

# 64. KONGRES ČESKÝCH A SLOVENSKÝCH DĚTSKÝCH CHIRURGŮ

ODBORNÝ PROGRAM A SBORNÍK ABSTRAKT



HOTEL HORIZONT – PEC POD SNĚŽKOU  
23.–25. 5. 2018

**Nesed'te za pecí, přijed'te do Pece**

**64. kongres českých a slovenských dětských chirurgů**  
Odborný program a sborník abstrakt

Autor:

MUDr. Radek Štichhauer

Nakladatel:

Lékařská fakulta Hradec Králové

Květen 2018

1. vydání

Vydání I.

**ISBN 978-80-906595-4-4**



**64.**

**KONGRES ČESKÝCH  
A SLOVENSKÝCH  
DĚTSKÝCH CHIRURGŮ**

**ODBORNÝ PROGRAM  
A SBORNÍK ABSTRAKT**

[www.64kongresdetskychchirurgu.cz](http://www.64kongresdetskychchirurgu.cz)

## Vážení přátelé dětské chirurgie,

jménem organizátorů si Vás dovoluji pozvat na tradiční, již 64. společný kongres českých a slovenských dětských chirurgů. Uběhlo dlouhých třináct let, kdy se uskutečnilo naše setkání v exotických prostorách Zoologické zahrady ve Dvoře Králové nad Labem. Rádi bychom navázali na tento nezapomenutelný zážitek. Jaro je obdobím, kdy se probouzí příroda, vše kvete a voní. Pro naše setkání jsme tedy zvolili místo vzdálené od ruchu velkoměst. Přijďte za námi do Pece pod Sněžkou, městečka, které leží v samém srdci nejvyššího pohoří České republiky. Přivezte s sebou své zkušenosti s chirurgickou léčbou onemocnění zažívacího traktu, traumatologie, ale třeba i zajímavé kazuistiky, které jsou pro běžnou praxi často nejužitečnější.

Nezapomeňte prosím předat pozvání zdravotním sestřám, protože bez nich by se naše práce a péče o dětsko-chirurgické pacienty neobešla. Konec konců i naše setkání bez nich by byla poloviční.

Pokusíme se „objednat“ krásné počasí, abychom mohli nabrat sílu na čerstvém vzduchu tohoto horského centra. Doufám, že zde společně strávíme několik dnů, které budou přínosné jak po odborné, tak i společenské stránce.

Srdečně Vás zvu, těším se na Vás a jak zní motto:



„Nesedíte za pecí, přijďte do Pece.“

MUDr. Radek Štichhauer

## Vážené kolegyně a kolegové,

dovolte, abych Vás jménem výboru České pediatricko-chirurgické společnosti srdečně přivítal na 64. kongresu českých a slovenských dětských chirurgů v Peci pod Sněžkou.

Organizační výbor pod vedením prim. MUDr. Radka Štichhauera připravil zajímavý vědecký i společenský program. Více jak 90 dětsko-chirurgických prezentací v lékařské a sesterské sekci doplní dvě vyzvané přednášky Doc. MUDr. Mixy a MUDr. Popelové s aktuálními tématy z oboru anesteziologie a zobrazovacích metod. Jedním z cílů ČPCHS je výchova a vzdělávání další generace dětských chirurgů a tomu se snažíme přispět přednáškovou sekcí našich mladých kolegů. Osobně pak za velmi důležité považuji udržení tradice společných kongresů a neformálního setkávání s přáteli a kolegy ze Slovenska. Věřím, že blízkost Sněžky, nejvyššího vrcholu Krkonoš, přispěje i k vrcholné úrovni našeho kongresu.

Prof. MUDr. Michal Rygl, Ph.D.

Předseda České pediatricko-chirurgické společnosti



## Historie nemocnice Hradec Králové

Fakultní nemocnice Hradec Králové náleží k největším zdravotnickým zařízením nejen ve východních Čechách, ale i v celé České republice. Na 39 pracovištích včetně 24 klinik s 1360 lůžky je každý rok hospitalizováno přes 41 tisíc pacientů, z nichž kolem 40 % je operováno. Ambulantně je v nemocnici ošetřeno okolo 700 tisíc pacientů. Fakultní nemocnice Hradec Králové je také významným výzkumným a výukovým pracovištěm úzce spojeným s Lékařskou fakultou UK v Hradci Králové.



První nemocnice hodna toho jména byla v Hradci Králové otevřena v roce 1887 v areálu dodnes nazývaném Stará nemocnice. Získala velmi dobrou pověst díky práci primářů dr. J. Potůčka, dr. O. Klumpara a dr. B. Honzáka. Její kapacita i odborná úroveň postupně rostla, ale zdaleka nemohla uspokojit zájem a potřeby pacientů.



Nemocnice z ptáčích perspektivy

Nový nemocniční areál byl otevřen v r. 1928. Svým pojetím, technickým vybavením a uspořádáním náležel k nejmodernějším v bývalé ČSR. Přiléhá k řece Labi a současnému městskému silničnímu okruhu a je ve své původní architektonické podobě prakticky zachován dodnes, od pěší vstupní brány až po pavilon infekce.

V roce 1930 bylo přijato do nemocnice k hospitalizaci 8 800 pacientů, v roce 1937 to bylo již 19 317 pacientů, při průměrné délce ošetrovací doby kolem 16 dnů. V nemocnici pracovali vynikající lékaři, z nichž mnozí se vedle provozování léčebné péče o nemocné aktivně zúčastňovali různých odborných akcí. Již v roce 1930 byly organizovány pravidelné lékařské schůze s přednáškami a diskusemi odborného obsahu, jejichž hlavním iniciátorem byl mladý patolog dr. Antonín Fingerland, který se zde profiloval ve významného vědce a klíčovou osobnost hradecké medicíny. V nemocnici přednášeli přední lékařští odborníci ČSR, pozdější

profesoři Charvát, Jirásek a zejména akademik Jan Bedrna, výtečný chirurg a člověk s obrovským rozhledem a invencí. Vznikly podmínky, na jejichž základě byla později vybudována v Hradci Králové Lékařská fakulta.

Po tíživých letech války a nacistické okupace, která si vyžádala své oběti i mezi lékaři hradecké nemocnice, se plně potvrdila pravdivost přísloví „Osud přeje připraveným“. Když se po osvobození ČSR v roce 1945 uvažovalo o zřízení nových lékařských fakult, které by doplnily okupací zdecimované počty lékařů, padla volba i na Hradec Králové a Lékařská fakulta byla slavnostně otevřena 17. listopadu 1945.

Hradecká Fakultní nemocnice se stávala proslulou v celé republice. Proslavila ji zejména činnost profesora Bedrny, který již v roce 1947 úspěšně operoval otevřenou tepennou dučej a v roce 1951 jako první v zemi chlopenní vadu mitrální stenózu, čímž položil základy československé srdeční chirurgie. Rozvíjely se však i další nadstavbové obory chirurgie, především urologie, dětská chirurgie, plastická chirurgie a chirurgie cévní. Samostatnou kapitolou ve vývoji Fakultní nemocnice Hradec Králové bylo zřízení Vojenské lékařské akademie (VLA) v roce 1951.

Smutnou kapitolou ve vývoji FN je období „normalizace“ sedmdesátých let, kdy řada lékařů a ostatních kvalifikovaných pracovníků Fakultní nemocnice musela svou práci opustit nebo byla různým způsobem perzekuována. Nutno však ocenit, že v podmínkách různých organizačních změn a politického dirigismu úroveň péče neklesala a zachovaly se zde silné postavy, které bez ohledu na celkové klima udržely v řadě oborů špičkový medicínský i morální standard, ať šlo o angažované osobnosti (prof. Steinhart), anebo o evidentní odpůrce doby (prof. Stefan, doc. Žižka).

Společenské změny po roce 1989 významně ovlivnily také zdravotnictví. Zrušení ústavů národního zdraví, změny ve financování zdravotnictví a otevření nových možností pro rozvoj medicínských technologií přinesly daleko větší pozornost otázkám hospodaření a moderního řízení. Byla dobudována nová moderní pracoviště, jakými jsou



Pohled na nemocnici

nový komplex laboratoří a diagnostiky, rehabilitační klinika, moderní monoblok onkologické kliniky či nová ústavní lékárna. Byly zahájeny rekonstrukce a opravy původních budov v areálu. Fakultní nemocnice Hradec Králové naplňuje svůj historický odkaz v těsné spolupráci s Lékařskou fakultou v Hradci Králové Univerzity Karlovy v Praze a dalšími partnery, jako je Vojenská lékařská akademie J. E. Purkyně a Farmaceutická fakulta UK.



Výukové centrum lékařské fakulty

## Historie Oddělení dětské chirurgie FN Hradec Králové

Historie dětské chirurgie v Hradci Králové se datuje od vzniku fakultní nemocnice. V padesátých letech minulého století byly pro dětskou chirurgii na chirurgické klinice vyčleněny pouze 3 pokoje s 15 lůžky pro chirurgicky nemocné děti. Nejmenší děti byly hospitalizovány na odděleních dětské kliniky a převážely se na chirurgickou kliniku jen k operaci.

Na rozvoj oboru dětské chirurgie ve světě reagovali přednosta chirurgické kliniky prof. MUDr. Jan Bedrna a přednosta dětské kliniky, prof. MUDr. Jiří Blecha realizací dětsko-chirurgického pracoviště v nově vybudovaném pavilónu dětské kliniky. V roce 1958 tak vzniklo detašované dětsko-chirurgické pracoviště. Chirurgické výkony byly prováděny dospělými chirurgy, kteří se střídali



v půlročních intervalech. V roce 1960 se rozhodl přednosta chirurgické kliniky prof. MUDr. Jaroslav Procházka, DrSc. tento stav organizačně změnit. Tak bylo vedením FN ustanoveno pracoviště dětské chirurgie samostatným ordinariátem. Funkční místo ordináře nabídl prof. Procházka asistentu Stefanovi, který v té době pracoval jako ordinář urologického oddělení. MUDr. Stefan budoval ordinariát dle anglosaského vzoru a s houževnatostí a pílí jemu vlastní zaváděl nové diagnostické a léčebné metody.



Odborně prosperující oddělení bylo v roce 1982 ustanoveno na samostatné oddělení dětské chirurgie. Prvním primářem oddělení se stal prof. MUDr. H. Stefan, CSc., který oddělení vedl do roku 1989. Již v tomto období byla rozvíjena zejména dětská urologie, chirurgie vrozených vývojových vad trávicí trubice a novorozenecká chirurgie. Samostatné oddělení se stalo i personálně jednotným s dalšími stabilními lékařskými místy.

Od 1. 1. 1990 oddělení vedla prim. MUDr. Miroslava Králová, Ph.D. Pokračovala v krocích svého předchůdce a pod jejím vedením byla MUDr. Koudelkou do praxe zaváděna laparoskopie. Současně došlo k výraznému rozvoji traumatologie, zejména přičiněním MUDr. Preise. Oddělení dětské chirurgie bylo přejmenováno na Oddělení dětské chirurgie a traumatologie. Koncem devadesátých let minulého století došlo také k poslední zásadní přestavbě pracoviště se vznikem dvou operačních sálů a JIP. Od 1. 1. 2003 vedl oddělení dětské chirurgie a traumatologie MUDr. Jaroslav Koudelka, CSc. Za jeho období se prohlubovala spolupráce s pracovištěm Dětské kliniky zejména v oblasti novorozenecké chirurgie a gastroenterologie. Stabilizovalo se pracoviště dětské urologie a vzniklo centrum dětské traumatologie.

## Současnost

Oddělení dětské chirurgie a traumatologie je samostatným pracovištěm Fakultní nemocnice v Hradci Králové s úzkou návazností na dětskou a chirurgickou kliniku.

Patří mezi šest největších pracovišť dětské chirurgie v České republice. Současně tvoří základ Centra dětské traumatologie Fakultní nemocnice Hradec Králové. Věk ošetřovaných pacientů se pohybuje od novorozeneckého věku do stáří 15, v některých případech 18 let. Náplní práce je ošetření a péče o děti s chirurgickými onemocněními zejména dutiny břišní, a to včetně novorozeneckých vrozených vývojových vad a onemocnění novorozenců s nízkou porodní hmotností. Pracoviště se zaměřuje na rozvoj miniinvazivních metod, jako je laparoskopie a endoskopie. Další velkou oblastí je péče o dětské traumatologické pacienty, včetně ošetření polytraumat a popálenin. Nezbytnou součástí je pak péče o běžná chirurgická onemocnění měkkých tkání a spolupráce na léčbě urologických onemocnění u dětských pacientů.

Na Oddělení dětské chirurgie a traumatologie FNHK bylo v loňském roce více jak 21 000 dětí ošetřených ambulantně, hospitalizováno bylo téměř 1 400 pacientů a provedeno téměř 2 200 výkonů na operačním sále.

Základní spádovou oblastí je město a okres Hradec Králové, pro mnoho složitějších a komplikovaných výkonů oblast Královéhradeckého a Pardubického kraje, pro Centrum dětské traumatologie kraj Královéhradecký, Pardubický, ve výjimečných případech oblast celé České republiky.

Oddělení tvoří lůžková stanice s jednotkou intenzivní péče, operační sály a ambulance. Lůžkové oddělení má 24 standardních lůžek a 3 lůžka nižšího stupně intenzivní péče, dalších 8 lůžek je vyčleněno pro dětské oddělení urologické kliniky. Operační trakt je tvořen dvěma operačními sály, z nichž jeden je částečně využíván pracovníky jiných klinik pro operační nebo endoskopickou léčbu dětí. Jedná se zejména o lékaře a pacienty urologické, dětské, ORL, neurochirurgické, stomatologické, a méně i ortopedické a oční kliniky.

Oddělení dětské chirurgie a traumatologie je základním pracovištěm Centra dětské traumatologie FNHK, které jako horizontální struktura propojuje prakticky všechna pracoviště Fakultní nemocnice. Náplní práce tohoto centra je především péče o pacienty se specifickými dětskými skeletálními poraněními, závažnými typy zlomenin a polytraumaty.



Na oddělení pracuje v současnosti pod vedením prim. MUDr. Radka Štichhauera deset lékařů.

Vyjma dvou lékařů, kteří jsou v přípravě k atestaci z dětské chirurgie, jsou všichni ostatní lékaři plně vyškoleni a erudováni v základních výkonech všeobecné dětské chirurgie a traumatologie.

Komplexní sesterská péče na oddělení, ambulancích i operačních sálech je zajištěna 25 zdravotními sestrami pod vedením vrchní sestry Bc. Miroslavy Kaplové.

Ve spolupráci s Katedrou chirurgie LF UK v Hradci Králové probíhá na Oddělení dětské chirurgie a traumatologie výuka studentů Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Dalším zapojením do výuky jsou stáže zahraničních studentů v rámci prázdninových praxí (IFMSA, ERASMUS apod.). V postgraduální výchově probíhají na pracovišti stáže pediatrů a chirurgů před atestací.





## DOUBLE YOUR ENERGY

### THUNDERBEAT Type S – Next Generation of Safety and Speed

- Advanced hemostasis
- Superior dissection with optimal temperature control
- High operating speed

[www.olympus.eu/THUNDERBEAT](http://www.olympus.eu/THUNDERBEAT)

**OLYMPUS CZECH GROUP, S.R.O., ČLEN KONCERNU**

Evropská 176/16, 160 41 Praha 6, Czech Republic

Tel.: +420 221 985 111 | e-mail: [info@olympus.cz](mailto:info@olympus.cz) | [www.olympus.cz](http://www.olympus.cz)

# Téma

## Chirurgická léčba onemocnění trávicího traktu Traumatologie Varia Sesterská sekce

### Kongres pořádán pod záštitou:

Prof. MUDr. Vladimíra Paličky, CSc., dr.h.c., ředitele Fakultní nemocnice v Hradci Králové

Prof. MUDr. RNDr. Miroslava Červinky, CSc., děkana Lékařské fakulty v Hradci Králové

Prof. MUDr. Michala Rygla, Ph.D., předsedy České pediatricko-chirurgické společnosti

Doc. MUDr. Jána Trnky, CSc., předsedy Slovenské pediatricko-chirurgické společnosti

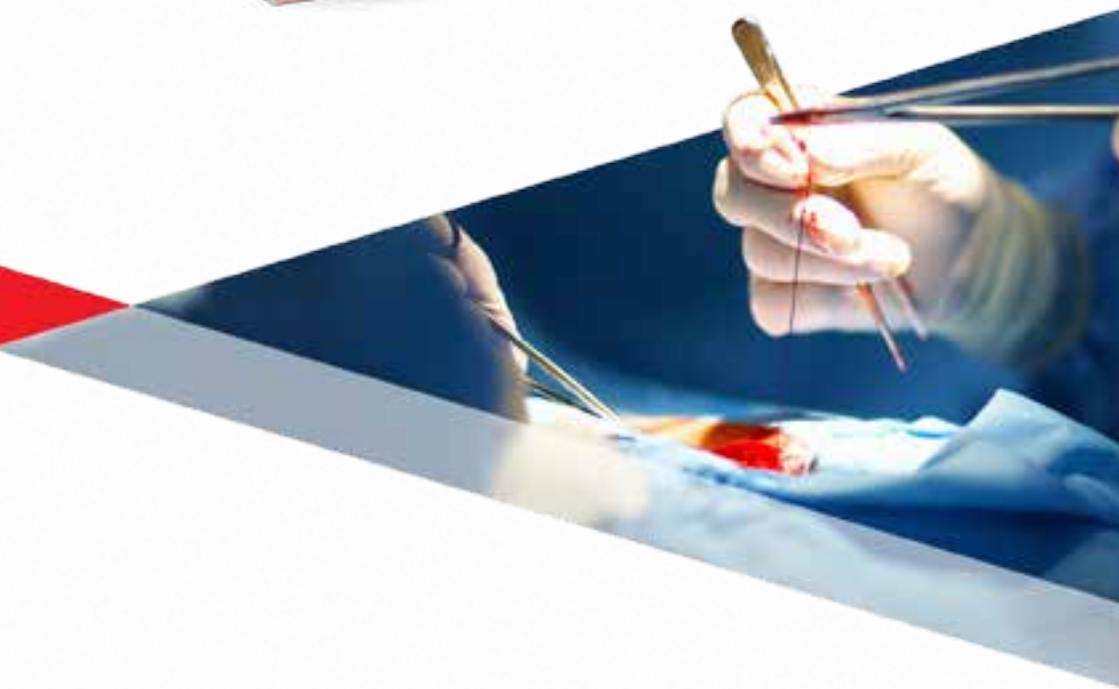
Alana Tomáška, starosty města Pec pod Sněžkou

České asociace sester v Hradci Králové

České lékařské komory v Hradci Králové



# WHO doporučuje použití **šicích materiálů potažených triklosanem** v rámci prevence SSI<sup>1</sup>



# Obsah

	str.
Historie nemocnice Hradec Králové .....	6
Historie Oddělení dětské chirurgie FN Hradec Králové .....	8
Téma .....	13
Organizace kongresu .....	16
Obecné informace .....	17
Ubytování a poplatky .....	19
Pokyny pro autory .....	22
Prezentace firem .....	23
Odborný program – Lékařská sekce .....	24
Odborný program – Sesterská sekce .....	33
Sborník abstrakt .....	39
Sborník abstrakt – Lékařská sekce .....	40
Sborník abstrakt – Sesterská sekce .....	108
Seznam přednášejících – Lékařská sekce .....	141
Seznam přednášejících – Sesterská sekce .....	142

# Organizace kongresu

## Organizační výbor

prim. MUDr. Radek Štichhauer  
MUDr. Jindřich Preis, Ph.D.  
MUDr. Jaroslav Koudelka, CSc.  
Bc. Miroslava Kaplová  
Dagmar Podlipná

## Vědecký výbor

prim. MUDr. Radek Štichhauer  
MUDr. Jindřich Preis, Ph.D.  
MUDr. Jaroslav Koudelka, CSc.  
prof. MUDr. Michal Rygl, Ph.D.  
prof. MUDr. Petr Havránek, CSc.  
prof. MUDr. Ladislav Plánka, Ph.D.  
Bc. Miroslava Kaplová

## Organizační zajištění

Kongresová kancelář hotelu \*\*\*\* Horizont  
kontaktní osoba: Vendula Pokorná  
e-mail: kongres@hotelhorizont.cz  
tel.: +420 499 681 555

## Prezident

prim. MUDr. Radek Štichhauer

## Koordinátor kongresu

prim. MUDr. Radek Štichhauer  
radek.stichhauer@fnhk.cz  
tel.: +420 495 832 962

## Koordinátor sesterské sekce

Bc. Miroslava Kaplová  
miroslava.kaplova@fnhk.cz  
tel.: +420 495 832 236

# Obecné informace

## Termín a místo konání

23.–25.5.2018

Hotel \*\*\*\* Horizont, Velká Pláň 141, 542 21 Pec pod Sněžkou

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

## Registrace

Vstupní prostory hotelu Horizont

23. 5. 2018 16:00–20:00 hod.

24. 5. 2018 7:30–17:00 hod.

25. 5. 2018 7:30–10:00 hod.

## Program kongresu

### Středa 23. 5. 2018

16:00–20:00 Příjezd, registrace účastníků, stavba stánků

18:00–20:00 Výborové schůze České pediatricko-chirurgické společnosti  
a Slovenské pediatricko-chirurgické společnosti

20:00–22:00 Wellcome reception

### Čtvrtek 24. 5. 2018

7:30–17:00 Registrace, výstava firem

8:30 Slavnostní zahájení kongresu

od 9:00 Dopolnední a odpolední bloky lékařských a sesterských přednášek  
s pauzami na občerstvení a oběd

20:00–24:00 Společenský večer

### Pátek 25. 5. 2018

7:30–10:00 Registrace, výstava firem

od 9:00 Bloky lékařských přednášek

cca 13:00 Zakočnění kongresu

## **Celoživotní vzdělávání**

Kongres je garantován ČLK a ČAS, je započítán do systému postgraduálního vzdělávání lékařů a sester.

Registrovaní účastníci obdrží Osvědčení o účasti. Kongres je hodnocen certifikátem podle závazného Stavovského předpisu ČLK č. 16 systému celoživotního vzdělávání lékařů.

Vzdělávací akce byla zařazena do Registru akreditovaných akcí ČLK.

Číslo akreditace: 0003/16/2005, číslo akce: 51410, počet přidělených kreditů: 10.

Změnou zákona 96/2004 Sb. vstoupilo v platnost od 1. 9. 2017 zrušení dokladování celoživotního vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky.

## **Jazyk**

Oficiálními jazyky jsou čeština a slovenština.

## **Pojištění**

Organizátoři nepřebírají žádnou zodpovědnost za ztrátu či poškození majetku nebo finanční ztrátu, ani za zranění osob.

## **Parkování**

Možnost bezplatného parkování u hotelu \*\*\*\* Horizont.

## **Ubytování, stravování a kongresový poplatek**

V průběhu přestávek je podáváno občerstvení v prostorech kavárny hotelu Horizont. Večeře a obědy jsou hrazeny zvlášť, stejně jako vstup na společenský večer.

# Ubytování a poplatky

V ceně kongresového poplatku je vstup na akci, výstava firem, wellcome reception, parkování, Wi-Fi a základní služby hotelu, Karta hosta – Pec pod Sněžkou, kongresové materiály, občerstvení o přestávkách, certifikát ČLK.

TERMÍN		Registrace do 31. 1. 2018	Registrace do 28. 2. 2018	Registrace po 28. 2. 2018
Lékař	Člen(ka) ČPCHS, SPCHS	Kč 2250,- € 90,-	Kč 2500,- € 100,-	Kč 2750,- € 110,-
	Nečlen (ka) ČPCHS, SPCHS	Kč 2750,- € 110,-	Kč 3000,- € 120,-	Kč 3250,- € 130,-
Zdravotní sestra	Člen(ka) ČAS	Kč 600,- € 25,-	Kč 1000,- € 40,-	Kč 1250,- € 50,-
	Nečlen(ka) ČAS	Kč 800,- € 30,-	Kč 1000,- € 40,-	Kč 1250,- € 50,-

Ubytování je zajištěno a rezervováno pro všechny účastníky v Hotelu Horizont v termínu 23.– 25. 5. 2018. Ubytování lze prodloužit za stejných podmínek do 27. 5. 2018.

