

ČESKÁ
PEDIATRICKO-CHIRURGICKÁ
SPOLEČNOST



NEMOCNICE
ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s.



MĚSTO
ČESKÝ KRUMLOV




Jihočeský kraj

Sborník



61. KONGRES

ČESKÝCH A SLOVENSKÝCH DĚTSKÝCH CHIRURGŮ
ČESKÝ KRUMLOV • 30. 9. 2015 – 2. 10. 2015



61. KONGRES

ČESKÝCH A SLOVENSKÝCH DĚTSKÝCH CHIRURGŮ

Městské divadlo, Horní ul. 2 (Horní Brána), Český Krumlov
Česká republika

Pořadatel akce:

Chirurgické oddělení
Nemocnice České Budějovice, a.s.
B. Němcové 575/54, 370 01 České Budějovice

Pořádaný pod záštitou

Mgr. Ivany Stráské
1. náměstkyně hejtmana Jihočeského kraje

Mgr. Dalibora Cardy
starosty města Český Krumlov

MUDr. Břetislava Shona
předsedy představenstva Nemocnice České Budějovice, a.s.

Prof. MUDr. Jiřího Šnajdaufa, DrSc.
předsedy České pediatricko-chirurgické společnosti JEP

ISBN 978-80-906133-0-0



MĚSTO ČESKÝ KRUMLOV

Záštitu
starosty města Český Krumlov

nad

61. kongresem
českých a slovenských
dětských chirurgů

pořádaným

ve dnech 30. září - 2. října 2015
v Českém Krumlově

přijímá

Dalibor Carda
Mgr. Dalibor Carda
starosta města

Český Krumlov 16. června 2015



Vážené kolegyně a kolegové,

dovolte, abych Vás co nejsrdečněji přivítal jménem výboru České pediatricko-chirurgické společnosti na 61. kongresu českých a slovenských dětských chirurgů v Českém Krumlově.

Organizační výbor v čele s MUDr. Radkem Hanákem se již podruhé ujímá náročné práce organizovat odborný a společenský program v překrásném městě Český Krumlov. První kongres dětské chirurgie v Českém Krumlově se v roce 2001 zapsal nezapomenutelně do našich myslí nejen dobrou odbornou úrovní, ale především dokonalou organizací a společenskými akcemi. Přeji nám všem podobný zážitek odborný i společenský na letošním kongresu.

*Prof. MUDr. Jiří Šnajdauf, DrSc., FEBPS
předseda České pediatricko-chirurgické společnosti*



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

od chvíle, kdy jsme se po vydařeném kongresovém jednání loučili na jarem prosluněných terasách českokrumlovského Hotelu Růže, uplynulo již 14 let. V letošním roce se kongres do Českého Krumlova vrací. V prvních podzimních dnech nás přivítá budova městského divadla; tedy v době, kdy se město po hlavní turistické sezóně vrací do běžného každodenního života.

Doufám, že v tomto poklidném čase budeme moci společně vychutnat kouzlo historického centra a neopakovatelnou atmosféru krumlovských penzionů.

Za pořadatele

*MUDr. Radek Hanák
Chirurgické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.*

ČESKÁ PEDIATRICKO-CHIRURGICKÁ SPOLEČNOST ČESKÉ LÉKAŘSKÉ SPOLEČNOSTI JANA EVANGELISTY PURKYNĚ



VÝBOR

Předseda

prof. MUDr. Jiří Šnajdauf, DrSc. –
národní delegát UEMS
Klinika dětské chirurgie 2. LF UK
a FN Praha – Motol
jiri.snajdauf@fnmotol.cz

Místopředseda

prof. MUDr. Petr Havránek, CSc.
Klinika dětské chirurgie
a traumatologie 3. LF UK
a FTN sP Praha – Krč
petr.havranek@ftn.cz

Vědecký sekretář

doc. MUDr. Michal Rygl, PhD – národní
delegát UEMS
Klinika dětské chirurgie 2. LF UK
a FN Praha – Motol
mrygl@yahoo.com

Pokladník

MUDr. Jindřich Preis
Oddělení dětské chirurgie
a traumatologie FN Hradec Králové
preis@fnhk.cz

Členové výboru

MUDr. Vladimír Bártl, CSc.
Klinika dětské chirurgie, ortopedie
a traumatologie FN Brno
bartlv@seznam.cz

prim. MUDr. Jaroslav Koudelka, CSc.
Oddělení dětské chirurgie
a traumatologie FN Hradec Králové
koudelka@fnhk.cz

prim. MUDr. Tomáš Malý, Ph.D.
I. chirurgická klinika, FN Olomouc
tomas.maly@post.cz

MUDr. Martin Prchlík
Klinika dětské chirurgie
a traumatologie 3. LF UK
a FTN sP Praha – Krč
martin.prchlik@ftn.cz

prof. MUDr. Richard Škába, CSc.
Klinika dětské chirurgie 2. LF UK
a FN Praha – Motol
richard.skaba@fnmotol.cz

KONTAKTY

Sekretariát:

Klinika dětské chirurgie FNM
V Úvalu 84
150 00 Praha 5 – Motol
Telefon: +420 224 432 400
Fax: +420 224 432 420
E-mail: jiri.snajdauf@fnmotol.cz

www.detskachirurgie.cz

ORGANIZACE KONGRESU

Prezident

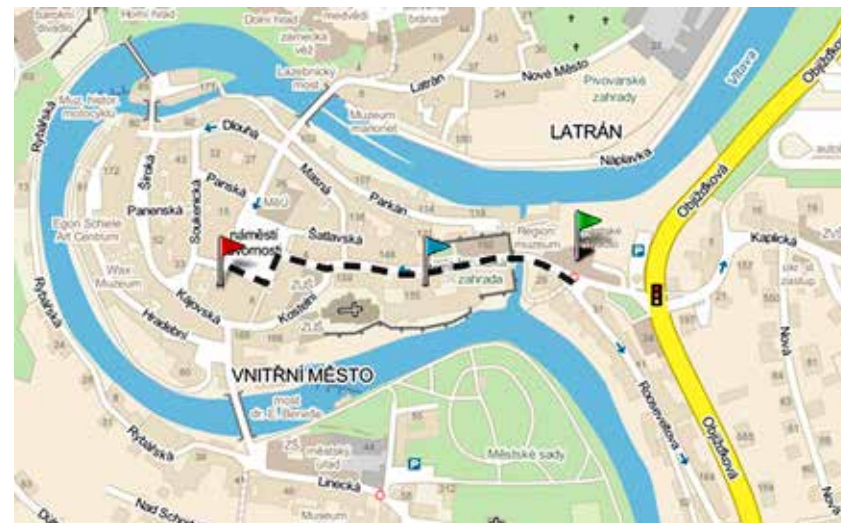
MUDr. Radek Hanák

Organizační výbor

MUDr. Radek Hanák, doc. MUDr. Michal Rygl, Ph.D.,
PhDr. Jan Mařík, PhDr. Marie Šotolová, Mgr. Blanka Záleská

Vědecký výbor

prof. MUDr. Jiří Šnajdauf, DrSc.
prof. MUDr. Richard Škába, CSc.
prof. MUDr. Petr Havránek, CSc.
prof. MUDr. Ladislav Plánka, Ph.D.
doc. MUDr. Dalibor Murgaš, Ph.D.
doc. MUDr. Michal Rygl, Ph.D.
Mgr. Zuzana Šimková
Bc. Hana Vovesná
Mgr. Ilona Mayerová



- ▶ Městské divadlo, Horní ul. 2 (Horní brána), Český Krumlov
- ▶ Hotel Růže, Horní ul. 154, Český Krumlov
- ▶ Hotel Zlatý anděl, nám. Svornosti 11, Český Krumlov

MÍSTO KONÁNÍ

Městské divadlo, Horní ul. 2 (Horní brána), Český Krumlov
48°48'49.029"N, 14°18'27.835"E
<http://www.divadlo.ckrumlov.cz>

Příjezd na místo konání

Osobní automobil: Směrem od Českých Budějovic po silnici II. třídy 157 na 3. kruhovém objezdu odbočit směrem na Větřní a Rožmberk. Po cca 400 metrech na semaforech odbočit doprava a zaparkovat na parkovišti vpravo ve směru jízdy u pavilónu Kulečník. Divadlo je směrem do centra 1 min. chůze.

Autobusem: Z autobusového nádraží jít směrem do centra, přejít hlavní silnici a dát se rovně do centra. Divadlo je po pravé straně před mostkem. Délka pěší trasy od autobusu cca 7 min.

Město Český Krumlov

Doba rozkvětu tohoto malebného města je spojena s vládou pánů z Rožmberka (1302–1602), kteří z Českého Krumlova učinili své sídelní město. Krumlov tehdy ležel v místě, kde docházelo ke kontaktům mezi českým vnitrozemím, rakouským a bavorským podunajským prostorem a severní Itálií. To se projevilo i na tváři města a zámku, již vtiskla neopakovatelnou podobu italská renesance. Na konci 17. století, během panování rodu Eggenberků, bylo mj. postaveno barokní divadlo a přebudována zámecká zahrada. V době Schwarzenberků získal Český Krumlov svou barokní podobu. Od 19. stol. se kromě zrušení městských hradeb a bran žádné zásadní změny neodehrály a centrum si tak zachovalo svou historickou podobu.

Křivolaké uličky, romantická zákoutí a unikátní komplex měšťanských domů s impozantní dominantou zámku nad meandrem Vltavy, vynikající výstavy umělců světově známých jmen, koncerty, hudební festivaly, divadelní představení, hospůdky, kavárny i středověké krčmy, pestrá směs turistů z celého světa, to vše je Český Krumlov – malé, ale zároveň kosmopolitní město s jedinečnou atmosférou, obklopeno neporušenou, krásnou přírodou. Od roku 1992 je zapsáno na seznam světového kulturního a přírodního dědictví UNESCO.

www.ckrumlov.info

KONTAKTY

Kongresová kancelář

PhDr. Marie Šotolová
Informační odd. Nemocnice České Budějovice, a.s., B. Němcové 54,
370 01 České Budějovice
Tel.: 723 847 004, 387 872 015, e-mail: pr@nemcb.cz

Odborná příprava programu pro lékaře a pro sestry

MUDr. Radek Hanák
Tel.: 608 710 329, radek.hanak@nemcb.cz

Kontakt pro vystavovatele

PhDr. Jan Mařík
Tel.: 606 823 837, 387 872 982, marik@nemcb.cz

Registrace:

Registrační kancelář je v Městském divadle Český Krumlov.
30. 9. 2015: 16.00–21.00 hod.
1. 10. 2015: 7.30–17.00 hod.
2. 10. 2015: 8.00–10.00 hod.

Stavba firemních stánků

30. 9. 2015: 16.00–21.00 hod.: stavba stánků
1. 10. 2015: 7.00–8.00 hod.: možná úprava stánků
2. 10. 2015: 12.30–14.00 hod.: demontáž stánků

Registrační poplatky

Lékaři: 2 500 Kč (od 20. 9. 2015 a na místě 2 700 Kč)
Sestry: 1 500 Kč (od 20. 9. 2015 a na místě 1 700 Kč)
Jednotná cena obědu: 150 Kč / 1 os.
Jednotná cena rautu: 300 Kč / 1 os.

Poplatky prosíme uhradit na č. účtu: 37035231/0100 variabilní symbol: 159435
IBAN: CZ390100000000037035231
SWIFT (BIC) KOMBCZPPXXX

Daňový doklad v případě plateb formou převodu z bankovního účtu obdržíte na vyžádání při registraci.

Poplatek zahrnuje:

Vstup na všechna odborná jednání (mimo doprovodné osoby)
Vstup na doprovodnou výstavu firem
Večerní prohlídku města s průvodcem
Certifikát o účasti s potvrzením získaných kreditů do celoživotního vzdělávání
Kongresový balíček
Sborník abstrakt s přiděleným ISBN

Přestávky, oběd, raut

V průběhu přestávek je podáváno občerstvení v kavárně Městského divadla v přízemí. Oběd je hrazený zvlášť. Jednotné menu (přírodní kuřecí medailonky, pečené brambory, restovaná zelenina a 1 nápoj) bude podáváno v restauraci hotelu Růže. Raut v hotelu Zlatý Anděl je hrazený zvlášť.

Web kongresu

<http://www.detskachirurgie61kongres.eu>

Celoživotní vzdělávání

Lékaři: vzdělávací akce je pořádána dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK. Každý registrovaný lékař obdrží potvrzení o získání 12 bodů do programu celoživotního vzdělávání.

Sestry: dle vyhlášky č. 321/2008 Sb. A na základě souhlasu České asociace sester bude sestřím předáno potvrzení s přiznáním kreditních bodů.

Informace pro prezentující

Vzhledem k bohatému odbornému programu bude nutné dodržet přesnou časovou dotaci, která bude viditelně sledována v průběhu prezentace. Po přiznaném čase všech sdělení následují 2 minuty diskuse.

Prezentace musí být obsluze dataprojektoru předány nejpozději v přestávce před blokem, kdy má zaznít.

Není povoleno používat vlastní notebook.

Doprovodná výstava

V průběhu všech odborných jednání bude probíhat doprovodná výstava zdravotnické techniky a materiálu.

Provozní doba výstavy: čtvrtek: 8.00–17.30 hod.

pátek: 8.00–13.00 hod.

Jazyk

Oficiálními jednacími jazyky jsou čeština a slovenština.

Způsob placení

Předem bankovním převodem, případně fakturací. Na místě bude možné platit jen výjimečně v českých korunách proti pokladnímu bloku.

Ubytování

Ubytování v hotelích a penzionech v Českém Krumlově zajišťuje cestovní kancelář Saturn.

Kontakt: Jana Masáčková, masackova@cksaturn.cz, +420 386 100 147, +420 725 582 195

DOPROVODNÝ PROGRAM

Středa 30. 9. 2015

19.00–20.30 hod.: večerní prohlídka města s průvodcem a drobným občerstvením. Sraz před Městským divadlem, Horní ul., Český Krumlov.

Čtvrtek 1. 10. 2015

19.30–02.00 hod.: raut v hotelu Zlatý anděl, nám. Svornosti 11, Český Krumlov

I. blok – Úrazy v dětském věku

9.00–10.30 hod.

Předsednictvo: Šnajdauf Jiří, Dragula Milan

- 1. Injuries in children: Global health politics problem and possibility of successful accident prevention** 20 min.
Höllwarth M.
Klinische Abteilung für allgemeine Kinder und Jugendchirurgie, Graz
- 2. Využití zobrazovacích metod při podezření na syndrom týraného dítěte** 15 min.
Mlynářová E.
Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK a FN v Motole, Praha
- 3. Poranenia hrudníka v detskom veku** 5 min.
Dragula M., Višňovcová N.
Klinika detskej chirurgie JLF UK a UN Martin
- 4. Operačná stabilizácia zlomenín chrbtice u detí a adolescentov** 5 min.
Dolnák A., Matejička D., Sýkora L.
Klinika detskej chirurgie LFUK a DFNSP v Bratislave
- 5. Doporučený postup léčebných opatření při závažném kraniocerebrálním poranění u dětí** 5 min.
Prchlík M., Tomek P., Heinige P., Fajt M., Homolková H.
Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a Thomayerovy nemocnice, Praha
- 6. Léčba popálenin na KDCHT TN** 5 min.
Faltusová E., Havránek P., Peší T.
Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a Thomayerovy nemocnice, Praha
- 7. Pozdní diagnóza ruptury bránice u dětí po tupém poranění** 3 min.
Rygl M.¹, Zeman L.¹, Vyhnanek M.¹, Frýbova B.¹, Kynčl M.², Mixa V.³
¹Klinika dětské chirurgie, ²Klinika zobrazovacích metod, ³Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 2. LF UK Praha a FN v Motole, Praha
- 8. Polytrauma u jednovaječných dvojčat – stejný mechanismus úrazu – odlišná zranění** 3 min.
Partiková K., Konečný M.
Oddělení dětské chirurgie Masarykovy nemocnice Ústí nad Labem

ODBORNÝ PROGRAM

ČTVRTEK 1. 10. 2015 / LÉKAŘSKÁ SEKCE

9. **Atypické poranění kosačkou na trávu – kazuistika** 3 min.
Mikolajčík P.¹, Murgaš D.¹, Kerná V.², Šagiová V.³, Dragula M.¹
¹Klinika dětské chirurgie, ²Oddělení plastické chirurgie, ³Klinika dětské anestéziologie a intenzivní medicíny JLF UK a UN Martin

10.30–11.00 hod.: coffee break

II. blok – Léčba dětských zlomenin

11.00–12.30 hod.

Předsednictvo: Havránek Petr, Sýkora L'ubomír, Toufar Petr

10. **Poranění epifýz a osteonekrózy v diferenciatně-diagnostickém pohledu** 5 min.
Trč T., Rybka D., Hanus M., Kotaška J., Hladký V.
Klinika dětské a dospělé ortopedie a traumatologie 2. LF UK a FN Praha – Motol
11. **Poranění mediální části klíční kosti** 5 min.
Havránek P., Borůvková K., Pešl T.
Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a Thomayerovy nemocnice, Praha
12. **Porodní poranění klíční kosti v dětské traumatologii** 5 min.
Preis J.¹, Buriánková B.²
¹Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, ²Dětská klinika FN Hradec Králové
13. **Komplikace u fraktur diafýzy femuru ošetřených technikou ESIN** 5 min.
Urban J., Toufar P.
Oddělení úrazové chirurgie, Nemocnice České Budějovice, a.s.
14. **Porodní fraktura femuru – kazuistika** 3 min.
Raticová E., Konečný M.
Oddělení dětské chirurgie Masarykovy nemocnice Ústí nad Labem
15. **Limity pediatrického přístupu u dětských zlomenin dolní končetiny** 5 min.
Křiváček, A.
Oddělení úrazové chirurgie, Nemocnice České Budějovice, a.s.
16. **Současný pohled na extrakci kovového materiálu u dětí** 5 min.
Toufar P., Urban J.
Oddělení úrazové chirurgie, Nemocnice České Budějovice, a.s.

ODBORNÝ PROGRAM

ČTVRTEK 1. 10. 2015 / LÉKAŘSKÁ SEKCE

17. **Operační léčba zlomenin prstů u dětí a adolescentů** 5 min.
Bartl V., Plánka L., Hnilička B., Bibrová Š.
Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie FN Brno
18. **Variabilita zlomenin distálního humeru** 5 min.
Sýkora, L., Jáger, R., Dolnák, A., Trnka, J.
Klinika dětské chirurgie LFUK a DFNSP v Bratislave
19. **Zlomeniny olekranu u dětí – ohlednutí za posledními 22 lety** 5 min.
Štichhauer R., Preis J.
Oddělení dětské chirurgie a traumatologie a Centrum dětské traumatologie FN Hradec Králové
20. **Problematika ekvivalentu Monteggiaovy léze – kazuistika** 5 min.
Horáková V., Pešl T., Havránek P.
Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a Thomayerovy nemocnice, Praha
21. **Možnosti korekce pourazových deformit u dětí** 5 min.
Wagenknecht L., Trč T., Schovanec J., Koniček P., Vlach M.
Klinika a dospělé ortopedie a traumatologie 2. LF UK a FN Praha – Motol
22. **Naše zkušenosti se zevní fixací v dětské traumatologii** 5 min.
Vronský R., Jelen S., Kopáček I.
Oddělení centrálního příjmu, Traumatologické centrum Lékařské fakulty Ostravské univerzity Ostrava a FN Ostrava
23. **Zlomeniny SIAS a SIAL u dětí a dospívajících** 5 min.
Stančák A., Kautzner J., Havlas V., Trč T.
Klinika dětské a dospělé ortopedie a traumatologie 2. LF UK a FN Praha – Motol

12.30–13.30 hod.: oběd

13.30–13.50 hod.: shromáždění členů ČPCHS

ODBORNÝ PROGRAM

ČTVRTEK 1. 10. 2015 / LÉKAŘSKÁ SEKCE

III.blok – Hrudní chirurgie

13.50–15.15 hod.

