocných bylo indikováno chirurgické řešení empyému, kterým byla více než z poloviny iniciálně drenáž příslušné pleurální dutiny. U 42 osob (40,8 %) bylo nutno přistoupit k jedné či více reoperacím, komplikace byly zaznamenány u 35 osob (34 %). Průměrná doba drenáže činila 18,5 dne, hospitalizace pak 24,4 dne. V souboru zemřelo 13 osob (12,6 %), vždy v důsledku sepse, resp. multiorgánového selhání.

Závěr: Empyém hrudníku zůstává i nadále závažným onemocněním s poměrně vysokou morbiditou a letalitou. Postihuje především starší muže jako komplikace plicní infekce nebo chirurgického zákroku. Relativně vysoký počet empyémů v obou případech souvisí především s věkem nemocných a jejich komorbiditami, resp. s perioperační zátěží danou rozsahem chirurgického výkonu. Poměrně dlouhá doba trvání nemoci do jejího chirurgického řešení je dána především předcházející léčbou postižených zpravidla na pneumologických pracovištích. I v dnešní době zůstává metodou 1. volby při léčbě empyému hrudníku kvalitní hrudní drenáž, nicméně u nemalé části pacientů je i nadále nutná léčba víceetapová.

ABSCESSY PLIC

Přednášející

L. Tulinský, M. Mitták

Chirurgická klinika Fakultní nemocnice Ostrava

Stručný nástin problematiky plicních abscesů a možností jejich léčby.



VYUŽITÍ VAC® SYSTÉMU V HRUDNÍ CHIRURGII

Přednášející

M. Szkorupa¹, B. Zálešák², J. Chudáček¹, D. Stehlík², Č. Neoral¹, J. Hanuliak¹

¹ I. chirurgická klinika FN a LF Univerzity Palackého v Olomouci¹

² Oddělení plastické chirurgie FN a LF Univerzity Palackého v Olomouci²

Úvod: Způsob hojení komplikované chirurgické rány pomocí působení negativního tlaku (VAC® – vacuum assisted closure) je celosvětově uznávaná pokroková terapie, která se užívá napříč všemi chirurgickými obory. Obecnou indikací k použití VAC® systému jsou všechny typy ran určené k sekundárnímu hojení, včetně infikovaných (akutní, chronické, otevřené, popáleniny, vředy, dekubity, lalokové plastiky, defekty). Působením řízeného podtlaku spolu s odvodem odsávaného sekretu z rány dochází k podpoře hojení rány především redukcí intersticiálního edému, novotvorbou kapilár se zlepšením prokrvení tkání, urychlením tvorby granulační tkáně a odlučováním infikované tkáně a nekrotizace. Kontraindikací použití VAC® systému je aktivní krvácení, neléčená osteomyelitida, nekrotická rána vyžadující primární nekrektomii a malignita v ráně.

Metody: VAC® systém v hrudní chirurgii lze použít hned v několika indikacích. Nejčastěji je VAC® systém aplikován v kardiokirurgii při infektech sternotomií. Dále jsou to defekty po resekcích výkonech měkkých tkání a hrudní stěny v případě, že defekt nelze primárně uzavřít. Další indikací jsou torpidní pleurální infekce s plicní resekcí nebo bez ní. Samostatnou indikací jsou pak postpneumonektomické empyémy. A jako další lze zařadit i píštěle po jícnových resekcích, komplikované, s pleurálním empyémem.

Aplikace VAC® v oblasti hrudní stěny se nijak neliší od obecného použití systému v jiných lokalizacích, nicméně v pleurální dutině je situace ovlivněna několika aspekty. Obnažené cévy, bronchiální pahýl, mediastinum a srdeční oddíly. Je tedy nutno respektovat určitá pravidla užití VAC® systému v pleurální dutině. Bronchiální pahýl by měl být krytý nejlépe autogenní tkání, na spodinu pleurální dutiny pod pěnu by měl být aplikován materiál, který zabrání přilnutí pěny ke spodině, nejčastěji je používán mastný tyl. S ohledem na mediastinum by podtlak, používaný v hrudníku, měl být pozvolný, v závislosti na časovém odstupu od primární operace a stabilitě mediastina. Rozmezí hodnot podtlaku VAC® systému v pleurální dutině se tak obvykle pohybuje mezi –25 až –125 mmHg. Doporučované intervaly výměny houby jsou 2–5 dní.

Výsledky: Autoři uvádějí vlastní skupinu nemocných, operovaných na I. chirurgické klinice FN Olomouc od roku 2012 s využitím VAC® systému v hrudní chirurgii. Jedná se o soubor dvanácti pacientů, kdy u pěti pacientů byl VAC® využit k překrytí defektu po rozsáhlé resekcii hrudní stěny, nejčastěji sarkomového původu. Ve třech případech se jednalo o infekci hrudní stěny po sternotomii, sternektomii a resekcii hrudní stěny. A čtyřikrát použili VAC® systém intrapleurálně, kdy se jednalo ve dvou případech o postpneumonektomický empyém, jednou o empyém s esofagopleurální píštělí po resekcii epifrenického divertiklu jícnu a jednou empyém po dekortikaci s perzistující bronchopleurální píštělí. V devíti případech bylo použití VAC® systému úspěšné a došlo k vyhojení, jeden pacient byl přeložen do spádové nemocnice s přetrvávající bronchopleurální píštělí bez možnosti dalšího ovlivnění, u dalšího pacienta přetrvávala slepá esofageální píštěl, ale s vyhojením empyému a třetí pacient zemřel v důsledku progresu celkového stavu bez vazby na lokální stav rány. Průměrný počet výměn VAC® na pacienta byl 7,6x (3x–17x). Ve dvou případech byl VAC® systém použit při opakované hospitalizaci. Interval výměny VAC® systému se pohybovaly od 2 do 5 dní. Použitý podtlak byl v měkkých tkáních –70 mm Hg, v intrapleurální aplikaci od –50 do –100 mmHg. U pacientů s postpneumonektomickým empyémem byla v první fázi léčby provedena pleurostomie a modifikovaný Clagettův postup řešení postpneumonektomické píštěle a po stabilizaci mediastina byl aplikován VAC® systém s pozdějším uzavěrem pleurostomie při negativních mikrobiologických stěrech. K vyplnění pleurální dutiny bylo využito jednak omentum a jednak m. serratus anterior.

Závěr: VAC® systém lze s úspěchem využít nejen ke krytí defektů či léčbě infekcí hrudní stěny po chirurgických výkonech v této oblasti, ale i v případech nutnosti intrapleurálního užití při výskytu závažných komplikací po velkých resekcích výkonech na plíci, jícnu či v mediastinu.



LÉČBA DEFEKTNÍCH RAN STĚNY BŘIŠNÍ KOMBINACÍ DYNAMICKÉ SUTURY A NPWT

Přednášející

R. Slováček, P. Rohlík, V. Rohlíková

Chirurgické oddělení, Vsetínská nemocnice a.s.

Úvod: Léčba defektních nebo ztrátových ran stěny břišní patří se současně probíhající infekcí ke stavům, které výrazně prodlužují hospitalizaci, generují další komplikace, pacienta vyčerpávají psychicky a v neposlední řadě výrazně ekonomicky zatěžují jak zdravotnická zařízení, tak plátce zdravotní péče.

Metody: K řešení defektů ve stěně břišní, většinou v terénu ranné infekce, významné malnutrice, často u kriticky nemocného, nestabilního pacienta, nezřídka se střevní píštělí, jsme postupně vyzkoušeli řadu postupů a metod k uzavření či dohojení rány. V posledních třech letech se nám nejvíce osvědčila kombinace dynamické sutury defektu s metodou NPWT (Negative Pressure Wound Therapy). Indikací jsou nejčastěji dehiscence laparotomií, metoda „open abdomen“ při břišním compartment syndromu či jiný stav, kdy nelze primárně uzavřít stěnu břišní. Dynamickou suturu zakládáme přes muskulofasciální vrstvu stěny břišní, vynecháváme tedy kůži. Pokud není dosaženo úplného sblížení okrajů, podkládáme perforovanou fólii ke krytí útrobu. Na tuto suturu pak vkládáme polymerní pěnu (houbu), krycí fólii a odsavný systém. Režim podtlaku volíme při větších sekrecích kontinuální, většinou 120 mm Hg, po vyčištění rány, k podpoře granulační tkáně, pak intermitentní režim 30/90 mm Hg. Po sblížení muskulofasciálních okrajů zakládáme suturu pokračujícím vstřebatelným stehem, již bez perforování vnitřní fólie, dynamickou suturu ponecháváme do doby konsolidace spodiny rány. V podtlakové terapii pokračujeme většinou do doby, kdy je možno ránu sekundárně uzavřít, nebo když je defekt vyplněn granulační tkání, a takto jej necháme spontánně přeepitelizovat.

Výsledky budou prezentovány bohatou a přehlednou fotodokumentací.

Po zavedení této metody prakticky vymizela nutnost opakovaných resatur ran pro jejich dehiscenci, počáteční používání chirurgických sítěk v defektu jsme zcela opustili pro četné komplikace (adheze k útrobám, vznik střevních píštělí, nutnost opakovaných resatur), Ethizip se rovněž neosvědčil, je příliš tuhý, špatně se kotví v ráně, při změnách nitrobřišního tlaku nereaguje dynamicky. Při použití samotné podtlakové terapie docházelo u části pacientů k výhřezu útrobu při neklidu pacienta, nejčastěji při weaningu, odtlumování pacienta.

Námi uvedená léčba je vhodná jak u sedovaných, ventilovaných pacientů, tak u relativně mobilních, lucidních pacientů je tolerována velmi dobře. Kombinací obou metod nedochází k retrakci okrajů rány, naopak obě metody zajišťují kontinuální a elastické přibližování okrajů defektu v závislosti na snížení nitrobřišního tlaku, resp. objemu.

Z komplikací jsme jednou zaznamenali významnější krvácení z arodované cévy ve stěně břišní, jednou došlo k fistulaci střevní kličky při špatně přiložené pěně přímo na střevo. Další komplikace jsou spíše technického rázu, malfunkce podtlaku při používání v anatomicky nepříhodných lokalizacích, stomiích umístěných blízko od okraje defektu nebo přítomnosti střevní píštěle v ráně.