Ubytování včetně snídaně	1 600,- Kč – pokoj obsazený 2 osobami / noc
	1 360,- Kč – pokoj obsazený jednou osobou / noc (1. 2. 2018 byla vyčerpána kapacita pro obsazení dvojlůžkového pokoje jednou osobou !!!)
Stravování	23. 5. 2018 – večeře formou bohatého bufetu (bez nápojů) - 230,- Kč
	24. 5. 2018 – oběd formou dvouchodového menu (včetně 1 nápoje) – 175,- Kč
	25. 5. 2018 – oběd formou dvouchodového menu (včetně 1 nápoje) – 175,- Kč
Společenský večer	500,- Kč – raut a nápojový stůl, hudba

# Hotel Horizont

Hotel \*\*\*\* Horizont  
Velká Pláň 141  
542 21 Pec pod Sněžkou  
[www.hotelhorizont.cz](http://www.hotelhorizont.cz)



## Příjezd na místo

### Autem či na kole:

Směrem od Trutnova po silnici druhé třídy č. 14 do Svobody nad Úpou, dále po silnici třetí třídy č. 296 stále do kopce přes Horní Maršov do Pece pod Sněžkou. U hotelu Máj a záchranného bodu číslo 321 odbočit vpravo, asi po 50 m odbočit vlevo a strmě stoupat dalších cca 250 metrů k základní a mateřské škole. Odbočka za školami vpravo Vás přivede na parkoviště hotelu Horizont.

### Autobusem:

Z autobusového nádraží Pec pod Sněžkou pokračovat asi 50 metrů k informační kanceláři a za ní prudce stoupat vpravo až k základní škole a podél ní dále k hotelu Horizont (cca 10 minut).

**GPS: 50.6961778N, 15.7355769E**



## Vybavení pokojů

LED televize se satelitem, telefon, trezor, minibar, Wi-Fi připojení zdarma, plně vybavená koupelna včetně fěnu, sprchový kout a WC.

## Stravování

V průběhu přestávek je podáváno občerstvení v prostorech kavárny hotelu Horizont. Večeře a obědy jsou hrazeny zvlášť, stejně jako vstup na společenský večer, viz ubytování a strava.

# Pokyny pro autory

## Forma prezentace

Souhrnné sdělení: 7 min. + 2 min. diskuze

Kazuistika: 5 min. + 2 min. diskuze

## Formáty prezentací

MS PowerPoint 2016–2007 (.pptx, .ppsx), 2003 a starší (.ppt, .pps)

Adobe Reader (.pdf)

pro správné rozložení textu doporučujeme použít standardní formáty textu (fonty)

## Formáty videa

WMV, AVI, MPEG (DivX)

DVD (PAL)

## Připojení vlastního zařízení

**(není optimální)**

standardní HDMI/VGA přípojka

odzkoušení a kontrola je možná o přestávkách mezi programovými bloky

## Přejímka prezentací

před zahájením a o přestávkách akce

své prezentace odevzdávejte nejpozději 30 minut před začátkem bloku

posun jednotlivých snímků probíhá pomocí prezentéru Logitech

## Prezentace mohou být na těchto nosičích

zařízení (úložiště) připojitelná přes rozhraní USB

paměťová karta SD

DVD a CD (není optimální)

# Prezentace firem

Po celou dobu kongresu bude v prostorách hotelu \*\*\*\* Horizont probíhat prezentace firem.

Organizační výbor kongresu děkuje firmám a společnostem za laskavou pomoc, vstřícný přístup a podporu 64. kongresu českých a slovenských dětských chirurgů.

## Hlavní sponzoři



MEDICAL  
DEVICES  
COMPANIES



## Vystavovatelé a partneři



Further Together



Better Health  
for a Better World



THE LINDE GROUP  
Linde



Advanced Medical Nutrition



G.P.S.Ofa S.r.l.



care for life



# Odborný program Lékařská sekce

(časy přednášek jsou uvedeny včetně cca 2 minut na diskuzi,  
prosíme o dodržování času vymezeného na prezentaci)

## Čtvrtek 24. 5. 2018

### 8:30–09:10 Slavnostní zahájení

MUDr. R. Štichhauer – prezident kongresu  
prof. MUDr. M. Rygl, PhD. – předseda ČPCHS  
MUDr. M. Smrek, Ph.D. – sekretář SPCHS  
prof. MUDr. V. Palička, CSc., dr. h. c. – ředitel FNHK  
prof. MUDr. RNDr. Miroslav Červinka, CSc. – děkan LF HK  
Alan Tomášek – starosta Pece pod Sněžkou

#### 1. Analýza stavu dětské chirurgie v České republice – 10 min.

Plánka L.

*Výbor České pediatricko-chirurgické společnosti JEP*

### 9:10–10:25 Mládí České pediatricko-chirurgické společnosti (Rygl, Smrek, Koudelka)

#### 2. Pneumoperitoneum u pacientů s intestinální pneumatózou – 9 min.

Frybová B.<sup>1</sup>, Trčka J.<sup>1</sup>, Petrášová N.<sup>1</sup>, Keslová P.<sup>2</sup>, Šnajdauf J.<sup>1</sup>, Rygl M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Klinika dětské chirurgie, LF2 UK a FN Motol, Praha*

<sup>2</sup> *Klinika dětské hematologie a onkologie, LF2 UK a FN Motol, Praha*

#### 3. Retrospektivní matematická analýza lokalizace projevů NEC na stěvě u novorozenců a vztah k porodní hmotnosti – 9 min.

Kubát M., Plánka L., Tůma J., Turek J.

*Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, Fakultní nemocnice a LFMU, Brno*

#### 4. Spontánní perforace GIT u novorozenců – pětiletý soubor – 9 min.

Marek O., Kubát M., Tůma J., Plánka L.

*Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, Fakultní nemocnice, Brno*

- 5. PIRS technika operací tříselných kýl u dětí – první zkušenosti** – 9 min.  
Trčka J., Frýbová B., Rygl M.  
*Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN Motol, Praha*
- 6. Tupé poranění sleziny u dětí – naše zkušenosti za poslední dekádu** – 9 min.  
Trčka J.<sup>1</sup>, Šnajdauf J.<sup>1</sup>, Kováčová A.<sup>2</sup>, Rygl M.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> *Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN Motol, Praha*  
<sup>2</sup> *Klinika zobrazovacích metod, 2. LF UK a FN Motol, Praha*
- 7. Hranice konzervativní léčby zlomenin proximálního humeru v dětském věku** – 9 min.  
Knížetová, A., Havránek, P., Peší, T.  
*Klinika dětské chirurgie a traumatologie, 3. LF UK, Thomayerova nemocnice, Praha*
- 8. Nechtěný suvenýr ze zahraniční dovolené** – 7 min.  
Chamrádová B., Chamrád J., Nikel J.  
*Chirurgicko-traumatologické oddělení, Nemocnice ve Frýdku-Místku, s.r.o.*
- 9. Hladiny vitamínu D a dětské zlomeniny – průběžná zpráva ze studie** – 9 min.  
Hendrych J.<sup>1</sup>, Bayer M.<sup>2</sup>, Havránek P.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> *Klinika dětské chirurgie a traumatologie, 3. LF UK a Thomayerova nemocnice, Praha*  
<sup>2</sup> *Klinika dětí a dorostu, 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady a Osteo centrum Thomayerovy nemocnice, Praha*

## 10:25–10:50 Coffee break

## 10:50–12:45 Novorozenecká chirurgie a GIT obecně (Škába, Dragula, Štichhauer)

- 10. Radiologický vyšetřovací postup při podezření na obstrukci GIT novorozence** – 30 min.  
Popelová E.<sup>1</sup>, Kynčl M.<sup>1</sup>, MUDr. Rygl M.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> *Klinika zobrazovacích metod, 2. LF UK a FN Motol, Praha*  
<sup>2</sup> *Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN Motol, Praha*
- 11. Nekrotizující enterokolitida – výsledky péče v Perinatologickém centru FN HK (2010-2017)** – 9 min  
Dvořák O.<sup>1</sup>, Malý J.<sup>1</sup>, Štichhauer R.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> *Dětská klinika, LF UK a Fakultní nemocnice, Hradec Králové*  
<sup>2</sup> *Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, LF UK a Fakultní nemocnice Hradec Králové*
- 12. Dvadsaťročné zkušenosti s řešením atrézií pažeráka** – 9 min.  
Dragula M., Špaková B., Molnár M.  
*Klinika dětské chirurgie, JLF UK a UNM, Martin*

- 13. Atrézie ezofágu – retrospektívna multicentrická štúdia zo Slovenska (2011-2015) – 9 min.**  
Fedorová L., Zahradníková P., Babala J., Chochol J., Trnka J., Dragula M., Špaková B., Koreň R., Vik A., Bockanič L., Gočík M.  
*KDCH NÚDCH Bratislava, KDCH UN Martin, KDCH DFNSP Banská Bystrica, ODCH DFNSP Košice*
- 14. Diagnostika a liečba atrézie žľčových ciest u detí v NUDCH Bratislava – 9 min.**  
Bibza J., Kosnáčová J., Hornová J.  
*Klinika detskej chirurgie, LF UK a NÚDCh, Bratislava*
- 15. Biliárna atrézia s komplikovaným pooperačným priebehom – kazuistika – 7 min.**  
Molnár M., Murgaš D., Bakoš J., Dragula M.  
*Klinika detskej chirurgie, UNM a JLF UK, Martin*
- 16. Hirschsprungova choroba v dospelosti – špatná diagnostika megakolon v detství? – 9 min.**  
Škába R.<sup>1</sup>, Poš L.<sup>1</sup>, Hoch J.<sup>2</sup>, Jech Z.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> *Klinika detskej chirurgie, 2. LF UK a FN Motol, Praha*  
<sup>2</sup> *Chirurgická klinika, 2. LF UK a FN Motol, Praha*
- 17. Primární nádory žaludku u dětí – 9 min.**  
Petrášová N.<sup>1</sup>, Šnajdauf J.<sup>1</sup>, Petrů O.<sup>1</sup>, Frýbová B.<sup>1</sup>, Švojgr K.<sup>2</sup>, Kodet R.<sup>5</sup>, Mixa V.<sup>4</sup>, Kynčl M.<sup>3</sup>, Rygl M.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> *Klinika detskej chirurgie, 2. LF UK a FN Motol, Praha*  
<sup>2</sup> *Klinika detskej hematologie a onkologie, 2. LF UK a FN Motol, Praha*  
<sup>3</sup> *Klinika zobrazovacích metod, 2. LF UK a FN Motol, Praha*  
<sup>4</sup> *Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, 2. LF UK a Fakultní nemocnice Motol, Praha*  
<sup>5</sup> *Ústav patologie a molekulární medicíny, 2. LF UK a FN Motol, Praha*
- 18. Pooperační invaginace – 9 min.**  
Poš L.<sup>1</sup>, Petrášová N.<sup>1</sup>, Rousková B.<sup>1</sup>, Starková D.<sup>2</sup>, Škába R.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> *Klinika detskej chirurgie, 2. LF UK a FN Motol, Praha*  
<sup>2</sup> *Klinika zobrazovacích metod, 2. LF UK a FN Motol, Praha*
- 19. Ileokolická invaginace u ročního dítěte na trakční léčbě pro diafyzární zlomeninu femuru: kasuistika – 7 min.**  
Kudrnová M., Havránek P., Pešl T.  
*Klinika detskej chirurgie a traumatologie, 3. LF UK, Thomayerova nemocnice, Praha*

**12:45–14:00 Oběd**

**14:00–14:30 Valná hromada ČPCHS**

**14:30–16:30 ARO, trauma a hrudník**  
**(Mixa, Plánka, Šnajdauf)**

- 20. Neurotoxita anestetik na dozrávající dětský mozek** – 15 min.  
Mixa V.  
*Klinika anestézie, resuscitace a intenzivní medicíny, FN Motol, Praha*
- 21. Léčba akutní bolesti u dětí** – 9 min.  
Řeháčková Z.  
*Klinika anestézie, resuscitace a intenzivní medicíny, Fakultní nemocnice, Hradec Králové*
- 22. Znamená infaustní prognóza poraněného dítěte konec léčby?** – 9 min.  
Prchlík M.<sup>1</sup>, Heinige P.<sup>1</sup>, Fajt M.<sup>1</sup>, Zajíček R.<sup>2</sup>, Peší T.<sup>1</sup>, Havránek P.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> *Klinika dětské chirurgie a traumatologie, 3. LF UK a TNsP, Praha-Krč*  
<sup>2</sup> *Klinika popáleninové medicíny, 3. LF UK a FNKV, Praha*
- 23. Popáleniny u dětí – odraz inovace triáže popálenin v počtech léčených na našem oddělení** – 9 min.  
Preis J.  
*Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, Fakultní nemocnice, Hradec Králové*
- 24. Konzervativní léčba poranění sleziny u dětí – současný přístup** – 9 min.  
Peší T., Limprechtová T., Heinige P., Havránek P.  
*Klinika dětské chirurgie a traumatologie, 3. LF UK, Thomayerova nemocnice, Praha-Krč*
- 25. Poranění orgánů dutiny břišní a retroperitonea indikované k operační revizi** – 9 min.  
Plánka L., Tůma J., Škvařil J., Doušek R.  
*Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, LF MU a Fakultní nemocnice, Brno*
- 26. Seat-belt syndrome** – 7 min.  
Smrek M., Záhradníková P., Babala J., Králík R., Sýkora L., Trnka J.  
*Klinika dětské chirurgie, NÚDCH a LFUK, Bratislava*
- 27. Nekrotizující pneumonie u dětí – chirurgická léčba** – 9 min.  
Slívová I., Mitták M., Tulinský L., Richter V., Ihnát P.  
*Chirurgická klinika, Fakultní nemocnice, Ostrava, Lékařská fakulta Ostravské univerzity*

**28. Výnimočná kombinácia vrodených anomálií, diagnostika a liečba v dvoch krokoch** – 7 min.

Babala, J., Záhradníková P., Fedorová L., Pechanová R., Kabát M., Trnka J.  
*Klinika detskej chirurgie, LFUK v NÚDCH, Bratislava*

**29. Vpáčený hrudník – konzervatívni léčba u dětí ve věku do 11 let** – 9 min.

Bartl V., Plánka L.  
*Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, Fakultní nemocnice, Brno*

**30. Závažné komplikace po MIRPE operaci** – 9 min.

Vyhnanek M.<sup>1</sup>, Frýbová B.<sup>1</sup>, Šnajdauf J.<sup>1</sup>, Petru O.<sup>1</sup>, Mixa V.<sup>2</sup>, Kyncl M.<sup>3</sup>, Rygl M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Klinika dětské chirurgie, FN Motol, II. LF UK, Praha*

<sup>2</sup> *Klinika anesteziologie a resuscitace, FN Motol, II. LF UK Praha*

<sup>3</sup> *Radiologická klinika, FN Motol, II. LF UK Praha*

**31. Keď posledné slovo nepovedal skalpel – kazuistika** – 7 min.

Omaník P.<sup>1</sup>, Barkociová J.<sup>2</sup>, Omaníková M.<sup>3</sup>, Klepetko W.<sup>4</sup>, Čížnár P.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> *Klinika detskej chirurgie, NÚDCH a LF UK, Bratislava*

<sup>2</sup> *Detská otorinolaryngologická klinika, NÚDCH a LF UK, Bratislava*

<sup>3</sup> *Detská klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny, NÚDCH a LF UK, Bratislava*

<sup>4</sup> *Klinische Abteilung für Thoraxchirurgie, Universitätsklinik für Chirurgie, AKH, Wien*

<sup>5</sup> *Detská klinika, NÚDCH a LF UK, Bratislava*

**32. Je čtyřnohý miláček opravdu nejlepším přítelem člověka?** – 7 min.

Sedlačko T.  
*Oddělení dětské chirurgie – dětské úrazové centrum Krajské zdravotní, a.s., Masarykova nemocnice, Ústí nad Labem*

**16:30–17:00 Coffee break**

**17:00–18:25 Onemocnění GIT obecně  
(Malý, Murgaš, Harvánek)**

**33. Význam výživy u dětských pacientů s idiopatickými střevními záněty před chirurgickými výkony** – 9 min.

Štanclová M.  
*Dětská klinika, Fakultní nemocnice, Hradec Králové*

**34. Crohnova choroba v dětském věku – resekční léčba v průběhu 12let (naše sestava)** – 9 min.

Malý T.<sup>1</sup>, Kysučan J.<sup>1</sup>, Karásková E.<sup>2</sup>, Velgáňová-Véghová M.<sup>2</sup>, Smolka V.<sup>2</sup>, Michálková K.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> *I. chirurgická klinika, Fakultní nemocnice a LF UP, Olomouc*

<sup>2</sup> *Dětská klinika, Fakultní nemocnice a LF UP, Olomouc*

<sup>3</sup> *Radiologická klinika, Fakultní nemocnice a LF UP, Olomouc*

- 35. Vesikointestinální fistula při Morbus Crohn – kazuistika** – 7 min.  
Špaková B., Janík J., Jonáš M., Višňovcová N., Dragula M.  
*Klinika dětské chirurgie, JLF UK a UNM, Martin*
- 36. Cizí tělesa v GIT u dětí** – 9 min.  
Lešková J., Štichhauer R., Preis J., Koudelka J.  
*Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, Fakultní nemocnice, Hradec Králové*
- 37. Cizí těleso GIT – nečekaná cesta** – 7 min.  
Teslík O., Ingeliová D., Harvánek K.  
*Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, Nemocnice Na Bulovce, Praha*
- 38. Cizí těleso v GIT – běžný klinický problém?? – kazuistika** – 7 min.  
Konečný M.  
*Oddělení dětské chirurgie – dětské úrazové centrum, Masarykova nemocnice, Ústí nad Labem*
- 39. Jednoznačná diagnóza?** – 9 min.  
Višňovcová N., Molnár M., Murgaš D., Dragula M.  
*Klinika dětské chirurgie, Univerzitní nemocnice Martin*
- 40. Apendicitis a invaginace – ne vždy jen jedna z nich, kazuistiky** – 7 min.  
Geršlová A.  
*Oddělení dětské chirurgie – dětské úrazové centrum – Krajská zdravotní a.s., Masarykova nemocnice, Ústí nad Labem*
- 41. Náhodný nález při laparoskopické apendektomii** – 7 min.  
Hrabáková, J.  
*Oddělení dětské chirurgie – dětské úrazové centrum, Masarykova nemocnice, Ústí nad Labem*
- 42. Neobvyklá příčina nitrobřišní cysty u mladé dívky** – 7 min.  
Doucha M.<sup>1</sup>, Vyhnanek M.<sup>1</sup>, Šimsová M.<sup>1</sup>, Mužik M.<sup>2</sup>, Rygl M.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> *Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN Motol, Praha*  
<sup>2</sup> *Gynekologicko-porodnická klinika, 2. LF UK a FN Motol, Praha*

## **Pátek 25. 5. 2018**

### **9:00 – 10:30 Laparoskopie, urologie (Tůma, Babala, Machart)**

- 43. Cholelithiáza a choledocholithiáza – rizikové faktory** – 9 min.  
Zeman L.<sup>1</sup>, Frýbová B.<sup>1</sup>, Drábek J.<sup>2</sup>, Lochmanová J.<sup>2</sup>, Douda L.<sup>2</sup>, Zemková D.<sup>3</sup>,  
Mixa V.<sup>4</sup>, Kynčl M.<sup>5</sup>, Rygl M.<sup>1</sup>, Keil R.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> *Klinika dětské chirurgie, FN Motol a 2. LF UK, Praha*  
<sup>2</sup> *Interní klinika, FN Motol a 2. LF UK, Praha*  
<sup>3</sup> *Pediatrická klinika, FN Motol a 2. LF UK, Praha*  
<sup>4</sup> *Klinika anesteziologie a intenzivní medicíny, FN Motol a 2. LF UK, Praha*  
<sup>5</sup> *Klinika zobrazovacích metod, FN Motol a 2. LF UK, Praha*

- 44. Feochromocytom u dětí – miniinvazivní chirurgie?** – 9 min.  
Tůma J., Doušek R., Macháček R., Starý D., Plánka L.  
*Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, Fakultní nemocnice, Brno*
- 45. Laparoskopicky asistované řešení vysokých anorektálních malformací**  
– 9 min.  
Škvařil J., Tůma J., Macháček R., Doušek R., Plánka L.  
*Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, Fakultní nemocnice a LFMU, Brno*
- 46. P I R S (Percutaneous Internal Ring Suture) – naše první zkušenosti** – 9 min.  
Malý T., Kysučan J., Tomanová D.  
*I. chirurgická klinika, Fakultní nemocnice a LF UP, Olomouc*
- 47. Laparoskopicky asistovaná ileocékální resekce u dětí s Morbus Crohn – naše zkušenosti** – 9 min.  
Dohnal P.<sup>1</sup>, Hanák R.<sup>1</sup>, Kobza M.<sup>1</sup>, Ženíšková I.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> *Chirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s.*  
<sup>2</sup> *Pediatrické oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s.*
- 48. Role laparoskopie v diagnostice a léčbě nehmotného varlete (od teorie k praxi)** – 9 min.  
Janeček L.  
*Oddělení dětské chirurgie, Oblastní nemocnice Kolín*
- 49. Naše zkušenosti s orchidopexií dle Fowler-Stephense při operaci v jedné době** – 9 min.  
Kuliaček P.<sup>1,2</sup>, Štichhauer R.<sup>1</sup>, Šafus A.<sup>1</sup>, Dočekalová Š.<sup>1</sup>, Holická L.<sup>1</sup>, Janeček L.<sup>1</sup>, Koudelka J.<sup>1</sup>, Novák I.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> *Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, Fakultní nemocnice, Hradec Králové*  
<sup>2</sup> *Oddělení dětské urologie, Urologická klinika, Fakultní nemocnice, Hradec Králové*
- 50. Soubor nemocných operovaných pro podezření na torzi varlete** – 9 min.  
Novák I.<sup>1</sup>, Hurtová M.<sup>1</sup>, Štichhauer R.<sup>2</sup>, Kuliaček P.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> *Urologická klinika, dětské oddělení,*  
<sup>2</sup> *Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, Fakultní nemocnice, Hradec Králové*
- 51. Perzistující urachus a jeho vady – přístup k diagnostice a k řešení při klinických projevech (5letá zkušenost)** – 9 min.  
Machart M., Borůvková K., Knížetová A.  
*Klinika dětské chirurgie a traumatologie, 3. LF UK a TN, Praha-Krč*
- 52. Úskalí dětských fimóz** – 9 min.  
Penc L., Hrubovčáková J., Böhmová D.  
*Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, Nemocnice Na Bulovce, Praha*

**10:30 –11:10 Coffee break**

**11:00–12:45 Skeletální traumatologie**  
**(Havránek, Preis, Sýkora)**

- 53. Zlomeniny diafýzy klíčkové kosti adolescentov** – 9 min.  
Sýkora Ľ., Babulic M., Jáger R.  
*Klinika detskej chirurgie, NÚDCH a LFUK, Bratislava*
- 54. Operační přístup k suprakondylické zlomenině humeru** – 9 min.  
Havránek P, Pešl T, Čepelík M  
*Klinika dětské chirurgie a traumatologie, 3. LF UK a Thomayerova nemocnice, Praha*
- 55. Bezpulzová bledá chladná ruka u suprakondylických humeru u dětí** – 9 min.  
Preis J.  
*Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, Fakultní nemocnice, Hradec Králové*
- 56. Nečekané komplikace u zlomenin předloktí** – 7 min.  
Dočekalová Š., Štichhauer R.  
*Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, Fakultní nemocnice, Hradec Králové*
- 57. Avulzní poranění článků prstů ruky** – 9 min.  
Chochol J., Jáger R., Murár E., Dolnák A., Sýkora Ľ.  
*Klinika detskej chirurgie, LF UK a NÚDCh, Bratislava*
- 58. Léčba zlomenin pánve u dětí a mladistvých** – 9 min.  
Vronský R., Novák M., Kopáček I.  
*Klinika úrazové chirurgie, Fakultní nemocnice, Ostrava*
- 59. Následky zlomenin diafýzy stehnové kosti u dětí a adolescentov** – 9 min.  
Dolnák A.; Sýkora Ľ; Jáger R.; Murár E.; Chochol J.  
*Klinika detskej chirurgie, Národný ústav detských chorôb, Bratislava*
- 60. Vzácné poranění dětského kolene – kasuistika 3 v 1** – 7 min.  
Kopáček I.<sup>1</sup>, Slívová I.<sup>2</sup>, Pleva L.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> *Klinika úrazové chirurgie, Fakultní nemocnice, Ostrava*  
<sup>2</sup> *Chirurgická klinika FN Ostrava*
- 61. Náš přístup k zlomeninám distální tibiae** – 9 min.  
Jáger R., Sýkora Ľ., Trnka J.  
*Klinika detskej chirurgie, NÚDCH a LFUK, Bratislava*
- 62. Trimalleolární zlomenina a její ekvivalent v dětském věku** – 9 min.  
Čepelík M., Pešl T., Havránek P.  
*Klinika dětské chirurgie a traumatologie, 3. LF UK, Thomayerova nemocnice, Praha*

**12:45–13:00 Slavnostní zakončení**



## KOMPLEXNÍ SYSTÉM

### POKROČILÝCH MONITOROVACÍCH ŘEŠENÍ

#### Naše monitorovací řešení nabízejí:

- Přesné monitorování ventilace, okysličování a koncové orgánové perfuze
- Informace v reálném čase pro rychlé vyhodnocení stavu pacienta
- Proaktivní určení nevhodnější léčby, jedinečné pro každého pacienta

BIS™  
Brain Monitoring



INVOS™  
Cerebral/Somatic Oximetry



Nellcor™  
Pulse Oximetry with  
OxiMax™ Technology



Microstream®  
Capnography



V případě zájmu o návštěvu obchodního zástupce na Vašem pracovišti, odbornou konzultaci, popř. nezávazné vyzkoušení našich monitorů, se prosím obraťte na naše obchodní zástupce:

Čechy: Mgr. Jan Nehoda, 739 588 511, [jan.nehoda@medtronic.com](mailto:jan.nehoda@medtronic.com)

Morava: Lenka Šebestová, 730 581 083, [lenka.sebestova@medtronic.com](mailto:lenka.sebestova@medtronic.com)

# Odborný program

## Sesterská sekce

(čas přednášky včetně diskuze je 10 min., prosíme o dodržování času vymezeného na prezentaci)

**Čtvrtek 24. 5. 2018**

**8:30–9:10 Slavnostní zahájení – společně s lékařskou sekcí**

**9:10–10:30 Traumata u dětí**

**(Neugebauerová, Zachová)**

**1. Dětské úrazy a jejich prevence**

Malá M.

*Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, Fakultní nemocnice, Brno*

**2. Vliv drog na dětské úrazy**

Fitzová Z.

*Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, Fakultní nemocnice, Brno*

**3. Dopravní úrazy u dětí**

Součková L.

*Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, Fakultní nemocnice, Brno*

**4. Úrazy hlavy a jejich vliv na funkci čichu**

Rejdová E.

*Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, Fakultní nemocnice, Brno*

**5. Osteosyntéza patní kosti u dětí – perioperační příprava**

Lehocká J.

*Klinika dětské chirurgie a traumatologie, 3. LF UK, Thomayerova nemocnice, Praha-Krč – operační sál*

**6. Komplexní péče o děti s otevřenou zlomeninou dolních končetin**

Nováková S., Horelová H.

*Chirurgická klinika FN Ostrava, Klinika léčebné rehabilitace, Fakultní nemocnice, Ostrava*

## **7. Osteosyntéza avulzních zlomenin ulnárního epikondylu humeru**

Zachová N.

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

## **8. Spektrum výkonů na operačních sálech DCHT**

Neugebauerová V., Štěpánová M.

*Oddělení dětské chirurgie a traumatologie – operační sály, Fakultní nemocnice, Hradec Králové*

## **10:35–11:00 Coffee break**

## **11:05–12:55 Traumata u dětí, rány a obecné**

**(Jirků, Pacáková)**

### **9. Traumatická amputační poranění končetin**

Moudrová I., Šimáková M.

*Oddělení dětské chirurgie a traumatologie – operační sály, Fakultní nemocnice, Hradec Králové*

### **10. Trakční léčba u dětí z pohledu sestry**

Kohoutková H., Voříšková R.

*Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, Fakultní nemocnice, Hradec Králové*

### **11. Jak se dožít důchodu ve zdraví**

Šubrtová J.

*Oddělení dětské chirurgie – dětské úrazové centrum, Masarykova nemocnice, Ústí nad Labem*

### **12. Exkurze do lingvistiky aneb napříč českým jazykem a dětskou chirurgií**

Rothová M.

*Oddělení dětské chirurgie – dětské úrazové centrum, Masarykova nemocnice, Ústí nad Labem*

### **13. Když matka nespolupracuje...**

Cibulková P.

*Oddělení dětské chirurgie – dětské úrazové centrum, Masarykova nemocnice, Ústí nad Labem*

### **14. Rozvoj herní práce na oddělení Dětské chirurgie**

Hrušková P.

*Oddělení dětské chirurgie – dětské úrazové centrum, Masarykova nemocnice, Ústí nad Labem*

**15. Ošetřování popáleniny na ambulanci**

Pianezzerová M.

*Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, Nemocnice na Bulovce, Praha*

**16. Pooperační ošetřování popáleniny**

Dulovcová L.

*Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, Nemocnice na Bulovce, Praha*

**17. Spôsoby ošetrovania rán na detskej chirurgii**

Ucháľová, J., Stankovianska, M.

*Klinika detskej chirurgie, JLF UK a UNM, Martin*

**18. Fasciotomie – mezioborová spolupráce**

Hlachová, M., Kovandová, K.

*Dětské oddělení – jednotka intenzivní a resuscitační péče, Nemocnice České Budějovice*

**19. Syndrom CAN**

Chlupová K.

*Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie (KDCHOT), Fakultní nemocnice, Brno*

**13:00–14:15 Oběd**

**14:20–16:25 Hrudník, GIT, urologie a obecné**

**(Kaplová, Vodilová)**

**20. Jdeme s dobou – nový trend v ošetřování centrálního žilního katétru**

Jirků P., Nečasová I.

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

**21. Sestřička pacientem – neocenitelná zkušenost**

Melicherová J.

*Oddělení dětské chirurgie – dětské úrazové centrum, Masarykova nemocnice, Ústí nad Labem*

**22. Plicní sekvestrace u dětí**

Bejčková K.

*Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, Fakultní nemocnice, Brno*

**23. Sekvestrácia pľúc**

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

*Klinika detskej chirurgie, JLF UK a UNM, Martin*

**24. Náhodné požití cizího tělesa**

Koláčná M.

*Dětská klinika UJEP, Masarykova nemocnice Ústí nad Labem*

**25. Pseudocysty pankreatu v dětském věku**

Knötigová L.

*Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, Fakultní nemocnice, Brno*

**26. Zvláštnosti chirurgické léčby u pacientů s nádorem tlustého střeva**

Machálková A.

*Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, Fakultní nemocnice, Brno*

**27. Hirschsprungova choroba aneb když rodina nepomáhá v léčbě**

Vejtasová E.

*Klinika dětské chirurgie, traumatologie a ortopedie, Fakultní nemocnice, Brno*

**28. Malfunkce V-P shuntu**

Příbylová I.

*Pracoviště dětské medicíny, Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, JIP 11, Fakultní nemocnice, Brno*

**29. Biofeedback v léčbě dysfunkcí dolních močových cest a inkontinence u dětí**

Hůrková L., Trachta J.

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

**30. Specifika ošetrovatelské péče u dětí s apendikovezikostomií**

Müller D., Tichá R.

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

**31. Kvalita života s hypospadií**

Pacáková A., Štěřbová L.

*Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, Fakultní nemocnice, Hradec Králové*

**32. Kazuistika zaškrcení penisu ocelovým kroužkem u 14letého chlapce**

Kloučková J., Ducháčková L.

*Ambulance dětské chirurgie a traumatologie, Fakultní nemocnice, Hradec Králové*

**16:25–16:50 Coffee break**



# VÁŠ SPECIALISTA NA RENOVACE LÉKAŘSKÝCH NÁSTROJŮ

## JSME PRO VÁS TOU NEJLEPŠÍ VOLBOU

- ▶ zabýváme se vývojem, výrobou a servisem lékařských nástrojů již 70 let
- ▶ dlouholetá tradice firmy je zárukou naší kompetentnosti nabízet servisní služby a renovace
- ▶ používáme pouze kvalitní materiály
- ▶ zakázku vyřídíme do 10 dnů
- ▶ po domluvě možnost expresního vyhotovení zakázky
- ▶ máme příznivou cenovou politiku

## VÝHODY SERVISNÍCH SLUŽEB

- ▶ prevence vzniku nežádoucích nehod při práci s nástroji
- ▶ kontrola správného stavu, parametrů a funkcí nástrojů
- ▶ finanční úspora nákladů



NÁSTROJ  
PŘED  
RENOVACÍ



NÁSTROJ  
PO  
RENOVACI

[www.medin.cz](http://www.medin.cz) | +420 566 684 327 | [prodej@medin.cz](mailto:prodej@medin.cz)

MEDIN, a.s. | Vlachovická 619 | 592 31 Nové Město na Moravě | Česká republika



## OLYMPUS Visera 4K UHD systém pro efektivní a precizní laparoskopickou operativu

### Revoluční systém Visera 4K UHD nabízí:

- revoluční rozlišení 3840 x 2160 pixelů
- dvakrát vyšší horizontální i vertikální rozlišení než u běžného HDTV systému
- monitory o velikosti až 55"
- schopnost reprodukce a zobrazení širšího spektra barev, především červené
- nové ultra HD teleskopy s použitými ED čočkami, které snižují chromatickou aberaci
- prvotřídní kvalitu obrazu nejen ve 4K, ale i při použití stávajících HD optik

# 4K



# **SBORNÍK ABSTRAKT**

**LÉKAŘSKÁ SEKCE  
SESTERSKÁ SEKCE**

## Plánka L.

*Výbor České pediatricko-chirurgické společnosti JEP*

### **Cíl:**

Výbor České pediatricko-chirurgické společnosti si stanovil jako jeden ze svých programových úkolů provést mapování činnosti dětských chirurgů na území České republiky. Zejména v době obhajoby základního oboru, plánování dalšího vzdělávání dětských chirurgů a postupného vytrácení chirurgické péče ze sektorových pracovišť jde o informace velmi důležité. Průběžné výsledky analýzy jsou předloženy na výročním kongresu ČPCHS.

### **Metodika:**

Byly definovány 3 okruhy otázek (personální, organizační, operační), ze kterých byl sestaven dotazník. Elektronicky i poštou byl rozeslán na vedoucí všech chirurgických pracovišť v České republice (přednostové a primáři chirurgií případně dětských chirurgií). Z obdržených odpovědí pak byly sestaveny souborné tabulky a schématické mapy pokrytí pro jednotlivé charakteristiky (typ pracoviště, věk ošetřovaných pacientů, typy prováděných výkonů, atd.).

### **Výsledky:**

Z kompletního seznamu 101 pracovišť s akutní chirurgickou péčí bylo vráceno zpět 51 dotazníků, přitom všechna tradiční pracoviště odpověděla. Přiznáno bylo celkem 73 dětských chirurgů, z toho 44 ve věku do 55 let, 26 lékařů je v přípravě. Operace novorozenců jsou prováděny na 9 pracovištích, na stejných potom operace dětí do 2 let, dalších 20 pracovišť operuje děti do 15 let. Operace prováděné na naprosté většině pracovišť jsou hernioplastiky a operace traumatologické, většina pracovišť vyřeší invaginaci a retenci varlete. Ostatní výkony spadají do činnosti zmíněných devíti pracovišť. Součástí prezentace jsou další podrobnosti.

### **Závěr:**

Analýza poukázala zejména na nedostatek dětských chirurgů, absenci centrálních pracovišť a dominanci traumatologických výkonů ve výčtu operací. Je třeba velmi recentně formulovat strategii dalšího vývoje a formování oboru.

**Frýbová B.<sup>1</sup>, Trčka J.<sup>1</sup>, Petrášová N.<sup>1</sup>,  
Keslová P.<sup>2</sup>, Šnajdauf J.<sup>1</sup>, Rygl M.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> *Klinika dětské chirurgie, LF2 UK a FN Motol, Praha*

<sup>2</sup> *Klinika dětské hematologie a onkologie, LF2 UK a FN Motol, Praha*

### **Cíl studie:**

Intestinální pneumatóza je vzácnou komplikací u pacientů po alogenní transplantaci kostní dřeně, často doprovázející reakci štěpu proti hostiteli (GVHD). Management pneumoperitonea při intestinální pneumatóze je pro chirurga obtížným rozhodnutím, které provází indikační rozpaky. Cílem této studie je vyhodnotit dopad chirurgických rozhodnutí na pacienty s pneumoperitoneem při intestinální pneumatóze.

### **Metody:**

Retrospektivní studie dat 269 pacientů po alogenní transplantaci kostní dřeně z let 2007-2017.

### **Výsledky:**

Za posledních deset let bylo léčeno 5 pacientů po alogenní transplantaci kostní dřeně, u kterých bylo diagnostikováno pneumoperitoneum při intestinální pneumatóze. Všichni pacienti trpěli chronickou GVHD. Dominujícími symptomy byla distenze a bolest břicha. Všech 5 pacientů bylo indikováno ke konzervativní terapii. 4 pacienti podstoupili hyperbarickou oxygenoterapii s dobrými výsledky. Žádný z pacientů nezemřel na následky konzervativně řešeného pneumoperitonea.

### **Závěr:**

Operovat či neoperovat pneumoperitoneum u pacienta s intestinální pneumatózou je obtížné chirurgické rozhodnutí. Na základě našich zkušeností a v souladu s dostupnou literaturou doporučujeme konzervativní postup. Chirurgická intervence je u těchto pacientů velmi riziková.

### **Klíčová slova:**

pneumoperitoneum, intestinální pneumatóza, transplantace kostní dřeně, reakce štěpu proti hostiteli

**Kubát M., Plánka L., Tůma J., Turek J.**

*Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, Fakultní nemocnice a LFMU, Brno*

### **Cíl:**

Nekrotizující enterokolitis je nejčastější akutní onemocnění střeva předčasně narozených novorozenců. Onemocnění se projevuje ischemií a nekrózou stěny střeva. Patofyziologie vzniku nekrotizující enterokolitis je multifaktoriální a doposud ne zcela probádána. Roli hrají imaturita střeva, bakteriální dysbióza, porucha krevního zásobení a další faktory. Jednou z hypotéz je existence hypoperfundovaných oblastí střeva, které jsou náchylnější k vzniku ischemie. Nejčastěji postiženou oblastí je popisováno terminální ileum a kolon, autoři se zaměřují na objektivizaci frekvence výskytu postižení NEC v průběhu celého střeva. K tomu bylo nezbytné aproximovat délku střeva ve vztahu k porodní hmotnosti.

### **Metodika:**

Mezi lety 2002-2016 bylo provedeno na KDCHOT 81 revizí dutiny břišní pacientů diagnózou NEC stadia 2B, a 3 dle Bella. Pacienti byli nejprve rozděleni podle porodní hmotnosti do tří skupin a matematickým modelováním byla aproximována délka střeva, aby bylo možné nálezy srovnat. Následně byl u každého z nich hodnocen peroperační nález, tedy lokalizace projevů NEC a její rozsah postižených úseků střeva.

### **Výsledky:**

Na KDCHOT bylo operováno 37 pacientů s ELBW, 24 pacientů s VLWB, 20 pacientů s LBW. Ze souboru bylo 6 pacientů s pankolitidou. Byl nalezen statisticky významný nález postižení střeva v oblasti, která odpovídá povodí arteria ileocolica. Při porovnání průměru výskytu NEC pomocí ANOVA analýzy byl nalezen mezi jednotlivými sledovanými skupinami statisticky signifikantní rozdíl.

### **Závěr:**

Z analýzy vyplývá možná hypoperfúze ileokolické oblasti a nutnost brát v potaz porodní hmotnost a tím předpokládanou délku střeva. Obojí může zásadně ovlivnit prognózu postižené části střeva a tím strategii vedení operace včetně rozsahu resekce a konstrukce stomíí.

**Marek O., Kubát M., Tůma J., Plánka L.**

*Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, Fakultní nemocnice, Brno*

### **Cíl:**

V klinické praxi se setkáváme s perforací gastrointestinálního traktu u novorozenců na různém podkladu. Naším cílem bylo vytřídit a nalézt právě ty perforace, které jsou s největší pravděpodobností spontánní, a ověřit, jestli jsou tyto případy lokalizovány skutečně jen na oblast žaludku, nebo je možné je očekávat i na jiné části trávicí trubice. Zde se totiž zdaleka nejčastěji s perforací setkáme u nedonošených pacientů na podkladě nekrotizující enterokolitidy, u ostatních pak z důvodu poruchy pasáže z různých příčin.

### **Metodika:**

Retrospektivní analýza pacientů léčených a operovaných s perforací GIT na pracovišti dětské chirurgie, ze kterých byli postupně vyřazeni pacienti s nekrotizující enterokolitidou, dále pacienti s perforací na podkladě poruchy pasáže, tzn. mukoviscidóza, mekoniový ileus a m. Hirschsprung a pacienti po iatrogenní perforaci (například po kolonoskopii). Hodnocení probíhalo na základě operačního protokolu, následně histologického vyšetření a průběhu hospitalizace (předchorobí, pooperační období).

### **Výsledky:**

V letech 2013 - 2017 se na našem pracovišti vyskytlo celkem šest pacientů s podezřením na spontánní perforaci GIT. Z toho pět pacientů se spontánní perforací žaludku a jeden pacient s perforací terminálního ilea. Ostatní pacienti byli vyřazeni v průběhu zpracování dat většinou na základě histologického vyšetření.

### **Závěr:**

Nejčastěji jsme se setkali se spontánní perforací žaludku, která je pravděpodobně na podkladě vrozeného defektu stěny svaloviny. Na ostatních částech GIT jsou spontánní perforace dle našeho souboru skutečně velice raritní, objevili jsme však jednu perforaci terminálního ilea a v delší historii byla operována i spontánní perforace sigmoidu, takže ji nelze považovat za nemožnou.

**Trčka J., Frýbová B., Rygl M.**

---

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

**Cíl:**

U dětí, ve srovnání s operačními přístupy u dospělého pacienta, stále převládá otevřený operační přístup k ošetření tříselné kýly. Tato práce se zabývá možnostmi laparoskopického ošetření tříselné kýly u dětí, jeho historií a dále konkrétními zkušenostmi našeho pracoviště s prvními pacienty ošetřenými inovativní laparoskopicky asistovanou technikou PIRS (Percutaneous Internal Ring Suturing).

**Metoda:**

Laparoskopické ošetření tříselné kýly u dětí je obvykle prováděno s pomocí tří portů zavedených přes břišní stěnu a následným intraabdominálním přešitím defektu v třísele. Tato technika je náročnější na čas i na zkušenosti operatéra. Ošetření tříselné kýly technikou PIRS se provádí s použitím jediného portu pro videokameru a z perkutánního vpichu v postiženém třísele. Uzlení stehů pro podvaz kýlního vaku probíhá extraabdominálně a výsledný kosmetický efekt je velmi příznivý.

**Výsledky:**

Videoprezentace operační techniky.

**Závěr:**

Technika PIRS je podle našich prvních zkušeností i dostupné literatury vhodnou alternativou ošetření tříselné kýly.

**Trčka J.<sup>1</sup>, Šnajdauf J.<sup>1</sup>, Kováčová A.<sup>2</sup>, Rygl M.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> *Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN Motol, Praha*

<sup>2</sup> *Klinika zobrazovacích metod, 2. LF UK a FN Motol, Praha*

## **Úvod:**

Tupé poranění sleziny u dětí je závažný stav, který byl v minulosti často řešen splenektomií. Pro riziko vzniku postsplenektomické sepse se v současnosti u dětí preferuje konzervativní postup nebo záchovné výkony na slezině.

## **Metodika:**

Retrospektivní analýza pacientů s tupým poraněním sleziny hospitalizovaných na našem pracovišti v letech 2008-2017. Všichni pacienti měli radiologicky prokázané poranění sleziny. Hodnocena byla demografická data, mechanismus úrazu, sdružená poranění, délka pobytu v nemocnici, morbitita a mortalita. Jednotlivé parametry byly hodnoceny zvláště ve skupině operovaných pacientů a ve skupině pacientů neoperovaných.

## **Výsledky:**

Za období let 2008-2017 bylo na naší klinice hospitalizováno celkem 77 pacientů (27 dívek, 50 chlapců) s tupým poraněním sleziny. Průměrný věk pacientů v době úrazu byl 8,9 roku v operované skupině, v neoperované skupině pak 10,3 roku. Nejčastějším mechanismem úrazu byly pád a autonehody prezentující se ve většině případů jako bolesti břicha. Diagnóza byla stanovena nejčastěji vstupním ultrazvukovým vyšetřením, u pacientů s polytraumatem pak CT scanem. 62 pacientů (81%) bylo léčeno konzervativně, u zbývajících 15 pacientů (19%) bylo na podkladě hemodynamické nestability či přidružených poranění přistoupeno k operační revizi dutiny břišní. Operačním výkonem byla 12 krát splenektomie, pouze u 3 případů bylo možné provést záchovný výkon s parciální resekci sleziny. Výskyt OPSI (Overwhelming Post Splenectomy Infection) v našem souboru pacientů nebyl zaznamenán.

## **Závěr:**

Konzervativní postup při tupém poranění sleziny je indikovaný u hemodynamicky stabilních dětí. Při operačním řešení u nestabilních a polytraumatizovaných pacientů převažují splenektomie nad záchovnými operacemi.

**Knížetová, A., Havránek, P., Pešl, T.**

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

### **Cíl:**

Specifikovat indikační kritéria k chirurgickému řešení zlomenin (resp. separací epifýzy) proximálního humeru. Zdůraznit rozdíly v terapeutickém přístupu mezi fyzárním poraněním a frakturou metafýzy proximálního humeru.

### **Metodika:**

Retrospektivní monocentrická studie souboru pacientů ošetřených na KDCHT 3. LF UK v období od 1. 12. 2012 do 31. 1. 2018. Hodnocení úrazových rentgenových snímků ve standardních projekcích (předozadní a transtorakální) skupinou autorů. Použité klasifikace: Klasifikace dle Saltera a Harrise, klasifikace dle Neera a Horwitze. Literární řešerše.

### **Výsledky:**

V uvedeném období jsme ošetřili celkem 15 679 pacientů se skeletálním poraněním. Z toho 241 (1,5 %) pacientů utrpělo úraz v oblasti proximálního humeru. Ve 128 případech se jednalo o fyzární poranění, u 113 dětí o metafyzární zlomeninu. U 69 pacientů byla po zavřené repozici provedena minimálně invazivní osteosyntéza metodikou ESIN v atypické indikaci. U 4 pacientů bylo nutné provést otevřenou repozici pro interpozici měkkých tkání a následně osteosyntézu identickou metodikou. Konzervativně jsme léčili 169 pacientů (70,1 %).

### **Závěr (diskuse):**

Proximální fýza humeru je růstově velmi aktivní. Tato skutečnost umožňuje akceptovat i vyšší stupeň dislokace s předpokladem dokonalé remodelace v závislosti na věku pacienta. Přístup k léčbě bychom měli volit s ohledem na lokalizaci linie lomu (metafyzární versus fyzární poranění), typ dislokace, věk poraněného, stav fýzy a compliance pacienta.