Předsednictvo: Rygl Michal., Plánka Ladislav

24. **Současný pohled na perioperační analgezii dítěte** 15 min.
Mixa V.
Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 2. LF UK Praha a FN Praha – Motol
25. **Atrézia ezofagu- long gap** 5 min.
Králik R., Trnka J., Sýkora L., Babala J., Cingel V.
Klinika detskej chirurgie LFUK a DFNSP v Bratislave
26. **Chirurgický prístup k zápalovým afekciám pľúc a pleurálneho priestoru** 5 min.
Omaník P., Kraynina M., Duchaj B., Králik R., Trnka J.
Klinika detskej chirurgie LFUK a DFNSP v Bratislave
27. **Inflamatorní myofibroblastický tumor u dětí** 5 min.
Plánka L., Doušek J., Starý D., Tůma J.
Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie FN Brno
28. **Chirurgická léčba komplikované bronchopleuropneumonie v dětském věku** 3 min.
Starý D., Tůma J., Plánka L.
Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie FN Brno
29. **Pôrod extra muros – tumor extra corporis** 3 min.
Višňovcová N.¹, Murgaš D.¹, Dragula M.¹, Krcho, P.², Zibolen M.³
¹Klinika detskej chirurgie JLF UK a UN Martin, ²Klinika neonatológie LF UPJŠ, Košice, ³Neonatologická klinika JLF UK a UN Martin
30. **Metastázy plicní u dětí 2004–2013** 5 min.
Trčka J.¹, Pýcha K.¹, Šnajdauf J.¹, Jeřábková V.²
¹Klinika dětské chirurgie, ²Klinika dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Praha – Motol
31. **Naše zkušenosti s léčbou pažerákových striktur** 5 min.
Bibza J., Babulic M., Králik R.
Klinika detskej chirurgie LFUK a DFNSP v Bratislave

ODBORNÝ PROGRAM

ČTVRTEK 1. 10. 2015 / LÉKAŘSKÁ SEKCE

32. **Perforace jícnu v dětském věku – analýza za 20 let** 5 min.
Frýbová B.¹, Rygl M.¹, Vyhnánek M.¹, Kynčl M.², Šnajdauf J.¹
¹Klinika dětské chirurgie, ²Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK a FN Praha – Motol

15.15–15.45 hod.: coffee break

IV.blok – Břišní chirurgie

15.45–17.15 hod.

Předsednictvo: Škába Richard, Malý Tomáš

33. **Analýza střevního mikrobiomu novorozenců s nekrotizující enterokolitidou a spontánní střevní perforací pomocí 16S rRNA PCR** 5 min.
Kokešová A.^{1,2}, Coufal Š.², Rygl M.¹, Pýcha K.¹, Tlaskalová-Hogenová H.²
¹Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FN Praha – Motol, ²Oddělení imunologie a gnotobiologie, Mikrobiologický ústav AVČR, Praha
34. **Nekrotizující enterokolitida v klinické praxi** 5 min.
Fuňáková M., Králik R., Dúbravová D., Štefánková E., Horn F., Trnka J.
Klinika detskej chirurgie LFUK a DFNSP v Bratislave
35. **Cysta choledochu alebo Cystická biliárna atrézia? (kazuistika)** 3 min.
Murár E.¹, Omaník P.¹, Slezáková B.², Kosnáčová J.³, Trnka J.¹
¹Klinika detskej chirurgie, ²Neonatologická klinika intenzívnej medicíny, ³I. detská klinika LFUK a DFNSP v Bratislave
36. **Břišní compartment syndrom po operaci gastroschízy** 5 min.
Mojžíšová M.¹, Kokešová A.¹, Konopásková K.¹, Rygl M.¹, Frýbová B.¹, Mixa V.², Zieg J.³
¹Klinika dětské chirurgie, ²Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, ³Pediatrická klinika 2. LF UK Praha a FN Praha – Motol
37. **Absces sleziny** 3 min.
Dočekalová Š.
Oddělení dětské chirurgie a traumatologie FN Hradec Králové
38. **Thomayer nebo Maydl, kdo měl pravdu s akutní appendicitidou?** 5 min.
Harvánek K.
Oddělení dětské chirurgie a traumatologie Nemocnice Na Bulovce, Praha

ODBORNÝ PROGRAM

ČTVRTEK 1. 10. 2015 / LÉKAŘSKÁ SEKCE

39. **Karcinoid appendixu u dětí – kazuistika a souhrn dostupných poznatků** 3 min.
Horáková M., Příplatová T., Pospíšil R.
Dětská chirurgie Oblastní nemocnice Kladno, a. s.
40. **7 let bez tenkého střeva (břišní katastrofa u 5ti leté dívky)** 3 min.
Malý T.¹, Kysučan J.¹, Tenora J.², Smolka V.³, Karásková E.³, Vydra D.³, Michálková K.⁴
¹I. chirurgická klinika FN a LF UP Olomouc, ²Dětské oddělení nemocnice Prostějov,
³Dětská klinika FN a LF UP Olomouc, ⁴Radiologická klinika FN a LF UP Olomouc
41. **Nekróza žaludku u novorozence** 3 min.
Malý T.¹, Tenora J.², Hálek J.³, Smolka V.⁴, Velgáňová Véghová M.⁴, Köcher M.⁵,
Michálková K.⁵, Geierová M.⁶
¹I. chirurgická klinika FN a LF UP Olomouc, ²Dětské oddělení nemocnice Prostějov,
³Novorozenecké oddělení, ⁴Dětská klinika, ⁵Radiologická klinika, ⁶Ústav klinické
a molekulární patologie LF UP a FN Olomouc
42. **Pancreas divisum – duodenum šetřící resekcce hlavy pankreatu** 5 min.
Petrů O.¹, Šnajdauf J.¹, Rygl M.¹, Frýbová B.¹, Náhlovský J.¹, Bronský J.¹, Mixa V.²,
Keil R.³, Kynčl M.⁴
¹Klinika dětské chirurgie, ²Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny,
³Interní klinika, ⁴Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK Praha a FN Praha Motol
43. **Časný perorální příjem a fast-track management u dětí po střevní anastomóze** 5 min.
Poš L.¹, Ryska O.²
¹Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FN Praha – Motol, ²Nemocnice Hořovice
44. **Duplikatury duodena** 5 min.
Šimsová M., Šnajdauf J., Rygl M., Pýcha K., Fryč R.
Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FN Praha – Motol

**19.30 hod.: Společenský večer v hotelu Zlatý anděl
(nám. Svornosti 11, Český Krumlov)**

ODBORNÝ PROGRAM

PÁTEK 2. 10. 2015 / LÉKAŘSKÁ SEKCE

V. blok – Břišní chirurgie, varia

9.00–10.50 hod.

Předsednictvo: Drahovský Pavel, Koudelka Jaroslav

45. **Ráno moudřejší večera...** 3 min.
Kysučan J., Malý T., Starý L., Michálková K., Neoral Č.
I. chirurgická klinika FN Olomouc
46. **Vitia erunt donec homines** 5 min.
Drahovský P.
Oddelenie detskej chirurgie DFN Košice
47. **Currarinův syndrom u dětí** 5 min.
Škába R.¹, Frýbová B.¹, Poš L.¹, Rousková B.¹, Holub M.², Kynčl M.³, Campr V.⁴,
Křepelová A.⁵, Kraus J.⁶
¹Klinika dětské chirurgie, ²Neurochirurgická klinika dětí a dospělých, ³Klinika
zobrazovacích metod, ⁴Ústav patologie a molekulární medicíny, ⁵Ústav biologie
a lékařské genetiky, ⁶Klinika dětské neurologie 2. LF UK a FN Praha – Motol
48. **Rektální sukční biopsie v klinické praxi** 5 min.
Škvařil J., Starý D., Tůma J., Plánka L.
Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie FN Brno
49. **Anesteziologický management u anorektálních malformací řešených do 48 hodin po porodu – Case Report** 3 min.
Jurečková L.¹, Malý T.², Šuláková S.³
¹KARIM FN Olomouc, ²I. chirurgická klinika FN Olomouc,
³Neonatologické oddělení FN Olomouc
50. **Nefroblastom – výsledky jednoho centra s léčbou podle protokolu SIOP 2001** 5 min.
Pýchová M.¹, Švojgr K.², Rygl M.¹, Pýcha K.¹, Mališ J.², Kodet R.³, Kodetová D.³,
Starý J.², Šnajdauf J.¹
¹Klinika dětské chirurgie, ²Klinika dětské hematologie a onkologie, ³Ústav patologie
a molekulární medicíny 2. LF UK a FN Praha – Motol
51. **Naše zkušenosti s laparoskopickou gastrostomiou** 5 min.
MoInár M.¹, Mikolajčík P.¹, Havlíček Z.², Dragula M.¹
¹Klinika detskej chirurgie, ²Klinika detí a dorastu JLF UK a UN Martin

ODBORNÝ PROGRAM

PÁTEK 2. 10. 2015 / LÉKAŘSKÁ SEKCE

52. **Nekrotizující fascitida** 5 min.
Preis J.¹, Hak J.²
¹Klinika dětské chirurgie a traumatologie, ²Dětská klinika FN Hradec Králové
53. **Akutní streptokoková fascitida** 3 min.
Fialová M., Pajerek J.
Oddělení dětské chirurgie Masarykovy nemocnice Ústí nad Labem
54. **Intrakorporálně viazanie uzlov – preddefinovaný tvar šijacieho materiálu** 5 min.
Babala J.¹, Fuňáková M.¹, Štefánková E.¹, Cingel V.²
¹Klinika detskej chirurgie LFUK a DFNSP v Bratislave, ²I. chirurgická klinika FNsP, Bratislava

10.10–10.45 hod.: coffee break

V. blok – Neurochirurgie a urologie

10.45–12.00 hod.

Předsednictvo: Smrek Martin, Homolková Hana, Zeman Luboš

55. **Bolesti hlavy u dětí jako příznak nitrolební expanze** 5 min.
Homolková H.
Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a Thomayerovy nemocnice, Praha
56. **Endoskopická ventrikulostómia (ETV) u pediatrických pacientov** 5 min.
Dúbravová D., Valachovičová E., Smrek M., Trnka J., Horn F.
Klinika detskej chirurgie LFUK a DFNSP v Bratislave
57. **Intratekálny Baclofen – prvé skúsenosti** 3 min.
Horn F., Petřík M., Dúbravová D., Smrek M.
Klinika detskej chirurgie LFUK a DFNSP v Bratislave
58. **Vrodené intrakranálne cysty a ich riešenie** 5 min.
Smrek M., Horn F., Dúbravová D., Petřík M.
Klinika detskej chirurgie LFUK a DFNSP v Bratislave
59. **Laparoskopické pyeloplastiky** 5 min.
Zeman L., Kříž J.
Klinika dětské chirurgie 2. LF UK Praha a FN Praha – Motol

ODBORNÝ PROGRAM

PÁTEK 2. 10. 2015 / LÉKAŘSKÁ SEKCE

60. **Scrotum acutum u dětí – naše skúsenosti na Klinike detskej chirurgie v Bratislave** 5 min.
Šandorová D., Trnka J., Sýkora L., Králik R., Fuňáková M.
Klinika detskej chirurgie LFUK a DFNSP v Bratislave
61. **Syndrom akutního šourku a sonografie** 5 min.
Hrubovčáková J., Böhmová D., Ingeliová D., Harvánek K.
Oddělení dětské chirurgie a traumatologie Nemocnice Na Bulovce, Praha
62. **Torze retinovaného varlete u kojenců** 5 min.
Matoušková E., Machart M.
Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a Thomayerovy nemocnice, Praha
63. **Akutní skrotální syndrom u kojence – kazuistika** 3 min.
Roško N., Havránek P., Peší T.
Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a Thomayerovy nemocnice, Praha
64. **Abdominoskrotální hydrokéle** 3 min.
Slívová I., Richter V., Vávrová Z., Bednaříková E.
Chirurgická klinika FN Ostrava
65. **Dupuytrenova hydrokéla a nesestouplé varle** 3 min.
Vacek V., Vondráková R.
Chirurgická klinika FN Plzeň

12.30 hod.: zakončení kongresu

ODBORNÝ PROGRAM

ČTVRTEK 1. 10. 2015 / SESTERSKÁ SEKCE

I. blok

9.00–10.30 hod.

Předsednictvo: Šimková Zuzana, Mayerová Ilona, Hana Vovesná Hana

- 1. Vývoj laparoskopie od počátku po současnost** 5 min.
Kubesová R., Dudová M.
Centrální operační sály FN Ostrava
- 2. Uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb u dětí po laparoskopických operacích** 5 min.
Pacovská M.
Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a Thomayerovy nemocnice, Praha
- 3. Laparoskopická splenektomie u dětí z hematologických příčin** 5 min.
Vejtasová E.
Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie FN Brno
- 4. Léčba spontánního pneumotoraxu miniinvazivní metodou** 5 min.
Malá M.
Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie FN Brno
- 5. Pectus Excavatum a miniinvazivní chirurgie** 5 min.
Součková L.
Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie FN Brno
- 6. Nehmatné varle u dítěte, dg.laparoskopie z pohledu perioperační sestry** 5 min.
Chourová L.
Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a Thomayerovy nemocnice, Praha
- 7. Čo o nemocnici povie detská kresba** 5 min.
Blašková, Z., Šperková, B., Batková, L.
Klinika detskej chirurgie JLF UK a UN Martin
- 8. Zvířata jako součást péče o nemocné dítě** 5 min.
Hrušková P.
Oddělení dětské chirurgie Masarykovy nemocnice Ústí nad Labem
- 9. Ošetrovatelská péče o děti po náhradě žlučových cest** 5 min.
Jandusová L., Kondelíková R., Chlumová H.
Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FN Praha – Motol

ODBORNÝ PROGRAM

ČTVRTEK 1. 10. 2015 / SESTERSKÁ SEKCE

- 10. Specifická ošetrovatelská péče u chlapců s poraněním uretry** 5 min.
Hudecová M., Voborská H.
Klinika dětské chirurgie LF UK a FN Praha – Motol
- 11. Péče o dětské stomie a následná edukace rodičů** 5 min.
Knötigová L.
Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie FN Brno

10.30–11.00 hod.: coffee break

II. blok

11.00–13.00 hod.

Předsednictvo: Mgr. Zuzana Šimková, Mgr. Ilona Mayerová, Bc. Hana Vovesná

- 12. Botox nejen pro krásu** 5 min.
Hlásková V., Smržová M.
Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FN Praha – Motol
- 13. Cizí tělesa v GIT** 5 min.
Melicherová J.
Oddělení dětské chirurgie Masarykovy nemocnice Ústí nad Labem
- 14. Cystické útvary dutiny břišní** 5 min.
Horelová H., Nováková S.
Chirurgická klinika FN Ostrava
- 15. Omfalokéla včera a dnes** 5 min.
Šubrtová J.
Oddělení dětské chirurgie Masarykovy nemocnice Ústí nad Labem
- 16. Vysoký stav bránice** 5 min.
Vodilová L., Černianska E., Štillová B., Šperková B.
Klinika detskej chirurgie JLF UK a UN Martin
- 17. Dg. N47 a naše zkušenosti** 5 min.
Rothová M.
Oddělení dětské chirurgie Masarykovy nemocnice Ústí nad Labem

ODBORNÝ PROGRAM

ČTVRTEK 1. 10. 2015 / SESTERSKÁ SEKCE

- | | |
|---|--------|
| 18. Ovlivnění hojení měkkých a tvrdých tkání
Pajkrová B.
<i>Apotex ČR, spol. s r. o., Praha</i> | 5 min. |
| 19. Dětská poranění v souvislosti s používáním bezpečnostních pásů
Popková Z., Fryč R.
<i>Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FN Praha – Motol</i> | 5 min. |
| 20. Netradiční úrazy u dětí III.
Cibulková P.
<i>Oddělení dětské chirurgie Masarykovy nemocnice Ústí nad Labem</i> | 5 min. |
| 21. Domáci mazlíček
Pavlásková I., Kratochvilová J., Fanta I.
<i>Dětské oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.</i> | 5 min. |
| 22. Fisura kalvy + specifika fraktur lebky u dětí do 1 roku věku
Packová S.
<i>Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie FN Brno</i> | 5 min. |
| 23. Dvě podoby kompartment syndromu u dětí
Koláčná M.
<i>Oddělení dětské chirurgie Masarykovy nemocnice Ústí nad Labem</i> | 5 min. |
| 24. Poranenie ruky krokodíлом – kazuistika
Weserle, M., Uchálková, J., Stankovianska, M.
<i>Klinika detskej chirurgie JLF UK a UN Martin</i> | 5 min. |
| 25. Péče o pacienta po zrátořém poranění dolní končetiny
Fitzová Z.
<i>Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie FN Brno</i> | 5 min. |

13.00 hod.: oběd

**19.30 hod.: Společenský večer v hotelu Zlatý anděl
(nám. Svornosti 11, Český Krumlov)**

ABSTRAKTA LÉKAŘSKÁ SEKCE

1. INJURIES IN CHILDREN: GLOBAL HEALTH POLITICS PROBLEM AND POSSIBILITY OF SUCCESSFUL ACCIDENT PREVENTION

Höllwarth M.

Klinische Abteilung für allgemeine Kinder und Jugendchirurgie, Graz

Vyzvaná přednáška.

2. VYUŽITÍ ZOBRAZOVACÍCH METOD PŘI PODEZŘENÍ NA SYNDROM TÝRANĚHO DÍTĚTE

Mlynářová E.

Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK a FN v Motole, Praha

Vyzvaná přednáška.

3. PORANENIA HRUDNÍKA V DETSKOM VEKU

Dragula, M., Višňovcová, N.

Klinika detskej chirurgie JLF UK a UN Martin

Autori sa venujú špecifikám poranenia hrudníka detí, triedeniu, príčinám, patomechanizmom, ktoré ovplyvňujú kardiorepiračný status dieťaťa. Venujú sa úvodnému manažmentu, ktorý by mal ovládať každý lekár, základnému zhodnoteniu pacienta, diagnostike, laboratórnym a zobrazovacím vyšetreniam a liečbe. Zameriavajú sa na niektoré urgentné život ohrozujúce stavy, vyžadujúce okamžité riešenie. V krátkosti prezentujú krátku kazuistiku úrazu hrudníka a brucha dieťaťa, liečeného na našom pracovisku. Úrazy hrudníka u detí môžu byť vo väčšine prípadov menežované konzervatívne. Pri závažnejších typoch poranenia spojených s kardiorepiračným zlyhávaním býva potrebná chirurgická intervencia. Úrazy hrudníka u detí sú zriedkavé. Zriedka sa jedná o izolované poranenia, častejšie sa s nimi stretávame pri polytraume. Niektoré druhy poranení nemusia byť zjavné krátko po úraze a k rozvoju symptomatológie dochádza postupne. Preto by dieťa s anamnézou poranenia hrudníka malo byť aspoň obarvované.

4. OPERAČNÁ STABILIZÁCIA ZLOMENÍN CHRBTICE U DETÍ A ADOLESCENTOV

Dolnák A., Matejička D., Sýkora E.

Klinika detskej chirurgie LFUK a DFNSP v Bratislave

Riešenie instabilných zlomenín chrbtice v nižších vekových skupinách patrí medzi pohládavé a často diskutované témy v chirurgických kruhoch. V našej prednáške ponúkame pohľad na kooperatívny menežment detských chirurgov, ortopédov a dospelých traumatológov u pacientov s týmto komplikovaným úrazom. 3 – ročná retrospektíva štúdia zhrňujúca pacientov od 12 do 18 rokov riešených na Klinike detskej chirurgie DFNSP a Klinike úrazovej chirurgie UNB Kramáre. Za obdobie 2012–2014 bolo operačne riešených 16 pacientov s instabilným poranením chrbtice z celkového počtu 21 pacientov. Takmer 95 % z nich bolo starších ako 14 rokov, priemerný vek 16,2 roku. Operačné riešenie instabilných zlomenín chrbtice treba hlavne v nižších vekových skupinách indi-

kovat' prísne individuálne. Operačný výkon by mal byť prevedený skúseným chirurgom urgentne, respektíve čím skôr, pretože môže zlepšiť celkový neurologický stav – v našom súbore takmer 50 %.

5. DOPORUČENÝ POSTUP LÉČEBNÝCH OPATŘENÍ PŘI ZÁVAŽNÉM KRANIOCEREBRÁLNÍM PORANĚNÍ U DĚTÍ

Prchlík M., Tomek P., Heinige P., Fajt M., Homolková H.

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

Seznámení s doporučenými postupy up-to-date při závažném kraniocerebrálním poranění u dětí. Souhrnná přehledná studie s přehledem postupů a opatření při léčbě KCP u dětí s přihlédnutím k souhrnné studii "Guidelines for the acute medical management of severe traumatic brain injury in infants, children and adolescents." V uvedené studii bylo hodnoceno 78 prací z toho žádná nedosáhla Level I, 14 studií Level II a 64 Level III. Z celkem 19 oblastí nebylo žádné doporučení síly Level I, 5 bylo Level II a zbylých 14 Level III. Těžké kraniocerebrální poranění je hlavní příčinou dětské mortality a zároveň je nejčastější příčinou získaného neurologického postižení a poruch psychického vývoje dítěte. Na základě uvedených doporučení a při individuálním přístupu k pacientům s těžkým KCP lze tyto následky minimalizovat.