Závěr: Námi zvolená kombinace léčby prokazatelně a jednoznačně zlepšuje výsledky léčby ve všech aspektech.



INSTILAČNÁ PODTLAKOVÁ TERAPIA ULTRAVAC V TERAPII INFIKOVANÝCH LAPAROTÓMIÍ PRVÉ VÝSLEDKY PROSPEKTÍVNEJ ŠTÚDIE

Přednášející

A. Jurkovič, J. Bartoš, Vladimír Benčurik, Matej Škrovina

Chirurgické oddělení; Nemocnice Nový Jičín a.s.

Centrum vysoce specializované onkologické péče pro dospělé; Nový Jičín

Úvod: Negative Pressure Wound Therapy (NPWT) je léčebná modalita využívající kontinuálně alebo intermitentne aplikovaný negatívny tlak na lôžko rany. Limitáciou tejto metódy je, že nedokáže odstraňovať biofilm v hrubej vrstve. V súčasnosti je k dispozícii podtlakový systém podporovaný automatizovanou instiláciou s volumetrickou kontrolou (NPWTi). Terapeutický benefit tejto metódy spočíva v nariadení exudátu so znížením viskozity, čím je zabezpečená tzv. delikátna nekrektómia lôžka.

Materiál a metóda: V našej práci prezentujeme prvé výsledky prospektívnej randomizovanej štúdie porovnávajúcej efektivitu NPWT a NPWTi v liečbe komplikovaných laparotomických rán. Do štúdie bolo zaradených 15 pacientov v období od novembra 2016 do apríla 2017. Pokusná skupina obsahovala 5 pacientov a kontrolná skupina 10. U pacientov v skúmanej vzorke bola v úvode do terapie použitá instilačná podtlaková terapia. U pacientov v kontrolnej skupine bol po celú dobu terapie použitý konvenčný systém. Primárnym cieľom projektu je porovnanie dĺžky terapie a počtu chirurgických debridementov. Sekundárnymi cieľmi sú pozorované zmeny v biologickej záťaži a v bakteriálnom spektre.

Výsledky: Nebolo pozorované výraznejšie skrátenie terapie v pokusnej skupine. Na druhej strane všetci pacienti s NPWTi dospeli k odloženej sekundárnej suture. Zvýšenie bakteriálnej záťaže, progresia nekrózy alebo eventerácia neboli pozorované ani u jedného pacienta.

Záver: NPWTi je efektívna metóda, ktorá by v budúcnosti mohla mať miesto v liečbe hlbokých ranových infekcií. Jedná sa však o prvé výsledky na našom pracovisku a pre lepšiu objektivizáciu je potrebná väčšia vzorka pacientov.

TBC INFEKCE JAKO VZÁCNÁ PŘÍČINA RUPTURY SLEZINY?

Přednášející

P. Horák, J. Fulík, J. Marvan, A. Drs, R. Vobořil, J. Fanta

Chirurgická klinika 1. LF UK a Nemocnice Na Bulovce

Úvod: Mimoplicní tuberkulóza (TBC) je vzácné onemocnění. V posledních letech dochází k vzestupu výskytu TBC plicní i mimoplicní. Nespecifické příznaky choroby mohou vést ke zpoždění v diagnostice i léčbě. Proto je nutno na možnost TBC infekce myslet v rámci diferenciální diagnostiky. Abdominální tuberkulóza může postihnout gastrointestinální trakt, peritoneum, mízní uzliny i solidní orgány. Většina pacientů reaguje dobře na léčbu antituberkulotiky a chirurgická léčba je nutná jen u menší části nemocných.



Metody: Kazuistika, přehled současných znalostí na základě literálních údajů.

Výsledky: Autoři prezentují případ u 84leté pacientky se subkapsulární rupturou sleziny. Pacientka byla akutně operována s nálezem granulomatózního zánětu, v.s. specifického. Acidorezistentní tyčinky nebyly prokázány kulturačně, PCR na TBC bylo pozitivní. Dalším vyšetřením byl vyloučen primární TBC proces v plicích. Výsledky provedených vyšetření byly dosti problematicky interpretované. Pacientka se zhojila per primam.

Závěr: Časná diagnostika, antituberkulotická léčba a chirurgická léčba u vybraných nemocných jsou základními kameny úspěchu léčby nitrobřišní tuberkulózy. Diagnostika je často velmi svízelná a výsledky vyšetření mohou být často špatně či nepřesně interpretované.

SEPTICKÉ NITROBŘIŠNÍ KOMPLIKACE PO CYTOREDUKČNÍ CHIRURGII (CRS) A INTRAPERITONEÁLNÍ HYPERTERMICKÉ CHEMOTERAPII (HIPEC) – SINGLE CENTRE STUDY

Přednášející

D. Klos¹, J. Hanuliak¹, Č. Neoral¹, Lemstrová R.², B. Duchoňová Mohelníková², B. Melichar², H. Špaňhelová³, Š. Fritscherová³, R. Horáček⁴, L. Lubušká⁴, L. Blahut⁴

¹ I. chirurgická klinika Fakultní nemocnice a LF UP Olomouc, Centrum pro peritoneální karcinomatózu KOC FN Olomouc

² Onkologická klinika Fakultní nemocnice a LF UP Olomouc

³ Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Fakultní nemocnice a LF UP Olomouc

⁴ Oddělení intenzivní péče chirurgických oborů Fakultní nemocnice Olomouc

Úvod: Cytoredukční chirurgie (CRS) kombinovaná s hypertermickou intraperitoneální chemoterapií je metodou rozvíjející se od konce osmdesátých let 20. století a nabývající na celosvětové popularitě a těšící se nadále rostoucímu zájmu chirurgů a onkologů. Hlavní indikací jsou primární nádory peritonea a sekundární tumory pocházející ze zažívacího traktu či ovarií a dělohy. Vzhledem k poměrně náročnému chirurgickému výkonu, vzájemné mezioborové kooperaci, použití cytostatik v podmínkách operačního sálu, poměrně vysokému počtu pooperačních komplikací a dlouhé learning curve je nutno při startu tohoto programu dodržet několik základních podmínek tak, aby byla metodou úspěšnou a bezpečnou. I. chirurgická klinika zahájila tento program pod odborným dohledem a tutoringem prof. Dr. med. Beate Rau z jednoho z největších center zabývajících se touto metodou – Chirurgické kliniky Charité Universitätsmedizin v Berlíně v roce 2016.

Metoda: Retrospektivní analýza septických nitrobřišních komplikací po CRS a HIPEC v Centru pro peritoneální karcinomatózu I. chirurgické kliniky FN Olomouc v období únor 2016–červen 2017.

Výsledky: V období únor 2016–červen 2017 bylo provedeno celkem 31 cytoredukčních výkonů s HIPEC (oxaliplatin, cisplatin, doxorubicin, mytomicin) pro primární mesotheliom peritonea, pseudomyxom peritonea, ovariální karcinom, kolorektální karcinom a další vzácné nádory pobřišnice. Mortalita v tomto souboru 3,2 % (1 úmrtí), morbidita zahrnující chirurgické komplikace hodnocené dle Clavien-Dinda stupněm IIIb a IV vyžadující chirurgickou intervenci činila 9,6 % (3 chirurgické revize).



Závěr: V krátkém časovém úseku a na malém souboru prokazujeme, že tato rozsáhlá chirurgická metoda kombinující cytoredukční chirurgický výkon a intraperitoneální aplikaci cytostatik představuje při správné selekci pacientů a při odborném tutoringu pracoviště bezpečnou metodu, jež u některých typů nádorů vede k vyléčení, u jiných k podstatnému prodloužení celkového přežívání a bezpříznakového období. Nejčastější chirurgickou komplikací vyžadující revizi bylo pooperační krvácení v dutině břišní vždy při intraperitoneálním podání oxaliplatin. Nebyla zjištěna žádná závislost mezi timingem rekonstrukční fáze a insuficiencí anastomózy před či po HIPEC. Nebyla zjištěna žádná závislost mezi incidencí insuficiencí střevních anastomóz po HIPEC ve srovnání s resekčními kolorektálními výkony bez HIPEC.

Blok 4: 15.00–16.00 hod., sál Aurelius

PRÁVNÍ ASPEKTY CHIRURGICKÉ ČINNOSTI, VZDĚLÁVÁNÍ

AKTUÁLNÍ OTÁZKY APLIKAČNÍ PRAXE METODIKY PŘI STANOVENÍ NEMATERIÁLNÍ ÚJMY NA ZDRAVÍ Z POHLEDU ZNALCE

Přednášející

D. Klos

I. chirurgická klinika Fakultní nemocnice Olomouc, Znalecký ústav

Dne 1. ledna 2014 nabyl účinnosti občanský zákoník, který podstatným způsobem zasáhl do řady oblastí civilního života jedinců i právnických osob a podstatným způsobem se také dotknul do té doby ustáleného způsobu stanovení náhrady škody na zdraví. Kritika původní úpravy směřovala jak k nespravedlivě nízkému odčinění některých typů újmy, zejména ve sféře psychické, tak naopak k excesům aplikační praxe v podobě neadekvátně vysoce přisuzovaných finančních částek v některých konkrétních kauzách a libovůli znalců při zvyšování základní částky. Pro běžný život náhrad však tehdy účinná vyhláška č. 440/2001 Sb., o odškodnění bolesti a ztížení společenského uplatnění, určitě do jisté míry paušalizující a unifikující, představovala pro občany i jejich advokáty a komerční pojišťovny jednoduchý, funkční, předvídatelný a z pohledu znalce snadno přezkoumatelný nástroj stanovení výše finanční satisfakce. „Legislativní vakuum“ v této oblasti po nabytí účinnosti OZ a zrušení vyhlášky se snaží překlenout tzv. Metodika vytvořená jako soukromá aktivita odborníků z justiční, medicínské i komerční sféry. Tato metodika přitom paradoxně velmi rigidně přejímá hodnocení bolestného podle původní vyhlášky a to včetně všech jejích nedostatků. Nově pro hodnocení ztížení společenského uplatnění (ZSU) zavádí velmi složitý a metodicky i funkčně kostrbatý systém vycházející z, v běžné medicínské praxi prakticky neužívané, Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. Výhody tohoto systému lze shrnout do dvou základních bodů:

1. hodnota bodu byla stanovena 1 % hrubé měsíční nominální mzdy v národním hospodářství za kalendářní rok předcházející roku, v němž vznikl nárok, a je tedy pravidelně valorizována;
2. pomyslná hodnota zmařeného (byť neskončeného) lidského života při 100% vyřazení ze všech sfér společenského zapojení (základní rámcová částka) byla stanovena na 400násobek průměrné hrubé měsíční nominální mzdy v národním hospodářství za kalendářní rok předcházející roku, v němž se ustálil zdravotní stav poškozeného.