**Chamrádová B., Chamrád J., Nikel J.**

*Chirurgicko-traumatologické oddělení, Nemocnice Frýdek-Místek, p. o.*

**Úvod:**

Zlomeniny distálního předloktí patří k velmi častým úrazům dětského věku. V případě primárního ošetření v cizině se pak může v našich ambulancích setkat s nezvyklými typy osteosyntézy. Řešení případných komplikací poté vyžaduje i určitou dávku improvizace.

**Metodika:**

Autoři předkládají kazuistiku 5letého chlapce, u kterého byla zlomenina na rozhraní distální dia- a metafýzy obou kostí předloktí primárně ošetřena v jedné mimoevropské zemi. Byla provedena otevřená repozice a na naše poměry netradiční transfyzární nitrodřeňová osteosyntéza, po které došlo k redislakaci a opožděnému hojení na distálním radiu.

**Výsledky:**

Řešení redislakace bylo komplikováno poměrně rozsáhlým operačním přístupem provedeným při primárním ošetření a pro nás nezvyklým transfyzárním zavedením nitrodřeňové osteosyntézy. Jako nejméně zatěžující výkon jsme se nejprve rozhodli odstranit původní osteosyntetický materiál a provést zavřenou repozici. Poté však opět došlo k angulaci zlomeniny a na rtg byly patrné známky opožděného hojení na distálním radiu. Situaci jsme vyřešili prográdní nitrodřeňovou osteosyntézou, při které byla ušetřena nejen fýza, ale vyhnuli jsme se i původnímu operačnímu přístupu.

**Diskuze:**

O ideálním typu osteosyntézy pro oblast rozhraní distální diafýzy a metafýzy radia se stále vedou diskuze a neexistuje jednoznačný názor. Prográdní nitrodřeňové zavedení implantátů zatím většinou nepatří mezi standardní postupy. Minimálně se ale jedná o velmi užitečnou alternativu v případě, kdy není možné z různých důvodů použít retrográdní typ osteosyntézy.

**Závěr:**

Pro nás nestandardní primární ošetření si vyžádalo nestandardní řešení komplikací. 6 měsíců od úrazu je chlapec bez subjektivních obtíží, objektivní omezení pohybu je minimální a nadále zůstává v naší dispenzarizaci pro riziko poruchy růstu z důvodu transfyzárního zavedení primární osteosyntézy.

## Hladiny vitamínu D a dětské zlomeniny – průběžná zpráva ze studie

**Hendrych J. <sup>1</sup>, Bayer M. <sup>2</sup>, Havránek P.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> *Klinika dětské chirurgie a traumatologie, 3. LF UK a Thomayerova nemocnice, FEBPS, Praha*

<sup>2</sup> *Klinika dětí a dorostu, 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Osteocentrum Thomayerovy nemocnice, Praha*

### **Cíl:**

Výsledkem studie *Vliv vitamínu D na rychlost a kvalitu hojení poraněné rostoucí kosti* má být stanovení významu suplementace cholekalciferolem při hojení skeletálních poranění u dětí a dospívajících a při potvrzení pozitivního vlivu pak zařazení vitamínu D3 do standardních léčebných protokolů.

### **Metodika:**

Prvním krokem je přehled dostupné světové i tuzemské literatury zabývající se vztahem vitamínu D a hojení zlomenin rostoucího skeletu.

V naší studii pak prospektivně po dobu minimálně tří let na dvou častých a reprezentativních poraněních dětského skeletu zkoumáme vliv podávání vitamínu D na jejich hojení. První skupinou jsou zlomeniny diafýz kostí předloktí, druhou pak zlomeniny diafýzy femuru.

Všem pacientům zařazeným do studie jsou vstupně změřeny laboratorní hodnoty vitamínu D. Obě skupiny jsou náhodně rozděleny do dvou přibližně stejně velkých skupin. Jedné skupině je po celou dobu léčby podáván vitamín D3, druhé skupině podáván není. Průběžně pak budou hodnoceny jak laboratorní hodnoty, tak stav a kvalita hojení hodnocením svalku z rtg snímků. Hodnocení rtg bude probíhat nezávisle na sobě dvěma v hodnocení skeletálních poranění velmi zkušenými klinikami podle předem určené škály hojení.

### **Výsledky:**

Ve světové literatuře bylo ve studiích nalezeno celkem 1034 pacientů se zlomeninou, z nichž 26,4 % mělo deficit vitamínu D, 42,5 % sníženou saturaci vitamínem D a 31,1 % normální hladiny. V kontrolních skupinách těchto studií pak bylo nalezeno 881 dětí bez zlomeniny, z nichž 19,8 % mělo deficit, 47,5 % sníženou saturaci vitamínem D a 32,7 % normální hladiny.

V naší studii bylo zatím hodnoceno 36 pacientů, z toho 14 dívek a 22 chlapců, průměrný věk je zatím 8,9 let (1–17,5, medián 9,5). Vstupně mělo 14 pacientů deficit vitamínu D, 12 sníženou saturaci vitamínem D a 10 normální hladinu. Průměrná vstupní hodnota byla 62 nmol/l = 24,8 ng/ml (31–134, medián 54,

---

resp. 12,4–53,7, medián 21,4). Celkem bylo zatím u těchto pacientů provedeno 94 vyšetření. Průměrná hodnota byla 62 nmol/l = 25 ng/ml (24–181, medián 58, resp. 9,6–72,5, medián 23).

**Závěr:**

Podle v současnosti dostupných studií je u řady světových populací velmi častý výskyt snížené saturace organismu vitamínem D, což může hrát negativní roli v řadě metabolických a imunologických dějů. Přitom další literární údaje předpokládají pozitivní vliv vitamínu D na rychlost a kvalitu hojení skeletálních poranění, validní studie této problematiky u dětí a dospívajících však dosud k dispozici nejsou.

Průběžná data naší studie zatím potvrzují nižší hladiny saturace vitamínem D u zařazených pacientů, další výsledky a především srovnávání s hojením pomocí rtg snímků bude v dalších fázích studie následovat.

**Popelová E.<sup>1</sup>, Kynčl M.<sup>1</sup>, Rygl M.<sup>2</sup>**<sup>1</sup> *Klinika zobrazovacích metod, 2. LF UK a FN Motol, Praha*<sup>2</sup> *Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN Motol, Praha*

Dětské radiologové z univerzitního pracoviště 3. typu ve spolupráci s dětskými chirurgy představí společně doporučený algoritmus zobrazovacích metod při podezření na obstrukci trávicí trubice u novorozence.

Hlavní důraz bude kladen na diagnostiku malrotace a volvulu, přehledně budou zmíněny základní indikace pasáže trávicím traktem, stejně jako indikace pro irrigografii ve vztahu k uvedené problematice obstrukcí. Tématem bude rovněž úloha ultrazvukového vyšetření při podezření na obstrukci GIT. Příspěvek poskytne odpovědi na tyto a další otázky z běžné praxe pediatrického chirurga ve vztahu k diagnostickému zobrazení. Součástí prezentace bude závěrečný interaktivní kvíz, během kterého budou mít posluchači možnost ověřit si své znalosti z této problematiky.

**Dvořák O.<sup>1</sup>, Malý J.<sup>1</sup>, Štichhauer R.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *Dětská klinika, LF UK a FN Hradec Králové*

<sup>2</sup> *Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, LF UK a FN Hradec Králové*

**Úvod:**

I když od prvního popisu nekrotizující enterokolitidy Charlesem Billardem uplynuly téměř dvě století a v posledních dekádách byly publikovány mnohé poznatky o prevenci a léčbě tohoto závažného onemocnění, nadále zůstává nekrotizující enterokolitida jednou z vedoucích příčin morbidity a mortality předčasně narozených novorozenců.

**Metodika:**

Retrospektivní statistická analýza dat.

**Výsledky:**

Ve spádovém regionu Perinatologického centra LF a FN v Hradci Králové se v letech 2010–2017 narodilo 100 233 novorozenců, z toho 7 165 novorozenců s porodní hmotností < 2500 g. V hmotnostní kategorii < 1500 g bylo 907 novorozenců, z toho 119 novorozenců s porodní hmotností < 750 g.

Nekrotizující enterokolitida (stádium minimálně II A dle Bellových kritérií) byla diagnostikována v 86 případech (incidence 0,86 ‰). Incidence NEC v hmotnostní kategorii < 1500 g byla v našem regionu 5,6 %, v hmotnostní kategorii pod 1000g 10,5 %, u novorozenců s porodní hmotností pod 750 g 12,6 %. Letalita novorozenců s porodní hmotností < 750 g dosahovala až 46 %, u novorozenců s hmotností < 1500 g 24,5 %, v celém našem souboru 86 pacientů s NEC činila 23 %.

Letalita dle gestačního stáří byla ve skupině novorozenců narozených mezi 24. až 28. týdnem 33,3 %, u novorozenců narozených mezi 29. až 32. gestačním týdnem 22,7 % a ve skupině novorozenců narozených po 33. týdnu těhotenství 10,7 %. Stádium II dle Bella jsme diagnostikovali celkem 58krát, stádium III 28krát.

Konzervativně bylo léčeno 21 pacientů ve stadiu II a jeden pacient ve stadiu III (fulminantně probíhající sepse s multiorgánovým selháním a exitem ještě před operací). Zbývajících 64 pacientů podstoupilo chirurgickou léčbu. Standardním postupem je na našem pracovišti resekcce postiženého úseku střeva a založení terminální stomie. Při příznivém pooperačním průběhu je prováděn druhý operační výkon se zrušením stomie a obnovením kontinuity GIT s od-

---

stupem 1–2 měsíců. Mezi chirurgicky léčenými pacienty byla souhrnná letalita 30 % (19 % u pacientů s NEC II a 42 % ve skupině pacientů s NEC III dle Bella), mezi konzervativně léčenými pacienty byla souhrnná letalita 9.5 %. Průměrná délka hospitalizace u konzervativně léčených pacientů byla 49 dní, u pacientů léčených chirurgicky 84 dní.

**Závěr:**

Výše uvedená data jsou mírně lepší nebo srovnatelná s výsledky publikovanými v západní Evropě a Severní Americe. V posledních letech lze pozorovat velmi pozvolně klesající trend incidence tohoto onemocnění, i tak zůstává nekrotizující enterokolitida závažným onemocněním, které zásadně ovlivňuje přežití i dlouhodobý outcome předčasně narozených novorozenců a to i přes maximální šetrný přístup k těmto dětem.

**Dragula M., Špaková B., Molnár M.**

*Klinika detskej chirurgie, JLF UK a UNM, Martin*

Atrézia ezofágu bola vždy prototypom modernej chirurgie. Zatiaľ čo v minulosti bola považovaná za abnormalitu nezlúčiteľnú so životom, neskôr sa pozornosť venovala korekcii malformácie a v posledných rokoch sa dôraz posunul smerom ku kompletnému spektru liečby tejto anomálie a všetkých jej následkov. Zo 100% mortality v čase rozpoznania tejto choroby sa dnes stala anomáliou s 90% nádejou na prežitie. Od prvej úspešnej reparácie atrézie pažeráku neuplynulo síce až tak veľa času, no odvtedy sa veľa zmenilo. Prežívanie sa výrazne zlepšilo vďaka lepšej intenzívnej starostlivosti a taktiež vďaka novým technikám nápravy defektu.

Autori prezentujú výsledky retrospektívnej štúdie pacientov operovaných pre AE s/bez TEF počas posledných 20 rokov na ich pracovisku. Zameriavajú sa na klinickú manifestáciu, diagnostiku, výskyt sprievodných anomálií, no najmä na chirurgickú liečbu, jej výsledky, následné komplikácie a príčiny úmrtia.

## Atrézie ezofágu – retrospektívna multicentrická štúdia zo Slovenska (2011–2015)

**Fedorová L., Zahradníková P., Babala J., Chochol J., Trnka J., Dragula M., Špaková B., Koreň R., Vík A., Bockanič Ľ., Gočík M.**

*KDCH NÚDCH Bratislava, KDCH UN Martin, KDCH DFNSP Banská Bystrica, ODCH DFNSP Košice*

### **Cieľ:**

Cieľom našej štúdie bolo zistiť celoslovenskú incidenciu atrézie pažeráka, diagnostiku, typ chirurgickej intervencie a výsledky operácií.

### **Metodika:**

Retrospektívne sme analyzovali súbor pacientov s atréziou pažeráka za obdobie rokov 2011–2015. Spolupracovali sme s ostatnými klinikami a oddelením detskej chirurgie na Slovensku, ktoré nám poskytli údaje o ich súboroch.

### **Výsledky:**

Na Slovensku bolo za obdobie 5 rokov narodených a operovaných 57 detí s atréziou pažeráka. Mužské pohlavie bolo zastúpené v 65 %. Najčastejší typ atrézie podľa Vogt klasifikácie bol v 86 % Vogt 3b. Polyhydramnion u matiek sme zaznamenali v 33 %. Priemerná pôrodná hmotnosť bola 2541 gramov. Až v 58 % sa u detí s AE vyskytovala kardiálna chyba, čo bola najčastejšia pridružená anomália. V 89 % sa zvolil torakotomický prístup, primárna anastomóza bola možná u 70 % pacientov zo súboru. 17 (30 %) pacientov bolo peroperačne hodnotených ako „long-gap“ a vyžadovalo viacdobý prístup. Postoperačná ezofagografia bola realizovaná priemerne na 9,6 pooperačný deň. Najčastejšou komplikáciou bola striktúra v anastomóze, ktorú sme zaznamenali u 27 pacientov (47 %). Opakovaná dilatácie boli nutné u 21 (27 %) pacientov. GER v priebehu jednoročného sledovania malo 15 % pacientov. Celková úmrtnosť bola na úrovni 26,3 %. Najčastejšou príčinou úmrtia bola sepsa a multiorgánové zlyhanie. Faktory, ktoré najvýraznejšie zvyšujú riziko úmrtia v našom súbore sú viacpočetné anomálie a to najmä kardiálne. V skupine s veľkou vzdialenosťou pahýľov je úmrtnosť viac ako dvojnásobná (40 %) oproti skupine s normálnou vzdialenosťou pahýľov (15 %).

### **Záver:**

V súčasnosti je mortalita pri AE podmienená najmä vysokým výskytom pridružených anomálií. Morbidita u pacientov s AE v dôsledku pooperačných komplikácií ostáva vysoká.

## **Bibza J., Hornová J., Kosnáčová J.**

*Klinika detskej chirurgie, NÚDCH Bratislava*

*Detská klinika, NÚDCH Bratislava*

### **Cieľ:**

Analýza pacientov s cholestázou a s podozrením na atréziu žlčových ciest

Spracovaný súbor tvoria pacienti od 1. 1. 2009 do 1. 1. 2015 (5 rokov). Súbor zahŕňa 22 pacientov. Všetci pacienti boli operovaní – podstúpili laparotómiu a odber bioptických vzoriek z pečene na histologické vyšetrenie. U všetkých laparotomovaných pacientov bola vykonaná cholangiografia. Peroperačný nález u niektorých pacientov limitoval technické možnosti cholangiografického vyšetrenia – v prípade, že sa vyskytli len rudimenty extrahepatálnych žlčových ciest bez prítomnosti lúmenu, do ktorého by sa dala aplikovať kontrastná látka. U 11 pacientov po cholangiografii, ktorou sa dokázala nepriechodnosť extrahepatálnych žlčových ciest, nasledovala Kasaiova operácia. Ďalší 2 pacienti podstúpili Kasaiovu operáciu neskôr. Jeden pacient bol reoperovaný, pre nedostatočnú drenáž žlče, vykonaná bola reportoenteroanastomóza 40 dní po Kasaiovej operácii. Biopsia pečene bola vykonávaná peroperačne u všetkých pacientov. Vzorky pečene boli histologicky zhodnotené a pomocou Ishakovho skóre bol hodnotený stupeň pečenej fibrózy. Najčastejšie komplikácie boli portálna hypertenzia s rozvojom ezofageálnych varixov, cholangitída a komplikácie súvisiace s transplantáciou pečene. Rozvoj cholangitídy sme pozorovali u 4 pacientov. U dvoch pacientov boli cholangitídy recidivujúce. Z desiatich pacientov, ktorí podstúpili transplantáciu pečene, sme zaznamenali komplikácie súvisiace s transplantáciou u štyroch z nich, traja exitovali. Priemerný časový interval od narodenia po transplantáciu sa pohyboval okolo 277 dní. Jedna pacientka sa pripravuje na transplantáciu a 5 pacientov doteraz nepodstúpilo transplantáciu a prežíva so svojou natívnou pečeňou. Jeden pacient exitoval pre závažné kardiálne ochorenie.

### **Záver:**

Autori dokumentovali priebeh ochorenia v súbore 22 pacientov s cholestázou indikovaných na chirurgickú revíziu. U 17 pacientov z uvedeného súboru zaznamenali priebeh a komplikácie po Kasaiovej operácii a u 10 pacientov priebeh po transplantácii pečene. Výsledky sú porovnateľné s výsledkami uvádzanými v odbornej literatúre.

**Molnár M., Murgaš D., Bakoš J. Dragula M.***Klinika detskej chirurgie, UNM a JLF UK, Martin***Úvod:**

Biliárna atrézia sa v európskych krajinách vyskytuje u jedného z 8 000–9 000 narodených detí. Vedie k redukcii žlčových ciest, čo môže mať pri neskorej diagnostike a liečbe fatálne následky.

**Metodika:**

Autori prezentujú prípad 7 mesačného dieťaťa s obštrukciou extrahepatálnych žlčových ciest a cystickou dilatáciou intrahepatálnych žlčových ciest.

**Výsledky:**

Po diagnostike obštrukcie v oblasti extrahepatálnych žlčových ciest bolo dieťa laparoskopicky asistovane operované a vytvorená Roux-Y anastomóza. Pre pretrvávajúci leak bola indikovaná laparotomická revízia. Pooperačný priebeh bol následne komplikovaný životohrožujúcou respiračnou infekciou a trombózou.

**Diskusia:**

Biliárna atrézia poškodzuje intrahepatálne a extrahepatálne žlčové cesty. Neskorá diagnostika a liečba môže mať fatálne následky. Operácia je indikovaná v skorom období, aby sa predišlo k poškodeniu pečene, cirhóze a nutnosti transplantácie. V tomto období je zvyčajne klinická manifestácia ochorenia u dieťaťa chudobná. Komplikácie súvisiace priamo s operačným výkonom spolu s nepredvídateľnými pooperačnými komplikáciami môžu viesť až k ohrozeniu života dieťaťa.

**Záver:**

Uvedený prípad poukazuje na nepredvídateľné pooperačné komplikácie po plánovanej operácii žlčových ciest pre atréziu.

Škába R.<sup>1</sup>, Poš L.<sup>1</sup>, Hoch J.<sup>2</sup>, Jech Z.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN Motol, Praha*

<sup>2</sup> *Chirurgická klinika, 2. LF UK a FN Motol, Praha*

Výskyt Hirschsprungovy choroby v dospělosti (HDA) je raritní. Doodnath and Puri (2010) našli 490 případů v anglickém písemnictví. Za jednu z příčin se pokládá pozdní nástup příznaků choroby. Avšak z patogeneze choroby a rozboru dostupných, publikovaných případů se jeví více pravděpodobné, že HDA začíná již v dětství, ale na vyvíjející se megakolon není řádně diagnosticky reagováno.

Předkládáme dvě vlastní kazuistiky, podporující tuto hypotézu.

### **Kazuistika 1.**

Pacient 46 let trpěl od dětství chronickou zácpou. V 16 letech podstoupil laparotomii, nalezeno megakolon, které blíže nevyšetřeno. Ve 41 letech perforace colon sigmoidem objemným fekalomem. Provedena rektosigmoideální resekce a založena koncová kolostomie. V odstupu 5 měsíců Swensonova koloanální anastomóza s pojistnou ileostomií. Pooperační průběh bez komplikací. Pacient má dvě stolice denně. Za 7 let po definitivní operaci měl adheziolyzu pro akutní střevní neprůchodnost. Jeho dcera byla operována pro HD ve věku 16 dní.

### **Kazuistika 2.**

Pacient 57 let. Ve 3 měsících a ve 2 letech života hospitalizován pro zvracení, neprospívání a zácpu. Stolice byla v intervalu až 14 dnů s dopomocí klyzmat. Na postupně vznikající megacolon nebylo reagováno. V 55 letech podstoupil koloskopii. S diagnózou refrakterní Crohnovy choroby odeslán k resekci postiženého střeva na chirurgickou kliniku, kde prokázána HD. Nejprve provedena levostranná hemikolektomie a následně koloanální anastomóza dle Swensona s rotací colon ascendens. Pooperační průběh bez komplikací. Nyní má pacient dvě kašovité stolice denně, subjektivně je bez obtíží. Ze studia literatury a předložených kazuistik se jeví více pravděpodobné, že HDA je důsledkem špatné diagnostiky příčiny megakolon v dětství, než důsledek pozdního nástupu příznaků HD v dospělosti.

## 17. Primární nádory žaludku u dětí

Petrášová N.<sup>1</sup>, Šnajdauf J.<sup>1</sup>, Petřů O.<sup>1</sup>, Frýbová B.<sup>1</sup>,  
Švojgr K.<sup>2</sup>, Kodet R.<sup>5</sup>, Mixa V.<sup>4</sup>, Kynčl M.<sup>3</sup>, Rygl M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN Motol, Praha*

<sup>2</sup> *Klinika dětské hematologie a onkologie, 2. LF UK a FN Motol, Praha*

<sup>3</sup> *Klinika zobrazovacích metod, 2. LF UK a FN Motol, Praha*

<sup>4</sup> *Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, 2. LF UK a FN Motol, Praha*

<sup>5</sup> *Ústav patologie a molekulární medicíny, 2. LF UK a FN Motol, Praha*

### Úvod:

Primární nádory gastrointestinálního traktu u dětí představují cca 5 % všech dětských malignit. Nádory žaludku se vyskytují vzácně a jejich optimální terapie proto není v současnosti jasně stanovena. Cílem práce je analýza průběhu onemocnění u našich pacientů, možnosti diagnostiky, léčby a prognóza onemocnění.

### Metody:

Retrospektivní analýza pacientů s primárním nádorem žaludku operovaných na našem pracovišti v letech 1993–2017.

### Výsledky:

Celkový počet pacientů léčených za období 25 let byl 7 (5 dívek a 2 chlapci). Průměrný věk v době diagnózy byl 12 let (5,6–15,4 roku). Nejpřesnější diagnostickou metodou bylo CT břicha a endoskopické vyšetření (n=5). Ultrazvuk břicha byl výpovědný jenom u 3 pacientů a MRI břicha byla indikována u 2 pacientů. U 5 pacientů byla provedena resekce žaludku typu Billroth I a u 2 pacientů extirpace tumoru. Průměrná velikost tumoru byla 8 cm. Histologicky se jednalo o GIST (gastrointestinální stromální nádor) u 4 pacientů a schwannom, myofibroblastický tumor a hamartom po jednom. Mikroskopicky radikální výkon byl proveden u 5 pacientů. U žádného z pacientů nebyly zaznamenány pooperační komplikace. Recidiva onemocnění se vyskytla u 3 pacientů (2x GIST, 1x myofibroblastický tumor) s nutností 3–6 reoperací. Generalizace onemocnění nastala u jedné pacientky (GIST). Všichni naši pacienti přežili, u dvou sledujeme stacionární reziduum tumoru. Průměrná délka sledování je 9 let (2 měsíce – 24,5 let).

### Závěr:

Nádory žaludku u dětí jsou raritní a mohou představovat diagnostický problém. I přes radikální odstránění tumoru zůstává vysoké riziko recidivy, proto pacienti vyžadují dlouhodobou dispenzarizaci. V našem souboru pacientů bylo dosaženo 100% přežití.

**Poš L.<sup>1</sup>, Petrášová N.<sup>1</sup>, Rousková B.<sup>1</sup>, Starková D.<sup>2</sup>, Škába R.<sup>1</sup>**<sup>1</sup> *Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN Motol, Praha*<sup>2</sup> *Klinika zobrazovacích metod, 2. LF UK a FN Motol, Praha***Cíl:**

Pooperační invaginace je vzácnou komplikací u dětí, které podstoupily operační výkon v dutině břišní. Její rozpoznání je obtížné vzhledem k atypickým příznakům a nízkému výskytu. Cílem tohoto sdělení je prezentovat naši zkušenost s touto ojedinělou diagnózou.