6. LÉČBA POPÁLENIN NA KDCHT TN

Faltusová E.

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

Seznámení s rozsahem a výsledky léčby dětských popálenin na Klinice dětské chirurgie a traumatologie TN 3LF UK. Retrospektivní studie za období 1. 1.12 až 25. 5. 15, rozdělení na základě pohlaví, věku, rozsahu popálení, intenzivistické péče, ATB a epidemiologické. Celkem za toto období ošetřeno na naší klinice 417 dětí s diagnosou popálení, z toho 60 hospitalizovaných, u 11 pacientů provedena autotransplantace kožním štěpem. V současné době jsme schopni poskytnout plnou intenzivistickou i chirurgickou péči o dětské popálené pacienty.

7. POZDNÍ DIAGNÓZA RUPTURY BRÁNICE U DĚTÍ PO TUPÉM PORANĚNÍ

Rygl M.¹, Zeman L.¹, Vyhnánek M.¹, Frýbova B.¹, Kynčl M.², Mixa V.³

¹Klinika dětské chirurgie, ²Klinika zobrazovacích metod, ³Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 2. LF UK Praha a FN Praha Motol

Cíl: Cílem práce je prezentovat klinické, diagnostické a patologické nálezy u dětí s vzácnou rupturou bránice po tupém poranění břicha.

Metoda: Retrospektivní analýza 4 pacientů s úrazovou rupturou bránice se zaměřením na diagnostické metody, chirurgickou léčbu a výsledky.

Výsledky: Ve všech případech vzniklo poranění při autonehodě, pacienti seděli na zadních sedadlech připoutáni bezpečnostními pásy. Všichni pacienti byli po úrazu intubováni, uměle ventilováni a byli přijati na oddělení resuscitační péče. U dvou pacientů s levostranným poraněním bránice se diagnóza stanovila počítačovou tomografií při přijetí. Pozdně byla diagnóza stanovena u dvou pravostranných poranění bránice, u kte-

řích se poranění bránice manifestovalo po ukončení ventilační podpory 3. resp. 14. den po poranění. Poranění bránice bylo sdruženo s kontuzí plic v 100 % případů, s poraněním sleziny (50 %), kontuzí ledviny (50 %), mnohočetnými zlomeninami (50 %), rupturou perikardu (25 %) a kontuzí jater (25 %). Sutura ruptury v délce 10 až 15 cm se prováděla ze subkostální laparotomie jednotlivými nevstřebatelnými stehy. Pooperační průběh byl u 3 pacientů bez komplikací, recidivující fluido thorax si u jednoho pacienta vyžádal thorakoskopické odsátí. Během sledování jsme nezaznamenali recidivu pouřazové brániční kýly.

Závěr: Úrazová ruptura bránice je vzácné poranění, které může být diagnostikováno opožděně. Zobrazovací metody nemusí vést ke stanovení diagnózy zejména u pravostranných poranění na umělé plicní ventilaci.

8. POLYTRAUMA U JEDNOVAJEČNÝCH DVOJČAT – STEJNÝ MECHANISMUS ÚRAZU – ODLIŠNÁ ZRANĚNÍ

Partiková K., Konečný M.

Dětská chirurgie – dětské úrazové centrum Masarykovy nemocnice Ústí nad Labem

Cíl: ukázat důležitost připravenosti organismu v době těsně před vznikem závažného mechanického inzultu, v závislosti na tíži poranění.

Metody: srovnání poranění obou dvojčat po nárazu do ležícího kamionu

Výsledky: Dvojče A – v době nárazu bdělá, připoutána na zadním sedadle za řidičem.

Utrpěná zranění: kontuze pravé plic, kompresivní fraktura Th2–4, fraktura spinálních výběžků C7, Th1, fraktura pravého klíčku, kontuze břišní stěny a hrudníku, distorse krční páteře, zevní zranění od pásu. Celkově bez nutnosti operačního řešení

Dvojče B – v době nárazu spala s nohama na sedadle, připoutána na zadním sedadle za spolujezdcem.

Utrpěná zranění: lacerace sleziny, fisura levé ledviny a nadledviny, ruptura peritonea a traumatická herniace středních klíčků do podkoží, fraktura levého klíčku, kontuze levé plic, zevní zranění od pásu. Operační revize s nutností resekcí části tenkého střeva, patrna perforace aborálního úseku jejunu a výrazné zhmoždění střeva, částečně odtrženo od mesenteria – avitální. Rekonstrukce břišní stěny, kde 2 defekty vlevo a pod pupkem defekt cca 3 cm, v němž klíčka tenkého střeva s perforací, vpravo od pupku defekt jdoucí lumbálně až 6 cm za přední okraj 12. žebra. Resekce velkého omenta, slezina ani ledvina nevyžadovaly ošetření.

Závěr: Ukázka odlišnosti zranění v závislosti na aktivaci vědomých i podvědomých obranných mechanismů.

9. ATYPICKÉ PORANENIE KOSAČKOU NA TRÁVU – KAZUISTIKA

Mikolajčík P.¹, Murgaš D.¹, Kerná V.², Šagiová V.³, Dragula M.¹

¹Klinika detskej chirurgie, ²Oddelenie plastickej chirurgie, ³Klinika detskej anestéziológie a intenzívnej medicíny JLF UK a UN Martin

Naším cieľom je formou kazuiistiky a prehľadu dostupnej literatúry poukázať na nebezpečenstvo vyplývajúce z používania kosačiek deťmi, alebo v prítomnosti detí. Retrospektívna analýza prípadu pacientky s laceračno – kontúznym poranením gluteálnej oblasti, spôsobeným pádom pod záhradnú benzínovú kosačku. Autori popisujú mechanizmus úrazu, rozsah poranenia a spôsob chirurgickej liečby, ktoré porovnávajú s dostupnými literárnymi údajmi. 2 ročné dieťa spadlo na nože kosačky, ktoré jej spôsobili defekt kože a podkožia v gluteálnej oblasti 20 × 15 cm. Primárne ošetrovanie lokálnymi

ATB a dezinficiens, ATB aj i.v. Po demarkácii nekrektómia, debridement, sutura. Následne opakované prevazy, resutura, výsledný kozmetický efekt uspokojivý. V roku 2010 bolo v USA kosačkou zranených 17000 detí, 60% mladších ako 5 rokov. Podľa literatúry sú najčastejšie zranené akrálne časti končatín. Úrazy môžu byť rôzne závažné, až fatálne. Úrazovosť sa dá znížiť preventívnymi opatreniami, edukáciou, eventuálne finančnou spoluúčasťou rodičov na liečbe.

10 PORANĚNÍ EPIFÝZ A OSTEONEKRÓZY V DIFERENCIÁLNĚ-DIAGNOSTICKÉM POHLEDU

Trč T., Rybka D., Hanus M., Kotaška J., Hladký V.

Klinika dětské dospělé ortopedie a traumatologie 2. LF UK a FN Praha – Motol

Autoři předkládají diferenciálně-diagnostický souhrnný pohled na problematiku poranění epifýz dlouhých kostí v korelaci s výskytem osteonekroz u pacientů dětského a adolescentního věku, hodnotí dále závislost výskytu dle jednotlivých anatomických lokalit.

11. PORANĚNÍ MEDIÁLNÍ ČÁSTI KLÍČNÍ KOSTI

Havránek P., Borůvková K., Pešl T.

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

Cíl: Poranění mediální části klíční kosti je v dětském věku extrémně vzácné, tvoří kolem 0,02% všech dětských zlomenin. Cílem sdělení je prezentace našich prvních zkušeností s operační léčbou tohoto poranění.

Metody: Retrospektivní studie materiálu KDCHT v Krči z období 1. 1. 2011–25. 5. 2015. Prezentace etiologie, diagnostiky, přidružených poranění, léčebného postupu a výsledků léčby pacientů s poraněním mediálního konce klíčku.

Výsledky: Ve výše uvedeném období jsme ošetřili 667 zlomenin klíční kosti. Z toho u pěti pacientů šlo o poranění mediálního konce. Tři pacienti byli operováni a provedli jsme otevřenou repozici a osteosyntézu silným vstřebatelným vláknem, u 1 pacienta jsme provedli repozici v CA a 1 byl léčen fixací.

Závěr: Poranění skeletu mediální části klíčku je u dětí extrémně vzácné a zkušenosti, i literární jsou zatím pouze kasuistické. K operaci jsou indikovány děti s dorzální, intratorakální, dislokací klíčku a s případnou kompresí orgánů mezihrudí.

12. PORODNÍ PORANĚNÍ KLÍČNÍ KOSTI V DĚTSKÉ TRAUMATOLOGII

Preis J.¹, Buriánková B.²

¹*Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, ²Dětská klinika Centrum dětské traumatologie FN Hradec Králové*

S porodními zlomeninami klíční kosti (PZKK) se v dětsko-traumatologické praxi setkáváme mnohem méně než se zlomeninami klíčku v jiných věkových kategoriích. Překvapením proto bylo zjištění, že v souboru všech zlomenin klíční kosti u dětí do 15 let v Centru dětské traumatologie Fakultní nemocnice v Hradci Králové (CDT FN HK) tyto zlomeniny představují 41 %. Pro stanovení incidence PZKK v CDT FN HK a vyhodnocení stavu byli retrospektivně vyhledáni všichni pacienti s uvedenou zlomeninou v období let 2008–14, identifikováni byli novorozenci s PZKK narození mimo FNHK a výsledky byly porovnány s výskytem zlomenin klíční kosti u ostatních dětí ve věku do 15 let. Incidence PZKK v CDT FN HK byla 1,88 (245/13014 porodů), do 1 roku věku pak bylo pouze 9 „normál-

ních“ zlomenin klíční kosti. Z celkového počtu 287 dětí s PZKK bylo 42 přeloženo do perinatologického centra odjinud. PZKK jsou vázány nejčastěji na velikost plodu a/nebo obtížný porod (dystokii). PZKK je zjištěna někdy již během porodu porodníkem, většinou ale až neonatologem v poporodním období. Prakticky všechny PZKK jsou vyřešeny na novorozeneckém oddělení. Do léčebného spektra patří polohování a šetrná manipulace, jen zřídka pevnější fixace končetiny; součástí je edukace matky. Nejsou registrovány komplikace léčby. Přestože PZKK v našem materiálu představují 2/5 všech zlomenin klíční kosti u dětí do 15 let, do rukou dětského traumatologa se dostávají spíše při pozdější diagnóze mimo novorozenecké oddělení díky hmatnému vyklenutí („nádor“) v průběhu klíčku jako projev hojící se zlomeniny, případně jako vedlejší diagnóza (nález) při hospitalizaci v perinatologickém centru pro jiné problémy, spojené s porodem či adaptací dítěte. Role dětského traumatologa tak, na rozdíl od jiných porodních zlomenin dlouhých kostí, zůstává spíše jen na evidenční úrovni – pokud vůbec nějaká je.

13. KOMPLIKACE U FRAKTUR DIAFÝZY FEMURU OŠETŘENÝCH TECHNIKOU ESIN

Urban J., Toufar P.

Oddělení úrazové chirurgie, Nemocnice České Budějovice, a.s.

V léčbě diafyzárních zlomenin femuru existuje velké množství metod, jejichž užití se geograficky liší. Metoda ESIN je obecně uznávaná jako zlatý standart léčby u dětí školního věku. Spočívá

v intramedulární zavedení dvou předpružených prutů (TEN, Prevot) a jejich pnutí dochází k repozici zlomeniny. Mezi výhody patří hlavně miniinvazivita a velice dobré funkční výsledky. Mezi komplikace nejčastěji iritace měkkých tkání promínujícími konci prutů, z dalších pak nestejná délka končetin, zhojení

v malpozici, selhání techniky, infekce. V naší přednášce shrnujeme léčbu zlomenin diafýzy femuru léčených technikou ESIN na našem pracovišti v letech 2009–2014 se zaměřením na komplikace. Celkem jsme ošetřili 28 dětí. Z nich celkem

12 (42,8%) mělo nějaké komplikace. U většiny (9 dětí) se jednalo o iritace koncem hřebu a problém se vyřešil extrakcí. Ve dvou případech došlo k selhání osteosyntézy s nutností následné re-osteosyntézy.

V jednom případě došlo k perforaci TENu proximálně, problém se vyřešil časnou extrakcí. Určitý zkrat končetiny jsme zaznamenali 2x a přerůst 5x, ani jednou nebyl klinicky patrný a nebylo nutné jej řešit. Infekt jsme nezaznamenali. Všechny děti se zhojily a mají plnou hybnost bez omezení.

14. PORODNÍ FRAKTURA FEMURU – KAZUISTIKA

Raticová E., Konečný M.

Dětská chirurgie – dětské úrazové centrum Masarykovy nemocnice Ústí nad Labem

Cíl: Ukázka remodelační schopnosti dětské kosti

Metody: konzervativní léčba metodou Bryantovy náplastové trakce

Výsledky: 2 denní chlapeček se zjištěnou frakturou femuru 36 hodin po porodu. Fraktura femuru v angulaci cca 80st a posunem o šíři kosti na bočné projekci.

Léčba Bryantovou trakcí. Po 20 dnech mohutný kostní svalek. Svěšen z trakce a propuštěn do domácího ošetřování. Po 4 týdnech od propuštění mohutné reparativní změny

s tendencí k přestavbě. Dle dalších kontrolních RTG postupné vyrovnávání angulace s předpokladem ke zhojení ad integrum.

Závěr: Tato kazuistika ukazuje výbornou remodelační schopnost dětské kosti v útlém věku, bez nutnosti operačního řešení.

15. LIMITY PEDIATRICKÉHO PŘÍSTUPU U DĚTSKÝCH ZLOMENIN DOLNÍ KONČETINY

Křiváček A., Urban J., Toufar P., Kopačka P.

Oddělení úrazové chirurgie, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Auťori se na základě vlastních a literárních zkušeností zabývají indikacemi ke konzervativní a operační léčbě zlomenin femuru a bérce v dětském věku. Potvrzují, že způsob terapie včetně případného použití osteosyntetického materiálu je závislý spíše na konstituci a hmotnosti dětského pacienta a na stavu růstových šterbin než na kalendářním věku. Vysvětlují tak použití dospělých implantátů v dětské traumatologii.

16. SOUČASNÝ POHLED NA EXTRAKCI KOVOVÉHO MATERIÁLU U DĚTÍ

Toufar P., Urban J.

Oddělení úrazové chirurgie, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Extrakce kovového materiálu u dětí po osteosyntézách různého typu jsou stále součástí našich operačních programů. V posledních letech se objevují různé práce, které paušálně vyjmutí materiálu po osteosyntézách nedoporučují. V mnoha případech je extrakce osteosyntetického materiálu komplikovanější než jeho původní zavedení. Obecně je v literatuře udávané procento komplikací po extrakcích 10%, v některých sestavách i vyšší. Na jedné straně stojí prominence materiálu pod kůží, riziko infekčních komplikací, nepříznivě vnímaný ponechaný materiál pacientem. Na druhé straně neopodstatněné komplikované odstraňování materiálu přerostlého kostí, nutnost většího operačního přístupu, materiálu v jizevnaté tkáni s rizikem poranění nervově-cévních struktur při extrakci, četnější refraktury po vyjmutí dlahy po zlomeninách kostí předloktí mohou hovořit proti paušálně prováděných extrakcích materiálu. Autor se v prezentaci zabývá jednotlivými aspekty indikací k extrakci kovového materiálu u dětí.

17. OPERAČNÍ LÉČBA ZLOMENIN PRSTŮ U DĚTÍ A ADOLESCENTŮ

Bartl V., Plánka L., Hnilička B., Bibrová Š.

Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie FN Brno

Abstrakt není k dispozici.

18. VARIABILITA ZLOMENÍN DISTÁLNEHO HUMERU

Sýkora, L., Jáger, R., Dolnák, A., Trnka, J.

Klinika detskej chirurgie LFUK a DFNSP v Bratislave

Prezentácia zriedkavých zlomenín distálnej časti humeru spôsobom jednotlivých kazuistik, diagnostické problémy, riešenie a komplikácie. Za zriedkavé pokladáme suprakondylické zlomeniny (SZH) typu (Havráněk) 2,3,4,5, interkondylické, zlomeninu radiálnej časti kondylu typu Milch I a 5 iných. Zriedkavé SZH sme riešili zatvorenou repozíciou a perkutánnou transfixáciou, vyžadovali však individuálny, neštandardný spôsob repozície, transfixácie a skúsený operačný tím. Ostatné zlomeniny sme otvorene reponovali a pri interkondylických zlomeninách sme použili LCP (1) napriek veku 10 a 11 r. U všet-

kých pacientov došlo ku nekomplikovanému zahojeniu. Výsledky liečby po ukončení rehabilitácie podľa Flynnových kritérií sú výborné a dobré. V diagnostike sú nevyhnutné exaktné projekcie často doplnené CT s 3D rekonštrukciou. Miniinvazívny prístup je ideálny, ale nie vždy možný a vhodný. Všetky zlomeniny distálneho humeru nie je možné klasifikovať. Preto riešenie mnohých je individuálne a nie je možné opierať sa o doporučené postupy (AO).

19. ZLOMENINY OLEKRANU U DĚTÍ – OHLÉDNUTÍ ZA POSLEDNÍMI 22 LETY

Štichhauer R., Preis J.

Oddělení dětské chirurgie a traumatologie a Centrum dětské traumatologie FN Hradec Králové

Cíl: Vyhodnocení způsobů a výsledků léčby pacientů se zlomeninami okovce s přihlédnutím k typu osteosyntézy a současně přidruženým poraněním horní končetiny.

Metoda: Retrospektivní zpracování klinického souboru 198 dětí se zlomeninami olekranu, léčených na našem pracovišti za posledních 22 let (1993–2014).

Soubor a výsledky: Ve sledovaném období jsme ošetřili a dále hodnotili 198 dětí s prokázanou zlomeninou okovce ulny. Zlomeniny mírně převažovaly u chlapců (2/3) a nejčastějším obdobím byl věk mezi 3 až 8 rokem. Jen 81 zlomenin bylo izolovaných, u zbývajících 117 bylo potvrzeno současné další poranění lokte, nejčastěji charakteru Monteggiaovy léze nebo suprakondylické zlomeniny pažní kosti. 134 dětí mělo nedislokované zlomeniny a léčili jsme jen přiložením sádrové fixace. U 16 pacientů s dislokovanou zlomeninou jsme vystačili se zavřenou repozicí a sádrovou fixací, u zbývajících jsme přistoupili k osteosyntéze. Z metod osteosyntézy mírně převažovala zavřená repozice a perkutánní fixace Kirschnerovými dráty, která je jistě specifická a použitelná pro tyto zlomeniny jen v dětském věku. Celková délka léčby závisela na typu zlomeniny a použité metodě léčby od 2 měsíců do 2 let. Výsledky léčby jsme hodnotili dle nosného úhlu lokte a hybnosti loketního kloubu – 150 pacientů je zcela bez následků, u 48 pacientů byly přítomny následky poranění. Nicméně jen 12 pacientů mělo následky subjektivně či klinicky významné. Nevypozorovali jsme závislost mezi použitou metodou osteosyntézy a trvalými následky poranění. Horší výsledky léčby byly při kombinaci zlomeniny olekranu ulny a přidružených poraněních loketního kloubu.

Závěr: Zlomeniny olekranu u dětí patří k málo častým poraněním horní končetiny. Při stanovování přesné diagnózy je nutné pátrat po přidružených poraněních v oblasti lokte, která jsou velmi častá. Většina zlomenin v našem souboru se dobře zhojila konzervativně, jen malá část zlomenin si vyžádala repozici či osteosyntézu. Zatímco u dospělých pacientů se zlomeninou okovce je metodou volby tahová cerkláž, námi používaná metoda zavřená repozice a perkutánní fixace Kirschnerovými dráty přinesla, zejména u mladších pacientů, srovnatelné výsledky léčby.

20. PROBLEMATIKA EKVIVALENTU MONTEGGIOVY LÉZE – KAZUISTIKA

Horáková V., Pešl T., Havráněk P.