Tím se však zdají být výhody tohoto systému vyčerpány. Použití této metodiky totiž v běžné praxi naráží na několik základních problémů, které nebyly zatím autory metodiky narovnány. Autor tyto slabosti bude prezentovat v souboru praktických zkušeností z vlastní znalecké činnosti. Bohužel autoři občanského zákoníku v návazné legislativní aktivitě vedoucí k nápravě absence postupu stanovení adekvátní kompenzace při stanovení nemateriální újmy na zdraví mlčí. Rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR stále chybí a více se také ukazuje, jak roztržité názory soudců obecných soudů k této problematice jsou. Metodika tak zatím zůstává jediným pokusem o zavedení funkčního nástroje, nicméně se však při narůstajících zkušenostech znalců, advokátů, soudců a pojišťoven jeví bohužel spíše jako slepá cesta a pouhý dobrý podnikatelský záměr než jako funkční nástroj stanovení výše nemateriální újmy na zdraví.

Blok 5: 16.30–18.30 hod., sál Aurelius **VARIA, VZÁCNÉ KAZUISTIKY, PH.D. PRÁCE**

LAPAROSKOPICKÉ RESEKCE JATER A 3D NAVIGACE

Přednášející

P. Vávra^{1,2}, D. Toman¹, T. Karásek³, M. Jaroš³, P. Strakoš³, M. Peteja^{1,2}, P. Ihnát^{1,2}, J. Roman², I. Penka^{1,2}

¹ Chirurgická klinika, Fakultní nemocnice Ostrava

² Katedra chirurgických oborů, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita

³ IT4Innovations, Národní superpočítačové centrum, Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava

Úvod: V posledních letech technologický pokrok v chirurgických oborech směřuje k maximální spolehlivosti a efektivitě operačního výkonu spolu s minimalizací možných dopadů na zdraví pacienta. Tyto snahy ústí v redukcii počtu pooperačních komplikací, snižují dobu strávenou na lůžku a nevyhnutelně také redukuje náklady spojené s pooperační péčí. Technologický pokrok umožňuje lékařům stále přehledněji zobrazovat konkrétní anatomické struktury, což umožňuje navrhnout operační taktiku přesně na míru konkrétního výkonu a pacienta. Nejčastěji využívané dvojrozměrné (2D) snímky jsou stále často nahrazovány či doplňovány trojrozměrnými (3D) rekonstrukcemi poskytujícími nové možnosti diagnostiky a plánování.

Metody a výsledky: V praxi využíváme stávajících 2D snímků ve standardním formátu DICOM. Rekonstrukce je možná z CT, MRI i z ultrazvukových snímků. Nejprve dochází k ořezu rekonstruované oblasti a předzpracování obrazu, čímž docílíme kratšího trvání rekonstrukce a redukce šumu. Podle předem stanovených instrukcí je možné zvolit zobrazení konkrétních struktur (nádorová masa, cévy, žlučovody aj.). V takto upravených snímcích dochází ke stanovení obrysových křivek tkání a orgánů, ze kterých je poté možno provést samotnou obrazovou rekonstrukci. Výsledný rekonstruovaný obraz je možno ještě dále doplňovat několika nástroji, např. zobrazením řezů či měřením objemu a plochy výsledného modelu.

S technologickým pokrokem lze tyto rekonstrukce využívat ve stále větší míře. V budoucnu bude možno tato data využít např. pro laparoskopické operace využívající zobrazení 3D modelů pro lepší orientaci v operačním poli, tisk modelů na 3D tiskárně nebo statistické hodnocení jednotlivých objemů a ploch. V současnosti se zaměřujeme na zobrazování 3D rekonstrukce přímo do operačního pole, což dává operátorovi dokonalý přehled o umístění důležitých struktur a možnost ložisko velmi přesně lokalizovat. Tato projekce je realizována pomocí tzv. augmented reality, tedy rozšířené reality, kdy je 3D rekonstrukce promítána do zorného pole operátora pomocí speciálních brýlí. Tím vzniká dojem projekce 3D modelu jater na skutečný obraz jater.



Závěr: Selektivní 3D zobrazení klíčových struktur, tumoru, možnosti pořizování záznamu, jeho živé vysílání a možnost vzdálené konzultace se specialistou nám dává do rukou nástroj, který je schopný zvýšit efektivitu i bezpečnost operačního výkonu. Vizualizační systémy jsou navíc také nástrojem pro výuku nových specialistů či studentů.

SARKOMY A KARCINOSARKOMY JÍCNU

Přednášející

M. Šnajdauf, A. Pazdro, T. Haruštiak, H. Mrázková, R. Lischke

III. chirurgická klinika 1. LF Univerzity Karlovy a FN v Motole, Praha

Úvod: Sarkomy jícnu představují asi 1–2 % všech tumorů jícnu, jedná se tedy o raritní diagnózu s incidencí 5–10 nových případů ročně v České republice. Nejčastěji se jedná o karcinosarkomy, u ostatních sarkomů jsou publikovány pouhé kazuistiky. Doporučené postupy léčby sarkomů jícnu nebyly publikovány.

Metody: Prezentace přináší přehled publikovaných souborů a kazuistik různých histologických subtypů sarkomů jícnu, z nichž u některých byly publikovány pouze jednotlivé kazuistiky. V širší míře je prezentována analýza dostupných publikovaných souborů karcinosarkomů jícnu. Práce dále prezentuje vlastní soubor čtyř karcinosarkomů včetně průběhu léčby a follow-up. Tři pacienti podstoupili resekci jícnu a jeden explorativní thorakotomii pro inoperabilní nález při recidivě po definitivní onkologické léčbě.

Výsledky: Karcinosarkomy se vyskytují predominantně u mužů v 80–100 %. Histologicky obsahují dvě složky – epiteloidní (dlaždicobuněčný 95–100 %, vzácně adenoskvamozní karcinom) a stromální (vřetenovité buňky). Nejčastěji postihují střední jícen. Bylo publikováno asi dvě stě případů karcinosarkomu. Karcinomatózní složka metastazuje častěji lymfogenně do LU, zatímco sarkomatózní hematogenně (plíce, játra, mozek, peritoneum). Výtěžnost endoskopické diagnostické biopsie je uváděna do 5 %. Základem léčby karcinosarkomů je chirurgická resekce a lymfadenektomie jako u karcinomů. Role neoadjuvantní i adjuvantní onkologické léčby není zatím jasně definována. Délka přežívání pacientů po operaci pro karcinosarkom jícnu v dohledatelných publikovaných souborech je součástí přednášky.

V souboru našich pacientů s nádorem jícnu jsme nenalezli žádného pacienta se solitárním sarkomem. U všech čtyř pacientů byl histologicky potvrzen karcinosarkom. U tří pacientů byla provedena primární transthorakální resekce jícnu s náhradou tubulizovaným žaludkem a lymfadenektomie dvou polí. Patologický staging byl u všech pacientů pT1N0, tedy bez postižení lymfatických uzlin. Adjuvantní terapie nebyla u žádného z nich indikována. Všichni pacienti jsou dispenzarizováni a dosáhli dvouleté, tříleté a pětileté remise. Čtvrtý pacient s karcinosarkomem cT3N+ byl léčen definitivní chemoradioterapií (50.4 Gy v kombinaci s pěti cykly cisplatina + fluorouracil). Po roce došlo k recidivě nádoru ověřené explorativní thorakotomií jako lokálně inoperabilní.

Diskuze: Sarkomy i karcinosarkomy jícnu jsou vzácně se vyskytující nádory. Všichni čtyři naši pacienti s karcinosarkomem byly diagnostikovány v posledních pěti letech. Spíše než o nárůstu incidence to svědčí o zlepšení možností histopatologické a imunohistochemické diagnostiky. Vzhledem k tomuto faktu předpokládáme v budoucnosti zvýšení zachytu těchto nádorů. Základem léčby sarkomů i karcinosarkomů zůstává resekce a lymfadenektomie jako u karcinomů. Role neoadjuvantní i adjuvantní onkologické léčby není zatím jasně definována.



THYMOMY – KAZUISTIKY

Přednášející

V. Zoubková, V. Třeška, J. Vodička, V. Špidlen

Chirurgická klinika, Lékařská fakulta v Plzni, Univerzita Karlova, Fakultní nemocnice Plzeň

Úvod: Karcinomy thymu a invazivní thymomy představují 1,5 % ze všech zhoubných nádorů. Thymomy jsou nejčastějším typem nádorů horního předního mediastina – až 50 % všech tumorů. Jejich incidence je 0,25–0,32/100 000. Nejčastěji se vyskytují ve věku 55–65 let bez pohlavní predilekce. S thymomy bývají poměrně často sdružené autoimunitní choroby jako např. myasthenia gravis (až u 50 % thymomů). Diagnostika je u 30 % nemocných s thymomy náhodná při prostém RTG snímku plic. Ze zobrazovacích metod se dále využívá CT plic, MR, PET/CT. Definitivní stanovení diagnózy je dáno histologickým rozbořením.

Metody: V letech 2006–2016 bylo operováno pro thymom na Chirurgické klinice FN v Plzni celkem devět nemocných. Jednalo se o sedm mužů a dvě ženy průměrného věku 63 let (v rozmezí 48–77 let). Thymomy byly diagnostikovány na základě CT obrazu 8x, PET/CT 1x. V souboru nemocných byla více než polovina thymomů stanovena při náhodném RTG plic. Průměrná velikost byla 76 x 37 x 60 mm. Operačním přístupem byla sternotomie v pěti případech, parciální sternotomie ve čtyřech případech. V pooperačním průběhu byli nemocní sledováni na JIP s průměrnou délkou hospitalizace 1,6 dne.

Autoři popisují dvě kazuistiky ukazující na obecnou problematiku diagnostiky a léčby thymomů. V první kazuistice zmiňují 44letého muže s paresou levé hlasivky, u kterého byl následně diagnostikován thymom Masaoka st. III, B3/C. Ve druhé kazuistice náhodně zjištěný thymom typu A u 74leté ženy.