**Metodika:**

Retrospektivní studie pacientů, kteří byli od ledna 2012 do prosince 2017 léčení pro pooperační invaginaci.

**Výsledky:**

Ve sledovaném období 6 let se pooperační invaginace objevila celkem u 4 pacientů. Jednalo se o dvě dívky a dva chlapce. Průměrný věk v době diagnózy byl 11,2 měsíce (5–24). Pooperační invaginace byla diagnostikována průměrně 5. pooperační den (2.–9.). Hlavním klinickým příznakem bylo zvracení s příměsí žluče (100 %), jedna pacientka s Currarinovým syndromem a ileokolickou invaginací krvácela ze stomie. U všech pacientů byla diagnóza stanovena sonograficky. Tři invaginace byly ileo-ileální, jedna ileokolická. Délka invaginátu byla 4,5–30 cm. Všechny děti podstoupili operační desinvaginaci. U žádného pacienta nebyla nutná resekce střeva.

**Závěr:**

Na pooperační invaginaci je třeba pomýšlet u pacientů se známkami střevní obstrukce a krvácením ze střeva v časném pooperačním období. Včasná diagnóza snižuje riziko střevní resekce.

## Ileokolická invaginace u ročního dítěte na trakční léčbě pro diafyzární zlomeninu femuru: kazuistika

**Kudrnová, M., Havránek, P., Pešl, T.**

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

### **Cíl:**

Cílem sdělení je prezentace případu ročního dítěte, u kterého došlo k souběhu dvou vzájemně nesouvisejících závažných onemocnění, diafyzární zlomeniny femuru a ileokolické invaginace.

### **Metodika:**

Chorobopis pacienta (laboratorní výsledky, výsledky zobrazovacích vyšetření, operační protokol), literární řešerše.

### **Kazuistika:**

Na kliniku jsme přijali roční dítě s frakturou diafýzy pravého femuru po pádu matky s dítětem v náručí. Dítě bylo léčeno konzervativně Bryantovou náplastovou trakcí. Čtrnáctý den léčby začala dívka opakovaně zvracet, byla neklidná. Ve stolici se objevila příměs krve. Na USG vyšetření břicha byly pospány známky ileokolické invaginace. Provedli jsme hydrostatickou desinvaginaci, během které bylo nezbytné dívku sejmout z trakce. Bezprostředně po výkonu byla trakce opět naložena. Další průběh hospitalizace byl bez komplikací. Dvacátý druhý den léčby jsme dívku sejmuli z trakce a následně byla propuštěna do domácí péče. Femur se zhojil ve správném postavení a pacientka nadále neměla žádné poruchy pasáže.

### **Závěr:**

Souběh závažné úrazové diagnózy s náhlou příhodou břišní je sice teoreticky snadno možný a vysvětlitelný, nicméně v praxi jej pozorujeme velmi zřídka. Trakční léčba zlomeniny značně omezuje možnosti manipulace s pacientem a právě manipulace, nutná k diagnostice a léčbě břišního onemocnění může ohrozit výsledek léčby zlomeniny. Tato kontroverze klade na ošetřující značné nároky.

### Mixa V.

*Klinika anestézie, resuscitace a intenzivní medicíny, FN Motol, Praha*

Neurotoxita běžně užívaných anestetik na dozrávající mozek malého dítěte je v současné době často diskutovaná a ne zcela prokázaná skutečnost. Prostřednictvím NMDA a GABAergních receptorů mozku, na něž působí většina anestetik, je současně řízeno dozrávání centrálního nervového systému. Může tak být ovlivněna neurogeneze mozku s následkem poruchy kognitivních a behaviorálních funkcí. Tato obava se týká především období od 24. gestačního týdne po čtvrtý rok života dítěte. Ačkoliv výsledky recentních klinických studií nejsou ještě k dispozici, je nutno používat léky s nižší potenciální neurotoxicitou (sevofluran, opiáty), kombinovat celkovou a regionální anestézii a vyvarovat se všem vlivům, které by mohly případnou neurotoxicitu prohloubit (hypoxie, hyperkapnie, hypoglykemie, hypotermie apod.) V případě dotazu rodičů na neurotoxicitu léků užívaných v anestézii je vhodné použít formulaci „Současné poznatky týkající se neurotoxicity anestetik zdaleka nejsou dostačující ke změně dosavadní praxe.“

### **Řeháčková Z.**

*Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Fakultní nemocnice Hradec Králové*

*Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta Hradec Králové*

#### **Cíl:**

Bolest podle definice WHO je subjektivní nepříjemný sensorický a emocionální zážitek spojený se skutečným nebo potencionálním poškozením tkáně. Bolest negativně ovlivňuje dětského pacienta fyzicky i psychicky, významně zhoršuje jeho spolupráci při léčbě. Má nepříznivý vliv na fungování organismu, hojení a reparaci tkání, rehabilitaci a dobu stonání.

Časné rozpoznání bolesti, použití vhodných schémat pro hodnocení bolesti a neodkladné zahájení léčby je podmínkou pro nekomplikované hojení.

Přehled léčby bolesti vychází z doporučení WHO pro léčbu bolesti u dětí z roku 2012 i posledních publikovaných poznatků z této oblasti.

#### **Metodika:**

Diagnostika a hodnocení bolesti

Formy terapie bolesti

#### **Závěr:**

Pro úspěšnou léčbu akutní bolesti po úrazu nebo operaci dítěte je nezbytné opakovaně se dotazovat na přítomnost bolesti u pacientů. Hodnocení bolesti podle vhodné škály a sledování fyziologických funkcí je vhodné pro zhodnocení účinnosti a dostatečnosti analgetické terapie. Nedílnou součástí léčby jsou i alternativní postupy, přítomnost a aktivní účast rodičů a vyloučení rušivých faktorů.

Snahou je zcela eliminovat, nebo alespoň minimalizovat negativní emocionální zážitek – bolest.

Jen tak je možné si zajistit důvěru a spolupráci dětského pacienta.

**Prchlík M.<sup>1</sup>, Heinige P.<sup>1</sup>, Fajt M.<sup>1</sup>, Zajíček R.<sup>2</sup>, Pešl T.<sup>1</sup>, Havránek P.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> *Klinika dětské chirurgie a traumatologie, 3. LF UK a TNsP, Praha-Krč*

<sup>2</sup> *Klinika popáleninové medicíny, 3. LF UK a FNKV, Praha*

### **Cíl:**

Poukázat na komplexnost problematiky poskytování moderní resuscitační péče z pohledu medicínského ale i etického.

### **Metody:**

Autoři uvádějí stručný přehled zemřelých pacientů na JIRP KDCHT TN za desetileté období 2008–2017, zároveň jsou uvedeny dvě ilustrační kazuistiky poraněných dětí s infaustní prognózou se zcela odlišným průběhem a koncem.

### **Výsledky:**

V období 2008–2017 bylo na JIRP KDCHT hospitalizováno celkem 4462 dětí, z toho v resuscitační péči 534 pacientů a zemřelo celkem 13 dětí (0,3/2,4 %). Po úrazu jsme hospitalizovali za uvedené období 1865 dětí, z toho jich resuscitační péči vyžadovalo 198 a na následky traumatu zemřelo 6 pacientů (0,3/3,0 %). Celkem 6 pacientů po stanovení smrti mozku bylo předáno se souhlasem rodičů k odběru orgánů pro transplantační program.

### **Závěr:**

Strohá statistická čísla nepostihují komplexnost problematiky moderní resuscitační péče o kriticky nemocné děti, nevystihují úsilí pečujícího personálu ani jeho fyzické a psychické zatížení. Uvedené kazuistiky demonstrují složitost rozhodování a volby postupu v hraničních situacích při péči o smrtelně poraněné dítě. Stanovení infaustní prognózy u dětských pacientů zůstává velmi citlivým etickým problémem zvláště u smrtelných úrazů, kde pokrok v intenzivní medicíně a současné možnosti resuscitační péče mohou vést k nežádoucí dystonii se všemi negativními důsledky pro pacienta, rodinu a celou společnost.

**Preis J., Šafus A., Štichhauer R.**

*Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, Fakultní nemocnice, Hradec Králové*

*Centrum dětské traumatologie, Fakultní nemocnice, Hradec Králové*

Přednemocniční třídění (triáž) dětí s popáleninovým traumatem a potažmo pak jejich směrování do patřičného cílového zdravotnického zařízení není v současnosti zcela jednotné. Odborná Společnost Popáleninové medicíny ČLS JEP se snaží aktualizovat a sjednotit toto třídění a kodifikovat ho zveřejněním ve Věstníku MZ ČR. Výsledkem tohoto snažení by měla být centralizace léčby popálených dětí s konkrétními typy popálenin do popáleninových center a to podle zhodnocení již na úrovni místa primárního zásahu (ošetření).

### **Cíl:**

Cílem této práce bylo posoudit „dopad“ aktualizované triáže na počty dětí, historicky i aktuálně léčených na našem oddělení pro popáleniny, tj. vyhodnotit, jak splňují kritéria triáže. Dalším cílem bylo zhodnotit, jak přesně navrhovaná nová triáž skutečně oddělí pacienty, kteří léčbu v popáleninovém centru potřebují.

### **Materiál a metodika:**

V průběžně vedeném registru úrazů oddělení byly zpětně vyhodnoceny záznamy všech dětí s popáleninovým traumatem, léčených ambulantně i za hospitalizace v období posledních 10 let, celkem 1274 případů. Záznamy byly aktualizovány a roztříděny podle věku, rozsahu a hloubky popálené plochy a následně klasifikovány podle triáže.

### **Výsledky :**

Souhrnně byla triáž pozitivita vyhodnocena u 884 pacientů z 1274 (69,4 %), přičemž u 440 (34,5 %) hospitalizovaných byla triáž pozitivita v 71,8 %, u 834 (65,5 %) léčených ambulantně byla triáž pozitivita 69,1 %. Alespoň jednou z příčin positivity byla lokalizace poranění u 816 (92,3 % z triáž pozitivních), u 111 to byl rozsah s přihlédnutím k věku (12,6 %), u 47 hloubka postižení (5,3 %) a u 9 (1,0 %) jiná příčina. Z hlediska věku bylo v souboru 733 dětí do 3 let věku (57,5 %) a 976 ve věku do 6 let (76,1 %).

### **Závěry:**

V našem materiálu při zpětném hodnocení podle navrhovaného třídění převažují triáž pozitivní pacienti. Je to dáno zejména pozitivitou díky lokalizaci

---

popálené plochy, velmi často při minimálním rozsahu i hloubce postižení. Na druhou stranu jen malá část i z velmi malých dětí byla triáž pozitivní z hlediska rozsahu plochy. Nebyl shledán rozdíl v počtech triáž pozitivních pacientů, léčených za hospitalizace či ambulantně. Na základě těchto výsledků lze říci, že triáž popálenin poněkud selhává, s velkým procentem falešně pozitivních záchytů. Nicméně poskytuje pomůcku v rozhodování pro ty, kteří s léčbou popálených (nejenom dětí) nemají zkušenosti nebo je nechtějí léčit, a umožňuje jim bezodkladně zajistit erudovanou péči v jednom ze tří popáleninových center, pro které naopak z triáže vyplývá povinnost se o triáž pozitivní pacienty postarat.

**Pešl T., Limprechtová T., Heinige P., Havránek P.**

*Klinika dětské chirurgie a traumatologie, 3. LF UK, Thomayerova nemocnice, Praha-Krč*

### **Cíl:**

Optimalizace hospitalizačního režimu u pacientů s konzervativní léčbou poraněné sleziny postavená na určení období stabilizace celkového stavu (SCS). Tato stanovena na 7. den po úrazu, resp. poslední transfúzi (stanoveno hypoteticky podle předchozích zkušeností u dvou pacientů s výskytem druhotného krvácení 7. den od podání poslední transfúze).

### **Metodika:**

Retrospektivní studie dětí s izolovaným poraněním sleziny hospitalizovaných za 6leté období (2009– 2014). Původní standard: klid na lůžku cca 3 týdny, podle závažnosti poranění. Na podkladě výsledků režimový standard upraven: klidový režim na lůžku na 7 dní od poslední transfuze/úrazu, poté vertikalizace a po USG kontrole propuštění do domácí péče. Nový standard testován na tříletém prospektivním souboru (2015– 2017), který byl vybrán podle týchž kautel. Sledován stupeň poranění sleziny dle AAST skóre, nutnost transfuze, období od úrazu do SCS a celková délka hospitalizace.

### **Výsledky:**

V retrospektivním souboru bylo hodnoceno 43 dětí. Celková doba hospitalizace v průměru 18,5 dne. V souboru nebyl zastížen ani jeden pacient s následným krvácením, všichni pacienti byli zhojeni bez následků. V prospektivní studii bylo sledováno 21 dětí. Všichni se hojili bez komplikací, doba hospitalizace klesla na 12 dní a při následných kontrolách byli všichni zhojeni bez následků.

### **Závěr:**

Instrukce APSA (American Pediatric Surgery Association) k optimalizaci péče o poranění sleziny (2000): doporučená délka hospitalizace 2 dny u I°, 3 dny u II°, 4 dny u III° a 6 dní u IV° poranění. Podle našich zkušeností je tato doba hospitalizace příliš krátká a přináší riziko eventuálního opožděného krvácení v „domácí péči“. Náš původní standard představoval zbytečně dlouhou dobu hospitalizace. Nyní doporučujeme klid na lůžku do SCS, po té vertikalizaci a po USG kontrole propuštění do domácí péče.

**Plánka L., Tůma J., Škvařil J., Doušek R.**

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

**Cíl:**

Nutnost revize dutiny břišní při poranění dítěte je situací zřídka a vždy znamená výjimečnou situaci. Autoři provedli retrospektivní analýzu za pětileté období a zajímali se o poranění orgánů břišní dutiny a retroperitonea, která si vynutila operační revizi.

**Metodika:**

Retrospektivní analýza byla provedena za pětileté období 2013–2017, zkoumání byli všichni pacienti operovaní na Klinice dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie Fakultní nemocnice Brno. Do finálního souboru byli vybráni pacienti, u kterých bylo nutné provést operační revizi dutiny břišní nebo retroperitonea. U každého potom byl definován mechanismus poranění, přesná diagnóza, provedené zákroky a výsledky léčby.

**Výsledky:**

Z celkového počtu cca 5000 operací každý rok (cca 2000 traumatologických) představují revize dutiny břišní pro akutní poranění jednotkové případy s průměrem 4,4 operací ročně (0,09 %). Nejčastější diagnózou bylo poranění ledviny (6 případů), následovalo poranění jejunu (5 případů), poté slezina (4 případy), duodenum (3 případy) a játra (2 případy). Po jednom případě jsme zaznamenali u poranění rekta a močového měchýře. U poranění ledviny bylo v polovině případů postupováno radikálně (nefrektomie ve 3 případech), stejně jako u poranění sleziny (splenektomie ve 2 případech). Všichni pacienti jsou v dlouhodobém sledování bez závažných následků.

**Závěr:**

Každá nutná revize dutiny břišní pro úraz zůstává pro dětského chirurga vlastní kazuistikou. V indikacích převažuje ruptura stěvné a avulze ledviny před hemodynamicky závažným krvácením z parenchymatózních orgánů.

## 26. Seat-belt syndrome

**Smrek M., Záhradníková P., Babala J., Králik R., Sýkora L., Trnka J.**

*Klinika detskej chirurgie, NÚDCH a LFUK, Bratislava*

Seat-belt syndrome je označenie pre tupé poranenia orgánov dutiny brušnej a chrbtice zapríčinené vektorom deceleračných síl a odporom bezpečnostného pásu, ktoré pôsobia na brušnú oblasť pasažiera v momente nárazu automobilu. Hoci toto poranenie nie je veľmi časté, jeho diagnostike treba venovať veľkú pozornosť. V opačnom prípade môže zostať nepoznané, rešpektíve podcenené. V prednáške prinášame 5 kazuistík detských pacientov s týmto poranením, ktorých sme operovali na našom pracovisku v období rokov 2013–2016 a prinášame krátku analýzu príčiny vzniku zriedkavého, ale o to závažnejšieho poranenia.

## Slívová I, Mitták M., Tulinský L., Richter V., Ihnát P.

*Chirurgická klinika, Fakultní nemocnice, Ostrava  
Lékařská fakulta Ostravské univerzity, Ostrava*

### **Úvod:**

Nekrotizující pneumonie není v dětském věku obvyklá, ale během posledního desetiletí dochází k postupnému nárůstu její incidence. Věkový průměr pacientů je 3,5 roku, přičemž se jedná o nejzávažnější komplikaci běžného dětského zápalu plic. Nekrotizující pneumonie je charakterizována progredující destrukcí plicního parenchymu až do obrazu gangrény plicní tkáně. Bývá doprovázena parapneumonickým výpotkem a často se dále komplikuje empyémem nebo plicním abscesem.

Nejčastějším etiologickým agens jsou streptokoky, a to i přes aplikaci pneumokokových vakcín. V posledních letech výrazně stoupá podíl infekcí způsobených stafylokokem, zejména meticilin rezistentním *Staphylococcus aureus*. Nejčastěji se vyskytuje u zdravých dětí, kdy i přes antibiotickou léčbu nedochází ke zlepšení zdravotního stavu.

### **Cíl:**

Seznámení s nekrotizující pneumonií jako nebezpečnou komplikací dětské pneumonie, zdůraznění možností časné diagnostiky a léčby.

### **Materiál:**

Souhrnné sdělení včetně kazuistik dětí hospitalizovaných na Oddělení dětské resuscitační péče FNO v letech 2016–2017, které vyžadovaly chirurgickou intervenci.

### **Závěr:**

Primární léčba nekrotizující pneumonie je konzervativní – antibiotika, úprava vnitřního prostředí, rehydratace, event. drenáž hrudníku. V případě komplikací, dechové nedostatečnosti či rozsáhlé destrukce plicní tkáně je nutná chirurgická léčba. Dominuje snaha o torakoskopické řešení sanace a drenáže empyému. Při neúspěchu nebo pokročilém nálezu je nutno přistoupit k otevřené dekortikaci, nebo nutným resekčním výkonům. Mortalita je i přes to velice nízká. Plné zhojení ad integrum, s normalizací zobrazovacích (rtg, CT) a funkčních vyšetření, proběhne u většiny dětí do 6 měsíců.

**Babala, J., Záhradníková P., Fedorová L.,  
Pechanová R., Kabát M., Trnka J.**

*Klinika detskej chirurgie, LFUK v NÚDCH, Bratislava*

### **Kazuistika:**

10 ročný chlapec bol prijatý na oddelenie detskej chirurgie s 1 týždeň trvajúcimi bolesťami ľavej časti brucha. Telesná teplota bola 38 st C, vracanie nebolo prítomné. Zápalová aktivita bola zvýšená CRP-32,9. Ultrazvukové vyšetrenie ukázalo obraz malrotácie s rozšíreným apendixom uloženým vľavo. V ten deň sme vykonali laparotómiu s odstránením katarálneho appendixu a bola urobená Laddova operácia. Nonrotácia je typ malrotácie a je náhodným nálezom s približným výskytom 1 prípad na 500 kontrastných štúdií horného gastrointestinálneho traktu. Symptomatická malrotácia u novorodencov sa vyskytuje s frekvenciou približne 1 zo 6000 živonarodených detí.

Pooperačný priebeh bol s pozvoľným zlepšovaním celkového stavu. Pri rutinnom USG vyšetrení 3. pooperačného dňa bol zistený fluidothorax vľavo s expanziou v zadnom mediastíne (42x42x55 mm). Následné CT vyšetrenie potvrdilo tumor zadného mediastína, fluidothorax a pľúcnu atelektázu. Urobili sme diagnostickú punkciu výpotku, išlo o zápalový exudát bez malígnych buniek. 8. deň po prvej operácii sme vykonali torakotómiu a odstránili sme tumor. Makroskopicky sme supponovali na torziu extralobárnej pľúcnej sekvestrácie s hemoragickou nekrózou. Tento predpoklad bol potvrdený histologickým vyšetrením. Pľúcna sekvestrácia predstavuje približne 6 % všetkých vrodených pľúcnych malformácií. Extrapulmonárne sekvestrácie sa vyskytujú vľavo v 95 %. Koincidencia s ďalšími vrodenými malformáciami sa uvádza u viac ako 50 % prípadov.

Prípad torzie pľúcneho sekvestra sa javí ako poučný z hľadiska diferenciálnej diagnostiky náhlych príhod brušných.

### **Bartl V., Plánka L.**

*Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, Fakultní nemocnice, Brno*

#### **Cíl:**

Vpáčený hrudník je nejčastější vrozenou deformitou hrudníku. Konzervativní léčba – nejprve rehabilitace a následně naložení Klobeho zvonu – je metodou volby především u dětí do 10 let věku. Klobeho zvon je však indikován i u některých starších pacientů před eventuálním operačním výkonem, někteří dokonce zvon používají peroperační k bezpečné elevaci sternu.

#### **Metodika:**

Autoři se zaměřili na výsledky uvedeného léčebného schématu ve skupině dětí ve věku 4–10 let v roce 2017. Jako vpáčený hrudník byl definován klinický stav, kdy hloubka největšího místa exkavace byla větší než 1,5 cm.

#### **Výsledky:**

Na KDCHOT v Brně bylo sledováno v roce 2017 s diagnózou Pectus excavatum celkem 109 pacientů ve věku 3–19 let. Z tohoto počtu bylo 25 dětí ve věku 4–10let. Rehabilitace vedla k výraznému zlepšení stavu u 4 pacientů, u 6 pacientů se tvar hrudníku zlepšil po aplikaci zvonu. Jedna pacientka užívá zvon teprve 2 měsíce, jedna vzhledem k růstu mléčné žlázy se bude léčit typem Woman. Pět sledovaných pacientů je na hranici normy, dva nechodí na kontroly, rodiče jednoho jakoukoliv léčbu odmítají. U 5 zbývajících pacientů je zvon indikován, ale rodiče jej nezakoupili.

#### **Závěr:**

Zatímco u dětí mladších 4 let je užití Klobeho zvonu diskutabilní (nespolupráce, velikost nejmenšího zvonu) jsou u větších dětí do 10 let dobré zkušenosti s touto léčbou. Konzervativní léčba (rehabilitace, dechová cvičení) má již své pevné místo ve struktuře léčby této vady. I když metoda léčby pomocí Klobeho zvonu má ve světě svou pevnou pozici, na což odkazují články v odborné literatuře, brání v rozšíření léčby hlavně neochota zdravotních pojišťoven v ČR k jeho úhradě.

## 30. Závažné komplikace po MIRPE operaci

Vyhnánek M.<sup>1</sup>, Frýbová B.<sup>1</sup>, Šnajdauf J.<sup>1</sup>,  
Petrů O.<sup>1</sup>, Mixa V.<sup>2</sup>, Kyncl M.<sup>3</sup>, Rygl M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Klinika dětské chirurgie, FN Motol, II. LF UK, Praha*

<sup>2</sup> *Klinika anesteziologie a resuscitace, FN Motol, II. LF UK, Praha*

<sup>3</sup> *Radiologická klinika, FN Motol, II. LF UK, Praha*

### **Cíl:**

Miniinvasivní operační přístup vpáčeného hrudníku (MIRPE, Nusseho metoda) je optimální operační postup pro korekci deformity u dětí a mladých dospělých. Cílem práce je ukázat možné závažné komplikace při této operaci. Komplikace při zavádění dlahy a při jejím odstranění.

### **Metoda:**

Výsledky jsme hodnotili v souboru pacientů operovaných miniinvasivní metodou na našem pracovišti v letech 2004–2017. Drobné komplikace jako PNO po zavedení dlahy, ranné infekce jsme do studie nezařadili.