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

Na kazuistice 7,5 leté pacientky s ekvivalentem Monteggiaovy léze chceme ukázat zrád-

nost tohoto poranění v dětském věku. 7,5 letá pacientka s ekvivalentem Monteggiaovy léze s nestabilní zlomeninou diafýzy ulny. Po primární stabilizaci zlomeniny ulny "lege artis" metodikou ESIN dochází k redislokaci v obou segmentech zlomeniny, vyžadující reoperaci a stabilizaci dlahovou osteosyntézou. Monteggiaova léze a její ekvivalenty patří mezi závažná poranění horní končetiny v dětském věku. Tímto případem chceme poukázat na důležitost časných a opakovaných RTG kontrol pro možnost redislokace fragmentů. Je nutné sledovat jak stabilitu radiohumerálního kloubu, tak i stabilitu ulny.

21. MOŽNOSTI KOREKCE POÚRAZOVÝCH DEFORMIT U DĚTÍ

Wagenknecht L., Trč T., Schovanec J., Koníček P., Vlach M.

Klinika dětské a dospělé ortopedie a traumatologie 2. LF UK a FN Praha – Motol
Autoři prezentují vlastní soubor pacientů s poúrazovými kostními deformitami a poruchami růstu jako jsou osové deformity dlouhých kostí, přerůst a zkrat končetin a poruchy růstu způsobené poraněním růstové ploténky.

22. NAŠE ZKUŠENOSTI SE ZEVNÍ FIXACÍ V DĚTSKÉ TRAUMATOLOGII

Vronský R., Jelen S., Kopáček I.

*Oddělení centrálního příjmu, Traumatologické centrum Lékařské fakulty
Ostravské univerzity Ostrava a FN Ostrava*

Zevní fixace je významnou metodou osteosyntézy. Její základy byly položeny již v 19. století Malgaigne, který použil zevní osteosyntézy u zlomenin pately a olecranon ulnae. Metodu dále rozpracovali Lambott, bratři Judetové, Hofman, Ilizarev, Kalnberz a další. Principem je fixace kostních úlomků pomocí Kirschnerových drátů, Steinmannových hřebů nebo Schanzových šroubů spojených zevně uloženou konstrukcí. Takto je dosaženo stabilní fixace zlomeniny při šetření měkkých tkání. Další výhodou je možná dodatečná repozice zlomeniny. Obecnými indikacemi pro použití zevní fixace jsou otevřené zlomeniny, zlomeniny s ohroženou vitalitou měkkých tkání s rizikem vzniku compartment syndromu a zlomeniny u polytraumat. V dětské traumatologii navíc jako doplnění miniinvasivní osteosyntézy při její nedostatečné stabilitě, hlavně u nestabilních metafyzárních zlomenin. Uvádíme soubor 18 pacientů ve věku 3–16 let ošetřených zevní fixací. V letech 2002–2014 převažovali chlapci před dívkami v poměru 2,75 : 1. V patnácti případech (88%) byly ošetřeny zevní fixací zlomeniny bérce, ve dvou případech (12%) pak zlomeniny humeru a v 1. případě zlomenina talu. Používáme MCD zevní fixátér. Jeho aplikací považujeme u dětí za nejvhodnější vzhledem k minimální traumatizaci měkkých tkání při dostatečné pevnosti. Fixátér ponecháváme většinou 4–6 týdnů, byl-li použit jak doplňující fixace k vnitřní osteosyntéze. Při použití zevního fixátéru jako samostatné metody, pak do zhojení zlomeniny. V našem souboru jsme zaznamenali mimo PIN infekty jednu cévní komplikaci – pseudoaneuryzma a brachialis a 1× zkrat bérce o 4–5 cm, který se vyvinul za 2 roky po odstranění zevního fixátéru.

23. ZLOMENINY SIAS A SIAI U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

Stančák A., Kautzner J., Havlas V., Trč T.

Klinika dětské a dospělé ortopedie a traumatologie chirurgie 2. LF UK a FN Praha – Motol

Cíl: Cílem sdělení je seznámit posluchače s našimi zkušenostmi a výsledky léčby u jed-

notlivých typů avulzních zlomenin pánve a porovnat možnosti a indikace k operační a konzervativní léčbě.

Metody: Vyhodnocovali jsme výsledky u 38 pacientů léčených mezi lety 2005–2012. Pooperačně jsme sledovali rozsah pohybu kyčelního kloubu, RTG nález šest týdnů, tři měsíce a jeden rok po operaci, dobu klidového režimu na lůžku, dobu návratu k aktivitě a výskyt komplikací.

Výsledky: U pacientů léčených operačně jsme pozorovali rychlejší rekonvalescenci a lepší toleranci časné rehabilitace. Časový interval potřebný ke zhojení fragmentu dle RTG, stejně jako k plnému uzdravení, byl srovnatelný pro obě skupiny pacientů.

Závěr: Indikace operační léčby se odvíjí především od stupně dislokace fragmentu a sportovní aktivity pacienta. Přestože dlouhodobé výsledky konzervativního a operačního postupu jsou srovnatelné, operační léčba vykazuje rychlejší rekonvalescenci a kratší dobu imobilizace pacienta.

24. SOUČASNÝ POHLED NA PERIOPERAČNÍ ANALGEZII DÍTĚTE

Mixa V.

Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FN Praha – Motol

Vyzvaná přednáška.

25. ATRÉZIA EZOFAGU-LONG GAP

Králík R., Trnka J., Sýkora L., Babala J., Cingel V.

Klinika dětské chirurgie LFUK a DFNSP v Bratislave

Cíl: Zhrnutie 15 ročného súboru pacientov s atréziou pažeráku s dôrazom na riešenie atrézií s dlhou vzdialenosťou pahýľov. Prezentácia vlastných skúseností.

Metody: Práca je analýzou riešenia atrézie pažeráku (AE) za 15 rokov. Spomenuté sú aj spôsoby prístupu s dôrazom na "long gap" variantu (viacdobé operácie s primárnou ezofagostómiou a gastrostómiou, Scharliho a Spitzova metóda...), kazuistika popisuje aproximáciu pahýľov s ich odloženou anastomózou.

Výsledky: Za 15 rokov sme na našej klinike urobili 255 operácií AE, primárnych operácií bolo 77. Zvyšok boli operácie viacdobého riešenia "long gap" varianty (AELG) a komplikácií primoooperácie a metód riešenia AELG. 2–3 dobytým prístupom s prijateľným výsledkom je priblíženie pahýľov v prvom sedení.

Závěr: Množstvo reoperácií a komplikácií viacdobého riešenia AELG vedie viacerých autorov ku "konzervatívnejšiemu" prístupu. Fokerova postupná elongácia pahýľov, ev. použitie dĺžky dolnej ezofagotracheálnej fistuly na fixáciu pahýľov k sebe je jednou s možných ciest riešenia AELG.

26. CHIRURGICKÝ PRÍSTUP K ZÁPALOVÝM AFEKCIÁM PLÚC A PLEURÁLNEHO PRIESTORU

Omaník P., Kraynina M., Duchaj B., Králík R., Trnka J.

Klinika dětské chirurgie LFUK a DFNSP v Bratislave

Cíl: Komplikácie pri závažných infekciách dolných dýchacích ciest postihujú deti všetkých vekových skupín. Častokrát prebiehajú pod veľmi dramatickým obrazom a väčšinou sú spojené s nevyhnutnosťou chirurgickej intervencie.

Metody: Retrospektívne zhodnotenie záznamov o pacientoch hospitalizovaných v DFNSP Bratislava v období rokov 2010 až 2014 so závažnými priebehmi pneumónií, ktoré si

vyžadali chirurgickú intervenciu. Analýze podliehali údaje o predoperačnej liečbe, operačnom výkone, pooperačnom priebehu a komplikáciách.

Výsledky: Sledovaný súbor tvorilo 27 detí. Chirurgická intervencia bola realizovaná 4krát torakoskopicky a 23 krát torakotomicky. V prípadoch abscedujúcich pneumónii bolo u 8 pacientov nevyhnutné pristúpiť k resekcii pľúc alebo lobektómii. U 6 pacientov si progresia ochorenia vynútila reoperáciu.

Záver: V prípade potreby chirurgickej intervencie pri komplikovaných formách pleuropneumónii u detí dominuje snaha o maximálne konzervatívny prístup. Ich ťažko predpovedateľný pooperačný vývoj spolu s racionálnym chirurgickým konzervativizmom prispievajú k zvýšenému percentu vynútených reoperácií.

27. INFLAMATORNÍ MYOFIBROBLASTICKÝ TUMOR U DĚTÍ

Plánka L., Doušek J., Starý D., Tůma J.

Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie FN Brno

Cíl: Inflamatorní myofibroblastický tumor je u dětí nejčastěji lokalizován v plicích. V průběhu 3 let bylo na KDCHOT léčeno celkem 6 pacientů s touto diagnózou, z toho 4 pacienti s extrapulmonální lokalizací. Jejich prezentace je cílem tohoto sdělení současně s návrhem multicentrického sledování.

Metody: Podrobná statistika dětských onkochirurgických diagnóz je na KDCHOT prospektivně zpracovávána v posledních čtyřech letech, předchází období retrospektivně. Práce zkoumala výskyt Inflamatorního myofibroblastického tumoru, autoři popisují jednotlivé případy s důrazem na lokalizaci a způsob terapie.

Výsledky: V období 2012–2014 bylo diagnostikováno a léčeno celkem 6 pacientů, ve dvou případech se jednalo o plicní lokalizaci. V jednom případě byl tumor lokalizován v jícnu, v jednom případě v žaludku, v jednom případě v játrech a v jednom případě šlo o vícečetný výskyt v hrudní a peritoneální dutině.

Záver: Inflamatorní myofibroblastický tumor je vzácnou diagnózou a jeho léčba je v rukou dětského chirurga a onkologa. Základem diagnostiky je histopatologie a metodou první volby je totální exstirpace. Vzhledem k ojedinělému výskytu se nabízí celorepublikový sběr dat a konstrukce multicentrické studie.

28. CHIRURGICKÁ LÉČBA KOMPLIKOVANÉ BRONCHOPLEUROPNEUMONIE V DĚTSKÉM VĚKU

Starý D., Tůma J., Plánka L.

Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie FN Brno

Cíl: Kazuistika popisuje neobvykle závažný průběh pravostranné nekrotizující bronchopleuropneumonie s etážovým zánětlivým výpotkem a opakovaným pneumotoraxem u 2,5 letého chlapce. Stav byl zřejmě způsoben agresivním kmenem *Streptococcus pneumoniae*.

Metody: Obvyklá chirurgická intervence u bronchopneumonie s výpotkem či pneumotoraxem, nereagující na konservativní léčbu, zahrnuje drenáž výpotku, pokud nelze výpotek drénovat, přistupujeme buď k etážové drenáži nebo k provedení torakoskopie, zavedení proplachové drenáže event. aplikaci fibrinolyzy.

Výsledky: V našem případě byla nekrotizující bronchopleuropneumonie komplikována hojným výpotkem, vznikem ventilového pneumotoraxu, byla provedena opakovaně drenáž, pro nelepšící se klinický stav byla indikována torakoskopie. Fibrinolyza nebyla indi-

kovaná. Stav byl vyřešen suturou plíce z torakotomie.

Závěr: Chirurgická léčba při komplikovaných bronchopleuropneumoniích s rozpadem plicní tkáně má své místo při selhání konzervativní terapie, vyžaduje multioborovou spolupráci a zázemí specializovaného, erudovaného pracoviště.

29. PÔROD EXTRA MUROS – TUMOR EXTRA CORPORIS

Višňovcová N.¹, Murgaš D.¹, Dragula M.¹, Krcho, P.², Zibolen M.³

¹*Klinika detskej chirurgie JLF UK a UN Martin*, ²*Klinika neonatológie LF UPJŠ, Košice* ³*Neonatologická klinika JLF UK a UN Martin*

Pri väčšine vrodených chýb hrudníka nebýva jeho celistvosť porušená. Častejšie sa u novorodencov stretávame s defektami brušnej steny spojenými s eventráciou vnútrobrušných orgánov, ako gastroschíza, či omfalokéla. Raritné sú anomálie, spojené s defektami hrudnej steny. Do Univerzitnej nemocnice v Martine bol transportovaný termínový novorodenec porodený extra-muros. Po narodení bol u dieťaťa prítomný útvar prolabujúci cez defekt hrudnej steny, ktorý pohľadom imponoval ako ektopia srdca, dieťa však nejavilo adekvátnu klinickú symptomatológiu. V našej kazuistike predstavujeme novorodenca hospitalizovaného na Neonatologickej klinike UNM a operovaného cestou Kliniky detskej chirurgie UNM pre raritnú vrodenú chybu hrudnej steny a stručný prehľad súčasných informácií o danej problematike. Vrodené defekty hrudnej steny sú pomerne širokou skupinou vrodených vývojových chýb. Dobré známa je napríklad exkvátna deformita hrudníka. Naopak závažnou vrodenou chybou je Jeunenov syndróm. U novorodencov narodených s defektom hrudnej steny najčastejšie myslíme na ektopiu srdca.

30. METASTÁZY PLICNÍ U DĚTÍ 2004–2013

Trčka J.¹, Pýcha K.¹, Šnajdauf J.¹, Jeřábková V.²

¹*Klinika dětské chirurgie*, ²*Klinika dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Praha – Motol*

Cíl: Retrospektivní analýza souboru pacientů indikovaných k odstranění plicních metastáz v letech 2004–2013.

Metody: Analýza zaměřená na typ operačního výkonu, komplikace, letalitu a celkovou prognózu pacienta ve vztahu k základní diagnóze.

Výsledky: Do analýzy bylo zařazeno 37 pacientů staří 1,5 až 18,5 roku, v době výkonu se u 21 % jednalo o solitární metastázu, 46 % pacientů muselo být opakovaně operováno z důvodu rekurentní metastázy. Žádný z pacientů nezemřel v souvislosti s operačním výkonem.

Závěr: Výskyt plicních metastáz zhoršuje prognózu základního onemocnění, v analyzovaném souboru byla nulová perioperační mortalita.

31. NAŠE SKÚSENOSTI S LIEČBOU PAŽERÁKOVÝCH STRIKTÚR

Bibza J., Babulic M., Králik R.

Klinika detskej chirurgie LFUK a DFNSP v Bratislave

Cíl: Cieľom je potvrdenie optimálneho algoritmu v liečbe pažerákových striktúr v detstvom veku.

Metody: V liečbe pažerákových striktúr sme použili klasické dilatčné balónkové katétre, endoskopické dilatčné katétre a metalické povlečené stenty. Dilatácie aj zavádzanie stentov bolo pod endoskopickou kontrolou.

Výsledky: Autori uvádzajú súbor 12 detí liečených v priebehu 3 rokov. U 10 pacientov bol obnovený perorálny príjem. tolerancia prechodu stravy bola individuálna od mixovanej stravy po plný perorálny príjem. U jedného pacienta bola liečba prerušená (na žiadosť rodiča) a u jedného bola liečba neúspešná.

Záver: Použitie dilatčných balónkových katétrov a metalických povlečených stentov vhodných časových intervaloch má opodstatnené miesto v liečbe pažerákových striktúr.

32. PERFORACE JÍCNU V DĚTSKÉM VĚKU – ANALÝZA ZA 20 LET

¹Frybová B, ¹Rygl M, ¹Vyhnánek M, ²Kynčl M, ¹Šnajdauf J

¹Klinika dětské chirurgie, ²Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK
a FN Praha – Motol

Cíl: Zhodnotit letalitu a morbiditu souboru dětí operovaných pro perforaci jícnu na Klinice dětské chirurgie FN v Motole v letech 1995–2014.

Metody: Retrospektivní studie dat pacientů operovaných pro perforaci jícnu.

Výsledky: V letech 1995–2014 bylo operováno 12 dětí s perforací jícnu ve věku od 5 měsíců do 12 let. Průměrný věk v době operace byl 3,9 let.

Nejčastější příčinou perforace jícnu v našem souboru bylo iatrogenní poranění (n=6): perforace po endoskopické balónkové dilataci jícnové striktury (n=3), opakované zavádění NG sondy (n=2) a perforace rigidní ezofagoskopickou technikou (n=1). Další perforace jícnu byly způsobeny spolknutím knoflíkové baterie (n=3), požitím detergentu (n=1), tupým poraněním břicha (n=1) a požitím listu dieffenbachie v sebevražedném úmyslu s následným vznikem aortoezofageální píštěle (n=1). Sutura léze a založení gastrostomie bylo provedeno u 8 pacientů, resekce postižené části jícnu a anastomóza u 2, transpozice žaludkem u 1 pacienta a krční ezofagostomie u 1 pacientky.

6 pacientů (50 %) z našeho souboru nemá žádné polykací obtíže. Striktura jícnu se vytvořila u 5 pacientů (42 %), 3 z nich jsou dosud pravidelně léčeni endoskopickou balónkovou dilatací. 2 pacienti přijímají potravu gastrostomií. 1 pacientka žije s krční ezofagostomií a je u ní plánována náhrada jícnu žaludkem. 2 pacienti mají trvalou tra-cheostomii.

Záver: Perforace jícnu je pro dětského chirurga vždy výzvou. Přes nulovou letalitu souboru je morbidita našich pacientů vysoká (50 %).

33. ANALÝZA STŘEVNÍHO MIKROBIOMU NOVOROZENCŮ S NEKROTIZUJÍCÍ ENTEROKOLITIDOU A SPONTÁNNÍ STŘEVNÍ PERFORACÍ POMOCÍ 16S rRNA PCR

Kokešová A.^{1,2}, Coufal Š.², Rygl M.¹, Pýcha K.¹, Tlaskalová-Hogenová H.²

¹Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FN Praha – Motol, ²Oddělení imunologie a fotobiologie, Mikrobiologický ústav AVČR, Praha

Cíl: Bakteriální osídlení střeva (střevní mikrobiom) patří spolu s nezralostí a enterálním krmením k zásadním faktorům, které se podílejí na patogenezi nekrotizující enterokolitidy. Běžnými kultivačními metodami lze popsat jen cca 20 % mikrobiomu. Cílem naší práce je zjistit pomocí molekulárně genetické metodiky, zda existuje specifické složení mikrobiomu u dětí s nekrotizující enterokolitidou.

Metody: Do studie byli zařazeni novorozenci operovaní chirurgy KDCH FN Motol v pražských perinatologických centrech v letech 2013–2014. Od rodičů byl získán informovaný souhlas, byla zaznamenána kolemporodní data, typ a délka podávání enterální

výživy a antibiotická léčba. Byly analyzovány vzorky z ilea a colon získané peroperačně při výkonu indikovaném pro NEC IIIB stadia dle Bella. Vzorky z ilea a colon novorozenců revidovaných pro spontánní střevní perforaci (SIP) sloužily jako kontrola. Mikrobiota je charakterizována pomocí Illumine MiSeq hluboké sekvenace V3-V4 hypervariabilních regionů 16S rRNA. Polymorfismus délky štěpných fragmentů (RFLP) s následnou Sangerovou metodou sekvenování umožnil po porovnání s 16S rRNA z genové knihovny získat kvalitativní i kvantitativní informace o složení mikrobiomu. Byla provedena fylogenetická analýza umožňující taxonomické zařazení jednotlivých bakteriálních kmenů.

Výsledky: Bylo analyzováno 45 vzorků získaných od 10 dětí s NEC a 5 dětí se SIP. Děti se SIP se signifikantně nelišily od dětí s NEC v gestačním věku, porodní hmotnosti, délce a typu podávané výživy ani v délce podání ATB terapie před začátkem onemocnění. Popsali jsme kompozici mikrobiomu každého dítěte. Statistické zpracování získaných údajů ukázalo velmi nízkou diverzitu složení mikrobioty dětí s NEC v porovnání s dětmi se SIP. Naš předpoklad, že u dětí s NEC bude významně vyšší výskyt Clostridia perfringens a Klebsiella pneumoniae, se nepotvrdil.

Záver: Naše studie je první analýzou pomocí nekultivačních metod přímo peroperačně získaných vzorků dětí s NEC/SIP. Věříme, že tento přístup umožní lepší porozumění patofyziologii onemocnění a zlepší naše terapeutické možnosti.

Podpořeno grantem IGA NT/13483

34. NEKROTIZUJÍCÍ ENTEROKOLITÍDA V KLINICKEJ PRAXI

Fuňáková M., Králík R., Dúbravová D., Štefánková E., Horn F., Trnka J.