Výsledky: Podle Clavienovy-Dindovy klasifikace byla morbidita nemocných následující: pět nemocných (55 %) s nekomplikovaným průběhem typu I, dva nemocní (22 %) typu II s respiračním infektem a uroinfekcí, jeden nemocný (11 %) s typem IIIa pro ambulantní resuturu rány a jeden nemocný (11 %) s typem III b, který se podrobil laparoskopické cholecystektomii pro akutní cholecystitis. Průměrná doba hospitalizace byla 9 dní. Třicetidenní mortalita byla nulová.

Nejvíce frekventovaným byl thymom typu AB. Myasthenia gravis byla zjištěna pouze u jednoho nemocného.

Závěr: Prognóza nemocných s thymomy je dobrá, avšak vyžaduje celoživotní dispenzarizaci vzhledem k častějšímu výskytu zhoubných nádorů. Nemocní s myasthenií gravis by měli všechny chirurgické zákroky podstupovat v centrech, kde je zajištěna následná specializovaná intenzivní péče. Léčba thymomů vyžaduje multioborovou spolupráci.



VATS LOBEKTOMIE VLASTNÍ ZKUŠENOSTI

Přednášející

P. Horažďovský, J. Mališ, V. Hytych

Oddělení hrudní chirurgie Thomayerovy nemocnice

V současnosti se za VATS lobektomii považuje anatomická plicní resekce provedená s použitím videotorakoskopické sestavy, bez použití rozvěrače žebor a se separátním ošetřením jednotlivých struktur plicního hilu. V tomto případě neslouží videotorakoskop pouze k osvětlení operačního pole, ale k jeho plné vizualizaci na monitoru endoskopické sestavy. Mezi výhody VATS resekcí patří snížení pooperační bolesti, menší imunologická zátěž, zkrácení doby drenáže, hospitalizace a celkové doby rekonvalescence.

Na našem pracovišti operujeme VATS lobektomie předním přístupem s využitím 3–5 cm pracovní incize anterolaterálně před okrajem m. latissimus dorsi. Lobární bronchus uzavíráme endoskopickým staplerem, k ošetření plicních cév používáme endoskopické staplery nebo cévní zamykatelné klipy, ať již plastové, nebo titanové.

Touto technikou bylo od roku 2012 provedeno 124 VATS lobektomií. Operováno bylo 70 žen a 54 mužů. Jednotlivé lobektomie byly provedeny v následujících počtech: pravá horní lobektomie – 41, pravá dolní – 24, střední – 11, levá horní – 27, levá dolní – 16, horní bilobektomie – 2, dolní bilobektomie – 2.

Podrobný rozbor souboru bude předmětem ústního sdělení.

SCHWANNOM NERVI PHRENICI

Přednášející

J. Chudáček¹, M. Szkorupa¹, T. Bohanes¹, H. Hanuliak¹, M. Stašek¹, P. Mátl², Č. Neoral¹

¹ I. chirurgická klinika Fakultní nemocnice a Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci

² Plicní oddělení nemocnice Šumperk

Úvod: Neurogenní tumory mediastina představují jednu z nejčastějších skupin tumorů mediastin (tvoří 19–39 %). Největší skupinou jsou benigní schwannomy, ve většině případů jsou klinicky němé. Název schwannom je odvozen od Schwannových buněk a postihuje periferní myelinizované nervy a míšní kořeny. Předoperační vyšetřovací metodou, která nám podá dostačující informace, je CT nebo MRI. Taktéž provádíme předoperačně CT navigovanou biopsii tumoru, pokud to anatomické poměry dovolují. Kompletní chirurgická resekce je základem úspěšné léčby s vynikající prognózou. Videoasistovaná thorakoskopická exstirpace (VATS) je dostatečně bezpečná operační metoda s minimálním počtem komplikací. V prezentované studii popisujeme raritní případ schwannomu n. phrenici lokalizovaného v pravém horním mediastinu, který byl odstraněn videothorakoskopicky.

Metodika: Pacient (51 let) s náhodným nálezem útvaru mediastina vpravo při RTG plic v rámci předoperačního vyšetření před ASK operací pravého kolene. Nemocný neudával žádné symptomy, v podrobněji odebrané anamnéze intermitentní singultus. V rámci diferenciální diagnostiky odebrány onkomarkery. Provedeno CT hrudníku s kontrastní látkou, které zobrazilo 62 x 43 mm velký tumor



v pravém horním mediastinu, lokalizovaný v blízkosti ústí v. brachiocephalica l. dx. do horní duté žíly. Předoperační biopsie nebyla možná vzhledem k uložení tumoru. V rámci diferenciální diagnostiky a vyloučení generalizace onemocnění jsme provedli celotělové PET/CT. Byla provedena thorakoskopická exstirpace tumoru, poměrně překvapivé bylo zjištění, že do něj vchází pravý n. phrenicus, proto musela být provedena exstirpace tumoru i s n. phrenicus. Tumor jsme extrahovali v endobagu, abychom zabránili možné diseminaci nádorovými buňkami.

Výsledky: Histologicky se jednalo o vřetenovité buňky se silnou pozitivitou proteinu S100, tedy schwannom. Proliferační aktivita Ki67 (množství nádorových buněk) do 5 %. Nemocný je pravidelně dispenzarizován, po roce mu bylo provedeno kontrolní CT s normálním nálezem, bez známek recidivy tumoru.

Závěr: Neurogenní tumory mediastina jsou velmi vzácné. Nemocné s takovým nádory je nutné centralizovat do onkoncenter. Před operací je vždy nebytné provést důkladnou diagnostiku, a pokud je to možné stran anatomických poměrů, pak i histologickou verifikaci tumoru. Vždy se snažíme o dodržení radikální resekce R0, bez porušení pouzdra.

ESOFAGO-PERIKARDIÁLNÍ PÍŠTĚL – KAZUISTIKA VZÁCNÉ KOMPLIKACE RFA

Přednášející

H. Mrázková, T. Haruštiak, A. Pazdro, M. Šnajdauf, R. Lischke

III. chirurgická klinika 1. LF UK a Fakultní nemocnice v Motole

V říjnu 2016 jsme akutně přijali 67letou pacientku s bolestmi na hrudi a v zádech, schvácenou, hyperventilující. V anamnéze dlouhodobě léčenou pro paroxysmální fibrilaci síní neodpovídající na farmakoterapii s mírnou dilatací levé síně a sledovanou s inkompetencí kardií a GERD.

Patnáct dní před hospitalizací podstoupila pacientka radiofrekvenční katetrizační ablaci (RFA) s izolací plicních žil. Třináct dní byla bez obtíží, ale poté udávala bolesti za hrudní kostí a v zádech a následně regurgitace stravy. Čtrnáctý den se objevila zimnice a febrilie. Na kardiologickém pracovišti byl proveden RTG S+P a zjištěno pneumomediastinum s pneumoperikardem a následně doplněno CT hrudníku s podáním p.o. kontrastu a bylo vyjádřeno podezření na Esofago-perikardiální píštěl. Pacientka byla předána do naší péče.

Vstupně byla pacientka subfebrilní, tachykardická, normotenzní, s podporou O₂ měla saturaci 96 %. Laboratorně CRP 220, leu 17,4, HGB 128,0. Vzhledem k celkovému stavu, počínající sepsi a hrozbě vzniku Esofago-atriální píštěle a srdeční tamponády byla pacientka indikována k akutní operační revizi po krátké přípravě na JIP.

Jako operační přístup byla zvolena pravostranná posterolaterální thorakotomie v 7. mezižebří. Perioperační nález: pleurální serosní výpotek, těžké zánětlivé změny v okolí jícnu naléhající na levou síň a perikardiální výpotek stagnačního charakteru GIT. Píštěl byla identifikována v úrovni dolní plicní žíly. Provedeno široké otevření perikardu, sutura píštěle na jícnu a její překrytí štěpem z perikardu a důkladná drenáž. Pooperačně byla pacientka předána k péči ARK FNM, kde byla po pěti dnech extubována v dobrém klinickém stavu. osmý pooperační den byla pacientce provedena RTG pasáž vodním kontrastem jícnu a žaludku bez známek extraluminace či stagnace a pacientka bez obtíží realimentována. Desátý den po operaci byla pacientka propuštěna.



Z dostupných publikací, této vzácné komplikace RFA, se uvádí výskyt poranění jícnu od 0,05 % do 1,5 %. V roce 2013 byl vydán přehledový článek čerpající z 50 případových studií – Podgaetz E. et al, 2013, který shrnuje rozdílné přístupy k terapii a jejich úspěchy. Ale ať se jedná o přístup chirurgický nebo endoskopický, zdůrazňují nutnost včasné intervence, která je hlavním určujícím faktorem přežití pacientů. Mortalita je udávána 75 % až 83 % bez významného rozdílu mezi chirurgicky a endoskopicky řešenými pacienty. Jako nejčastější příčina úmrtí se udává masivní vzduchová embolie z nedagnostikované esofago-atriální píštěle.

Mechanismus vzniku píštělí není jasný, protože vyvinuté teploty, trvání kontaktů a typy zařízení pro RFA se liší. Vzhledem k anatomické lokalizaci jícnu za levou síní, kde je ablace nejčastěji prováděna, je zřejmé, že tepelná energie z RFA se může přenášet síní do stěny jícnu. Současně existuje předpoklad, že kontakt energie RFA s již poškozenou sliznicí jícnu může vést k perforaci jícnu, což se potvrdilo i u námi prezentované pacientky, která měla v anamnéze udávané sledování GERD.

Reference:

Podgaetz, E., & Deschamps, C. (2013). Esophageal complications of catheter ablation for atrial fibrillation: A case report. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery*, 145(1), e9-e1

NÁHLÁ PŘÍHODA BŘIŠNÍ PO ABDOMINÁLNÍ LIPOSUKCI U PACIENTA S ADRENOGENITÁLNÍM SYNDROMEM – KAZUISTIKA

Přednášející

J. Böhmová, R. Ston, D. Erhart

Chirurgické oddělení, Nemocnice Na Františku, Praha

Abdominální liposukce je běžný plasticko-chirurgický kosmetický zákrok. K raritním komplikacím tohoto výkonu patří i poranění orgánů dutiny břišní, a to zejména u pacientů s hernií v přední stěně břišní, nejčastěji v umbilikální oblasti. Na tuto skutečnost jsou pacienti upozorněni i v informovaném souhlase před výkonem.