### **Výsledky:**

Soubor zahrnuje 422 pacientů operovaných MIRPE metodou. Výskyt závažných komplikací byl 1,1 %. Mezi nejzávažnější komplikace patřila perforace srdce Lorenzovým zavaděčem. Stav byl řešen urgentní sternotomií a suturou pravé síně. Dlahy byla následně zavedena otevřeně, další průběh byl bez komplikací. Jiné život ohrožující krvácení jsme zaznamenali u pacienta při exstirpaci dlahy. Jeden pacient podstoupil thorakoskopii a krevní transfúzi 3 měsíce po operaci pro významný hemothorax. Další pacient podstoupil současně s extrakcí dlahy thorakoskopickou resekci I. segmentu pravé plíce pro spontánní pneumotorax. U jednoho pacienta jsme byli nuceni dlahu odstranit a použít VAC systém pro těžkou mediastinitidu a oboustranný pyothorax. Ve skupině jsme nezaznamenali žádné úmrtí.

### **Závěr:**

U většiny našich pacientů operovaných MIRPE metodou jsme dosáhli dobrého kosmetického výsledku. Závažné život ohrožující komplikace mohou provázet i účinnou a bezpečnou metodu MIRPE.

**Omaník P.<sup>1</sup>, Barkociová J.<sup>2, 3</sup>, Omaníková M.<sup>3</sup>,  
Klepetko W.<sup>4</sup>, Čižnár P.<sup>5</sup>**

<sup>1</sup> *Klinika detskej chirurgie, NÚDCH a LF UK, Bratislava*

<sup>2</sup> *Detská otorinolaryngologická klinika, NÚDCH a LF UK, Bratislava*

<sup>3</sup> *Detská klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny, NÚDCH a LF UK, Bratislava*

<sup>4</sup> *Klinische Abteilung für Thoraxchirurgie, Universitätsklinik für Chirurgie, AKH, Wien*

<sup>5</sup> *Detská klinika, NÚDCH a LF UK, Bratislava*

**Kazuistika:**

Hyper IgE syndróm (HIES) patrí medzi veľmi zriedkavé primárne imunodeficiencie, charakterizované zvýšenou hladinou sérového IgE a rekurentnými bakteriálnymi infekciami kože a pľúc. Najčastejší, autozomálne dominantný HIES, je spôsobený mutáciou STAT3 signálneho proteínu a zahŕňa rôzne spektrum anomálií skeletálneho, mezenchymálneho, kardiovaskulárneho a nervového systému. Autori prezentujú prípad 5 ročného chlapca s HIES syndrómom, u ktorého sa vyvinula pravostranná nekrotizujúca pneumónia. Závažný pľúcny nález vyžadoval chirurgickú intervenciu – torakotómiu, debridement pleurálnej dutiny spojený so sanáciou intraparenchymového abscesu a uzáverom bronchopleurálnej fistuly. Pravdepodobne v dôsledku insuficientného mezenchymálneho hojenia pri základnej diagnóze progredovalo ochorenie do vývoja chronického enkapsulovaného pneumotoraxu na podklade perzistentnej bronchopleurálnej fistuly. Operačná revízia - retorakotómia s dekortikáciou pľúc bola realizovaná na zahraničnom pracovisku, pričom bola dosiahnutá kompletná reexpanzia pľúcneho parenchýmu. Ani táto intervencia nepriniesla z dlhodobého hľadiska želaný výsledok, po 4 týždňoch nastala recidíva pneumotoraxu s kompletným kolapsom pravých pľúc. Dlhodobý „air leak“ pri nevyhnutnej drenáži pleurálnej dutiny nasmeroval terapeutické rozvahy k endoluminálnej oklúzii recidivujúcej bronchopleurálnej fistuly. Po bronchoskopickej verifikácii bronchopleurálnej fistuly v 2. segmente pravých pľúc bola úspešne okludovaná aplikáciou tkanivového lepidla do segmentálneho bronchu. Aktuálne je pacient takmer 4 mesiace po výkone bez klinických ťažkostí, skiagrafická snímka hrudníka zobrazuje parciálnu reexpanziu pravých pľúc.

### **Sedlačko T.**

*Oddělení dětské chirurgie – dětské úrazové centrum Krajské zdravotní, a. s., Masarykova nemocnice Ústí nad Labem, o. z*

#### **Cíl:**

Formou kazuistiky bych rád posluchačům sdělil případ pětiměsíčního kojence, který byl doma stažen z přebalovacího pultu a následně vlečen po podlaze bytu malým teriérem. Cílem prezentace je poukázat na neobvyklý mechanismus úrazu, rozsah a charakter poranění a následnou péči, kterou pacient podstoupil.

#### **Metodika:**

Po prvotním ošetření kojence ve spádové chirurgické ambulanci byl pacient odeslán na dětskou kliniku s podezřením na fisuru kalvy. Pediatr po zhodnocení stavu indikoval sérii vyšetřovacích zobrazovacích metod. Ještě před požadavkem na konzílium dětského chirurga bylo provedeno neurochirurgické vyšetření. Až po 8 hodinách po příjmu se ke slovu dostal dětský chirurg, který dostal před sebe už jenom seznam diagnóz: dvojí fisura lebky, subarachnoidální krvácení, poranění jater, mnohočetné exkoriace na břichu, zádech, třísle a v oblasti genitálu. Tento časový skluz byl výsledkem chyby v systému péče o traumatologického pacienta a je jen důkazem toho, že je stále co zlepšovat a zdokonalovat, aby se podobné chyby neopakovaly.

#### **Závěr:**

Je důležité, aby se členové rodiny navzájem dokonale znali a aby nedocházelo k podobným událostem, kdy si čtyřnohý miláček nového člena rodiny zamění za panenku a „pohraje si s ní“.

**Štanclová M.**

*Dětská klinika, Fakultní nemocnice, Hradec Králové*

Idiopatické střevní záněty představují významnou součást běžné praxe dětského gastroenterologa. Incidence Crohnovy nemoci i ulcerózní kolitidy u dětí stoupá, a přestože máme k dispozici nové biologické preparáty, chirurgické výkony zůstávají důležitou součástí terapie u vybraných pacientů nereagujících na konzervativní léčbu. Pacienti zejména s Crohnovou nemocí patří mezi rizikové pacienty z hlediska malnutrice. Malnutrice zvyšuje riziko morbidity, mortality a negativně ovlivňuje kvalitu života. Zajištění dostatečné výživy před i po operaci je proto zásadním faktorem pro snížení rizika pooperačních komplikací a nelze opominout ani její vliv na ekonomické aspekty. Cílem sdělení je zdůraznit význam zajištění dostatečné výživy u pacientů s IBD, kteří podstupují chirurgické zákroky.

## Crohnova choroba v dětském věku – resekční léčba v průběhu 12let (naše sestava)

Malý T.<sup>1</sup>, Kysučan J.<sup>1</sup>, Karásková E.<sup>2</sup>,  
Velgáňová-Véghová M.<sup>2</sup>, Smolka V.<sup>2</sup>, Michálková K.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> I. chirurgická klinika, FN a LF UP, Olomouc

<sup>2</sup> Dětská klinika, FN a LF UP, Olomouc

<sup>3</sup> Radiologická klinika, FN a LF UP, Olomouc

### Cíl:

Prezentace vlastního souboru operovaných dětí a adolescentů s Crohnovou chorobou v časovém období 11/2005 – 1/2018.

### Metodika:

Ve výše uvedeném období jsme z indikace dětského gastroenterologa operovali celkem 20 pacientů. 19 resekčních výkonů bylo plánovaných, 1x jsme operovali akutně, kdy při této operaci byla stanovena do té doby nemá diagnosa Crohnovy choroby.

Z hlediska zastoupení pohlaví bylo 12 operovaných chlapců a 8 operovaných děvčat. Věkové rozmezí operovaných bylo od 13 do 18 let.

### Výsledky:

U těchto 20 pacientů bylo celkem provedeno 32 operačních výkonů. Jeden z chlapců byl operován celkem 5x. 10x jsme provedli ileocekální (IC) resekci, 5x pravostrannou hemikolekomií (HE dx.), 2x levostrannou hemikolekomií (HE sin.), 2x proktokolekomií, 4x jsme vyvedli ileostomií, 2x jsme resekovali jejunum, 1x resekci rekta, 1x resekci sigmatu, 2x jsme operovali pro ileosní stav, kdy jsme provedli jen lyzi adhesí, 1x jsme revidovali pro masivní enterorrhagii po předchozí operaci a 2x byla provedena resekce ilea (1 pacient – po odstupu 2 let). Jak je výše uvedeno, z komplikací jsme měli 2x ileosní stav. Komplikaci v hojení anastomosis ve smyslu její insuficience jsme v celé této sestavě naštěstí neměli. Ve spolupráci s dětskými gastroenterology se snažíme v rámci předoperační přípravy pacienty v maximálně možné míře připravit a vybalancovat metabolicky stran výživy.

### Závěr:

Léčba Crohnovy choroby má svá úskalí. Pochopitelně dominantní léčbou je léčba gastroenterologická – konzervativní. Chirurgie má své místo u komplikací Crohnovy choroby – striktur, píštělí, nitrobrěšních zánětlivých ložisek jinak neléčitelných. Maximálně možná předoperační příprava nutriční je předpokladem minimalizace komplikací chirurgické léčby.

**Špaková B., Janík J., Jonáš M., Višňovcová N., Dragula M.**

*Klinika detskej chirurgie, JLF UK a UNM, Martin*

### Úvod:

Crohnova choroba (colitis regionalis, ileitis terminalis) je chronické ochorenie gastrointestinálneho traktu postihujúce v súčasnej dobe najmä mladú generáciu ľudí. Ide o chronický nešpecifický zápal postihujúci celú hrúbku steny čreva. Týmto zápalom môže byť postihnutá ktorákoľvek časť tráviacej trubice, od ezofágu až po rektum. Najčastejšími príznakmi sú bolesti brucha, hnačky, pokles telesnej hmotnosti, oneskorený rast, anorexia, čerstvá krv v stolici a zvýšená teplota. Komplikáciou M. Crohn býva tvorba fistúl medzi črevnými kľučkami, prípadne tvorba enterokutánných fistúl. K ďalším komplikáciám patria abscesy, striktúry čreva, ktoré sa môžu manifestovať až ileóznym stavom. Terapia tohto ochorenia má tri základné postupy: medikamentóznú liečbu, nutričnú podporu a chirurgickú liečbu. Chirurgická liečba je indikovaná v prípade komplikácií, ako sú perforácia čreva s peritonitídou, ileóznym stav, toxické megacolon, fistuly a abscesy, perianálne lézie, a tiež v prípade zlyhania konzervatívnej terapie.

### Metodika:

Autori prezentujú prípad 17-ročného pacienta s M. Crohn, ktorý bol komplikovaný ileovezikálnou fistulou a ileocekálnym pseudotumorom.

### Výsledky:

U pacienta s M. Crohn bola pre recidivujúce infekcie močových ciest, dysurické ťažkosti, a prítomnosť malého množstva plynu, niekedy aj hustejšieho obsahu, riedkej stolice v moči suponovaná enterovezikálna fistula. Na základe zrealizovaných pomocných zobrazovacích vyšetrení – MR malej panvy, MR enteroklúzy, cystokopie a cystografie bola táto fistula verifikovaná. Vzhľadom na stav pacienta a vyčerpanie konzervatívnej liečby bolo jednoznačne indikované chirurgické riešenie – resekcia ileocekálného segmentu s ileoascendentnou anastomózou po adekvátnej príprave. Operácia a pooperačný priebeh bol bez komplikácií. Pacient sa má momentálne dobre, pribral na váhe, stolice máva 2–3x denne redšie, močí voľne, bez makroskopickej hematúrie, pokračuje v ATB profylaxii, v pláne je kontrolná cystoskopia.

### Diskusia:

Chirurgická liečba Crohnovej choroby je náročná, recidívy sú pomerne časté. Je však indikovaná v prípade komplikácií tohto ochorenia. Jednou z najčastejších indikácií sú fistuly pri ileocekálnnej lokalizácii tohto ochorenia.

## 36. Cizí tělesa v GIT u dětí

**Lešková J., Štichhauer R., Preis J., Koudelka J.**

*Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, Fakultní nemocnice, Hradec Králové*

*Centrum dětské traumatologie, Fakultní nemocnice, Hradec Králové*

### **Cíl:**

Zhodnocení výsledků souboru dětských pacientů léčených pro spolknutá cizí tělesa v GIT.

### **Metoda:**

Retrospektivní analýza dat 365 pacientů s cizím tělesem v GIT léčených v letech 2011–2018 ve Fakultní nemocnici Hradec Králové.

### **Výsledky:**

Bylo hodnoceno 365 pacientů s cizím tělesem v GIT (182 chlapců, 183 dívek). Medián věku dětí byl 3,4 roku. Ze souboru byla většina dětí léčena ambulantně – 280 dětí (76,7 %), hospitalizováno bylo pouze 85 dětí (23,3 %). Na ORL klinice bylo hospitalizováno 42 dětí, 28 dětí bylo přijato na Dětskou kliniku, 14 na Oddělení dětské chirurgie a traumatologie a jedno na KARIM. Absolutní většinu spolknutých cizích těles tvořily mince s 23,8 %, na druhém místě byly baterie v 11,2 %, ostré předměty byly zastoupeny v 3,3 %. Byly zaznamenány i neobvyklé předměty, ke kterým patřila například propisovací tužka nebo bobtnající kuličky na výživu rostlin. U 302 dětí (82,7 %) cizí tělesa opustila trávicí trakt per vias naturales. U 63 dětí (17,2 %) byla cizí tělesa odstraněna endoskopicky v celkové anestézii, z toho z jícnu u 50 dětí a ze žaludku u 13 dětí. V těchto případech se jednalo o rozměrná cizí tělesa nebo cizí tělesa, která setrvala v žaludku několik týdnů i měsíců. Endoskopie byly také provedeny u dětí, které spolklly více magnetů (kuliček) a u některých po spolknutí baterie. Žádné spolknuté cizí těleso, vědomé či nevědomé, nepřineslo komplikace charakteru perforace GIT nebo neprůchodnosti střevní. V uvedeném období nebyl žádný pacient z našeho souboru indikován k operačnímu odstranění cizího tělesa z GIT.

### **Závěr:**

Léčebný postup u pacientů se spolknutými cizími tělesy není jednotný. Shoda je jen v případě uvíznutých cizích těles v oblasti jícnu, kdy je léčbou odstranění cizího tělesa endoskopicky v celkové anestézii. V případě cizích těles v žaludku se postupy v literatuře i na jednotlivých pracovištích Fakultní nemocnice

---

Hradec Králové liší. Výsledky léčby na našem oddělení ukazují, že naprostou většinu dětí je možno úspěšně sledovat v ambulantním režimu a cizí tělesa projdou bez komplikací per vias naturales. Indikaci endoskopie u baterií považujeme za spornou. Celkovou anestézií a endoskopií považujeme za výkony zbytečně zvyšující riziko poškození dítěte. Endoskopie by měla být indikována jen u dvou a více magnetů, nebo u těles, která jsou příliš rozměrná a zůstávají v žaludku několik týdnů až měsíců. Operační léčba by měla být vyhrazena pouze pro komplikace typu perforace trávicí trubice nebo příznaky střevní neprůchodnosti.

Autoři zvažují a navrhují provedení multicentrické studie zabývající se touto problematikou v České republice.

## 37. Cizí těleso GIT – nečekaná cesta

**Teslík O., Ingeliová D., Harvánek K.**

*Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, Nemocnice Na Bulovce, Praha*

**Cíl:**

Cílem sdělení je seznámit kolegy se zajímavou kasuistikou 16leté dívky polykačky, která k nám byla poslána s Psychiatrické nemocnice Bohnice.

**Metodika:**

Analyzovali jsme celý případ retrospektivním studiem zdravotnické dokumentace a výsledků zobrazovacích vyšetření (rtg nativy břicha, Pasáž GIT, CT).

**Výsledky:**

Podrobné a opakované vyšetřování nakonec vedlo k indikaci k operaci, která celý případ úspěšně vyřešila.

**Závěr:**

V případě spolknutých cizích těles může být jeho cesta nečekaná a překvapivá. K přesnému určení lokalizace cizího tělesa je nutno použít kombinaci zobrazovacích metod, které nás navedou k bezpečné operaci.

### **Konečný M.**

*Oddělení dětské chirurgie – dětské úrazové centrum, Masarykova nemocnice, Ústí nad Labem*

#### **Cíl:**

Ukázat, kam až se může dostat v terapeutické péči požití cizího tělesa.

#### **Metody:**

Kazuistika – ukazují léčbu po požití cizího tělesa, indikovaného k odstranění fibroskopicky.

#### **Výsledky:**

5letá holčička, s požitými propínacími sponkami. Vzhledem k poloze na rtg indikována fibroskopie. Při výkonu ale nastávají komplikace. Místo 1 cizího tělesa patrný 2, navíc sponky otevřeny a při pokusu o extrakci dochází k zaklínění kleštíček fibroskopu do zámku spony, v tu chvíli se odděluje další sponka. Těleso nelze z kleštíček jakýmkoliv způsobem odstranit. Pacientka indikována k laparotomii a gastrotomii.

#### **Závěr:**

Tato kazuistika ukazuje jaké obtíže, navzdory statistikám, může přinést polknuté cizí těleso, a ukazuje použití všech metod od konzervativní až po operační léčbu.

## 39. Jednoznačná diagnóza?

**Višňovcová N., Molnár M., Murgaš D., Dragula M.**

*Klinika detskej chirurgie, Univerzitná nemocnica, Martin*

### **Cieľ:**

Cieľom našej prezentácie je predstaviť pacientov s atypickou, či neskoro diagnostikovanou apendicitídou.

### **Metodika:**

V našej prezentácii sa bližšie venujeme uvedenej problematike aj s konkrétnymi prípadmi pacientov. Vyhodnocujeme pacientov, u ktorých apendicitída spočiatku nebola diagnostikovaná, alebo bola nesprávne či neskoro diagnostikovaná, prípadne sa vzhľadom na údaj o apendektómii v minulosti na danú diagnózu spočiatku nemyslelo.

### **Výsledky:**

Akútna apendicitída... Mnohí si povedia, a aj knižky nás v škole učili o typickom klinickom priebehu, lokálnom náleze na bruchu pacientov s akútnou apendicitídou, výsledkoch laboratórnych, či zobrazovacích vyšetrení. V uvedenej prezentácii sme potvrdili, že aj túto relatívne častú diagnózu môže byť v určitých prípadoch spočiatku problematické diagnostikovať.

### **Záver:**

V praxi detského chirurga sa nezriedka stretávame s prípadmi, kde diagnostikovať túto relatívne banálnu diagnózu nie je až také jednoduché. Problematická býva diagnostika akútnej apendicitídy u malých detí, najmä u atypických vekových kategórií. Problémom býva aj abnormálne uložený appendix alebo samotná anamnéza od pacienta, či od jeho rodičov, ktorá nás môže chybné viesť k zmyšľaniu o inej diagnóze. Diagnostickou dilemou sa stáva často v spádových nemocniciach, kde sa pracoviská detskej chirurgie nenachádzajú, kedy atypický priebeh akútnej apendicitídy vedie pediatrov často k nesprávnej diagnóze. Určitú úlohu zohráva aj malá skúsenosť chirurgov venujúcich sa chirurgii dospelého veku, a tak sa detský chirurg nezriedka stretne aj s prípadmi subakútnej apendicitídy. Prípady detí, ktoré v minulosti už samotnú apendektómiu pre akútnu apendicitídu podstúpili, môžu byť diagnostickým „orieškom“ aj pre samotných detských chirurgov.

## **Geršlová A.**

*Oddělení dětské chirurgie – dětské úrazové centrum, Masarykova nemocnice, Ústí nad Labem – Krajská zdravotní a. s.*

### **Cíl:**

Ukázka koincidence a vzájemného ovlivnění dvou typů NPB (apendicitis a invaginace) ve dvou kazuistikách.

### **Metody:**

Chirurgické řešení dvou různých NPB v jedné či více dobách v závislosti na době jejich manifestace.

### **Výsledky:**

První pacientka – 5letá dívka přijata pro ileocekální invaginaci potvrzenou sonograficky, ta rozvinuta irigoskopicky, posléze ale opětovně bolesti břicha, elevace zánětlivých parametrů a celkové zhoršení stavu, na zobrazovacích metodách vyloučena recidiva invaginace. Následně ovšem popsány počínající zánětlivé změny na appendixu s malým množstvím volné tekutiny v malé pánvi. Pacientka indikována k laparoskopické revizi, při které nález flegmonogangrenózně změněného appendixu, provedena apendektomie. V průběhu hospitalizace prováděny pravidelné sonografické kontroly, bez známek recidivy invaginace a pacientka propuštěna 6. pooperační den. Od propuštění opětovně vyšetřována na naší ambulanci pro obdobné potíže, recidiva invaginace ale vždy sonograficky vyloučena.

Druhá pacientka – 16měsíční dívka přijata překladem z dětského oddělení jiné nemocnice pro ileocekální invaginaci, která se nepodařilo vyřešit irigoskopicky. Na sonu břicha potvrzena invaginace v pravém mezogastriu s nálezem kulovitých hypoechoogenit v jejím obsahu (popsáno jako suspektní lymfatické uzliny) a indikována laparotomická revize. Peroperačně s obrazem čnicí větší části appendixu z invaginátu, který s náznakem počínající flegmony a který zřejmě jako vodící bod invaginace. Následně úspěšně provedena desinvaginace a apendektomie. Holčička propuštěna 3. pooperační den, obdobné potíže charakteru invaginace se již neobjevily.

### **Závěr:**

Tyto dvě kazuistiky jsou uváděny jako příklad možné příčinné souvislosti mezi dvěma různými typy NPB na jedné straně a na druhé straně jako ukázka na sobě zřejmě na zcela závisle probíhající invaginace a apendicitidy.

**Hrabáková J.**

*Oddělení dětské chirurgie – dětské úrazové centrum, Masarykova nemocnice, Ústí nad Labem*

**Cíl sdělení:**

Prezentace kazuistiky u pětiletého chlapce, který přijatý na oddělení Dětské chirurgie, po překladu z okresní nemocnice pro bolesti břicha. Doporučen k observaci a eventuálnímu operačnímu výkonu pro susp. akutní apendicitidu.

**Metody:**

Především pro výrazné klinické známky bolestí břicha až s peritoneálními příznaky pacient indikován k laparoskopické revizi dutiny břišní. Vlastní apendix jen lehce překrvený, morfologie nesvědčí pro tak výrazný klinický nález, proto provedena důkladné vyšetření dutiny břišní kamerou a v levém mesogastriu nalezena pravá příčina bolestí malého pacienta – hemorhagicky infarzovaný benigní mezenchymální tumor.

**Závěr:**

Naše dětská chirurgie patří mezi oddělení, která propagují laparoskopické operování u všech věkových kategorií. Opět, u tohoto pacienta, se nám potvrdily výhody laparoskopie.

**Doucha M.<sup>1</sup>, Vyhnanek M.<sup>1</sup>, Šimsová M.<sup>1</sup>, Mužík M.<sup>2</sup>, Rygl M.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> *Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN Motol, Praha*

<sup>2</sup> *Gynekologicko-porodnická klinika, 2. LF UK a FN Motol, Praha*

### Úvod:

Benigní intraabdominální cysty mohou vycházet nejen ze solidních orgánů – jater, sleziny, pankreatu, vaječníků, ale také z retroperitonea, mezenteria, nebo omenta. Uvedenou kazuistikou chceme doložit, že i přes kombinaci zobrazovacích metod může být obtížné předoperačně určit původ cystické expanze.