Klinika detskej chirurgie LFUK a DFNSP v Bratislave

Cíl: Nekrotizující enterokolitída (NEC) patří medzi najzávažnejšie a najčastejšie akútne získané ochorenie prenatálnych novorodencov. Autori v práci prinášajú skúsenosti a výsledky z liečby tohto život ohrožujúceho stavu na vlastnom pracovisku.

Metody: V práci retrospektívne hodnotíme desaťročný súbor pacientov s NEC, hodnotíme vplyv zrelosti novorodencov, pôrodnej hmotnosti, popôrodnej adaptácie, pridružených ochorení, bakteriálnej infekcie, a iných faktorov, ktoré ovplyvňujú priebeh NEC, súvisia s nutnosťou operačnej liečby a pooperačného priebehu.

Výsledky: V období rokov 2004–2013 bolo na našom pracovisku liečených 157 novorodencov s NEC. Operačné riešenie bolo indikované u 56,1 % pacientov. 56,8 % operovaných malo pôrodnú hmotnosť ≤ 1000g. Najčastejší primárny výkon-resekcia čreva s duplexnou enterostómiou (29,5 %). Mortalita operovaných dosiahla 23,8 %.

Záver: Podozrenie na NEC vedie k nevyhnutným terapeutickým krokom: zastavenie enterálneho príjmu, dekompresia tráviaceho traktu, hradenie strát, antibiotická liečba. Jednoznačnou indikáciou k operácii je pneumoperitoneum, pričom dlhodobé výsledky ovplyvňuje polymorbidita pacientov.

35. CYSTA CHOLEDOCHU ALEBO CYSTICKÁ BILIÁRNA ATRÉZIA? (KAZUISTIKA)

Murár E.¹, Omaník P.¹, Slezáková B.², Kosnáčová J.³, Trnka J.¹

¹Klinika detskej chirurgie, ²Neonatologická klinika intenzívnej medicíny, ³I.

Detská klinika LFUK a DFNSP v Bratislave

Cystická biliárna atrézia je extrémne raritným podtypom bilárnej atrézie. Diagnostika je

problematická, a když sonograficky se dá už prenatálně potvrdit cystický útvar v oblasti porta hepatis.

Indikací k operačnímu zákroku v novorozeneckém období nebývají symptomy biliární atřezie, ale přítomnost cystické struktury choledochu. Definitivní diagnóza cystické biliární atřezie je tak jednoznačně zřejmá až peroperačně. Pacienti s tímto onemocněním mají výrazně lepší prognózu, v porovnání s pacienty s klasickým typem biliární atřezie, přičemž jeden z faktorů, které přispívají k lepší prognóze je skorší operační „timing“. V předkladané kazuistice je prezentovaný případ pacientky s tímto zriedkavým onemocněním, liečenej v spolupráci Kliniky detskej chirurgie, Neonatologickej kliniky intenzívnej medicíny a I. Detskej kliniky DFNSP v Bratislave.

36. BŘIŠNÍ COMPARTMENT SYNDROM PO OPERACI GASTROSCHÍZY

Mojžíšová M., Kokešová A., Konopásková K., Rygl M.¹, Frýbová B., Mixa V.², Zieg J.

¹Klinika dětské chirurgie, ²Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, ³Pediatrická klinika 2. LF UK Praha a FN Praha – Motol

Cíl práce: Vypracování optimálních metod operační a pooperační péče u novorozenců s gastroschízou, možnosti včasné diagnostiky a prevence rozvoje compartment syndromu.

Materiál a metodika: Retrospektivní analýza souboru novorozenců s gastroschízou za posledních 11 let, sledování vývoje operačních možností a jejich vlivu na časný pooperační průběh a případný rozvoj komplikací, zavedení měření IAP a vyhodnocení jeho výsledků ve vztahu k časnému zachytu rozvoje compartment sy, využití eliminačních metod při rozvinutém compartment sy.

Výsledky: V období od roku 2004 do roku 2014 bylo na našem pracovišti operováno 80 novorozenců s gastroschízou. Průměrný gestační věk byl 35. týden, průměrná porodní váha 2430g. Primární uzávěr břišní stěny byl proveden u 62 novorozenců. U 18 byla použita k uzávěru defektu záplata (nejč. použitým materiálem byl goretex). U části pacientů po primárním uzávěru břišní stěny se v časném pooperačním období rozvinul různě závažný compartment syndrom. Využití měření IAT jako možného časného markeru rozvíjejícího se compartment sy jsme zavedli standartně v posledních 2 letech s cílem včas diagnostikovat a terapeuticky ovlivnit tuto závažnou pooperační komplikaci. V případě těžkého compartment syndromu s oligoanurií jsme u několika novorozenců použili eliminační metodu – v našem případě CVVHD.

Závěr: Včasný zachyt rozvoje compartment syndromu má rozhodující vliv na na další morbiditu a mortalitu novorozenců po operaci gastroschízy.

37. ABSCESS SLEZINY

Dočekalová Š.

Oddělení dětské chirurgie a traumatologie FN Hradec Králové

Absces sleziny je velmi vzácné onemocnění a spíše se vyskytuje u imunosuprimovaných pacientů. V našem případě se jednalo o dívku zdravou, s negativní osobní anamnézou, u které vznikly potíže náhle, z plného zdraví. Sedmiletá pacientka byla přeložena na naše pracoviště pro 24 hodin trvající bolesti zpočátku levého ramenního kloubu, následně levého podžebří, s horečkami a zvracením. V laboratorním nálezu dominovala elevace zánětlivých markerů a na UZ vyšetření prokázána cysta horního pólu sleziny

prům. do 9cm. Byla provedena drenáž abscesu pod UZ kontrolou se zavedením pigtailu z 10. mezižebří. Kultivačně potvrzena Salmonella Enteritidis. Nasazena cílená ATB léčba. Promptně ustupují obtíže, drén odstraněn 28. pooperační den. V našem případě se osvědčil neinvazivní způsob léčby pomocí cílené drenáže abscesu. Pacientka dochází na kontroly, je bez obtíží, kontrolní UZ sleziny neprokazují recidivu procesu.

38. THOMAYER NEBO MAYDL, KDO MĚL PRAVDU S AKUTNÍ APPENDICITIDOU?

Harvánek K.

Oddělení dětské chirurgie a traumatologie Nemocnice Na Bulovce, Praha

Cíl: Seznámit lékaře s faktem, že lze akutní apendicitidu za určitých, přísně specifických okolností léčit konzervativně.

Metody: Analýzy 2 případů pokročilé akutní apendicitidy, které byly vzhledem k velmi specifickým podmínkám léčeny konzervativně. Tato analýza přinesla poměrně přesný obraz průběhu léčby.

Výsledky: Oba analyzované případy ukázaly, že lze specificky probíhající akutní apendicitidu léčit primárně konzervativně a definitivní řešení při pravidelné monitoraci stavu odložit na pozdější (klidnou) dobu.

Závěr: Toto sdělení není návodem ke konzervativnímu léčení komplikované akutní apendicitidy. Může však být doporučením, jak postupovat v přísně specifických případech.

39. KARCINOID APENDIXU U DĚTÍ – KASUISTIKA A SOUHRN DOSTUPNÝCH POZNATKŮ

Horáková M., Příplatová T., Pospíšil R.

Dětská chirurgie Oblastní nemocnice Kladno, a. s.

Autoři prezentují případ 10 ti leté dívky s náhodně zjištěným karcinoidem appendixu. Kasuistika a souhrn dostupných poznatků z literatury. Výskyt onemocnění je vzácný v dětském i dospělém věku. Nejčastěji je karcinoid lokalizován v appendixu. Diagnostika je náhodná při apendektomii. V raném stádiu není nutná další onkologická léčba. Případ pacientky v kasuistice odpovídá typickému průběhu onemocnění popisovanému v literatuře.

40. 7 LET BEZ TENKÉHO STŘEVA (BŘIŠNÍ KATASTROFA U 5 TI LETÉ DÍVENKY)

Malý T.¹, Kysučan J.¹, Tenora J.², Smolka V.³, Karásková E.³, Vydra D.³, Michálková K.⁴

¹I. chirurgická klinika FN a LF UP Olomouc, ²Dětské oddělení nemocnice Prostějov,

³Dětská klinika FN a LF UP Olomouc, ⁴Radiologická klinika FN a LF UP Olomouc

Prezentace případu 5 ti leté holčičky s náhlými bolestmi břicha, prudce se rozvíjejícím šokovým stavem s metabolickým rozvratem. 5letá holčička přijata na dětskou kliniku FN Olomouc dne 21. 4. 2008 s prudkými bolestmi břicha, extrémně prudce rozvíjejícím se šokovým stavem s minerálním rozvratem a hyperglykemií. Po chirurgickém konziliu indikována k urgentní operaci z vitální indikace po nezbytné razantní přípravě při nejasné příčině náhlé příhody břišní. Při operaci nalezen volvulus středního střeva s jeho nekrosou. Provedena subtotální resekce tenkého střeva a pravostranná hemikolektomie s napojením jejunu na transversum. V průběhu následujících 18 dnů byla 7× reopero-

vána. Dne 9. 5.2008 pro kompletní nekrozu celého tenkého střeva napojeno duodenum na transverzum. Za další měsíc – dne 12. 6. 2008 provedena urgentní cholecystektomie pro gangrenózní cholecystitidu. Pooperační průběh byl komplikován anastomoticko-ku-tánní píštělí, která se při konzervativní léčbě s dlouhodobým podáváním somatostatinu zhojila. Doplňková výživa je dlouhodobě zajištěna permanentním centrálním žilním katetrem, který byl několikrát vyměněn pro katetrovou sepsi. Poslení výměna centrálního žilního katetru proběhla v prosinci 2014. Dnes již 12letá holčička byla opakovaně přešetřena – naposledy 21. 1. 2015, kdy byla provedena kompletní gastro-duodeno-transverzoskopie a orálním směrem koloskopieduodenoskopie. Přešetřena RTG pasáží. V průběhu let došlo k enormní dilataci a elongaci duodena a transverza, kde došlo k přerůstu původní sliznice tlustého střeva sliznicí tenkostřevní. Dnes 12letá holčička žijící bez celého tenkého střeva po dobu 7 let. V letošním roce byla předvedena v transplantačním centru IKEM a je zařazena na waiting-list jako čekatelka na transplantaci tenkého střeva. Dívenka je důkazem toho, že obzvláště v dětské chirurgii je někdy vhodné i v multioborové spolupráci nezdávat \“boj\“ o \“beznadějný případ\“.

41. NEKROZA ŽALUDKU U NOVOROZENCE

Malý T.¹, Tenora J.², Hálek J.³, Smolka V.⁴, Velgánová Végrová M.⁴, Köcher M.⁵, Michálková K.⁵, Geierová M.⁶

¹I. chirurgická klinika FN a LF UP Olomouc, ²Dětské oddělení nemocnice Prostějov, ³Novorozenecké oddělení, ⁴Dětská klinika, ⁵Radiologická klinika, ⁶Ústav klinické a molekulární patologie LF UP a FN Olomouc

Prezentace novorozence s masivním hydropneumoperitoneem neobvyklé příčiny. 3. 7. 2014 byla na novorozenecké oddělení FN Olomouc přeložena holčička ve 3. dni života s masivním hydropneumoperitoneem. Porod císařským řezem v 34. týdnu gravidity, porodní hmotnost 1850 g. Po nezbytné přípravě byla v již rozvíjejícím se septickém stavu operována. Při operaci byla nalezena 4/5 nekrosa a perforace žaludku s difúzní peritonitidou. Vzhledem k celkově závažnému stavu provedena co možno nejrychlejší a nejjednodušší operace – proximální 4/5 resekce žaludku s anastomosou ezofago-antrální end-to-side s pyloroplastikou. Celkově těžký pooperační a septický stav byl zvládnut. Anastomoza se zhojila, ale na opakovaných kontrolách tato dle očekávání stenotizovala. Proto byla opakovaně provedena balonková pneumatická dilatace anastomozy – žaludečného minipahýlu a pyloroplastiky. Ve 4 měsících věku jsme provedli náročnou definitivní rekonstrukci horního GIT s náhradou žaludku J-pouchem a jejunojejunální pouchem s dočasnou výživnou jejunostomií. Dívenka se zhojila primárně, s dobrou pasáží rekonstruovaným zaživacím traktem dle kliniky a kontrolního RTG vyšetření. Dívenka má nyní (v době konání sjezdu) 18 měsíců, je sledována v dětské gastroenterologické poradně, v ambulanci dětské chirurgie a pochopitelně praktickým dětským lékařem. Celoživotně je odkázána trvalou parenterální substitucí vitamínu B12. Rozsáhlá a v tomto případě prakticky subtotální nekrosa žaludku v novorozeneckém věku je enormně vzácná a je spojena se závažnou mortalitou a pochopitelně i morbiditou. Tyto stavy jsou odkázány na celoživotní sledování. Při chirurgické rekonstrukci horního GIT – v tomto případě při totální gastrektomii a náhradě žaludku – je vhodné vždy preferovat co nejfyziologičtější způsob rekonstrukce. Tento požadavek je o to naléhavější, že se jedná o novorozence-kojence, který má celý život teprve před sebou.

42. PANCREAS DIVISUM – DUODENUM ŠETŘÍCÍ RESEKCE HLAVY PANKREATU

Petrů O.¹, Šnajdauf J.¹, Rygl M.¹, Frýbová B.¹, Náhlovský J.¹, Bronský J.¹, Mixa V.², Keil R.³, Kynčl M.⁴

¹Klinika dětské chirurgie, ²Klinika anesthesiologie a resuscitace, ³Interní klinika, ⁴Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK Praha a FN Praha – Motol

Cíl: Pancreas divisum (PD) je nejčastější vrozená vada pankreatu. Většina pacientů nemá klinické obtíže. Klinické komplikace v podobě pankreatitidy a bolestí břicha se objevují u 5–10% pacientů s PD. Při recidivujících pankreatitidách na podkladě PD je cílem zlepšení drenáže dorzálního vývodu (ductus Santorini). Uvolnění odtoku pankreatické šťávy je možno provést papilotomií (s event. zavedením stentu) při ERCP nebo chirurgickým výkonem. Účelem sdělení je zhodnocení terapie sedmi pacientů s PD léčených na našem pracovišti v období let 1999–2014.

Metody: Retrospektivní zhodnocení souboru pacientů (věk v době prvních klinických obtíží, vyšetření a léčba). Šest dětí bylo řešeno pomocí ERCP, jedno dítě bylo léčeno chirurgicky duodenum šetřící resekci hlavy pankreatu.

Výsledky: Celkem bylo léčeno 7 pacientů (4 chlapci a 3 dívky). Průměrný věk v době prvních klinických projevů byl 9 let (2–14 let). U všech dětí se objevily recidivující bolesti břicha a pankreatitida dokumentovaná zvýšenými hladinami amylázy a lipázy. ERCP bylo metodou volby pro diagnostiku PD u všech pacientů. Pět pacientů mělo kompletní PD, dva inkompletní variantu. U třech pacientů došlo ke klinickému zlepšení po papilotomii dorzálního pankreatického vývodu. U třech pacientů byla papilotomie neúspěšná, jejich klinické projevy pankreatitidy jsou však dlouhodobě mírné. Jedna pacientka byla indikována k chirurgickému řešení ve věku 4 let pro recidivující pankreatitidy a kruté bolesti břicha. U této pacientky byla provedena duodenum šetřící resekce hlavy pankreatu. Nyní je 8 měsíců po operaci bez obtíží. V souboru pacientů je průměrná doba od diagnózy PD 8 let (8 měsíců–16 let).

Závěr: V současné době jsou pacienti s PD většinou léčeni ERCP papilotomií s event. zavedením stentu. Pacienti s recidivující pankreatitidou a krutými bolestmi břicha mohou být ve vybraných případech indikováni k chirurgickému řešení. Jednou z metod je duodenum šetřící resekce hlavy pankreatu nebo Freyova operace. Duodenum šetřící resekce hlavy pankreatu u pancreas divisum nebyla dosud u dětí publikována.

43. ČASNÝ PERORÁLNÍ PŘÍJEM A FAST-TRACK MANAGEMENT U DĚTÍ PO STŘEVNÍ ANASTOMÓZE

Poš L.1, Ryska O.²

¹Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FN Praha – Motol, ²Nemocnice Hořovice

Cíl: Fast-track management (FTM) je soubor doporučení, jehož cílem je minimalizovat perioperační stres a diskomfort pacienta. Kromě časného zahájení perorálního příjmu je součástí tohoto přístupu i minimalizace zavádění drénů, nazogastrických sond, močových katetrů a vynechání střevní přípravy. Miniinvazivní operační technika by měla být u FTM preferována. Efekt FTM na zkrácení délky hospitalizace a snížení pooperačních komplikací byl prokázán v randomizovaných studiích. Cílem práce bylo zpracovat přehled aktuální literatury týkající se FTM a pomocí ankety zhodnotit užívání těchto postupů na dětských chirurgiích (DCh) v České Republice (ČR).

Metody: Přehled aktuálních publikací byl proveden s využitím databáze PubMed, Med-

line a Scopus. Dotazník týkajícími se praxe FTM byl rozeslán na 10 pracovišť dětské chirurgie v ČR.

Výsledky: Jednotlivé principy FTM jsou u dospělých nemocných podloženy vysokým stupněm evidence (Evidence-Based Medicine, EBM). Publikována byla řada prospektivních studií potvrzujících bezpečnost a efektivitu tohoto programu u dětských pacientů. Na anketu odpovědělo 10 (100%) z dotázaných. Doporučená délka předoperačního lačnění je 6h pro tuhou a 2h pro tekutou stravu (EBM 1a). V ČR mají děti poslední jídlo nejčastěji 24h před operací a poslední čaj pijí v průměru 5h před operací. Ortográdní střevní příprava před operací GIT by neměla být rutinně prováděna a přípustná je jen u operací rekta (EBM 1a). Přesto ji u nás 60% pracovišť DCh indikuje vždy a 20% selektivně. Nazogastrická sonda (NG) by neměla být zaváděna rutinně a je přípustná pouze po dobu operačního výkonu (EBM 1a). Pouze 2 z 10 pracovišť NG sondu pacientům po operaci neponechávají, u 60% pracovišť má pacient sondu vždy, u 20% občas. Močový katetr může být zaveden u komplikovaných operací v malé pánvi nebo při výkonu nad 3 hodiny (EBM 2b). Močovou cévku dětem zavádí polovina pracovišť při všech střevních operacích. Nitrobřišní drén by neměl být rutinně zaváděn (EBM 2a) a tímto doporučením se řídí 9 z 10 pracovišť. Dle FTM a se silou doporučení EBM 1b může pacient přijímat tekutiny ihned po doznění účinků narkózy a kašovitou stravu v den operace dle chuti. V průměru je perorální příjem u dětí po střevní anastomóze zahájen 2. pooperační den (v rozmezí 4 hodiny až 5 dní). Pouze u 3 z 10 pracovišť je tomu tak do 24h. Na 2 pracovištích DCh dostane pacient kaši 2. pooperační den, na ostatních je to později. Průměrně je kašovitá strava indikována 5. pooperační den.

Závěr: Zahájení časného perorálního příjmu (do 24h) po střevní anastomóze je bezpečné a pro pacienta prospěšné. Z výsledků ankety vyplývá, že praxe jednotlivých pracovišť DCh v ČR se velmi liší. Část pracovišť potvrzuje dobré zkušenosti a výbornou toleranci časného perorálního příjmu. Většinou jsou však pacienti nadále vystavováni neadekvátní délce pooperačního lačnění, rutinnímu používání střevní přípravy a paušálnímu zavádění a ponechávání invazí.

44. DUPLIKATURY DUODENA

Šimsová M., Šnajdauf J., Rygl M., Pýcha K., Fryč R.

Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FN Praha – Motol

Cíl: Prezentace jednotlivých pacientů s patologickou jednotkou – duplikatura duodena – operovaných na našem pracovišti v časovém rozmezí 1994–2014. Porovnání charakteru a délky klinických příznaků, laboratorních odchylek, pozitivitu záchytu při prenatálním vyšetření, rodinné zátěže. Zaměření na typ zobrazovací metody a její validity. Peroperační nález s voleným chirurgickým postupem. Délka rekonvalescence, význam časné enterální výživy, kvalita života v rámci dlouhodobého sledování.

Metody: Analýza jedenácti pacientů operovaných ve věkovém rozmezí jeden den až 60 měsíců věku s diagnózou duplikatura duodena.