V naší kazuistice došlo u pacienta s adrenogenitálním syndromem na dlouhodobé substituci dexametazonem k rozsáhlému a mnohočetnému poranění parietálního peritonea i bez přítomnosti předchozí herniace, ke vzniku hemoperitonea a k perforaci tenkého střeva.

Diskutovány jsou nežádoucí účinky dlouhodobého podávání kortikoidů, které sehrály významnou roli v příčinách komplikací i v klinickém obraze náhlé příhody břišní.



ILEOCEKÁLNÍ INVAGINACE U PACIENTA S BURKETOVÝM LYMFOMEM PO TRANSPLANTACÍ LEDVINY

Přednášející

V. Prudius, M. Páral, A. Leštil, I. Čapov

I. chirurgická klinika Fakultní nemocnice u Svaté Anny

Diagnostika náhlé příhody břišní je komplikovaná u pacientů po transplantaci ledviny, obzvláště v kombinaci s dalším nádorovým onemocněním.

Burkittův lymfom (BL) patří mezi vysoce agresivní B-lymfoproliferativní onemocnění. BL onemocněním asociované s imunodeficitem – nejčastěji s infekcí HIV, často se projevuje jako prvotní příznak AIDS, typické je extranodální postižení a infiltrace centrálního nervového systému. V případě našeho pacienta se jednalo o imunosupresivní stav po transplantaci ledviny.

Transplantace lidských orgánů je cesta k záchraně a výraznému zlepšení kvality života našich pacientů. Na druhou stranu imunosuprese v posttransplantačním období zvyšuje riziko výskytu nádorových onemocnění, včetně výskytu Burkettova lymfomu.

Výskyt proliferace Burkettova lymfomu v ileocekalní oblasti v kombinaci s invaginací je raritní situací. V dostupné nám literatuře jsme našli třináct kazuistik ileocekalní invaginace u Burkettova lymfomu, ale nikoliv u pacienta po transplantaci orgánu.

Prezentujeme kazuistiku ileocekalní invaginace na podkladě Burkettova lymfomu u pacienta po transplantaci ledviny s tumorem prostaty. 63letý pacient v minulosti (před 10 lety) po transplantaci ledviny pro polycystózu, po resekci prostaty pro adenokarcinom před dvěma lety byl přijat pro akutní bolesti břicha v L podbřišku (graft lokalizován v oblasti levé jámy kyčelní), zvracení. Bylo doplněno RTG a UZ břicha s nálezem distenze střečních kliček na 2,8 cm, dilatace kalichu a pánviček graftu. Bylo provedeno CT břicha bez kontrastu, vzhledem k CHRI a hladinám urei a kreatininu. Bylo konzultováno centrum, kde byla provedena transplantace. Rejekční reakce graftu byla vyloučena. Podle CT byl popsán ileus tenkých kliček a suspektní invaginace v ileocekalní oblasti. Byla indikovaná akutní operační revize. Provedená pravostranná hemikolektomie s primární anastomózou. Pooperační období bez komplikací. Anastomóza se zhojila per primam. Zhoršení renálních parametrů ani rejekční reakce transplantátu v pooperačním období jsme nepozorovali. Dále byl pacient předán do péče hematologické kliny k léčbě Burkettova lymfomu.

Seznám zkratk: RTG – rentgenografické vyšetření, UZ – ultrazvukové vyšetření, CT – počítačová tomografie, CHRI – chronická renální insuficience.



KALCIFYLAXE – DIAGNOSTIKA, TERAPIE, NÁKLADY – DVĚ KAZUISTIKY

Přednášející

M. Konrád¹, D. Tschakert¹, J. Rejholec¹, M. Ullrych²

¹ Chirurgické oddělení, Nemocnice Děčín, o.z., Krajská zdravotní, a.s.

² Hemodialyzační středisko a nefrologická poradna, Nemocnice Děčín, o.z., Krajská zdravotní, a.s.

Úvod: Kalcifylaxe či uremická gangréna je vzácná, ale závažná komplikace, kterou vidíme hlavně u pacientů podstupujících hemodialýzu. Vyznačuje se komplexní metabolickou poruchou a poruchou homeostázy vedoucí buď k “metastatickému” ukládání vápníku ve stěně cév, vnitřních orgánů či periartikulárně (pomalu postupující forma), anebo ke kalcifikaci medie kožních a podkožních arteriol, která následně vede k nekrosám kůže a podkožní tkáně (rychle postupující forma). Zde lze podle lokalizace rozlišit formu centrální (postihující trup) a periferní (postihující končetiny). Prevalence je okolo 4 % dialyzovaných. Mortalita je uváděna mezi 50 až 80 %. Na dvou kazuistikách představujeme naše zkušenosti s diagnostikou, terapií a jejími úskalími a ekonomické náklady.

Kazuistika 1: Žena, 62 let, polymorbidní (DM na inzulínu, CHRI v dialyzačním programu, stav po CABG), byla přijata na naše oddělení s progredující nekrózou kůže a podkoží na levé straně trupu. Byla stanovena diagnóza kalcifylaxe, potvrzena histologicky, a zahájena komplexní terapie ve spolupráci s nefrologem – hemodialýza 5x týdně s i.v. aplikací thiosulfátu sodného a p.o. aplikací sevelamer karbonátu, systémová ATB terapie dle kultivací. Lokálně postupné nekrektomie defektu, převazy wet-to-dry i prostředky vlhkého hojení, larvoterapie a podtlaková terapie. Dále hyperbarická oxygenoterapie a nutriční podpora. Po osmi týdnech na negativní reverz propuštěna do domácí péče. Po dvou měsících rehospitalizována na interním oddělení pro dekompenzaci diabetu, kde si přivodila pacientka pád a pertrochanterickou frakturu, po několika dnech úmrtí na srdeční zástavu s neúspěšnou resuscitací. Defekt téměř zhojen.

Kazuistika 2: Muž, 52 let, chronicky dialyzovaný, přijat pro zhoršující se nekrotické vředy obou bérců, vzhledem k lokalizaci, postupné progresi, dialyzačnímu programu, ale i absenci periferních pulsací zvažována etiologie ischemická i kalcifylaxe, zahájena symptomatická terapie – vasodilatancia, ATB, analgetika, nefrologem terapie kalcifylaxe podle schématu, doplněno angiografické vyšetření, které prokázalo oboustranné postižení (obliterace a. poplitea s kolaterálami), vpravo vhodné k PTA, které provedeno. Přeložen na interní oddělení k pokračující terapii, cestou chirurgických konzilií postupně nekrektomie a zhojení defektů na levém bérci, vpravo ještě lpící, po celkovém zlepšení stavu překlád na ošetrovatelské lůžko. Po měsíci hospitalizace ale zhoršení, dle RTG a CT rozvíjející se ileosní stav, před překládem k urgentní operační revizi náhlá srdeční smrt s neúspěšnou resuscitací.

Závěr: Kalcifylaxe je závažná vzácná komplikace dialyzovaných, spíše polymorbidních, pacientů, léčba je zdlouhavá, zde nejméně tříměsíční, a nákladná – cca 360 000 respektive 550 000 Kč. Přesto je prognóza pacienta velmi nejistá.



Úterý 9. 10. 2017

Blok 6: 9.00–10.00 hod., sál Aurelius
EDUKAČNÍ – PREVENCE TEN, NOVINKY

Sekce A

Blok 7: 10.00–11.00 hod., sál Aurelius
FUNKČNÍ PORUCHY PÁNEVNÍHO DNA

ANÁLNÍ INKONTINENCE – ZÁVAŽNÝ MEDICÍNSKÝ PROBLÉM

Přednášející

P. Ihnát, P. Vávra, P. Ostruszka, I. Penka

Katedra chirurgických oborů, Lékařská fakulta Ostravské univerzity

Chirurgická klinika, Fakultní nemocnice Ostrava

Úvod: Fekální inkontinence (FI) představuje onemocnění s vysokou prevalencí (více než 2 % celkové populace) a velmi závažným dopadem na kvalitu života postiženého jedince i lidí v jeho okolí. Léčebný management pacientů s FI je obecně na velmi nízké úrovni – obvykle se omezuje na předpis hygienických pomůcek (pleny, vložky, tampony). Mezi hlavní důvody nízké úrovně poskytované léčebné péče patří nedostatečná znalost problematiky inkontinence a minimální trénink lékařů zaměřený na její diagnostiku a léčení.

Metody: Byl proveden průzkum odborné literatury zaměřené na problematiku fekální inkontinence. V domovech pro seniory na území města Ostravy byl proveden průzkum prevalence a závažnosti FI. Na základě získaných dat byly testovány rizikové faktory asociované s FI.

Výsledky: Autoři překládají přehled problematiky FI se zaměřením se na definici, prevalenci, závažnost, patofyziologii, diagnostiku a léčbu. I když je v současnosti dostupné poměrně široké spektrum léčebných modalit, doposud neexistuje žádná „záračná léčba“. Léčebné modalit varírují od konzervativního postupu přes biofeedback terapii až po chirurgickou intervenci (augmentace svěračů, rekonstrukce svěračů, stimulace sakrálního nervu, náhrada svěračů a diverse stolice). Iniciální přístup je u všech typů FI stejný – konzervativní terapie zahrnuje úpravu životního stylu, dietní režim, používání farmakologických přípravků a absorpčních pomůcek. Chirurgická léčba je obvykle indikována pouze u velmi malé části nemocných, u kterých selhaly konzervativní postupy.

Průzkum zaměřený na problematiku FI podstoupilo celkem 588 rezidentů domovů pro seniory na území města Ostravy. Příznaky FI byly zaznamenány u 336 (57.1%) zúčastněných rezidentů. Většina inkontinentních rezidentů (57.8%) uváděla několik epizod inkontinence týdně; denní únik stolice byl pozorován u 22,9% rezidentů. Průměrné Cleveland Clinic Incontinence Score bylo 17.2 ± 1.8 (mean \pm SD). Jako rizikové faktory asociované s FI byly identifikovány zlý celkový zdravotní stav rezidentů, močová inkontinence, zhoršené kognitivní funkce, snížená mobilita a délka pobytu v domově pro seniory.