### Kazuistika:

Čtrnáctiletá, 120 kilogramů vážící pacientka s Gilbertovým syndromem byla přijata pro bolesti v podbříšku a retenci moči na spádové chirurgické oddělení. V anamnéze uváděla pravidelné menzes od 12 let nyní s třítýdenním zpožděním, jinak pravidelného cyklu o délce 26–28 dnů. Pro retenci moči byla zavedena močová cévka a provedeno ultrazvukové vyšetření. Při ultrazvukovém vyšetření byla zobrazena cystická kolekce tekutiny v podbříšku zasahující až k pupku o rozměrech 20x9x17 cm. Po vyšetření gynekologem bylo doplněno vyšetření MRI s gadoliniovou kontrastní látkou. Nález na MRI nesvědčil pro cystu ovaria, ale byl suspektní pro mezenteriální cystu. Dívka byla přeložena na naše pracoviště a na základě snímků z MRI bylo rozhodnuto pro laparoskopickou revizi. Třemi 5mm porty – jedním pod pupkem a dalšími v pravém a levém mezogastriu bylo vytvořeno kapnoperitoneum. Dutina břišní byla bez výpotku. Z objemné cysty byla odsáta čirá serózní tekutina s příměsí krve v celkovém objemu 3 litrů. Cysta vycházela z pravého vejcovodu, který končil na vrcholu cysty a byl elongován na 25cm. Vejcovod nebylo možné bezpečně zachovat a byl s využitím harmonického skalpelu odstraněn společně s cystou až k děložnímu rohu. Cysta byla exstirpována přes pupeční port. Histologie potvrdila paramezonefrický (parasalpingeální) původ cysty. Pooperační průběh byl bez komplikací a pacientka byla propuštěna domů 3. pooperační den.

### Závěr:

U obézních patientek může být i velká cysta asymptomatická, dokud nedoroste do rozměrů, které způsobí útlak močovodů s dilatací kalichopánvičkového systému, retenci moči nebo obtíže typu obstrukce.

**Zeman L.<sup>1</sup>, Frýbová B.<sup>1</sup>, Drábek J.<sup>2</sup>, Lochmanová J.<sup>2</sup>, Douda L.<sup>2</sup>, Zemková D.<sup>3</sup>, Mixa V.<sup>4</sup>, Kynčl M.<sup>5</sup>, Rygl M.<sup>1</sup>, Keil R.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *Klinika dětské chirurgie, FN Motol a 2. LF UK, Praha*

<sup>2</sup> *Interní klinika, FN Motol a 2. LF UK, Praha*

<sup>3</sup> *Pediatrická klinika, FN Motol a 2. LF UK, Praha*

<sup>4</sup> *Klinika anesteziologie a intenzivní medicíny, FN Motol a 2. LF UK, Praha*

<sup>5</sup> *Klinika zobrazovacích metod, FN Motol a 2. LF UK, Praha*

### Cíl:

Porovnat antropometrické údaje (index tělesné hmotnosti [BMI]) u pacientů bez litíazy a u pacientů s jednoduchou cholelitiázou a choledocholithiázou.

### Metodika:

V letech 2001–2015 jsme laparoskopicky operovali 147 pacientů. U 98 pacientů byly získány úplné údaje. Byly porovnávány s antropometrickými údaji populace České republiky a kontrolní skupinou.

### Výsledky:

Porovnávali jsme BMI 75 dětí s nekomplikovanou cholelitiázou a 23 dětí s choledocholithiázou nejprve ke standardní české pediatrické populaci (BMI SDS) a za druhé se skupinou 100 dětských pacientů přijatých pro podezření na apendicitidu (kontrolní skupina).

Průměrný věk naší studijní skupiny (jednoduchá cholelitiáza a choledocholithiáza) byl 16 let. 35 pacientů (24 %) mělo v rodinné anamnéze výskyt žlučových kamenů.

Pacienti s jednoduchou cholelitiázou měli významně vyšší BMI než pacienti bez cholelitiázy (ve srovnání s kontrolní skupinou  $p < 0,0001$  a standardní českou populací  $p = 0,03$ ).

Pacienti s choledocholithiázou vykazovali průměrný BMI statisticky významně vyšší než u obecné populace ( $p = 0,001$ ) a také vyšší ve srovnání s kontrolní skupinou ( $p = 0,0001$ ). Pacienti s choledocholithiázou měli významně vyšší BMI než pacienti s jednoduchou cholelitiázou ( $p = 0,03$ ).

### Závěr:

Pacienti s cholelitiázou měli významně vyšší BMI než běžná populace a pacienti s choledocholithiázou měli významně vyšší BMI než pacienti s jednoduchou lithiázou.

**Tůma J., Doušek R., Macháček R., Starý D., Plánka L.**

*Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, Fakultní nemocnice, Brno*

**Cíl:**

Feochromocytomy jsou vzácné neuroendokrinní nádory s velmi proměnlivými klinickými projevy, pro něž jsou typické záchvatovité obtíže – bolesti hlavy, pocení, palpitace a hypertenze. Jsou diagnostikovány pomocí průkazu nadbytku katecholaminů nebo jejich metabolitů v séru či moči a pomocí zobrazovacích metod. Až dvacet procent všech feochromocytomů nalézáme u dětí, kde incidence je 2:106. Oproti dospělé populaci jsou u nich častěji nacházeny feochromocytomy multifokální a extraadrenální (paragangliom). Většina těchto nádorů u dětí je lokalizována intraabdominálně. Jediná možnost kauzální léčby spočívá v chirurgickém odstranění nádoru. Před výkonem je nutná několikadenní předoperační příprava, která spočívá v podávání léků (alfablokátorů). Po odstranění tumoru je potřebné pravidelné sledování pro možnost recidivy.

**Metodika:**

Autoři retrospektivně za 10leté období hodnotí výsledky operovaných pacientů.

**Výsledky:**

Bylo provedeno 11 operací u 8 pacientů pro feochromocytom či paragangliom v břišní oblasti. V polovině případů byl využit miniinvazivní přístup, s čímž má pracoviště bohaté zkušenosti i v případě onkologicky nemocných dětí.

**Závěr:**

Výsledky poukazují na závažnost daného onemocnění, nutnost dokonalé diagnostiky, předoperační přípravy, pečlivého peroperačního i pooperačního monitorování pacienta. Stejně tak je třeba mít na paměti možnost častějšího extraadrenálního či multifokálního výskytu u dětských pacientů. Nutnost pravidelného dlouhodobého sledování pro ne zcela jednoznačné chování tumoru. Miniinvazivní přístup v indikovaných případech je bezpečný a možný, se všemi benefity obecně platnými pro tento způsob operace.

**Škvařil J., Tůma J., Macháček R., Doušek R., Plánka L.**

*Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, FN Brno a LFMU*

**Cíl:**

Anorektální malformace patří spolu s atrezií jícnu a duodena k nejčastějším vrozeným vývojovým vadám. Správná chirurgická korekce má vliv na další kvalitu života pacientů. U vysokých typů anorektálních malformací je metodou volby miniinvasivní laparoskopicky asistovaná operace.

**Materiál a metodika:**

Retrospektivní a následně prospektivní sledování vlastních pacientů v období 2005–2018, u každého z nich popsán typ malformace, operační čas, peri a pooperační komplikace. Dlouhodobé výsledky budou hodnoceny s delším odstupem.

**Výsledky:**

Na KDCHOT bylo v uvedeném období ošetřeno 66 pacientů s anorektální malformací. Z toho podstoupil klasickou posterosagitální anorektoplastiku 51 pacient (77 %) a laparoskopicky asistovaně bylo operováno 15 pacientů (13 %, 9 chlapců, 6 dívek). Všem pacientům byla první nebo druhý den po narození vyšita sigmoideostomie a průměrný věk pacientů v době laparoskopické operace byl 5 měsíců. U dívek se ve všech případech jednalo o horní vaginální píštěl, u chlapců o prostatickou nebo uretrální píštěl. Ve sledovaném souboru mělo 12 pacientů přidruženou vrozenou vývojovou vadu (urogenitální 46 %, gastrointestinální 33 %, kardiovaskulární 13 %, neurogenitální 13 % nebo skeletální 13 %), jen ve 3 případech se jednalo o izolovanou anorektální malformaci. Průměrná délka operace ve sledovaném souboru byla 2 hodiny. Komplikace se vyskytly u 3 pacientů a to prolaps sliznice neoanu s následnou mukozektomií. U všech pacientů probíhá pooperační sledování a hodnocení kontinence dle Scotta a dle Kellyho stupnice, výsledky budou k dispozici po dostatečně dlouhém sledování.

**Závěr:**

Výhodou laparoskopicky asistované operace je lepší přehlednost operované oblasti, preparace a manipulace pod kontrolou optiky, kratší čas chirurgického výkonu, příznivější pooperační průběh a časnější rekonvalescence. Na pracovišti KDCHOT je nyní u vysokých atrezií s horní vaginální, prostatickou nebo vezikální píštělí metodou volby.

**Malý T., Kysučan J., Tomanová D.**

*I. chirurgická klinika, FN a LF UP, Olomouc*

**Cíl:**

Prezentace našich prvních zkušeností s laparoskopickou operací tříselných kýl u dětí metodou PIRS, kterou poprvé popsal polský chirurg prof. Dariusz Patkowski z Wroclawi v roce 2006.

**Metodika:**

PIRS metoda je laparoskopickou technikou plastiky tříselné kýly, kdy laparoskopickou kamerou ideálně předhlédneme hluboké tříselné kruhy a vidíme jednoznačně, zda je vytvořena hernie, či nikoliv. Je to metoda vhodná pro oboustranné tříselné kýly a k tomu ještě současnou kýlu pupeční, kterou zavedeme optiku. Rovněž v případech, kdy nemáme jistotu, zda kontralaterální kýla je či není již vyvinuta (incidentální herniace kontralaterálně se udává v literatuře asi v 15 % případů).

Tato metoda má svá omezení v případech současně přítomné malpozice varlete. V případech velkých skrotálních kýl ji rovněž nepovažujeme za nejvhodnější. A otázkou je její použití při současně přítomné hydrokéle.

Při operaci se pupečním anelem (ev. incisí těsně pod tímto) zavede intraabdominálně optika 5mm, a visualizujeme stav vnitřních tříselných kruhů. V případě viditelné hernie se těsně nad vnitřním tříselným kruhem provede malá incise (max. na 1 steh) a touto incisí se zavede za vizuální kontroly do dutiny břišní Prolenové vlákno tak, že se vnitřní tříselný kruh zašije (u děvčat) nebo zúží za šetření spermatických struktur u chlapců.

**Výsledky:**

Zatím jsme provedli 25 operací tříselných hernií pomocí PIRS, polovina byla u děvčat a v polovině případů šlo o tříselnou kýlu oboustrannou. Máme 1 recidivu u děvčete, kterou vysvětlujeme ještě ne zcela ideálně zvládnutou operační technikou.

**Závěr:**

Výsledky této metody (PIRS) v indikovaných případech jsou velmi povzbudivé. Zatím jsme neoperovali děti menší než 2 roky, ale to neznamená, že tato metoda není vhodná i pro kojence – opět v indikovaných případech.

## Laparoskopicky asistovaná ileocékální resekce u dětí s Morbus Crohn – naše zkušenosti

**Dohnal P.<sup>1</sup>, Hanák R.<sup>1</sup>, Kobza M.<sup>1</sup>, Ženíšková I.<sup>2</sup>**

---

<sup>1</sup> *Chirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice a. s.*

<sup>2</sup> *Pediatrické oddělení, Nemocnice České Budějovice a. s.*

Chtěli bychom v krátké prezentaci představit soubor našich pacientů z let 2012–2017 s morbus Crohn, u kterých byla provedena laparoskopicky asistovaná ileocékální resekce.

Sdělení je zaměřeno na základní indikační kritéria, předoperační přípravu, samotnou operační techniku a pooperační péči se závěrečným shrnutím výsledků a zamyšlením nad přínosem laparoskopické asistence.

**Janeček L.**

---

*Oddělení dětské chirurgie, Oblastní nemocnice Kolín*

**Cíl:**

Pokusit se, na základě vlastních zkušeností, posoudit nezbytnost doporučeného paušálního využívání diagnostické laparoskopie při řešení problematiky nehmatných varlat.

**Metodika:**

Retrospektivním porovnáním perioperačních nálezů a následných operačních výkonů u dvou souborů pacientů, kdy jedni při daných kritériích obligatorně laparoskopovávají a druzí nikoliv. V kolika případech se laparoskopie ukázala jako zásadní a rozhodující?

**Výsledky:**

Porovnání obou skupin ukazuje, že po získání operačních zkušeností v této problematice lze dosáhnout naprosto srovnatelných výsledků i bez paušálního používání laparoskopie!

**Diskuze a závěr:**

Míra perioperační extenze laparoskopie ve věkové skupině do 1 roku věku života není zanedbatelná! Její benefit při paušálním využívání je více než diskutabilní a autor sám ztratil přesvědčení o této nutnosti! Doporučuje ponechat ji v záloze při ojedinělých diagnostických rozpacích!

## Naše zkušenosti s orchidopexí dle Fowler-Stephense při operaci v jedné době

**Kuliaček P.<sup>1,2</sup>, Štichhauer R.<sup>1</sup>, Šafus A.<sup>1</sup>, Dočekalová Š.<sup>1</sup>, Holická L.<sup>1</sup>, Janeček L.<sup>1</sup>, Koudelka J.<sup>1</sup>, Novák I.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, Fakultní nemocnice, Hradec Králové

<sup>2</sup> Oddělení dětské urologie, Urologická klinika, Fakultní nemocnice, Hradec Králové

### **Cíl:**

Orchidopexe dle Fowler-Stephense je jednou z metod při řešení vysoké retence varlete. Principem je přerušení vnitřních spermatických cév a šetření cév podél chámovodu. Nejčastěji se používá při operaci abdominálně uloženého varlete. Provádí se buď v jedné nebo ve dvou dobách, otevřeně nebo laparoskopicky anebo kombinací obou možností.

### **Metody:**

Do retrospektivní studie z let 2008–2017 jsme zařadili 37 chlapců, u kterých jsme indikovali operaci dle Fowler-Stephense pro vysokou retenci 39 varlat. U dvou pacientů byly postiženy obě strany. V průběhu 10 let jsme celkem operovali 1172 retinovaných varlat, naprostá většina byla operována metodou dle Petřivalského pro inguinální retenci varlete.

Diagnosticickou laparoskopii jsme využili u 18 pacientů. U zbylých 19 pacientů jsme provedli otevřenou revizi třísla primárně. Věk pacientů se pohyboval v rozmezí 7–26 měsíců, vyjma tří ve věku 4, 7 a 9 let.

### **Výsledky:**

U všech pacientů jsme varle při operaci uložili do šourku. Při následných kontrolách na ambulanci jsme vyšetřili 34 pacientů a u nich 36 varlat po orchidopexi.

V 11 (30,5 %) případech bylo operované varle symetrické velikosti v šourku. 18 varlat (50 %) bylo hypotrofičtých. Atrofií varlete jsme zaznamenali u 7 z 36 (19,4 %). Všechna varlata jsou po operaci v šourku.

### **Závěr:**

Jednodobá orchidopexe dle Fowler-Stephense je ve zkušených rukách spolehlivou metodou při řešení vysokého kryptorchismu. Procento atrofií varlete je srovnatelné s údaji ve světové literatuře (4–40 %).

**Novák I.<sup>1</sup>, Hurtová M.<sup>1</sup>, Štichhauer R.<sup>2</sup>, Kuliáček P.<sup>2</sup>**

*1 Urologická klinika, dětské oddělení, Fakultní nemocnice a LFUK, Hradec Králové*

*2 Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, Fakultní nemocnice a LFUK, Hradec Králové*

**Cíl:**

Rozbor klinického souboru operovaných pro akutní skrotum se zaměřením na souhlasný nález vstupního ultrasonografického (USG) nálezu s operačním.

**Metodika a soubor:**

Retrospektivní zhodnocení souboru 51 operovaných pro akutní skrotum v letech 2012–2016. Postižená strana vlevo 34, vpravo 17 nemocných. Průměrný věk v době revize byl 13,3 roku (perinatálně – 41R): perinatálně 6x, do 1R 2x, 1–5R 3x, 5–10R 4x, 10–15R 17x, nad 15R 19x. Všichni nemocní byli před indikací k operační revizi vyšetřeni USG s Dopplerem.

**Výsledky:**

Předoperační USG diagnóza torze byla stanovena u 30/51 (59 %): 24 neprůtočných varlat a 6 torzí apendixu. Naopak u 21/51 (41 %) neprokazovalo USG vyšetření torzi varlete / apendixu: Popis: 1x normální průtoky varletem, 3x semitorze, 1x nález mluvicí pro stav po spontánní detorzi, 16x jiné diagnózy (např. hematom, spermatokéla, zánět). Opakovaný USG prokázal u 2/21 (10 %) neprůtočnost varlete. Při následné operační revizi byla prokázána u 31/51 (61 %) torze varlete, u 12/51 (23 %) torze přívěšku, 1/51 (2 %) hemoragickou purpuru varlete a 7/51 (14 %) jiné onemocnění (viz shora). U 16/31 (52 %) torzí varlete provedena orchiektomie (OE) pro hemoragickou infarktizaci (perinatálně 6x, do 1R 1x, 1–5R 2x, 10–15R 1x, nad 15R 6x). Z toho žádná OE nebyla provedená do 6 hodin od vzniku příznaků, 6–24 hod. 2x, nad 24 hod 14x. Vlevo OE provedena u 11/31 (35 %) torzí varlete, vpravo u 5/31 (16 %).

**Závěr:**

V našem souboru bylo více postižení strany levé s nutností OE. Pravděpodobnost OE rostla významně po 6 hod. od prvních příznaku a ve skupině nemocných do 5 let věku. USG nálezy průtočnosti varlete nevylučují možnost torze (progrese / recidivy u semitorzí, nerozpoznané torze). Efektivita USG je přímo závislá na vyšetřujícím a USG technice. Korelace diagnózy nálezu torze (varle/přívěšek) u 1. předoperačního USG a operačního nálezu byla v poměru 59 % : 84 %. V případě hemoragické infarktizace, popřípadě neobnovování se průtoku po detorzi, je indikace k provedení orchiektomie.

**Machart M., Borůvková K., Knížetová A.**

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

### **Cíl:**

Seznámení s pětiletou zkušeností při léčbě vad urachu. Urachus je vazivově atrofovaný pozůstatek komunikace kaudální části žloutkového váčku se základem urogenitálního traktu. Po sestupu močového měchýře ve 4.–5. měsíci gravidity vývojově postupně dochází k obliteraci původního kanálku. Nedočlenění plné obliterace způsobí některou ze čtyř základních vad: perzistující urachus, cysta urachu, sinus urachu či vesikourachální divertikl. Každá z uvedených vad má specifické projevy a lze se s nimi setkat od novorozeneckého věku po dospělost.

### **Metodika:**

Autoři uvádějí vlastní zkušenost s ošetřováním pacientů za období 2013–2017. Na skupině 17 pacientů dokumentují klinické projevy, diagnostické postupy, léčebné přístupy a jejich výsledky jak ve vztahu k typu vady, tak k věku pacientů.

### **Výsledky:**

Za 5 let bylo na domovském pracovišti autorů ošetřeno 17 pacientů s vadou urachu ve věku 0–18 let. Z toho 11 pacientů ve věku do 6 měsíců pro trvajících sekreci z pupku. V této skupině byla prokázána perzistence i pupečnickových cév u 10 dětí. Pacientů ve věku nad 6 měsíců bylo ošetřeno 6, z toho pro zánětlivou komplikaci (abscedovaná cysta či sinus) celkem 3. Operační revize byla provedena celkem 18x u 17 dětí.

### **Závěr:**

Zánětlivé onemocnění při vadách urachu může způsobit obraz náhlé příhody břišní chirurgické, urologické i gynekologické. Správná diferenciálně diagnostická rozvaha je pak zásadní mj. pro správný operační přístup.

**Penc L., Hrubovčáková J., Böhmová D.**

*Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, Nemocnice Na Bulovce, Praha*

**Cíl:**

Cílem práce bylo zjistit celkový počet pacientů operovaných s diagnózou fimózy, rozdělení dle typu operace a celkový počet komplikací.

**Metodika:**

V naší práci jsme sledovali soubor pacientů operovaných pro fimózu. Provedli jsme retrospektivní analýzu pacientů hospitalizovaných a operovaných v letech 2013–2017 včetně.

**Výsledky:**

Hodnotili jsme počet komplikací u jednotlivých operačních metod, komplikace již za hospitalizace nebo zjištěné při ambulantních kontrolách, počet reoperací, důležitost správné compliance při domácí pooperační péči.

**Závěr:**

I tak rutinní výkon, jako je operace fimózy, má svá úskalí. Na konečný výsledek operace má vliv více faktorů, nejenom operační technika.

**Sýkora L., Babulic M., Jáger R.**

*Klinika detskej chirurgie, NÚDCH a LFUK, Bratislava*

### **Cieľ:**

Porovnať výsledky liečby a návrat k plnej aktivite zlomenín diafýz klúčnych kostí adolescentov pri konzervatívnej a operačnej liečbe.

### **Materiál:**

Počas rokov 2013–2017 sme liečili 505 detí pre diafyzárnu zlomeninu klúčnej kosti, z toho 88 starších ako 14 rokov. Z nich bolo 28 zlomenín bez skráteneia – fragmenty boli v kontakte, bez dislokácie alebo zlomenina bola len angulovaná, klúčna kosť nebola skráteneá. 35 detí malo zlomeninu so skráteneím liečenú konzervatívne – stellou dorsi, 25 riešenú operačne – 5x fixáciou LCP, 20 Kirschnerovým drôtom.

### **Výsledky:**

28 zlomenín v kontakte boli fixované stellou dorsi priemerne 4 t. (28,3 dňa, maximálne 44 dní), návrat do plnej aktivity po 2 mesiacoch. 35 adolescentov so skráteneím klúčnej kosti malo fixáciu priemerne 6 týždňov (42,3 dňa), maximálne 78 dní (17 r. dievča s trieštivou zlomeninou so zlomeninou 11. rebra). Plná aktivita bola dovoleneá po ďalšom mesiaci, teda cca 2,5 mesiaca po úraze. Zo 4 adolescentov operovaných s fixáciou LCP 4 mali plnú aktivitu po 2,6 mesiaci v rozmedzí 1,5–6 mesiacov. 19 operovaných zlomenín s fixáciou Kirschnerovým drôtom malo návrat do plnej aktivity priemerne po 4,6 mesiaci s maximom po jednom roku. 2 pacienti mali komplikácie – vytvorenie pakĺbom ev. zápal, ktoré liečbu výrazne predĺžili.

### **Záver:**

Najrýchlejšie hojenie a návrat do plnej aktivity je u nedislokovaných zlomenín, zlomenín v kontakte s nevýraznou anguláciou. Konzervatívna liečba zlomenín bez kontaktu so skráteneím predlžuje dobu fixácie o polovicu, taktiež návrat do plnej aktivity je oneskorený (u viacerých po vyše troch mesiacoch). Z operačnej liečby je rigidna osteosyntéza s LCP síce agresívna, ale pre pacienta zabezpečuje skorý návrat k plnej aktivite (v 75% detí po 6 týždňoch). Otvorená repozícia s intramedulárnou fixáciou Kirschnerovým drôtom je síce šetrnejšia, ale výrazne predlžuje návrat do plnej aktivity, v tomto prípade priemerne po 4,6 mesiaci. Pre spomalené hojenie až s tendenciou k zahojeniu pakĺbom bola extrakcia Kirschnerovho drótu v 1/3 adolescentov urobená najskôr po 5 mesiacoch. Konzervatívna liečba aj zlomenín v adolescentnom veku by mala byť dominantná, pri operačnej viac zvažovať osteosyntézu s LCP.

**Havránek P., Pešl. T., Čepelík M.**

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

### **Cíl:**

Suprakondylická zlomenina humeru je jedna z nejzávažnějších dětských zlomenin, ale její problematika dosud není uspokojivě dořešena. Týká se to mnoha aspektů poranění, například klasifikace, léčebného přístupu k akutní zlomenině, k jejím komplikacím i následkům. Právě největší názorové odlišnosti reprezentované bohatou literární diskusí jsou v léčbě, typu operace a použitých implantátech. Cílem sdělení je prezentace současných názorů na operační přístup a jejich konfrontace s vlastními zkušenostmi.