Výsledky: Za dvacetileté období bylo operováno 11 pacientů. Pět chlapců, šest dívek. Průměrný věk v době operace byl 30,5 měsíce. Přidružené patologie jsme zaznamenali u dvou pacientů. Šest pacientů mělo pozitivní prenatální vyšetření plodu ve 20 t.t. Žádný pacient neměl patologickou rodinnou zátěž. Nejčastějším klinickým příznakem bylo zvracení/ublinkávání. Netypický průběh byl zaznamenán u dvou pacientů. Ultrazvukové vyšetření břicha mělo nejvyšší výtěžnost. Peroperačně bylo nejvíce duplikatur duode-

na uloženo v oblasti D2 – osm pacientů. Nejčastějším operačním výkonem byla totální extirpace cysty duodena – osm pacientů.

Závěr: Všichni pacienti po operaci duplikatury duodena v uvedeném období jsou v současné době bez obtíží. 9 pacientů zůstává ve sledování. 2 pacienti jsou již dospělého věku a informace o zdravotním stavu byly získány formou dotazníku. Reoperace nebyla nutná u žádného z nich. U 9 pacientů byla zahájena časná enterální výživa s příznivým dopadem na hojení a kvalitu života.

45. RÁNO MOUDŘEJŠÍ VEČERA...

Kysučan J., Malý T., Starý L., Michálková K., Neoral Č.

I. chirurgická klinika FN Olomouc

Autoři prezentují případ neobvyklého nálezu rezistence v dutině břišní, která byla diagnostikována pod obrazem suspektní náhlé příhody břišní. Jednalo se o 16letého chlapce, který v ebrietě utrpěl tupý úraz břicha, pro který byl vyšetřován ve FN Olomouc. Klinicky nebyl celkový stav alterován, laboratoř bez pozoruhodností, zobrazovacími metodami popsána bizarní masa vyplňující pravou polovinu břicha s kolekcemi tekutiny. Miniinvasivní cestou byla provedena drenáž útvaru, nicméně v průběhu 4 dnů dochází k recidivě ve zcela identickém rozsahu bez klinické odezvy. Následně byl nemocný pravidelně sledován, byl bez větších potíží a po 4 měsících byl indikován k laparoskopické exploraci a výkonu dle nálezu. Autoři poukazují na chirurgův nelehký úkol při volbě správného léčebného postupu v situaci, která vykazovala známky traumatické náhlé příhody břišní. Zároveň také na tomto případě demonstrují „pozitivní“ vliv úrazu pod vlivem alkoholu, který vedl k diagnostice dosud klinicky němého primárního onemocnění.

46. VITIA ERUNT DONEC HOMINES

Drahovský P.

Oddelenie detskej chirurgie DFN Košice

Ciel: Poukázat na zásadný rozdiel medzi chybou a omylom • Ako sa tieto kategórie prejavujú v našej činnosti • Prezentácia skúseností + príklady z praxe

Metódy: Práca analyzuje lekárske konanie z pohľadu etického a právneho – z ohľadom na ľudské rozhodovanie a jeho omylnosť. Zobrazovacie metódy – napriek svojej objektívnosti – sú subjektom ľudského posudzovania, teda vystavené podobnému riziku omylu. Mylný záver (aj keď v najlepšom úmysle) objektívneho vyšetrenia zobrazovacou metódou môže vážne poškodiť nielen pacienta ale aj chirurga, ktorý na jeho základe konal. Základná premisa je že u lekára ide vždy o konanie „Bona fide“, nie „Mala fide“. Posúdenie adekvátnosti lekárskeho konania, ktoré sa zvyčajne označuje ako konanie „lege artis“, teda podľa adekvátnej odbornej úrovne nie je vždy jednoznačné. Vždy je potrebné prihliadať na konkrétne podmienky a dané objektívne možnosti, ktoré môžu byť v tom istom priestore diametrálne odlišné v inom čase. Kategórie „chyba“ a „omyl“ majú v etickej rovine svoje hranice, tie by mali byť vyjadrené aj v právnom posudzovaní. Iná kategória sú úplne scestné odporúčania vyplývajúce z absolútnej neznalosti konkrétnej problematiky konzultovaným „špecialistom“. Je smola pre pacienta ale aj chirurga ak pri spätnom posudzovaní adekvátnosti poskytnutia zdravotnej starostlivosti takéto závery akceptuje konzultant či súdny znalec.

Záver: Konziliárny lekár by si mal vždy uvedomiť potenciálne následky svojho záveru a odporúčania formulovať nielen medicínsky korektné ale aj forenzne opatrne. V po-

chybnostiach platí úslovie: „Menej je niekedy viac“.

47. CURRARINŮV SYNDROM U DĚTÍ

Škába R.¹, Frýbová B.¹, Poš L.¹, Rousková B.¹, Holub M.², Kynčl M.³, Campr V.⁴, Křepelová A.⁵, Kraus J.⁶

¹Klinika dětské chirurgie, ²Neurochirurgická klinika dětí a dospělých, ³Klinika zobrazovacích metod, ⁴Ústav patologie a molekulární medicíny, ⁵Ústav biologie a lékařské genetiky, ⁶Klinika dětské neurologie 2. LF UK a FN Praha – Motol

Cíl: Currarinův syndrom (CS) je charakteristický anorektální malformací, anomálií sakra a presakrálním útvarům. Častá je fixace míchy. Cílem sdělení je zhodnocení výsledků pacientů operovaných pro CS.

Metody: Retrospektivní analýza dat 452 pacientů s anorektálními malformacemi (ARM) operovaných v letech 1991–2014.

Výsledky: Bylo hodnoceno 23 pacientů (10 chlapců, 13 dívek) s CS. Medián věku diagnózy byl 5,5 roku. 20 pacientů mělo ARM s perineální píštělí, 2 funnel anus, 2 stenózu anu. Hemisacrum bylo u 4 pacientů, sakrální hypoplázie u 19 a fixovaná mícha u 16. Přidružené malformace byly: 8 vad urogenitálního traktu, 1 malformace obratlů, 2 Meckelův divertikl, 1 kyčelní dysplázie, 1 střevní duplikatura.

Jednodobý chirurgický výkon, simultánní PSARP, odstranění presakrálního útvaru (PU) a neurochirurgický výkon (NCH), byl u 15 pacientů. NCH před PSARP u 1 pacientky, v opačném pořadí u 3. PSARP a odstranění PU bez NCH 2 pacienti. Pouze NCH, 2 pacienti. Tapering rekta byl u 1 pacienta. 2 pacienti měli po operaci únik likvoru, řešený konzervativně.

Histologické vyšetření presakrálního útvaru: 14 SC teratomů, 4 lipomy, 1 fibrolipom, 1 atherom, 1 dermoidní cystu, 1 fibrotickou tukovou tkáň s přítomností nervové tkáně a 1 lipomeningokélu.

11 pacientů souboru je zcela kontinentních, vyprazdňují se bez obtíží a nešpiní. Pravidelně umazává 9 pacientů, občas 2, jeden má dosud stomii. Žádný pacient ze souboru není inkontinentní. U všech pacientů byla při vyšetření per rectum zjištěna mírná distenze rektální ampuly stolicí. Familiární výskyt vady byl zjištěn u 8 pacientů (7× analýzou MNX1, 1× NMR).

Závěr: Časná diagnóza CS je v současnosti možná díky zlepšení prenatalní diagnostiky a diagnostickému algoritmu u ARM.

Jednodobý simultánní chirurgický výkon (PSARP, odstranění presakrálního útvaru a neurochirurgický výkon) je metodou volby, pokud definitivní operaci předchází založení kolostomie. Záměna diagnózy CS s Hirschsprungovou chorobou je možná při nerozpoznání stenózy anu.

Genetické vyšetření a konzultace jsou přínosné, nicméně byly odmítnuty většinou rodičů.

48. REKTÁLNÍ SUKČNÍ BIOPSIE V KLINICKÉ PRAXI

Škvařil J., Starý D., Tůma J., Plánka L.

Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie FN Brno

Ve spolupráci s firmou Sigmacon se na našem pracovišti od roku 2014 uvedl do praxe „rbi systém“ (rectal biopsy system) k odběru vzorku a stanovení přítomnosti gangliových buněk. Naším cílem bylo touto podtlakovou biopsií nahradit metodu klasické excize z rekta v dia-

gnostice poruch vyprazdňování. Na pracovišti KDCHOT bylo od dubna 2014 do provozu do dubna 2015 metodou podtlakové biopsie ošetřeno 15 pacientů (8 chlapců a 7 děvčát) ve věku od 2 měsíců do 12 let. Věkový průměr souboru byl 4,8 roků. Po odběru byly vzorky odeslány k dalšímu histologickému zpracování. Po histologické zpracování byla ve 13 případech (87%) tkáň hodnocena jako dostatečná k dalšímu hodnocení. Ve 2 případech (13%) byla tkáň hodnocena jako nedostatečná pro další zpracování a bylo nutné vzorky odebrat klasickou rektální biopsií. V obou případech u pacientů ve věku 11 a 12 let. Z uvedených výsledků vyplývá, že systém sukční biopsie plně nahrazuje klasickou excizi z rekta a přináší srovnatelné výsledky s minimálním výskytem komplikací. Ve věkové skupině 0–6 let jsou vzorky dostatečně velké pro další zpracování a histologické hodnocení.

49. ANESTEZIOLOGICKÝ MANAGEMENT U ANOREKTÁLNÍCH MALFORMACÍ ŘEŠENÝCH DO 48 HODIN PO PORODU – CASE REPORT

Jurečková L.¹, Malý T.², Šuláková S.³

¹KARIM FN Olomouc, ²Chirurgická klinika FN Olomouc, ³Neonatologické oddělení FN Olomouc

Anorektální malformace (ARM) jsou vrozené vývojové vady, kdy je v různém stupni poškozen vývoj anorekta, pravděpodobně na podkladě cévní patologie. Dědičnost je polygenická a ne významná, ARM se objevují s incidencí 1: 2500–5000 porodů. Diagnostika vychází z fyzikálního vyšetření, doplněného o zobrazovací metody (NMR), s jejichž pomocí pátráme i po dalších přidružených vrozených vývojových vadách – skeletálních, neurogenických, urogenitálních, kardiovaskulárních, gastrointestinálních... Terapie je chirurgická, kdy cílem je dosáhnout co nejlepší kontinence stolice. Operační řešení je většinou trojdobé: stomie-rekonstrukce-zanoření stomie. Je-li ARM diagnostikována po porodu a dítě může podstoupit rekonstrukční výkon do 48h/než je kolonizovaná smolka, pak preferujeme op v jedné době. Kombinovaná anesteziologická technika s důrazem na kvalitní a prodlouženou pooperační analgezií umožňuje tyto děti extubovat bezprostředně po operaci ještě na operačním sále, bez nutnosti další umělé plicní ventilace.

50. NEFROBLASTOM – VÝSLEDKY JEDNOHO CENTRA S LÉČBOU PODLE PROTOKOLU SIOP 2001

Pýchová M.¹, Švojgr K.², Rygl M.¹, Pýcha K.¹, Mališ J.², Kodet R.³, Kodetová D.³, Starý J.², Šnajdauf J.¹

¹Klinika dětské chirurgie, ²Klinika dětské hematologie a onkologie, ³Ústav patologie a molekulární medicíny 2. LF UK a FN Praha – Motol

Cíl: Nephroblastom (Wilmsův tumor – WT) je nejčastější solidní nádor ledvin dětského věku. Léčba je velmi úspěšná, více jak 90 % pacientů je vyléčených. Cílem naší studie bylo zhodnotit dosavadní výsledky souboru pacientů léčených podle protokolu SIOP 2001 a stanovení rizikových faktorů zhoršujících prognózu.

Metody: Retrospektivní studie jednoho centra hodnotící soubor pacientů s nefroblastomem, kteří byli léčeni podle protokolu SIOP 2001 od ledna 2002 do prosince 2011. Celkové přežití (OS) a přežití bez události (EFS) byla analyzována pomocí Kaplan-Meierova testu.

Výsledky: 75 pacientů s nefroblastomem (F/M – 41/34) bylo léčeno v průběhu 9 let. Medián věku při stanovení diagnózy byl 3.25 roku (0.52 r–16.75 r). Medián doby sledová-

ni byl 8.69 r (2.05r–11.86 r). Celkové přežití bylo 95.4 % a EFS 87.7 %. Tumory s nízkým stupněm rizika byly v souboru 4, EFS bylo 75%, OS 100 %. Tumory s vysokým stupněm rizika bylo 6, EFS 50 % a OS 66.6 %. Nejčastěji byly zastoupeny nádory se středním stupněm rizika, celkem 65 pacientů (80 %), EFS 89.2 %, OS 96.9 %. Osm pacientů (11 %) mělo v době diagnózy metastázy. EFS pacientů s metastatickým procesem bylo 85 % ve srovnání 87.5 % bez přítomnosti metastáz. U 38 pacientů (51 %) byla indikována předoperační chemoterapie, 37 pacientů (49 %) jsme primárně operovali. Indikací k primární nefrektomii bylo nejčastěji krvácení z tumoru, ruptura či riziko ruptury nádoru, netypický věk pacienta. Nezaznamenali jsme rozdíl EFS a OS pacientů s předoperační chemoterapií a primární nefrektomií (EFS 84.21 % vs 86.48 %, OS 94.73 % vs 94.59 %). 11 pacientů mělo spontánní rupturu před operací, přežití bylo 100 %. U 5 pacientů došlo k ruptuře během operace, EFS a OS bylo 60 %.

Závěr: WT je velmi dobře kurabilní nádor. Blastémový a difuzně anaplastický nádor jsou histologicky nepříznivé typy. Peroperační ruptura zhoršuje prognózu onemocnění. Rozdíl v přežití primárně operovaných a léčených předoperační chemoterapií prakticky není. Výskyt perioperačních komplikací v našem souboru je malý.

51. NAŠE SKÚSENOSTI S LAPAROSKOPICKOU GASTROSTÓMIOU

Molnár M.¹, Mikolajčík P.¹, Havlíčeková Z.², Dragula M.¹

¹Klinika detskej chirurgie, ²Klinika detí a dorastu JLF UK a UN Martin

Cíl: Laparoskopická gastrostómia je ideálna metóda pri zlyhaní endoskopie. Autori popisujú modifikáciu laparoskopickej gastrostómie bez použitia fixačných stehov na žalúdok.

Metody: Pri laparoskopickej gastrostómii bol použitý jeden 5mm port a dva 3,5mm porty. Gastrostómia bola vyvedená cez jeden z portov. Fixácia žalúdka bola zabezpečená balónikom v žalúdku a dočasne pevne fixovaná tlačkou na brušnej stene bez použitia fixačných stehov.

Výsledky: Realimentovať cez gastrostómiu sa začalo od 1. pooperačného dňa. Princíp fixácie katétra bol rovanký ako pri endoskopii bez použitia fixačných stehov. Výsledky laparoskopickej a endoskopickej gastrostómie sú porovnateľné.

Závěr: Laparoskopický prístup na vyvedenie gastrostómie je ideálna metóda v prípade nemožnosti zavedenia gastrostómie perkutánne endoskopicky. Táto metóda je jednoduchá, časovo nenáročná a bezpečná s menším množstvom komplikácií v porovnaní s laparotómiou. Fixačné stehy žalúdka nie sú nevyhnutné.

52. NEKROTIZUJÍCÍ FASCIITIDA

Preis J.¹, Hak J.²

¹Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, ²Dětská klinika FN Hradec Králové

Cíl: S nekrotizující fasciitidou (NF) se v dětsko-chirurgické praxi střetáváme ojediněle, o to záladnějši toto život ohrožující onemocnění může být. Postihuje spíše pacienty středního věku, letalita je u nich udávána v rozmezí 30–70 %. Včasný chirurgický zákrok s následnou intenzivní antibiotickou je považován za metodu volby, nicméně v určitých případech se ale může jevit jako velmi rizikový.

Cílem práce bylo prověřit četnost výskytu, časování a úspěšnost léčby NF v našem materiálu ve světle zpočátku konzervativního postupu u pacientky s agranulocytózou a trombocytopenií.

Metody a výsledky: Za posledních 11 let bylo na ODCHT FNHK léčeno celkem 7 pa-

cientů pro diagnózu nekrotizující fasciitidy (u 2 z nich převážně v podkožním tuku), v 5 případech šlo o komplikaci varicelly. Diagnóza byla u všech pacientů stanovena do 3 dnů po nástupu příznaků, u 5 pomocí vyšetření magnetickou rezonancí, u zbývajících dvou pomocí ultrazvuku. První chirurgický zákrok byl proveden u 5 pacientů v den stanovení diagnózy, u jednoho následující den. Pouze u pacientky s agranulocytózou a trombocytopenií při léčbě akutní lymfoblastické leukémie (ALL) bylo postupováno konzervativně s intenzivní ATB a podpůrnou terapií a sledováním, první chirurgický výkon byl proveden s odstupem 13 dní od diagnózy NF po zlepšení hodnot krevního obrazu. Streptokok skupiny A (GAS – group A streptococcus) byl kultivačně zachycen u 5 pacientů, z toho současně 2× i ve výtěru z krku, u tří pacientů byl nález multibakteriální, u pacientky s ALL byla po ATB léčbě kultivována pseudomonas aeruginosa. U první pacientky se NF projevila jako nejzávažnější forma postižení GAS – tedy toxický šokový syndrom. Všichni pacienti se zhojili bez funkčního deficitu.

Závěr: Nález odpovídají skromným literárním údajům. Nekrotizující fasciitida je u dětí zřídka, etiologicky převažuje streptokok skupiny A. Přestože vývoj příznaků byl postupný v průběhu spíše několika dní než hodin, je chirurgický zákrok vhodné provést jako neodkladný po stanovení diagnózy. Výjimkou byl případ pacientky s agranulocytózou a zejména trombocytopenií. Nedílnou součástí léčby je kromě dostatečného a opakovaného chirurgického ošetření také multidisciplinární komplexní péče.

53. AKUTNÍ STREPTOKOVÁ FASCITIDA

Fialová M., Pajerek J.

Oddělení dětské chirurgie Masarykovy nemocnice Ústí nad Labem

Cíl: Popsán je velmi těžký průběh nekrotizující fasciitidy způsobené streptokokem.

Metody: V hojně foto a video dokumentaci je doložena zákeřnost prvotních příznaků lokálních i celkových, jakož i velmi dramatický obraz SIRS (systémové zánětlivé reakce). Zmíněna je i problematika léčby SIRS.

Výsledky: Radikální chirurgické řešení kompartmentového syndromu a vhodného načasování odstranění nekrotických hmot je metodou první volby.

Závěr: I přes závažnost onemocnění byl výsledek léčby více než uspokojivý.

54. INTRAKORPORÁLNE VIAZANIE UZLOV – PREDDEFINOVANÝ TVAR ŠIJACIEHO MATERIÁLU

Babala J.¹, Fuňáková M.¹, Štefánková E.¹, Cingel V.²

¹Klinika detskej chirurgie LFUK a DFNSP v Bratislave, ²I. chirurgická klinika FNŠP Bratislava

Cíl: V súčasnosti je prezentovaných mnoho pomôcok slúžiacich na zjednodušenie intrakorporálneho šitia. Cieľom štúdie je porovnanie a vyhodnotenie parametrov – dĺžky času, pri zakladaní uzlíkov s použitím klasického šijacieho materiálu, oproti založeniu uzlíka pomocou vlákna s preddefinovaným tvarom.

Metody: Porovnali sme namerané parametre dvoch skupín probandov – 30 profesionálov a 30 neprofesionálov, ktorí nakladali uzlíky na laparoskopickom trénažeri. Každý z nich mal 3 pokusy založenia uzlíku klasickou metódou a 3 pokusy založenia uzlíku pomocou vlákna s tvarovou pamäťou.

Výsledky: Čas potrebný na uviazanie uzlíka klasickou metódou bol v skupine profesionálov v priemere 1,01min, v skupine neprofesionálov 3,46min. Pomocou preformované-

ho vlákna bol čas 0,35min.resp.0,91min.Zistili sme štatisticky významný rozdiel medzi oboma technikami viazania uzlíkov a to v oboch skupinách.

Záver: Tvarované šijacie vlákno môže zjednodušiť nakladanie prvého uzlíka. V našej štúdií bol, počas simulácie intrakorporálneho viazania, čas potrebný na naloženie uzlíka signifikantne kratší.

55. BOLESTI HLAVY U DEŤÍ JAKO PRÍZNAK NITROLEBNÍ EXPANZE

Homolková H.