Závěr: Publikovaná data i výsledky našeho průzkumu prokazují, že FI představuje častý a závažný medicínský problém. Vhodným léčebným postupem může mnoho pacientů dosáhnout výrazného zlepšení symptomů FI a zlepšení kvality života. Časná diagnosa FI navíc vede k prevenci komplikací, které by dále zhoršovaly kvalitu života nemocného.



SROVNÁNÍ LÉČBY PACIENTŮ S KOLOREKTÁLNÍM KARCINOMEM A SYNCHRONNÍMI METASTÁZAMI JATER METODOU PRIMARY FIRST-LIVER FIRST APPROACH V RANDOMIZOVANÉ STUDII – PRVNÍ PŘEDSTAVENÍ

Přednášející

M. Peteja, P. Vávra, M. Lerch, I. Penka

Chirurgická klinika, Fakultní nemocnice Ostrava

Česká republika zaujímá v incidenci kolorektálního karcinomu (KRK) první místo. Více než u 50 % nemocných s KRK jsou diagnostikovány jaterní metastázy (JMKRK). Pacienti se synchronními metastázami dosahují horších výsledků v přežívání. Chirurgická léčba je jedinou potenciálně kurabilní metodou s pětiletým přežíváním cca 50 %. Jaterní resekci podstoupí méně než 10 % pacientů se synchronními JMKRK. Tradičním postupem léčby (primary first approach) je odstranění primárního tumoru v první době a po systémové léčbě resekce metastáz. Nevýhodou je časová prodleva od diagnózy JMKRK k jejich resekci. Původně resekovatelný nález se může stát neresekovatelným. Simultánní resekce primárního tumoru a jaterních metastáz je zatížena vyšší perioperační mortalitou. V poslední dekádě se objevuje další postup se záměrem navýšení resekovability JMKRK – liver first approach (LFA). V tomto případě léčba začíná resekcí jater. Poté adjuvantní systémová léčba a na závěr teprve resekce primárního tumoru. Randomizované studie, které popisují LFA a data s celkovým přežíváním, chybí.

Cíl projektu: Srovnání dvou nejčastějších přístupů v léčbě pacientů se synchronními metastázami kolorektálního karcinomu – bowel first a liver first approach. Vyhodnocení dlouhodobých onkologických výsledků (disease-free interval a přežití) a krátkodobých výsledků (30 denní morbidita a mortalita).

VZÁCNÁ PERFORACE STĚNY REKTA HLUBOKOU INFILTRUJÍCÍ ENDOMETRIOSOU – KAZUISTICKÝ PŘÍPAD DVACETILETÉ NETĚHOTNÉ PACIENTKY

Přednášející

D. Kuchař¹, J. Lenz^{2,3,4}, J. Tihon¹, R. Chvátal⁵, M. Kavka¹

¹ Chirurgické oddělení, Nemocnice Znojmo

² Patologicko-anatomické oddělení, Nemocnice Znojmo

³ Cytohisto s.r.o., Břeclav

⁴ Ústav anatomie, histologie a embryologie, Fakulta veterinárního lékařství, Veterinární a farmaceutická univerzita Brno

⁵ Gynekologicko-porodnické oddělení, Nemocnice Znojmo

Prezentujeme kazuistický případ dvacetileté pacientky přicházející pro dva roky s trvajícím chronickým recidivujícím bolestmi břicha nejasné etiologie. Pro negativní gastrokopický nález algické potíže iniciálně hodnoceny jako psychogenní a pacientka byla předána do péče psychiatra. Současně byla provedena diagnostická laparoskopie, která odhalila četná ložiska endometriózy postihující peritoneum vesikouterinní pliky, pravostranné ovarické fossy a sakrouterinní vazy, v zadním kompartmentu byl nápadný Allenův-Mastersův syndrom. V druhém kroku byla provedena sanace endometriózy s kompletní deperitonealizací zadního kompartmentu. Osmý pooperační den pacientka přichází s křečovitými bolestmi břicha a příměsí krve ve stolici, proto byla indikována laparoskopická revize s nálezem hematomu malé pánve a rektosigmoidity. Po dalších třech dnech v drénu verifikován sterkorální odpad, v rámci operační revize byla ozřejmena příčina – perforace přední stěny rekta. Z vitální indikace byla provedena nízká resekce rekta, appendektomie a axiální ileostomie.



Makroskopicky byly v celém rozsahu resekátu zjištěny rozsáhlé regresivní a inflamatorní změny; kardinálním histologickým nálezem byla vícečetná diskretní ložiska endometriózy v oblasti submukózy, svaloviny i subserózy stěny rekta asociovaná s murálními nekrózami a perforací. Finálně byla stanovena diagnóza hluboké infiltruující endometriózy rekta vedoucí k perforaci a fibrinózně-hnisavé peritonitidě. Rekonstrukce GIT byla provedena v průběhu dalších tří měsíců.

V odborné literatuře nebyl doposud případ spontánní perforace stěny rekta způsobené endometriózou u netěhotné pacientky popsán.

Blok 11: 11.30–13.00 hod., sál Aurelius **VÝZNAM NUTRICE V CHIRURGII**

PŘEDOPERAČNÍ LAČNĚNÍ VERSUS PŘEDOPERAČNĚ PODÁVANÉ SACHARIDOVÉ ROZTOKY – DOPORUČENÍ A VLASTNÍ VÝSLEDKY

Přednášející

Z. Adamová, R. Slováček

Chirurgické oddělení, Vsetínská nemocnice a.s., Vsetín

Úvod: Lačnění od půlnoci bylo a je běžnou praxí před plánovanou operací. Již mnoho let je benefit z hladovění zpochybňován a jsou zdůrazňovány jeho nežádoucí účinky na metabolismus a celkový komfort pacienta.

Metody: V našem příspěvku rozebíráme bezpečnost předoperačně podávaného sacharidového roztoku a vliv popíjení této tekutiny na inzulinovou rezistenci, pooperační zvracení, střevní motilitu, pooperační komplikace a délku hospitalizace. Literární údaje doplňujeme o vlastní výsledky ve skupině pacientů, kteří podstoupili kolorektální operaci.

Výsledky: Do našeho souboru bylo zařazeno 196 pacientů, 96 pacientům byl podáván předoperačně PreOp (Nutricia), 100 PreOp nedostalo. Ve skupině s PreOpem jsme pozorovali rychlejší obnovu peristaltiky ($p = 0,033$), pokles celkového počtu komplikací ($p = 0,0003$), snížení počtů infekcí v ráně ($p = 0,004$) a zkrácení doby hospitalizace ($p = 0,006$). Podání PreOpu nemělo vliv na počet dehiscencí v anastomóze.

Závěr: Evropská společnost pro klinickou výživu a metabolismus doporučuje podávání definovaných roztoků do dvou hodin před operací. Přesto, pravděpodobně zejména z organizačních důvodů, nebyla tato doporučení prozatím implementována do praxe na velkém množství pracovišť. V prezentaci chceme upozornit na příznivý efekt roztoků na perioperační stres, počet komplikací a délku hospitalizace.



PARENTERÁLNÍ VÝŽIVA – CESTA K POŠKOZENÍ PACIENTA

Přednášející

L. Urbánek, L. Veverková, J. Žák

I. chirurgická klinika Lékařské fakulty Masarykovy univerzity

K užití parenterální výživy stále dochází v nesprávných indikacích. Takovéto aplikace spadají do off label či dokonce non lege artis postupů. Důvodem může být neexistence standardního protokolu pro nutriční podporu. Pro lékaře je pak jednodušší napsat „nějaký“ vak na 24 hodin, než nechávat zavádět pacientovi sondu, či počítat dávku a rychlost podání enterální výživy. Lékař může také mít obavu o dostatečnou výživu pacienta, tak k per os příjmu dopíše vak parenterální výživy bez toho, aby respektoval metabolické změny v organismu po operaci a znal energetickou potřebu nemocného. Celý postup pak může vést k refeeding syndromu. Dalším iracionálním důvodem pro aplikaci parenterální výživy bývá obava o osud anastomózy na gastrointestinálním traktu, byť nynější medicína založená na důkazech tyto obavy jednoznačně vyvrací.

Parenterální výživa, pokud je aplikována neindikovaně, s sebou nese vyšší riziko poškození pacienta. V přednášce budou rozebrána možná poškození pacienta vlivem neindikovaně aplikované parenterální výživy. Stejně tak bude zmíněno často zbytečné zavádění centrálního venózního katetru, který většina stabilizovaných pacientů i po větších operačních výkonech nepotřebuje. Komplikace pak mohou prodloužit hospitalizaci, vynutit si další operační revizi a zapříčinit vážné poškození zdraví. K těmto komplikacím řadíme především pneumotorax, infekce, trombózy a řídkěji se vyskytující krvácení, které mohou ohrozit pacienta na životě. V rámci nesprávně indikované parenterální výživy budou rozebrány důsledky nezatižení gastrointestinálního traktu (střevní paralýza, porušení bariérové funkce střeva), riziko infekční a v neposlední řadě riziko i metabolických poruch.

REFEEDING SYNDROM V RÁMCI POOPERAČNÍ VÝŽIVY NA CHIRURGICKÉ JIP

Přednášející

J. Fulík, P. Horák, J. Kopic, A. Drs, J. Fanta

Chirurgická klinika 1. LF UK a Nemocnice Na Bulovce

Úvod: Adekvátní a včas zahájená nutriční podpora je nedílnou součástí péče o nemocného v pooperačním období.

Zahájení výživy však může být doprovázeno refeeding (realimentačním) syndromem – stavem, kdy dochází k dysbalanci vnitřního prostředí – zejména hypofosfatémii. K refeeding syndromu dochází v úvodu podání výživy po období hladovění a katabolismu. Hladovění a katabolismus u chirurgických nemocných často nastává v důsledku nejrůznějších chorob trávicího traktu (tumory, chronické ileosní stavy). Jde o velmi závažnou situaci, která však nebývá včas rozpoznána. Projevy těchto dysbalancí vnitřního prostředí mohou významným způsobem ovlivňovat vývoj zdravotního stavu nemocného – od mírných neurčitých příznaků až po vážné poruchy jako je desorientace, delirantní stavy, dechové poruchy v důsledku slabosti dechového svalstva. Na tento syndrom je nutno pomýšlet preemptivně (s počátkem výživy) a dále v rámci diferenciální diagnostiky mnohých patologických stavů na JIP. Specifická terapie této metabolické poruchy má pro nemocného mnohdy vitální význam. Plazmatické hodnoty fosforu bývají normální, ale po zahájení výživy (enterální i parenterální) rychle klesají, nezřídka ke kritickým hodnotám. Suplementace fosforu musí být zahájena před nebo spolu s počátkem výživy, kontrola jeho plazmatické hladiny musí být včasná a opakovaná. Množství podané výživy musí být v začátku menší, než je denní potřeba nemocného a dosažení plné kalorické zátěže má být dosaženo během několika dní.