Klinika detskej chirurgie a traumatologie 3. LF UK a Thomayerovy nemocnice, Praha

Cíl: Bolesti hlavy u dětí mohou znamenat závažné onemocnění. Přesto se někdy setkáváme s podceňováním tohoto příznaku. Cílem práce je, ukázat na souboru kazuistik pacientů, kdy se zdanlivě banální bolest hlavy stává varovným příznakem závažného neurochirurgického onemocnění.

Metody: Na souboru pacientů léčených pro neurochirurgickou diagnózu na pracovišti KDCHT TN, chce autor ukázat riziko podceňování anamnestických údajů o bolesti hlavy u dětí.

Výsledky: Soubor kazuistik.

Záver: Bolesti hlavy u dětí nemusí, ale mohou znamenat závažné, život ohrožující onemocnění. Zejména dlouhodobé, chronické obtíže, dále bolesti hlavy spojené s poruchami vizu, zvracením, či neurologickými poruchami, nelze podceňovat. Jejich včasné dovyšetření může znamenat minimalizaci poškození centrální nervové soustavy u dětí.

56. ENDOSKOPICKÁ VENTRIKULOSTÓMIA (ETV) U PEDIATRICKÝCH PACIENTOV

Dúbravová D., Valachovičová E., Smrek M., Trnka J., Horn F.

Klinika detskej chirurgie LFUK a DFNSP v Bratislave

Cíl: Endoskopická ventrikulostómia spodiny III. mozgovej komory (ETV) je v súčasnosti štandardom v liečbe hydrocefalu u pediatrických pacientov. Autori hodnotia vlastné skúsenosti endoskopického riešenia hydrocefalu na pracovisku detskej chirurgie.

Metody: Do súboru boli zaradení pacienti s hydrocefalom u ktorých sme v rokoch 2007–2014 zrealizovali endoskopickú ventrikulostómiu III. komory. Všetci pacienti boli operovaní na Klinike detskej chirurgie DFNSP a LFUK v Bratislave. Priemerný vek pacientov pri operácii bol 3,36 r. (medián 11 mesiacov).

Výsledky: V rokoch 2007–2014 sme vykonali 65 endoskopických ventrikulostómíí. Celková úspešnosť ETV v sledovanom súbore je 58,4% (n=38). ETV ako samostatný výkon bola zrealizovaná u 36 pacientov, v kombinácii s ďalšími endoskopickými intervenciami u 29 pacientov.

Záver: Miera celkovej úspešnosti ETV je limitovaná zastúpením pacientov s posthemoragickým hydrocefalom a vekovým zložením súboru. Za optimálny spôsob riešenia u indikovaných pacientov považujeme primárnu endoskopickú intervenciu s prípadnou revíziou alebo inzerciou shuntu pri známkach afunkcie ETV.

57. INTRATEKÁLNY BACLOFEN – PRVÉ SKÚSENOSTI

Horn F., Petrik M., Dúbravová D., Smrek M.

Klinika detskej chirurgie LFUK a DFNSP v Bratislave

Cíl: Detská mozgová obrna má u 80 % spastickú formu. Baclofen podávaný perorálne má nízky účinok na jej elimináciu. Intratekálny baclofen má významný efekt. Na hodnotenie používame ASM. Cieľom našej prezentácie je prezentovať naše prvé skúsenosti v liečbe spasticity u detí a priblížiť niektoré kazuistiky.

Metoda: Počas prvých 5 rokov sme indikovali Baclofen test u 30 pacientov. Napriek pozitívnemu efektu, rodičia ďalšiu intervenciu odmietli v 15 prípadoch. U 10 detí sme indikovali implantáciu Baclofen pumpy (BP) na kontinuálne podávanie liečiva a u 5 pacientov sme vykonali selektívnu dorzálnu rizotómiu (SDR)

Výsledky: U pacientov s BP je dávka od 96ug do 594ug/24hodín. Podľa AMS je spasticita u všetkých pacientov znížená o 2–3 stupne. Komplikácie: u dvoch detí seróm v rane. 5 pacientov po SDR je bez komplikácií a eliminácia spasticity prispela k zachovaniu chôdze u detí. Kazuistika: mukopolysacharidóza a BP.

Záver: Naše prvé skúsenosti s chirurgickou liečbou spasticity u detí sú veľmi povzbudzujúce. BT je prvým krokom pri indikácii ďalších intervencií – BP alebo SDR. Eliminácia spasticity významne zvyšuje kvalitu života u detí s DMO.

58. VRODENÉ INTRAKRANIÁLNE CYSTY A ICH RIEŠENIE

Smrek M., Horn F., Dúbravová D., Petrik M.

Klinika detskej chirurgie LFUK a DFNSP v Bratislave

Cíl: Intrakraniálne vrodené cysty u detí sú diagnostikované stále častejšie. Väčšina z týchto cyst má benígny priebeh a nevyžaduje chirurgické riešenie. Je dôležité, aby boli správne posúdené a aby boli rodičia dostatočne informovaní.

Metody: Kazuistiky pacientov v období 2009–2014

Záver: Intrakraniálne cysty sa často vyskytujú ako náhodný nález pri CT vyšetrení u detí s úrazom hlavy. Z tohto dôvodu je dôležité, aby i detskí chirurgovia boli v tejto problematike zorientovaní.

59. LAPAROSKOPICKÉ PYELOPLASTIKY

Zeman L., Kríž J.

Klinika detskej chirurgie 2. LF UK a FN Praha – Motol

Cíl: Zhodnotiť prvé výsledky pyeloplastik riešených laparoskopicky

Metody: Za 2 roky (2013–14) bolo operováno 14 detí. Vekové rozpätie pacientů bylo od 3 let do 17let. Hydronefróza byla 7× vpravo a 7× vlevo. Vždy bylo operováno transabdominálně. Vpravo byl při operaci většinou odklopen tračník (1× použit přístup transmesokolicky). Vlevo naopak většinou pronikáme transmeso

Výsledky: Ve stejném období bylo v roce 2013 operováno otevřeně 15 dětí, z toho 12 mladších jednoho roku. V roce 2014 bylo otevřeně operováno 12 dětí, z toho 9 do věku 1 roku. Průměrná doba operace byla 2:30 hod (3:06–1:40). Výkony provedl jeden operátor. Learning curve je nevýrazná. U 4 pacientů byly příčinou

Záver: Žádný z pacientů nevyžadoval reoperaci, průběhy byly příznivé. Mohou nastat problémy s neprůchodností stentu, ale jeho výměna i v prvních dnech po operaci je bezpečná. Miniinvasivita výkonu je pro pacienty přínosem.

60. SCROTUM ACUTUM U DETÍ – NAŠE SKÚSENOSTI NA KLINIKE DETSKEJ CHIRURGIE V BRATISLAVE

Šandorová D., Trnka J., Sýkora L., Králik R., Fuňáková M.

Klinika detskej chirurgie LFUK a DFNSP v Bratislave

Cíl: Cieľom bolo zistiť charakteristiky scrotum acutum u pacientov na Klinike detskej chirurgie v Bratislave počas rokov 2012–2015. Skúmanými parametrami bol vek, mechanizmus vzniku, trvanie symptómov, spektrum operačných diagnóz a ich korelácia so sonografickým nálezom a podiel operovaných pacientov.

Metody: Retrospektívna analýza súboru pacientov s diagnózou scrotum acutum, skúmanie viacerých parametrov a korelácia klinického nálezu s výsledkami zobrazovacích metód.

Výsledky: 120 pacientov hospitalizovaných s dg Scrotum acutum počas posledných 3 rokov (2012–2014) na Klinike detskej chirurgie LFUK a DFNSP Bratislava. Najčastejšou vekovou skupinou boli chlapci od 11.–13. roku. Torzia testis bola prítomná u 17,5 % pacientov, z toho u 62 % pacientov bolo testis ponechané.

Záver: Najčastejšou diagnózou u pacientov s akútnym skrótom počas rokov 2012–2014 bola torzia apendixu testis. Torzia testis bola prítomná u 17,5 % pacientov, v 93 % bola potvrdená USG vyšetrením. Korelácia USG a operačného nálezu bola iba v 48 % prípadov. Snaha o testis záchovné operácie s dobrým výsledkami.

61. SYNDROM AKUTNÍHO ŠOURKU A SONOGRAFIE

Hrubovčáková J., Böhmová D., Ingeliová D., Harvánek K.

Dětská chirurgie a traumatologie Nemocnice Na Bulovce, Praha

Cíl: Srovnání výsledků ultrasonografického nálezu, klinického vyšetření a operačního nálezu v diagnostice syndromu akutního šourku.

Metody: Retrospektivní analýza vyšetření pacientů se syndromem akutního šourku za období 2010–2015, porovnání operačního a sonografického nálezu.

Výsledky: Naše statistika potvrzuje, že některá ultrasonografická vyšetření mohou mít falešně negativní nález, který by bez operačního řešení mohl mít negativní důsledky pro pacienta.

Záver: Ultrasonografické vyšetření má zajisté svůj význam a přínos v diferenciální diagnostice syndromu akutního šourku, ale jako každá jiná vyšetřovací metoda má také své úskalí a nedostatky a nelze na ní 100% spoléhat. Pro stanovení diagnózy má největší význam klinický obraz.

62. TORZE RETINOVANÉHO VARLETE U KOJENCŮ

Matoušková E., Machart M.

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

Cíl: Upozornit na riziko torze varlete v kojeneckém věku v terénu maldescensu a najít účinnou cestu k minimalizaci následků.

Metody: Pacienti s torzí retinovaného varlete ošetření na našem pracovišti za období 2 let. Rozbor anamnestických údajů, klinických příznaků a metodiky léčby.

Výsledky: Za období 2 let byli ošetřeni 4 pacienti v kojeneckém věku s již pediatrem diagnostikovým maldescensem varlete, s nespéc. obtížemi spojenými s neurčitou rezistencí v daném třísele a neklidem. U všech zjištěna pokročilá torze retinovaného varlete s jeho infarzací a nutností orchiektomie.

Záver: Navrhujeme účinnou edukaci rodičů u pacientů s diagnostikovanou retencí varlete s ohledem na tuto možnou komplikaci, následně fixací druhostranného varlete, v diskusi zvažujeme přínos časnějšího předání dítěte do péče dětského chirurga a eventuelně časnější indikaci orchidopexe jako prevenci této komplikace.

63. AKUTNÍ SKROTÁLNÍ SYNDROM U KOJENCE, KASUISTIKA

Roško N., Havránek P., Pešl T.

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

Cíl: Kazuistika 3 týdenního chlapce s 12 hodinovou anamnézou neklidu, febrilii, otoku pravého hemiskrota. Předoperačně dle klinického nálezu suspekce na ASS s rozvahou o možné příčině jako uskřínutá kýla, torze varlete, případně jiná etiologie.

Metody: Provedeno vyšetření: 1. Objektivně otok pravého hemiskrota se zarudnutím a výrazně bolestivou reakcí při doteku, výrazně bolestivý celý průběh funiklu. Osa pravého varlete není v otoku hodnotitelná, varle je přitaženo vzhůru. Levé varle hmatné v dolní třetině tříselného kanálu. 2. UZ nejasný nález s obrazem hyperechogenního pruhu v oblasti pravého inguinálního kanálu, výsledovatelný až ke střešní kličce v dutině břišní, pravé varle s výraznějším prokrvením. 3. TT 38,5 stC, CRP 44 mg/l, vomitus0.

Výsledky: Pacient indikován k akutní revizi pravého třísla a pravého hemiskrota. Perioperačně v třísele: křehký peritoneální kýlní vak a v něm torkovaný appendix s infarzací a gangrenou distální poloviny, trombóza a. appendicularis. Provedena apendektomie. Histologický nález hemorafické infarzace apendixu s výraznou fibrinózní hnisavou periapendicitis. V pravém hemiskrotu: prosaklé obaly až k varleti, infarzovaný appendix nadvarlete. Provedena ablace apendixu nadvarlete.

Záver: Vzácná kazuistika ASS, příčinou které byla infarzace apendixu způsobena torzí apendixu. Současně nález infarzovaného apendixu pravého nadvarlete.

64. ABDOMINOSKROTÁLNÍ HYDROKELE

Slívová I., Richter V., Vávřová Z., Bednaříková E.

Chirurgická klinika FN Ostrava

Abdominoskrotální hydrokéle /ASH/ je onemocnění, které se vyznačuje skrotální a břišní komponentou, které spolu komunikují tříselným kanálem cestou přetrvávajícího otvoru vnitřního inguinálního anulu. Mají tvar přesýpacích hodin, kdy objemnější bývá složka abdominální. První zmínky v literatuře nacházíme z roku 1834, kdy Dupuytren poprvé popsal ASH jako „hydrocele en bisac“. Popis prvního dětského pacienta je z roku 1861. Jsou popisovány raritní případy oboustranné ASH, taktéž je popisován případ s otokem končetin při útlaku lymfatického systému dolních končetin objemnou ASH. V souvislosti s tímto onemocněním jsou současně popisovány testikulární abnormality, poruchy sestupu varlat. Počet ASH je udáván asi 0,4% všech hydrokel u dětí, ale incidence nejspíše bude větší asi kolem 1,25–3,1%, jak je popisováno ve větších pediatrických centrech. Raritní je nález u dospělého jedince, který je poté řešen již urology. Formou kazuistiky informujeme o ASH příznacích, diagnostice a následně operačním řešením. Metodika – sono, CT, MR – u našeho pacienta jsme dg potvrdili sono i CT

Výsledek operačního řešení byl optimální, pacient byl bez komplikací a s dlouhodobým odstupem je i nadále bez potíží. Seznámení s tímto raritním onemocněním s možnostmi diagnostiky a terapie.

65. DUPUYTRENOVA HYDROKÉLA A NESESTOUPLÉ VARLE

Vacek V., Vondráková R.

Chirurgická klinika FN Plzeň

Sdělení o neobvyklém průběhu hydrokély varlete a funiklu s nitrobřišně uloženým varletem. Abdominoskrotální hydrokéla byla popsána Dupuytrenem v roce 1834 jako hydrokéla "en bisac". Kazuistika chlapce s vrozenou velkou hydrokélou varlete a funiklu. Při USG vyšetření byl zjištěn činkovitý útvar jdoucí ze šourku skrze tříselný kanál do dutiny břišní k močovému měchýři, při jehož hraně bylo uloženo varle. Dítě bylo sledováno, v 8 měsících věku varle sestoupilo pod zevní anulus. Ve věku necelých 2 let, kdy nitrobřišní část hydrokély sonograficky vymizela, byl chlapec indikován k operaci hydrokély z třísla s provedením orchidopexie. Kontrolní USG vyšetření za 3 roky poté ukázalo normální varlata v šourku bez známek hydrokély i normální nález v dutině břišní. Při "větší" hydrokéle s "vyšším" napětím tekutiny v ní doporučujeme provést USG šourku a dutiny břišní. Při nálezu asymptomatického činkového útvaru pak dle klinického vývoje lze individuálně vyčkat případné spontánní reparace části hydrokély v dutině břišní.

ABSTRAKTA SESTERSKÁ SEKCE

1. VÝVOJ LAPAROSKOPIE OD POČÁTKU PO SOUČASNOST

Kubesová R., Dudová M.

Centrální operační sály FN Ostrava

Cíl: Retrospektivní pohled na vývoj laparoskopie v ČR.

Metody: Práce s bibliografickými zdroji.

Výsledky: Zmapovat vývoj miniinvazivní chirurgie od počátku po současnost.

Závěr: Seznámení s počátky laparoskopie a základními mezníky ve vývoji miniinvazivní chirurgie. Nástin možností využití laparoskopických operací v dětském věku.

2. USPOKOJOVÁNÍ BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍCH POTŘEB U DĚTÍ PO LAPAROSKOPICKÝCH OPERACÍCH

Pacovská M.

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

Cíl: Rekonvalescence dětského pacienta je složitý proces. Závisí na rozsahu operačního traumatu, na tom, jak dětský organismus zvládá pooperační fázi, bolest, otok, či samotnou hospitalizaci. Na souboru našich pacientů jsme se snažili porovnat rozdíly v uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb po klasických a laparoskopických výkonech a s tím související i samotný průběh rekonvalescence.

Metody: Hodnocený soubor tvořili pacienti hospitalizovaní na našem oddělení diagnózou appendicitis acuta a chronica, kteří byli léčeni jednou ze dvou zmíněných operačních metod. Zaměřili jsme se na sledování rozdílnosti v uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb a s tím souvisejícím průběhem rekonvalescence v době hospitalizace.

Výsledky: Za sledované období bylo na našem pracovišti hospitalizováno 265 dětí s diagnózou appendicitis. Z tohoto počtu bylo 247 dětí s diagnózou appendicitis acuta a 18 dětí s diagnózou appendicitis chronica. Za sledované období bylo provedeno 56 laparoskopických operací.

Závěr: Zánět červovitého přívěsku – appendicitis acuta a chronica je častou diagnózou dětského věku. Správná léčba zánětlivého onemocnění, která je závislá na přesné diagnostice nebývá komplikovaná. Výběr vhodné operační metody a následná správně poskytovaná specializovaná ošetrovatelská péče, zaměřená na aktivní uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb dětí po celou dobu hospitalizace přispívá k časnějšímu návratu dítěte do aktivního života v rodině, mateřské školce i škole.

3. LAPAROSKOPICKÁ SPLENEKTOMIE U DĚTÍ Z HEMATOLOGICKÝCH PŘÍČIN

Vejtasová E.

Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie FN Brno

Klinika dětské chirurgie mimo jiné operuje laparoskopicky splenektomii. Příčinou laparoskopické splenektomie jsou hematologická onemocnění. Operace je plánovaná se specifickou předoperační přípravou. Ve své přednášce prezentuji sestavu dětí, které pod-

stoupili laparoskopickou splenektomií. Zaměřili se na ošetrovatelskou péči, předoperační přípravu a pooperační péči. Operace je indikována z důvodu hematologického onemocnění. Od roku 2000 do roku 2013 bylo celkem na naší klinice odoperováno 56 dětí laparoskopicky. Klinika dětské chirurgie jediná operuje splenektomií laparoskopicky.

4. LÉČBA SPONTÁNNÍ PNEUMOTORAXU MINIINVAZIVNÍ METODOU

Malá M.

Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie FN Brno

Spontánní pneumotorax řadíme mezi náhlé příhody hrudní. Dělíme jej na primární a sekundární, katameniální a neonatální. Primární pneumotorax postihuje převážně zdravé adolescenty, častěji se vykytuje u chlapců a má sklon k recidivám. Záměrem chirurgické léčby je dosáhnout trvalého rozvinutí postižené plicce do původního rozměru a zamezit vzniku recidivy. Miniinvasivní metody v chirurgii umožňují s minimální traumatizací tkání a zátěží pacienta dosáhnout výsledků srovnatelných s klasickými postupy. Kazuistika: Miniinvasivní metody mají tendenci minimalizovat poškození tkání, zároveň snížit operační zátěž, zkrátit rekonvalescenci a snížit výskyt recidiv.

5. PECTUS EXCAVATUM A MINIINVAZIVNÍ CHIRURGIE

Součková L.

Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie FN Brno

Cíl: Účelem sdělení je přiblížit operační řešení Pectusu excavatum, neboli Vpáčený hrudník, který má na děti v adolescentním věku nejen psychosociální dopad, ale navíc u dětí dochází ke snížení vitální kapacity plic.

Metody: Za období 2010–2015 bylo u nás na klinice miniinvasivní metodou operováno 24 pacientů ve věku do 19let.

Výsledky: Miniinvasivní metoda je z pohledu pacienta výhodnější z důvodů menší bolestivosti, snížení doby hospitalizace a v neposlední řadě má dobrý kosmetický efekt.

Závěr: V současné medicíně kladen čím dál větší důraz na minimalizaci operačních zákroků, které snižují výskyt pooperačních komplikací a bolestí. Proto se naše klinika dala touto cestou, aby díky specializovanému týmu byli pacienti co nejméně zatíženi hospitalizací.

6. NEHMATNÉ VARLE U DÍTĚTE, DG.LAPAROSKOPIE Z POHLEDU PERIOPERAČNÍ SESTRY

Chourová L.

Klinika dětské chirurgie a traumatologie Thomayerovy nemocnice, Praha

Cíl: Cílem práce je představení laparoskopie jako metody používané k diagnostice a dle peroperačního nálezu i léčbě nehmavných varlat u dětí. Prezentována jsou také specifika práce perioperační sestry s laparoskopickými nástroji a laparoskopickou věží.