Metody: Kazuistická sdělení, přehled literárních údajů.

Výsledky: Kazuistiky pacientů léčených na JIP našeho pracoviště.

Závěr: Sdělení upozorňuje na důležitý klinický stav, který přes zlepšující se povědomí o výživě nemocných může i dnes významně ovlivnit vývoj zdravotního stavu (nejen) chirurgicky nemocných.

CHIRURGICKÝ PACIENT Z POHLEDU NUTRIČNÍHO TERAPEUTA

Přednášející

A. Mottlová

Oddělení nutričních terapeutů, Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně

V mezioborové spolupráci je mnoho nelékařských pracovníků, kteří jsou nedílnou součástí ošetrovatelského týmu. Proto nesmí chybět u pacientů zejména v nutričním riziku návštěva nutričního terapeuta. Na otázku, jak může nutriční terapeut pomoci chirurgovi a potažmo tím i pacientovi, se budeme snažit v prezentaci odpovědět.

SEKCE B

INTERAKTIVNÍ KONGRES HOJENÍ RAN

Blok 8, 10.00–11.00 hod., sál Pálava

HOJENÍ RAN

MATRIX THERAPY IN REGENERATIVE MEDICINE FROM BASIC SCIENCE TO CLINICS EVIDENCED IN WOUND HEALING

Lecturer

D. Barritault

Emeritus Professor and Director of CRRET Laboratories, Paris-Est University France

Heparan sulfate (HS) are glycosaminoglycans playing a key role in the extracellular matrix (ECM) architecture and in tissue homeostasis. Indeed, all matrix proteins contain specific HS binding sites to which HS binds and bridges proteins to organize a scaffold surrounding the cells. HS are also known as the storage and protecting sites of the vast majority of Communication Peptides (CP) such as growth factors, cytokines, chemokines etc.



Hence HS will indirectly participate in the control of the cell migration and differentiation required for wound healing processes. Tissue injury will lead to destruction of cells and surrounding ECM including local CP while emergency CP synthesized by inflammatory and circulating cells can then be locally delivered to promote tissue repair. The result is a loss of tissue quality, leaving traces, scars or fibroses.

We have engineered biodegradable nano-polymers mimicking the HS in order to bind to the structure proteins of the damaged ECM, as well as to the CCP produced by healthy neighboring cells. These HS mimicking polymers restore the ECM microenvironment and tissue homeostasis as documented in various animal models. Indeed skin lesions such as necrotic ulcers, incisions, burns, ischemia, punch in healthy and diabetic animals showed remarkable and highly significant improvement of healing both on speed and quality reminding that of a regeneration process. This was documented by analysis and quantification of biochemical, histological, inflammation, vascular and mechanical parameters. As of today no healing agent have been evidenced in animal studied for robust evidence of efficacy. Hence these HS mimetics were named RGTA as for ReGeneraTing Agents.

RGTA technology has been validated in over 80 published preclinical studies and is now available as a wound healing agent both for corneal (CACICOL20) and skin ulcers (CACIPLIQ20). Few thousand patients in therapeutic failure with non-healing ulcers have been successfully treated in Europe and Middle East, Maghreb, South America, south East Asia suggesting a great safety and an efficacy both on speed and quality never met, confirming the animal data on human. To further demonstrate this healing potential in very severe cases of none healing ulcers such as in patients with epidermolysis bullosa, scleroderma, sickle cells, Stewart Bluefarb or post irradiation or post surgical carcinoma removal have been successfully treated in few weeks by CACIPLIQ. Although more controlled randomized clinical trials are ongoing, the potential of RGTAs as a new therapeutic class, safe, simple to use and cost effective is now supported in clinics and constitutes a new avenue in the field of regenerative medicine.

PŘÍPRAVKY OVLIVŇUJÍCÍ EXTRACELULÁRNÍ MATRIX V LÉČBĚ SYNDROMU DIABETICKÉ NOHY

Přednášející

V. Fejfarová, H. Tibenská, J. Niklová, R. Bém, M. Dubský, V. Wosková, A. Němcová, A. Jirkovská

Centrum diabetologie, IKEM, Praha

Diabetické ulcerace vznikající na podkladě distální senzomotorické neuropatie, často s podílem ischemické choroby dolních končetin a mikroangiopatie. Mohou se protražovaně hojit nejen z důvodu neuspokojivé kompenzace diabetu, neřešené ischemie, nedostatečného odlehčení, ale i alterace hojení ran, která bývá u diabetiků přítomna. Ta je na lokální úrovni dána abnormalitami funkcí některých buněk (např. fibroblastů, keratinocytů), změnami lokálních působků včetně růstových faktorů a proteolytických enzymů. Také jsou popisovány v oblasti kůže strukturální změny – konkrétně poruchy uspořádání kolagenu, abnormality epidermální bariéry, abnormální tvorba granulační tkáně apod.

V lokální terapii používáme celou řadu prostředků upravujících a optimalizujících mikroprostředí rány. Výhodou je použití prostředků pracujících na více úrovních včetně úpravy extracelulární matrix. Novějšími terapeutiky pracující na bázi matrix terapie je možno ochraňovat k hojení potřebné základní bílkovinné struktury – např. kolagen, elastin, glykosaminoglykany apod. Tyto prostředky brání destrukci výše zmíněných strukturálních substancí, ale i působků důležitých pro funkci imunitního systému/pro hojení ran typu cytokinů, růstových faktorů. Tato terapeutika se dosud hojně využívala v regenerativní medicíně a plastické chirurgii. V poslední době nachází uplatnění i v léčbě chronických ran včetně bércových vředů a diabetických ulcerací. Substanci s heparansulfáty (polykarboxymethylglukóza sulfát) se pokoušíme nověji zavést do léčby syndromu diabetické nohy i na našem pracovišti. Využíváme ji zejména v léčbě chronických, obtížně se hojících ulcerací bez nekrotické a patologických povlaků, které nejeví známky tvorby granulací.



V rámci prezentace budou uvedeny kazuistiky tří pacientů se syndromem diabetické nohy, u nichž během pravidelných aplikací matrix terapie došlo k redukci plochy stagnujících ulcerací v průměru o 38,3 % (–5 % až –63 %) za 2,5 měsíce (3 týdny až 5 měsíců).

Závěr: Matrix terapie by mohla být nadějnou lokální léčbou, která při komplexní terapii syndromu diabetické nohy může dále přispět k akceleraci hojení problematických ran.

Podpořeno VZ 00023001

LÉČBA NEHOJÍCÍCH SE RAN MODERNÍMI PROSTŘEDKY – LÉČBA DIABETICKÝCH DEFEKTŮ

Přednášející

Š. Petrovská, N. Moricová, J. Teperová

Septická jednotka chirurgické kliniky, Fakultní nemocnice Ostrava

Úvod: Pro efektivní léčbu diabetických defektů je zapotřebí vhodná volba terapeutických prostředků, které spolu úzce souvisí a jsou přijatelné i pro samotného pacienta. Pacienta nesmíme v procesu terapie opomíjet. Kombinace metod – multioborová spolupráce, lokální prostředky či technologie nám pomáhají k pozitivnímu výsledku v léčbě diabetických defektů.

Obsah: Diabetes mellitus je celosvětové onemocnění, se kterým se setkáváme čím dál častěji. Ve spojitosti dále vznikají i pozdní komplikace, mezi které patří i nehojící se rány. Nejen moderní terapeutické prostředky, ale i podtlaková terapie nebo léčba v hyperbarické komoře nám umožňuje celistvý a efektivnější proces hojení. Tyto metody můžeme využívat jednotlivě či společně.

Metody: Kazuistiky doplněné fotodokumentací.

Závěr: Důkazem úspěšné léčby jsou pozitivní výsledky zvládnutí managementu nehojících se ran a spokojený pacient, kterému zkrácená doba terapie umožňuje brzký návrat do běžného života.



Blok 9, 11.30–13.00 hod., sál Pálava HOJENÍ RAN

PODTLAKOVÁ TERAPIE RAN VE FN OSTRAVA-PORUBA

Přednášející

A. Zatloukal, N. Moricová, J. Rutarová

Chirurgická klinika Fakultní nemocnice Ostrava

Podtlaková terapie ran je etablovaná metoda, kterou lze docílit podstatné zkrácení hojení ran.

V FN Ostrava-Poruba jsme za rok 2015, 2016 a 1. polovinu roku 2017 ošetřili touto terapií 41 pacientů. Podtlakový systém jsem aplikovali 24x pro ranné komplikace po laparotomii, 3x pro chronické defekty, 4x po excizi dekubitů, 8x pro komplikace hojení amputačního pahýlu a 2x pro hidrosadenitidu. Autoři prezentují některé zajímavé kazuistiky.

ZKUŠENOSTI S POUŽITÍM CHIRURGICKÉHO KRYTÍ STOPBAC V POOPERAČNÍ PÉČI A NÁSLEDNÉM LÉČENÍ RAN

Přednášející

T. Trč

Klinika dětské a dospělé ortopedie a traumatologie 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole

Úvod: Charakteristika adhesivního chirurgického krytí StopBac – výhody oproti ostatním produktům se stříbrem (nanotechnologie, hypoalergenní, antibakteriální a antimykotický účinek). Náplasti StopBac je možné využít v ošetřování trzně zhmžděných ran, pro jejich výrazný antiseptický účinek a pozitivní vliv na hojení mesenchymálních tkání. V pooperační péči je možné je využít pro krytí všech pooperačních ran, s výhodou na rány kompromitované či potenciálně infikované. Velikosti náplastí jsou upraveny pro toto použití.