Metody: Retrospektivní soubor dětských pacientů s diagnózou nehmavné varle, u nichž byla na KDCHT 3. LF UK v Praze provedena laparoskopie, a to v období 11/2014 až 4/2015. Video port a založení kapnooperitonea z infraumbilikální incize (hodnoty 8–10 Torr) bylo provedeno Veressiho metodou. Po získání přehledu anatomické situace byly dle potřeby zavedeny pracovní porty 5 nebo 3mm. U uvedených pacientů je také akcentována problematika práce perioperační sestry, včetně speciálního přístupu k malým pacientům. Zohledněna je rovněž role perioperační sestry v práci s přístrojovou technikou.

Výsledky: V uvedeném období jsme u chlapců ve věku 6–14 měsíců provedli diagnostickou laparoskopii pro nehmavné varle. 2 pacienti byli již po otevřené revizi třísla na jiném chirurgickém pracovišti s peroperačním závěrem anorchie. U jednoho hochy se jednalo o tzv. "zaniklé varle". V druhém případě bylo varle nalezeno v ektopické suprainquinální lokalizaci a po uvolnění umístěno do šourku. Ve zbylých 4 případech byla laparoskopie provedena jako primární diagnostický operační výkon. U jednoho chlapce bylo nalezeno hypotrofičné varle ve zkřížené ektopické lokalizaci a odstraněno. U třech pacientů jsme peroperačně identifikovali slepě končící spermatické cévy a nález uzavřeli jako "zaniklé varle".

Závěr: Diagnostická laparoskopie u nehmavného varlete je v současné době zlatým standardem. S ohledem na nutnost vyřešení nesestouplého varlete do 12.–18. měsíce věku dítěte je bezpečnou metodou, která přinese definitivní odpověď na otázku samotné existence varlete. V případě intraabdominální retence je i metodou léčebnou. Dle mobilizace varlete lze v jedné nebo dvou dobách varle uložit do šourku. Za určité omezení lze považovat nutnost technického vybavení a patřičně zkušené operační skupiny.

7. ČO O NEMOCNICI POVIE DETSKÁ KRESBA

Blašková, Z., Šperková, B., Batková, L.

Klinika dětské chirurgie JLF UK a UN Martin

Je všeobecně známo, že ak chceme niekomu pomôcť, musíme mu najprv porozumieť. Detská kresba je jedným s prístupov poznania osobnosti dieťaťa. Dieťa kreslí svoje priatia a zobrazuje svet okolo seba, tak ako ho vníma. Cieľom príspevku je ukázať, čo všetko môžeme z detského výtvarného diela vyčítať. To, ako dieťa využíva priestor na papieri, ako usporadúva kresbu, aké farby volí, aké čiary a tvary kreslí, ako zobrazuje postavy, nám napovie o emocionálnom prežívaní a o vnímaní seba samého i okolitého sveta. Ak dieťa kreslí malé objekty, vníma okolo seba veľký životný priestor, v ktorom sa cíti osamotené. Farba je prejavom emócií dieťaťa. Ustráchané dieťa kreslí tenké čiary a naopak hrubé čiary (až pretrhnutý papier) sú prejavom agresivity. Zobrazenie veľkej postavy značí pre dieťa významnosť osoby. Detská kresba je jedným z najlepších prostriedkov na pochopenie detského vnútra. Je bránou do detského sveta, do duše dieťaťa. Pozorný dospelý môže vstúpiť a tak dieťa lepšie poznať, vnímať čo ho trápi a teší.

8. ZVÍŘATA JAKO SOUČÁST PÉČE O NEMOCNÉ DÍTĚ

Hrušková P.

Oddělení dětské chirurgie Masarykovy nemocnice Ústí nad Labem

Cíl: Pobyt v nemocnici bývá pro většinu dětí psychicky náročný a bývá spojen se stísněnými pocity a smutkem.

Metody: Canisterapie je jednou z mnoha složek zooterapie, terapie, která využívá pozitivního působení psa na zdraví člověka. Felinoterapie je léčebný kontakt mezi člověkem a kočkou. Pro felinoterapii se hodí každá kočka, která je zvyklá na kontakt s cizími

Výsledky: Vždy záleží na cíli, kterého má terapie dosáhnout.

Závěr: V principu může jakékoliv zvíře splnit léčebný cíl. Nevhodná jsou zvířata, která mohou člověku nějakým způsobem ublížit. Samozřejmě je nutné volit druh terapie podle klienta individuálně.

9. OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O DĚTI PO NÁHRADĚ ŽLUČOVÝCH CEST

Jandusová L., Kondelíková R., Chlumová H.

Klinika dětské a dospělé ortopedie a traumatologie 2. LF UK a FN v Motole, Praha

Cíl: Cílem našeho sdělení je seznámit odbornou veřejnost s ošetřovatelskou péčí bezprostředně po operačním výkonu náhrady žlučových cest u pacientů s atrézií žlučových cest. Zároveň chceme upozornit na obtížnosti v léčbě bolesti u těchto pacientů a poukázat na postupný vývoj této léčby v průběhu le

Metodika: Soubor pacientů, kteří byli na naší klinice odoperováni v letech 1998 až 2014.

Výsledky: Na souboru pacientů ukážeme úspěšnost léčby a zmíníme nové a vyvíjející se možnosti v léčbě tohoto onemocnění.

Závěr: Náhrada žlučových cest je prvním operačním výkonem, který vrací dítě s dg. Atrézie žlučových cest zpět do života. Péče o tyto pacienty je celoživotní a v mnohých případech je čeká transplantace jater.

10. SPECIFICKÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U CHLAPCŮ S PORANĚNÍM URETHRY

Hudecová M., Voborská H.

Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FN Praha – Motol

Úvod: Přednáška je zaměřena na specifický přístup v ošetřovatelské péči u pacientů se závažným poraněním urethry. Traumatické poranění urethry u chlapců bývá velmi vzácné, vážné a obtížně léčitelné. Nejčastějším mechanismem úrazu bývá pád obkročmo na překážku nebo roztržení při zlomenině pánve.

Metodika: Statisticky získaná data v průběhu let 1989 – dosud. Demonstrace na příkladech u pacientů s poraněním urethry.

Výsledky: I přes všechny komplikace, které v průběhu onemocnění nastaly, jsou všichni pacienti kontinentní, pouze v jednom případě lze předpokládat erektilní dysfunkci v důsledku zkráceného penisu.

Závěr: I přes dlouhodobé a opakované hospitalizace se zlepšila kvalita života pacientů.

11. PÉČE O DĚTSKÉ STOMIE A NÁSLEDNÁ EDUKACE RODIČŮ

Knötigová L.

Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie FN Brno

Klinika dětské chirurgie se mimo jiné zabývá onemocněním trávicího traktu, kde v mnoha případech je nutno přistoupit k vytvoření dočasné stomie, která v době řešení onemocnění zajišťuje odvod stolice. V úvodu shrneme indikační skupiny k vytvoření stomií a jejich následné dělení podle lokalizace a typu. Nejdůležitější část přednášky je ošetřovatelská péče, postup při edukaci rodičů v péči o stomii a její okolí, výběr pomůcek a možné komplikace. V přednášce jsou referovány zkušenosti s ošetřovatelskou péčí u dětských stomií, i v porovnání s péčí u dospělých pacientů. Stomie jsou v dětské chirurgii využívány poměrně často. Je velice důležité klást důraz na správné ošetření a důkladné zaučení rodičů.

12. BOTOX NEJEN PRO KRÁSU

Hlásková V., Smržová M.

Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FN Praha – Motol

Využití botoxu nejen v kosmetice, ale i v chirurgické praxi. Aplikace botoxu u prokto-

logicky nemocných pacientů. Statisticky získávaná data v průběhu let 2012–2014. Demonstrace na příkladech u dětských pacientů, fotodokumentace. Efektivita u pacientů s poruchou vyprazdňování při obtížné defekaci. Aplikace botoxu výrazně ovlivňuje kvalitu vyprazdňování při obtížné defekaci a po operaci Morbus Hirschprung.

13. CIZÍ TĚLESA V GIT

Melicherová J.

Oddělení dětské chirurgie Masarykovy nemocnice Ústí nad Labem

Cíl: Prezentace popisuje hospitalizaci dvou pacientů, kdy u jednoho z nich byl překvapivý operační nález.

Metody: Autorka zpracovala jednotlivé případové studie od doby jejich vzniku, příjmu k hospitalizaci, přes operační léčení až do propuštění do domácího léčení.

Výsledky: Nejčastější příčinou indikace k akutnímu operačnímu výkonu u dětí, při bolestech břicha v pravém podbříšku, je akutní apendicitis.

Závěr: Většina spolknutých těles menších rozměrů i ostrého tvaru odejde spontánně přes GIT trakt.

14. CYSTICKÉ ÚTVARY DUTINY BŘIŠNÍ

Horelová H., Nováková S.

Chirurgická klinika FN Ostrava

Vrozené cystické útvary dutiny tvoří nehomogenní skupinu onemocnění, mezi které patří mesenteriální cysty, ovariální cysty, duplikatury střevní, cysty pankreatu, sleziny, lymfangiomy. Stěny cysty jsou tvořeny vždy svalovinou a slizničním epitelem. V důsledku vyššího tlaku uvnitř cysty bývá epitel obvykle kompletně destruován. Mesenteriální cysty jsou raritní, nejčastěji bývají cysty ovariální. Většina těchto cyst je diagnostikována v prvním roce věku sonograficky. V našem případě popisujeme objemný cystický útvar dutiny břišní, který se manifestoval až v pubertálním věku. Informativní sdělení možnosti diagnostiky a postupu terapie cystického útvaru dutiny břišní.

15. OMFALOKÉLA VČERA A DNES

Šubrtová J.

Oddělení dětské chirurgie Masarykovy nemocnice Ústí nad Labem

Cíl: Omfalokéla je vrozená vývojová vada která vzniká při nitroděložním vývoji v době, kdy dochází k fyziologické herniaci a následnému návratu střeva do břišní dutiny.

Metody: Omfalokéla je po porodu pouhým okem patrná. Prezentace zachycuje v obraze porovnání léčby dříve a dnes.

Výsledky: Děti se většinou vyvíjejí zcela normálně, jen mají kvůli oslabené břišní stěně predispozici pro vznik ventrální kýly.

Závěr: Prognóza omfalokély je vcelku příznivá.

16. VYSOKÝ STAV BRÁNICE

Vodilová L., Černianska E., Štillová B., Šperková B.

Klinika dětské chirurgie JLF UK a UN Martin

Vysoký stav bránice může být důsledkem viacerých ochorení a patologických stavů, které postihují samotnou bránicu. V naší přednášce sa zameriavame na zriedkavo sa vy-

skytující vrozenou eventracii bránice, kterou často nemožno jednoznačně odlišit od relaxácie bránice v dôsledku pôrodnej traumy. Autorky prezentujú prípad termínového novorodenca s kongenitálnou eventraciou bránice hospitalizovaného na Neonatologickej klinike a liečeného na Klinike detskej chirurgie Univerzitetnej nemocnice v Martine. Poukazujú na klinickú manifestáciu ochorenia, jeho diagnostiku a liečbu. Zameriavajú sa na operačný postup z pohľadu operačnej sestry. U novorodencov môže byť kongenitálna eventracia bránice asymptomatická, prípadne sa manifestuje respiračným zlyhávaním. Pacienti väčšinou vyžadujú chirurgickú liečbu. Základným princípom chirurgickej liečby je plikácia bránice, v závislosti od postihnutej strany laparotomicky alebo torakotomicky.

17. DG. N47 A NAŠE ZKUŠENOSTI

Rothová M.

Oddelení detskej chirurgie Masarykovy nemocnice Ústí nad Labem

Cíl: Conglutinatio praeputii – pro rodiče stále komplikovanejšia diagnóza.

Metody: Konglutinacemi označujeme fyziologický stav, pri ktorom pretrvávajú spleni medzi vnútorným listom predkožky a glandem.

Výsledky: Špatné rozhodnutie o terapeutickom výkone vrátane nesprávneho načasovania môže viesť k traumatizácii dieťaťa.

Záver: Rozrušenie konglutinácií by malo byť provádzané výhradne v ambulanci detského chirurga alebo urologa za dodržania bezbolestného provedenia. Prioritou je také ďalšie spolupráce dieťaťa v domáci pečii.

18. OVLIVNĚNÍ HOJENÍ MĚKKÝCH A TVRDÝCH TKÁNÍ

Pajková B.

Apotex ČR, spol. s r. o., Praha

Abstrakt není k dispozici.

19. DĚTSKÁ PORANĚNÍ V SOUVISLOSTI S POUŽÍVÁNÍM BEZPEČNOSTNÍCH PÁSŮ

Popková Z., Fryč R.

Klinika detskej chirurgie 2. LF UK a FN Praha – Motol

Cíl: Cílem sdělení je seznámit odbornou veřejnost s možností vzniku poranění dieťaťa pri autonehodě, i přes užití bezpečnostních pásů.

Metody: Data získaná v průběhu několika posledních let. Demonstrace na příkladech.

Výsledky: Analogicky popisujeme jednotlivé případy detských poranění. Vyzdvihneme nejdůležitější atributy ošetrovateľské pečie. Z daných poznatků vyplývá důležitost multioborové spolupráce. Péče se nesmí ohraničit pouze na léčbu poranění, ale i na revitalizaci psychiky a resocializaci dieťaťa.

Záver: Předpokladem úspěšné léčby je v případech detských poranění bezpečnostními pásy komplexní pečie. Naše zkušenosti nám potvrdily důležitost multioborové spolupráce.

20. NETRADIČNÍ ÚRAZY U DĚTÍ III.

Cibulková P.

Oddelení detskej chirurgie Masarykovy nemocnice Ústí nad Labem

Cíl: Prezentace zachycuje soubor pacientů s netradičními a svým způsobem raritními úrazy, které byly hospitalizovány na detském úrazovém centru Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem.

Metody: Autorky zpracovaly jednotlivé případové studie od doby jejich vzniku, příjmu k hospitalizaci, přes operační léčení až do domáciho léčení.

Záver:

Většine úrazů je možno předejít uplatněním známých a účinných způsobů prevence.

21. DOMÁCÍ MAZLIČEK

Pavlásková I., Kratochvílová J., Fanta I.

Dětské oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.

Cíl: V dnešní době se neustále setkáváme s nebezpečím okolo sebe. Takový mazlíček je velká radost, ale také velká starost – v našem případě sehrál osudovou roli.

Metody: V naší kazuistice popisujeme případ těžce poraněné osmileté dívky, která byla napadena psem – japonská doga.

Výsledky: Zranění bylo velmi vážné, došlo ke dilaceraci vlasové části hlavy s tržnými ranami a zhmožděním okolních tkání. Po opakovaných chirurgických /plastických/ výkonech na hlavě dochází k počínajícímu odhojování a nekrozám.

Záver: Zvrát v hojení přináší až VAC systém. Jak to probíhalo, je předmětem našeho sdělení.

22. FISURA KALVY + SPECIFIKA FRAKTUR LEBKY U DĚTÍ DO 1 ROKU VĚKU

Packová S.

Klinika detskej chirurgie, ortopedie a traumatologie FN Brno

Cíl: V této práci jsem se zaměřila na specifika fraktur lebky u nejmenších dětí do 1 roku a více rozvinula nejčastější a zároveň nejjednodušší frakturu – fisuru kalvy a s ní spojené možné komplikace.

Metody: Prezentuji soubor pacientů hospitalizovaných na KDCHOT v letech 2010–2014 s dg. fisura kalvy, což je nejč. fraktura kalvy u nejmenších dětí do 1 roku věku a zaměřila jsem se i na možné komplikace. Vyš. metody diagnostikující frakturu kalvy jsou RTG lbi, CT, neurol. vyš a sono mozku.

Výsledky: V letech 2010–2014 bylo na KDCHOT hospitalizováno s dg. fisura kalvy 141 pac. do 1 roku věku, z toho 47 děvčat a 94 chlapců. Subgaleální hem. byl zjištěn u 43pac., 28 z nich byla provedena punkce z toho 12 opakovaně. Epidurální krvácení bylo zjištěno u 2 pac.

Záver: Důležité je sledovat pacienty s fisurou kalvy za hospitalizace, protože možné komplikace mohou vzniknout postupně, tedy s delším odstupem od úrazu. Většina pac. do 1 roku věku s fisurou kalvy bez jiných přidružených poranění mozku, zůstává po zhojení bez trvalých následků a bez neurol. deficitu.

23. DVĚ PODOBY KOMPARTMENT SYNDROMU U DĚTÍ

Koláčná M.

Dětská klinika Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem

Cíl: Prezentace dvou kazuistik

Metody: První kazuistika – poranění břicha u 8 leté pacientky traumatická hernie do bři-

cha. Druhá kazuistika – infekční onemocnění u 5 letého chlapce s nutnou chirurgickou intervencí. Myonekróza pravého stehenního svalu.
Závěr: Radikální chirurgické řešení kompartmentového syndromu a vhodného načasování odstranění nekrotických hmot je metodou první volby.

24. PORANENIE RUKY KROKODÍLOM – KAZUISTIKA

Weserle, M., Ucháčová, J., Stankovianska, M.

Klinika detskej chirurgie JLF UK a UN Martin

„Krokodíl“ je droga, ktorá sa rozšírila z Ruska ako lacnejšia náhrada heroínu. Obsahuje zložky, ktoré po aplikácii spôsobujú nekrózu nielen kože a podkožia, ale aj svalov a často je nevyhnutná amputácia končatiny. Autorky poukazujú na extrémne škodlivé účinky tejto chemickej látky na mladý organizmus. Prezentujú prípad sedemnásťročného mladíka, ktorý si v skratovej situácii so suicidálnym úmyslom pokúsil aplikovať do žily jednu zložku drogy „krokodíl“ – technický benzín. V mieste vpichu a bezprostrednom okolí následne vznikla nekróza s okolitým edémom a flegmónou. Autorky rozoberajú klinický vývoj poranenia, liečebné intervencie a ich výsledok. Manažment ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s porušenou kožnou integritou závisí od vyvolávajúcej príčiny, konkrétneho poškodenia kožnej integrity, veku pacienta, jeho spolupráce pri ošetrovaní rany, miery uplatňovania nových techník a poznatkov ošetrovateľským personálom.

25. PÉČE O PACIENTA PO ZTRÁTOVÉM PORANĚNÍ DOLNÍ KONČETINY

Fitzová Z.

Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie FN Brno

Cíl: Ukázat, že při léčbě je důležitá nejen léčba a ošetřování ze strany personálu, ale i psychologická pohoda pacienta a jeho rodiny.

Metody: Chirurgická a plastická intervence-zevní fixátor, COM, transplantace kožního laloku... Sesterská intervence – komplexní oš. péče o pacienta jako celek.

Výsledky: Pacient stále v ambulantní léčbě traumatologa a psychiatra. Dolní končetina po zlomeninách a transplantaci kožního laloku zhojená a možná plná rehabilitace.

Závěr: Léčba dětských pacientů probíhá na dětské traumatologii daleko komplexněji a s ohledem na věk dítěte, než v menších nemocnicích, kde jsou dětské pacienti léčeni společně s dospělými. Multidisciplinární tým se zabývá léčbou a péčí o dětské pacienty a je sestaven z odborníků školených na práci s dětmi.

Sborník byl vydán u příležitosti 61. Kongresu českých a slovenských dětských chirurgů, konaného 30. 9.–2. 10. 2015 v Českém Krumlově.

Editor: **MUDr. Radek Hanák**

Odpovědná redaktorka: **PhDr. Marie Šotolová**

Ediční uzávěrka: **4. 9. 2015**

Vydání: **první**

Počet stran: **56**

Náklad: **200 ks**

Návrh obálky: **Mgr. Pavel Dvořák**

Grafické zpracování: **Vladimír Anderle**

Tisk: **Tiskárna Protisk s. r. o, České Budějovice**

Vydala: **Nemocnice České Budějovice, a.s.**

Žádná část této publikace nesmí být žádným způsobem reprodukována bez písemného souhlasu vydavatele.

Tato publikace neprošla jazykovou úpravou v redakci vydavatelství.
Za jazykovou a věcnou správnost díla odpovídají autoři.

PARTNEŘI 61. KONGRESU ČESKÝCH A SLOVENSKÝCH
DĚTSKÝCH CHIRURGŮ

APOTEX

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

3M

MEDIN[®]

MEDISET # CHIRONAX

OLYMPUS