Potenciál použití StopBac u pacientů s dalšími dg. – diabetes mellitus, ischemická choroba dolních končetin, MRSA, dialyzovaní, heparinizovaní, dlouhodobé nehojící se rány s nejistým efektem zhojení, dekubity a bércové vředy.

Využití Stopbac v prevenci – domácí lékárníčky PP, možnosti využití v domácím ošetření ran, vhodnost použití při outdoorových aktivitách, znečištěných poraněních a otevřených poraněních kloubů.

Metody, výsledky: Zkušenosti s použitím StopBac u ortopedických pacientů má ortopedická klinika 2. LF UK. Náplasti byly použity u 1. pooperačních ran, 2. potraumaticky trzně zhmžděných ran i infikovaných.



1. Pooperační rány u 25 pacientů.

– Vždy zhojeny per primam, bez známek infektu či zpomaleného hojení.

2. Potraumatické rány u 15 pacientů (dvě infikované s hnisavou sekrecí)

– Převezky po dvou dnech, výrazné změny v hojení – rány suché, s dobrou tvorbou eschar, bez sekrece.

– Indikované rány po dvou převazech rovněž suché bez známek infektu.

Nikdy nebyla zaznamenána alergická reakce či zánětlivá reakce v okolí.

Kontraindikace použití v našem malém souboru nebyly nalezeny. Pacienti alergičtí na stříbro nebyli ošetřeni.

Závěr: Náplasti StopBac jsou vhodné pro prevenci komplikací i pro hojení komplikovaných ran, či ran infikovaných. Aktivita antibakteriální je vysoká, kontraindikace nebyly prokázány.

POUŽITIE BOKERAMICKÉHO MATERIÁLU V LIEČBE RÁN

Přednášející

T. Jankovič, M. Bakoš

Chirurgická klinika FN Nitra

Biokeramika predstavuje nový trend v možnostiach liečby akútnych aj chronických nehojacich sa rán. Dnes používané materiály spĺňajú základnú podmienku použitia v medicíne a to je biokompatibilita. Pri ich použití totiž nedochádza k imunitnej reakcii a materiál neuvolňuje toxické látky do organizmu. V praxi sa používajú dva hlavné typy biokeramiky. Bioinertná keramika – produkty na báze korundu (oxid hlinitý), zirkoničitá keramika, zirkoničitokorundová keramika a bioaktívna keramika – produkty na báze hydroxyapatitu, bioaktívneho skla, sklokeramika a trikalcium fosfátu. Na liečbu rán sa využíva korund. Biokeramika svojou štruktúrou a zložením mechanicky ako aj chemicky výrazne zlepšuje hojenie rán. Vlastnosti biokeramiky sú podmienené je porozitou. Základom účinku biokeramiky je schopnosť absorpcie a adsorpcie zároveň. Tieto dva súbežne prebiehajúce mechanizmy spôsobujú dráždenie rany, čo má za následok v počiatočnom štádiu liečby zvýšenú produkciu exsudátu. Vďaka zvýšenej produkcii exsudátu sa rana rýchlo čistí nielen mechanicky, ale výrazne klesá aj množstvo baktérií a tvorba endotoxínov v rane. Výsledkom je zníženie produkcie exsudátu a vytvorenie podmienok pre hojenie rany. Vysoká porozita biokeramického materiálu a zároveň forma náplaste (voľne uložené keramické granule v krytí) zabezpečujú kontinuálny prísun kyslíka do rany. Vďaka tomu rana „dýcha“ a minimalizuje sa riziko prítomnosti anaeróbných baktérií. Použitie biokeramického krytia na rany je pomerne rozsiahle. Používa sa na ošetrovanie plošných defektov až po hlboké dekubity, ale aj na špecifické rany ako napr. ošetrovanie tracheostomií a okolia katétrov.



KOMPLEXNÍ PŘÍSTUP K LÉČBĚ CHRONICKÝCH PORADIAČNÍCH RAN V ONKOLOGII

Přednášející

L. Sirotek, M. Ondrák, L. Fiala, J. Silák, O. Zapletal, R. Šefr

Klinika operační onkologie, Masarykův onkologický ústav

Úvod: Radioterapie je nedílnou součástí moderní komplexní onkologické péče. Je užívána samostatně nebo v kombinaci s chemoterapií a chirurgií. Přestože je nenahraditelná pro svůj pozitivní vliv na smrt nádorových buněk, nelze opomíjet její nežádoucí účinky na okolní zdravou tkáň. Tyto se mohou projevit bezprostředně po ukončení radioterapie, nebo s odstupem měsíců i let po jejím ukončení.

Metoda: Léčba poradiačních defektů je odborně i časově náročná a vyžaduje komplexní přístup jak z pohledu přístupu k pacientovi, tak co se týká chronické rány samotné. Na kazuistických případech budou prezentovány aktuální možnosti přístupu k chronickým poradiačním defektům, se zdůrazněním významu spolupráce chirurga, algeziologa, nutricionisty a psychologa. V samotné technice péče o chronické poradiační defekty pak budou zmíněny možnosti využití všech dostupných léčebných modalit, které zahrnují vlhkou terapii, podtlakové hojení, larvální terapii a chirurgické přístupy k řešení poradiačních defektů.

Výsledky: Léčba chronických poradiačních ran je časově náročná, představuje psychickou zátěž pro pacienta a zvyšuje finanční náklady na léčbu nádorových onemocnění. Přes veškeré úsilí všech zainteresovaných oborů stojí často na hraně paliativní terapie.

Závěr: Navzdory pokroku v péči o chronické rány zůstává léčba chronických poradiačních defektů stále výzvou. I pacienti v celkové remisi onkologického onemocnění mohou být poradiačními defekty mutilováni podobně jako svým základním onemocněním a péče o ně často vyžaduje multioborový přístup.

Blok 10, 13.30–15.00 hod., sál Pálava

HOJENÍ RAN

PECTUS EXCAVATUM – CHIRURGICKÁ LÉČBA V DOSPĚLOSTI, OŠETŘOVATELSKÁ KAZUISTIKA

Přednášející

Z. Poštulková, Z. Matýsková, N. Jiravová

Chirurgická klinika, Fakultní nemocnice Ostrava

Chirurgická léčba pectus excavati v dospělosti. Kazuistika zabývající se ošetrovatelskou problematikou pacienta po Nussově plastice.

Úvod: Pectus excavatum – vpáčený hrudník – příznaky, projevy, symptomy.



Metody a výsledky: Kazuistika pacienta s diagnózou pectus excavatum. Předoperační příprava, operační výkon, pooperační péče. Videoprojekce Nussovy plastiky.

Výsledky: Vybraná kazuistika poukazuje na možnost chirurgického řešení – Nussova plastika v dospělém věku.

Závěr: Pectus excavatum je vrozená deformita hrudní stěny. Výskyt onemocnění je 1:800–1:1000 v poměru 3:1 muži/ženy.

CYTOREDUKČNÍ CHIRURGIE A HIPEC, ZÁSADY BEZPEČNOSTI PŘI POUŽITÍ CYTOSTATIK NA OPERAČNÍM SÁLE

Přednášející

V. Pospíšilová, L. Brokešová

Centrální operační sály, Fakultní nemocnice Olomouc

Úvod: Cytoredukční chirurgie (CRS) a hypertermická intraperitoneální chemoterapie (HIPEC) představuje zvláštní kombinaci chirurgického výkonu a lokální aplikace cytostatika. U vybraných a indikovaných pacientů je cílenou léčebnou metodou zahrnující maximálně dosažitelnou míru odstranění nádorové masy z dutiny břišní, na kterou navazuje lokální aplikace cytostatika v lavážním uzavřeném okruhu, jež obsahuje nosný roztok krystaloidu a samotnou účinnou cytostatickou látku.

Indikace vhodného kandidáta této léčebné modalitě je výsledkem konsenzu onkochirurgického boardu. Jedná se o pacienty s pseudomyxomem peritonea, primárním mezotheliomem peritonea, pokročilým kolorektálním a ovariálním karcinomem a pokročilým karcinomem žaludku.

Během výkonu je nutno dodržovat bezpečnostní zásady vycházející z mezinárodních standardů pro tuto metodu v USA a Evropě, ze standardů pro práci s cytostatiky v ČR a vnitřních norem FNOL.

Autoři představují kazuistiku cytoredukčních výkonů a vlastní techniku provedení HIPEC.

Závěr: Rozšíření možností multidisciplinárních léčebných týmů v rámci péče o složitou skupinu pacientů. Výsledky z perfuzních center představují podstatné zlepšení z hlediska délky trvání a kvality života, i když benefit má jen omezená skupina nemocných.



STRACH DÍTĚTE PŘED OPERAČNÍM VÝKONEM

Přednášející

J. Lhoťan, L. Laifertová

Chirurgická klinika, FN Ostrava

Hospitalizace dítěte v nemocničním zařízení narušuje jeho kvalitu života a dochází k dočasnému odloučení od rodiny. Práva dětí v nemocničním zařízení jsou definována v Chartě práv dětí.

Úvod: Hospitalizované dítě se musí vyrovnat s různými aspekty, mezi které patří bolest, úzkost a jiné faktory. Zvládání strachu se odvíjí od věku dítěte, podpoře příbuzných, závažnosti onemocnění, léčbě a samotným rozvojem osobnosti, psychiky a individuality dítěte.

Metody: Pro sběr dat byl použit dotazník k Hodnocení strachu u dětí před operačním výkonem. Šetření probíhalo v nemocničním zařízení v Moravskoslezském kraji. Výzkumný soubor tvořilo celkem 128 dětí ve věku 7–18 let přijatých k chirurgickému řešení.

Výsledky: Starší děti ve věku 13–18 let si své onemocnění uvědomují více než děti v mladším věku a prodleva mezi přijetím na oddělení a zařazením do operačního programu přináší pocit úzkosti a strachu. Ze získaných dat bylo dále zjištěno, že strach intenzivněji prožívají dívky, avšak tento výsledek může být postupem času odlišný. Dítě přijaté akutně k operačnímu řešení prožívá strach intenzivněji oproti dětem přijatých plánovaně. Adekvátně zvládnutá bolest má významný vliv na prožívání strachu při akutně vzniklé bolesti.

Závěr: Získané výsledky poukazují na potřebu, aby hospitalizované děti byly zbaveny strachu vhodným přístupem lékařského a ošetřovatelského personálu a rodina dítěte byla dostatečně edukována k dané problematice.