### **Metodika:**

V roce 2016 jsme na klinice léčili celkem 275 dětí se suprakondylickou zlomeninou humeru. Bylo to 9,66 % ze všech 2847 čerstvých zlomenin ošetřených v uvedeném roce. Ve sdělení si všímáme typu zlomeniny podle vlastní klasifikace, léčebného postupu, u operovaných množství implantátů, jejich uložení a výsledků léčby.

### **Výsledky:**

Z 275 dětí ošetřených pro suprakondylickou zlomeninu jsme 93 léčili konzervativně a 182 operovali. U 90 % operovaných jsme ke stabilizaci použili 2–4 zkříženě zavedené dráty, u 9,9 % jsme dráty zavedli z laterální strany. Výjimečně jsme museli použít i jiné implantáty. Ve sdělení jsou rozebrány především podrobnosti o množství a uložení implantátů vzhledem k typu a dislokaci zlomeniny. Celkem 82,9 % dětí se zhojilo bez následků

### **Závěr:**

Suprakondylická zlomenina humeru je velmi závažnou zlomeninou dětského věku a měla by být ošetřena zkušeným dětským traumatologem. Diskuse k jednotlivým konfliktním aspektům zlomeniny je zatížena značnými empirickými, ekonomickými a geografickými odlišnostmi, které se mohou obrazit ve výsledku léčby.

## Bezpulzová bledá chladná ruka u suprakondylických zlomenin humeru u dětí

**Preis J., Šafus A., Štichhauer R.**

*Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, Fakultní nemocnice, Hradec Králové*

*Centrum dětské traumatologie, Fakultní nemocnice, Hradec Králové*

### **Cíl:**

Upozornit na řídkou, nicméně velmi závažnou, komplikaci minimálně invazivní léčby suprakondylických zlomenin u dětí.

### **Materiál a metodika:**

V rámci prospektivního sledování dětí se suprakondylickými zlomeninami humeru, podstupujícími operační léčbu (zavřenou repozici a perkutánní fixaci – CRPP), byla u celkem sedmi z celkového počtu 549 pacientů podstupivších CRPP zaznamenána chladná bledá ruka. U třech z nich k tomu došlo při repozici s perkutánní fixací na operačním sále. Naopak u tří pacientů s bledou rukou před výkonem se prokrvení prstů a ruky po repozici a perkutánní fixaci obnovilo a u jednoho dalšího po repozici k úpravě bledosti nedošlo. U zmíněných čtyř pacientů s bledou chladnou rukou po repozici byla ihned provedena akutní revize a uvolnění nervově-cévního svazku v jedné anestézii, bez dalšího výkonu na cévách.

### **Výsledky:**

U všech pacientů došlo bezprostředně po uvolnění nervově cévního svazku k obnově prokrvení ruky („růžová ruka“) a i k obnově pulzace na a. radialis zpravidla ještě na operačním sále, u jedné pacientky až po příchodu ze sálu na oddělení. Společným rysem všech pacientů byla výrazná dislokace úlomků dorzolaterálně, s linií končící nízko nad vnitřním epikondylem a s výrazným hrotem ulnárně.

### **Závěry:**

Vývoj bezpulzové bledé chladné ruky po zavřené repozice u suprakondylické zlomeniny humeru u dětí díky uskřínutí brachiální artérie představuje sice řídkou, o to ale nebezpečnější komplikaci, bez ohledu na to, zda byla před výkonem pulzace na a. radialis hmatná či ne. Je po ní třeba aktivně pátrat zejména u zlomenin s výraznou dislokací úlomků, nízko zasahující lomnou linií s hrotnatým vnitřním okrajem proximálního úlomků a obtížnou anatomickou repozicí. Při jejím výskytu po repozici úlomků je potřeba neváhat s revizí a uvolněním nervově cévního svazku, což v našich případech stačilo k plné obnově prokrvení ruky.

**Dočekalová Š., Štichhauer R.**

*Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, Fakultní nemocnice, Hradec Králové*

**Cíl:**

Sdělení má upozornit na možné riziko neurologických komplikací při léčbě zlomenin předloktí u dětí.

**Metodika:**

Byly zpracovány 2 kazuistiky pacientů, u kterých v průběhu léčby zlomenin předloktí došlo k rozvoji paréz periferních nervů na horní končetině.

**Kazuistiky:**

V prvním případě se jednalo o čtyřletého chlapce poraněného při dopravní nehodě, který utrpěl vícečetné zlomeniny. Zlomenina proximálního radia a ulny a distální ulny vpravo byla léčena konzervativně sádrou fixací. Léčba probíhala standardně, ale po 4 týdnech, po sejmutí sádrové dlahy, bylo zjištěno výrazné omezení hybnosti prstů a zejména zápěstí. EMG potvrdilo parciální denervaci větví z n. ulnaris, n. medianus i n. radialis.

Ve druhém případě se jednalo o sedmiletou dívku, která utrpěla zlomeninu diafýz obou předloketních kostí vlevo. Vzhledem k typu zlomeniny podstoupila repozici a osteosyntézu dle ESIN metodiky. Již od začátku léčby dívka udávala měnlivé dysestázie prstů a měla mírné omezení hybnosti prstů do extenze. Kompartment syndrom předloktí byl vyloučen. Po 7 týdnech od úrazu byl jasně vyjádřený neurodeficit na levé ruce. Dle EMG vyšetření byla prokázána neuropatie n. medianus a r. superficialis n. radialis.

U obou dětí byla zahájena intenzivní rehabilitace, dlahování a vitaminoterapie. U chlapce došlo k úplné normalizaci stavu za 1,5 roku, u dívky se nález výrazně zlepšil, nicméně nadále pokračuje v léčbě a je plánováno kontrolní EMG vyšetření.

**Závěr:**

Zlomeniny předloktí jsou jedním z nejčastějších úrazů u dětí. Léčba je většinou konzervativní a nekomplikovaná. Neurologická poranění jsou při nich vzácná. Přesto je třeba v průběhu léčby vyšetřovat a sledovat i drobné poruchy citlivosti či hybnosti prstů. Podezření na periferní nervovou lézi je třeba včas verifikovat pomocí EMG vyšetření. Léčba bývá dlouhodobá, ale k dobrému výsledku je zpravidla dostačující vitaminoterapie a intenzivní rehabilitace, kterou je třeba zahájit co nejdříve.

## 57. Avulzné poranenia článkov prstov ruky

**Chochol J., Jáger R., Murár E., Dolnák A., Sýkora Ľ.**

*Klinika detskej chirurgie, LF UK a NÚDCh, Bratislava*

### **Cieľ:**

Zlomeniny skeletu ruky sú z celkového počtu všetkých zlomenín detského veku na druhom mieste, hneď po zlomeninách distálneho rádia a pred poraneniami lakťa. Cieľom prednášky je prezentovať náš postup riešenia avulzných zlomenín článkov. Typické sú: A/ na distálnom článku basketbalové zlomeniny „mallet finger“, B/ na strednom článku avulzie volárnej bázy proximálnej časti, prejavujúce sa klinicky ako lézie volárnej platničky a C/ na proximálnom článku avulzie bázy prejavujúce sa klinicky ako lézie kolaterálnych ligament.

### **Materiál a metodika:**

V retrospektívnej štúdii z rokov 2012–2016 sme liečili 3371 pacientov so zlomeninami skeletu prstov ruky. Z tohto počtu pacientov sme vyčlenili tých, ktorí mali avulzné poranenie. Pri operáciach sme na fixáciu použili Kirschnerove drôty, miniosteosyntézu skrutkami alebo osteosutúru kostným stehom.

### **Výsledky:**

Hospitalizovali sme 66 pacientov s avulznými poraneniami prstov, okrem basketbalových zlomenín sme všetkých ostatných vyšetřili v celkovej anestézii. Pri vyšetření mali traja stabilný kĺb, pokračovali sme konzervatívne. V skupine A sme operačne riešili 40 pacientov, skupine B 9 pacientov a v skupine C 14 pacientov, reoperovali troch. Plnú hybnosť sme dosiahli u 38 pacientov, takmer plnú u 11 pacientov, obmedzenú u 3 pacientov a na záverečné vyšetřenie sa nedostavilo 14 pacientov.

### **Záver:**

Na našom pracovisku je snaha o anatomickú repozíciu a dosiahnutie plnej hybnosti bez deformity. Pri basketbalových zlomeninách (skupina A), pre nespokojivé výsledky pri konzervatívnej liečbe, volíme repozíciu a fixáciu fragmentov prednostne modifikovanou metódou Ishiguru. U väčších detí (starší školský a adolescentný vek) a hlavne u aktívnych športovcov, pri preukázaní nestability v skupinách B a C, pristupujeme k osteosyntéze, prípadne osteosutúre z dôvodu fixovania dosiahnutého anatomického postavenia a zabezpečenia stability fragmentov.

**Vronský R., Novák M., Kopáček I.***Klinika úrazové chirurgie, Fakultní nemocnice, Ostrava***Úvod:**

Zlomeniny pánve tvoří dle různých literárních údajů 0,2 % všech zlomenin u dětí a mladistvých. Postihují většinou starší děti a adolescenty. Dělíme je obecně na zavřené a otevřené a podle etiologie na avulzní a zlomeniny pánevních kostí. Jde o dvě nosologicky i prognosticky rozdílná poranění. Je to dáno anatomíí dětské pánve a mechanismem poranění. Avulzní zlomeniny jsou způsobeny tahem svalových skupin upínajících se na pánev.

Jde převážně o fyzární poranění vzniklá při sportu. Zlomeniny pánevních kostí jsou způsobeny zevním násilím působícím na pánev, jsou častou součástí polytraumatu s přidruženými poraněními orgánu dutiny břišní.

Diagnostika se opírá o klinický obraz a rtg vyšetření. U avulzních zlomenin lze velmi často s úspěchem využít sonografie, která je velmi vhodná pro kontroly hojení. U zlomenin kosti pánve je v indikovaných případech – polytraumatu vhodné CT vyšetření, výjimečně lze využít MR.

Pro terapii je nezbytná přesná klasifikace zlomenin. Z počátku byly využívány klasifikace z dospělé traumatologie – Pernal, Tile, AO-klasifikace. V současné době je nejčastěji používaná klasifikace dle Toroda a Ziega.

**Výsledky:**

Terapie zahrnuje konzervativní i operační metody. Upřednostňují se konzervativní metody a u operačních metod pak metody miniinvazivní. Uvádíme soubor pacientů léčených DTC FNO za období 2007–2017. Za toto období jsme ošetřili 23 583 pacientů ve věku 0,3–16 let se skeletárním poraněním. Hospitalizovali jsme 223 dětí. Zlomeniny pánve jsme zaznamenali u 34 dětí. Převažovali chlapci v poměru 2 : 1 (23 : 11). Avulzní zlomeniny jsme zaznamenali u 21 pacientů. Jednalo se o fyzární separace spina iliaca ventralis cranialis a caudalis, ve 2 případech jsme zaznamenali fyzární separaci tuber ossis ischii u dívek.

Zlomeniny pánevních kostí byly převážně zastoupeny zlomeninami stydkých kostí (9 pacientů), 1x obkročnou zlomeninou a 3x zlomeninou lopaty kosti kyčelní. Nejzávažnějšími zlomeninami byly zlomeniny, které byly součástí polytraumatu.

---

Většinu zlomenin jsme léčili konzervativně. Operovali jsme 2x fyzární separaci stydkých kostí a to zevní fixací. U jednoho pacienta jsme použili AO syntézu u otevřené dislokované zlomeniny lopaty kosti kyčelní. Komplikace jsme zaznamenali u zevních fixatérů a to infektem v okolí Schanzových šroubů. Ztratili jsme jednoho pacienta, 10letého chlapce s polytraumatem – chodce sraženého osobním autem v rychlosti 70 km/hod.

Pacienty dlouhodobě sledujeme – minimálně po dobu 5 let.

**Závěr:**

Zlomeniny pánve jsou relativně vzácným poraněním u dětí a mladistvých. Vyžadují komplexní přístup zahrnující konzervativní i operační postupy. Jejich cílem je navrácení pacientů k plnohodnotnému životu.

**Dolnák A., Sýkora Ľ., Jáger R., Murár E., Chochol J.**

*Klinika detskej chirurgie, Národný ústav detských chorôb, Bratislava*

## **Cieľ:**

Pre každú vekovú kategóriu sú v liečbe zlomenín detského a adolescentného femoru popísané včasné aj neskoré následky. V našom súbore na porovnanie predkladáme výsledky našich skúseností v terapii týchto zlomenín.

## **Metódy:**

Prehľadová retrospektívna štúdia z Kliniky detskej chirurgie DFNSP Bratislava rozoberajúca liečbu a následky zlomenín diafýzy femoru od 0 do 19 rokov. Vstupné faktory: vek, hmotnosť pacientov pri úraze, charakter zlomeniny, druh liečebného postupu, percento a druh komplikácií a faktory, ktoré ich spôsobili.

## **Výsledky:**

Za dané časové obdobie sme sledovali včasné a neskoré následky jednotlivých metodík liečby – infekčné a lokálne komplikácie v mieste zavedenia implantátov, mieru reziduálnych angulačných a rotačných deformít, patológiu hojenia a hlavne nerovnakú dĺžku končatín. Podrobnou analýzou príčin a súvislostí so vstupnými faktormi štúdie nám vyšli závery, o ktoré sa delíme v prednáške.

## **Záver:**

Podľa výsledkov súboru pri stabilných neposunutých izolovaných zlomeninách u detí do 12 kg (cca 2 rokov) preferujeme konzervatívnu liečbu sadrovou spikou, pri posunutých náplastovou Bryantovou trakciou. Pri obdobných zlomeninách detí s hmotnosťou 12–20kg je indikovaná modifikovaná náplastová Russellova trakcia. ESIN je aplikovaný u detí od 5 rokov (cca 20kg) po hranicu približne 50kg. Rizikom zlyhania tejto metódy sú dlhé šikmé línie lomu alebo medzifragment, kedy je vhodné zvážiť modifikáciu doplnením ďalšími prútmi či vonkajším fixátorom alebo primárnu aplikáciu adolescentného zaisteného klinca. Vonkajší fixátor v kombinovanej liečbe s ESIN pri nestabilných zlomeninách má napriek slušnému efektu relatívne vysoké percento komplikácií počas aj po ukončení liečby. Nerovnaká dĺžka končatín bola pozorovaná hlavne v mladom detskom veku s ústupom až do cca 12 rokov. Nepreukázal sa významný rozdiel v reziduálnych deformitách medzi konzervatívnou a operačnou liečbou a podľa skúseností sa jej dá predísť ponechaním asi 1cm skrátenia v mieste zlomeniny.

**Kopáček I.<sup>1</sup>, Slívová I.<sup>2</sup>, Pleva L.<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> *Klinika úrazové chirurgie, Fakultní nemocnice, Ostrava*

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

Autoři ve svém sdělení popisují vzácný typ poranění dětského kolene, kdy při běžném gymnastickém prvku došlo epifyzeolyze tuberositas tibie, evulzi ligamentum patellae proprium a osteochondrální zlomenině patelly. V případě takových poranění v dětském věku je plně indikováno, kromě základních rtg snímků, i CT vyšetření k zjištění rozsahu poranění a stanovení perioperačního postupu. Ve fotodokumentaci pak popisujeme operační postup a další vývoj pacienta včetně jeho rehabilitace.

**Jáger R., Sýkora Ľ., Trnka J.**

*Klinika detskej chirurgie, Národný ústav detských chorôb a LFUK, Bratislava*

**Cieľ:**

Cieľom prednášky je ukázať riešenie zlomenín distálnej tibiae na Klinike detskej chirurgie (KDCH), nakoľko tieto zlomeniny patria k často diskutovanej problematike, ich riešenie je často neľahké a líši sa metodicky pracoviskom.

**Metodika:**

V prednáške je spracovaný súbor pacientov riešených na KDCH od 1. 1. 2012 do 1. 7. 2017. Z celkového počtu 318 hospitalizovaných pacientov pre zlomeninu ktorejkoľvek časti tibiae bolo do súboru zaradených 55 pacientov so zlomeninou distálnej časti tibiae, čo tvorí 17,3 % zlomenín tibiae. Patria sem metafyzárne priečne zlomeniny, špiralovité diafyzárne zlomeniny zasahujúce do metafýzy (metadiafyzárne) a kominutívne metadiafyzárne zlomeniny zasahujúce maximálne po fýzu. Zo súboru sme vylúčili čisto epifyzárne zlomeniny (separácie) tibiae typu Salter-Harris a členka. Cieľom liečby je dosiahnuť anatomické postavenie a plnú hybnosť, preto pacienti z hľadiska funkčnosti neboli hodnotení. Ale v prednáške sme sa zamerali na vyhodnotenie jednotlivých možností vyriešenia týchto zlomenín z hľadiska charakteru zlomeniny a veku pacientov.

**Výsledky:**

Zo spomínaného súboru sme 31 pacientov riešili konzervatívne po zatvorenej repozícii. 6 pacienti boli riešení ESIN technikou, 2 pacienti kombináciou ESIN metódy a skrutky, 1 pacient kombináciou ESIN a transfixácie Kirschnerovými (K) drôťmi, 7 pacientov sme riešili transfixáciou dvomi K drôťmi, 1 pacient bol riešený transfixáciou a skrutkou. Externým fixátorom boli riešení 4 pacienti, z celého súboru boli 2 pacienti riešení otvorenou cestou s použitím dlahy. 1 18-r. pacientka bola riešená kombináciou intramedulárneho klinca a skrutky.

**Záver:**

Nekomplikované, nedislokované zlomeniny distálnej tibiae detí predškolského a školského veku je možné riešiť konzervatívne po repozícii v celkovej anestézii. Nestabilné zlomeniny, eventuálne zlomeniny s progredujúcou rekurváciou v lome distálnej metafýzy riešime transfixáciou a to tak, že K drôty sú vedené

---

subkortikálne pod prednú kortikalis tíbie skřížene. Dislokované a nestabilné kompresívne zlomeniny riešime jednak externým fixátorom, transfixáciou, ESIN metódou , prípadne kombináciou týchto techník. Otvorené, nestabilné a kominutívne zlomeniny v adolescentnom veku riešime externým fixátorom alebo otvorenou cestou s použitím dlhovej techniky, prípadne intramedulárnym klincom s uzavretou fýzou distálnej tíbie.

**Čepelík M., Pešl T., Havránek P.**

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

**Cíl:**

Zlomeniny v oblasti hlezna jsou relativně častým úrazem všech věkových kategorií. Věk pacienta však podstatně ovlivňuje typ léze i následnou terapii. Zásadní otázkou při strategii ošetření poranění hlezna je stabilita vidlice hlezenního kloubu vycházející z míry poranění tibiofibulární syndesmózy.

**Metodika:**

V našem sdělení prezentujeme soubor pacientů Kliniky dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK s jednotlivými lézemi v kritickém období přechodného věku a v době již po uzavření růstových chrupavek i relativně vzácné poranění ekvivalentu trimalleolární zlomeniny v období před ukončením růstu, léčebnou strategii našeho pracoviště i výsledky léčby.

**Výsledky:**

Při léčbě poranění v oblasti hlezna u pacientů s otevřenými růstovými chrupavkami jsme uplatnili miniinvazivní postupy platné pro dětskou traumatologii. Výborné výsledky s plným zhojením sledovaných pacientů jsme dosáhli i u ekvivalentu trimalleolární zlomeniny.

**Závěr:**

Pro volbu léčebné strategie zlomenin v oblasti hlezna je zásadní poranění vazového aparátu hlezna a především tibiofibulární syndesmózy. U pacientů s otevřenými růstovými chrupavkami je možné aplikovat „dětské“ postupy i u „dospělého“ typu poranění. Naopak poranění hlezna u pacientů po ukončení růstu by mělo již spadat do péče adolescentního traumatologa se zkušenostmi z léčby traumat u dospělých.

## 1. Dětské úrazy a jejich prevence

### **Malá M.**

*Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie (KDCHOT), Fakultní nemocnice, Brno*

#### **Cíl:**

V České republice je každý rok ošetřeno půl milionu dětí s úrazy, přičemž přibližně 32 000 dětí musí být hospitalizováno a až 400 dětí s úrazem je přímo ohroženo na životě. Díky široké propagaci prevence úrazů se počet dětí s úrazy snižuje. Současně se zvýšením kvality traumatologické péče dochází ke snížení následků úrazů u dětí.

#### **Metody:**

Na naší klinice byl v roce 2016 zřízen Kurz prevence dětských úrazů, který seznamuje děti s nejčastějšími příčinami úrazů, hlavním úkolem je však ukázat dětem, jak úrazům předcházet. Děti se navíc učí, jak zvládnout první pomoc při úrazu.

#### **Výsledky:**

Autorka prezentuje kazuistiky závažných úrazů u dětí hospitalizovaných na Klinice dětské chirurgie a traumatologie.

#### **Závěr:**

Prevence úrazů je velmi důležitá, zvláště u dětí, proto jsme se na ni na naší klinice zaměřili.

### **Fitzová Z.**

*Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie (KDCHOT), Fakultní nemocnice, Brno*

#### **Úvod:**

Prezentace je zaměřena na úrazy, jejichž příčinou vzniku bylo užívání drog u dětí a mladistvých.

#### **Metodika:**

České děti a mladiství se řadí v pití alkoholu na přední příčky v Evropě. Následkem užívání drog, mezi které se řadí i alkohol, dochází u dětí a mladistvých nejen ke zhoršení školních výsledků, ale hlavně k úrazům, dopravním nehodám a trestné činnosti. Podle průzkumu mladiství, kteří požíli alkohol, jsou ošetřeni dvakrát častěji než ti, co nic nepožili.

#### **Výsledky:**

V přednášce jsou prezentovány kazuistiky dětí, u kterých následkem užívání drog došlo k úrazu.

#### **Závěr:**

Užívání drog je v současnosti velmi závažný problém mladistvých, protože následky jejich užití bývají závažné a potkáváme se s nimi i v chirurgii.

### 3. Dopravní úrazy u dětí

#### **Součková L.**

*Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie (KDCHOT), Fakultní nemocnice, Brno*

#### **Cíl:**

V České republice jsou dopravní nehody u dětí umístěny na předních příčkách v Evropě. Počet dopravních úrazů u dětí v České republice je přibližně dvakrát vyšší než ve vyspělých státech a mnohdy bývají smrtelné. Nepředvídatelné přebíhání vozovky na nepřehledných místech, hra na silnici a podobně bývají často důvodem vážných úrazů.

#### **Výsledky:**

Součástí sdělení autorka prezentuje kazuistiku dítěte s úrazem, které bylo účastníkem dopravní nehody.

#### **Závěr:**

Dopravní úrazy jsou jednou z hlavních příčin závažných dětských úrazů. Proto je nutné klást důraz na zlepšení znalosti a zvýšit efektivitu chování v rizikových dopravních situacích.

### Rejdová E.

*Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie (KDCHOT), Fakultní nemocnice, Brno*

#### **Úvod:**

Traumatické úrazy hlavy, otřes mozku, mozkové krvácení a poranění baze leb-  
ní mohou způsobit závažné poruchy čichu. Poúrazovou poruchu čichu často  
dítě nebo rodič nezaznamená hned, proto je v tomto případě klíčová anamné-  
za, kde se cíleně dotazujeme na prodělané úrazy hlavy v minulosti.

#### **Cíl:**

Poukázat na riziko vzniku poruchy čichu po úrazu hlavy a přispět tak k včasné-  
mu odhalení abnormalit čichu.

#### **Metodika:**

Kazuistika pacienta s poruchou čichu po úrazu hlavy.

#### **Výsledky:**

Vedle kvalitní diagnostiky a léčby je vhodné zařadit do komplexní ošetrovatel-  
ské péče u dětí po úrazu hlavy také vyšetření čichu pomocí čichových testů.

#### **Závěr:**

Přestože poruchy čichu netvoří na chirurgii významnou část lékařské a ošet-  
řovatelské praxe, je třeba této problematice věnovat patřičnou pozornost,  
protože porucha čichu může v různé míře ovlivnit kvalitu a vývoj života dítěte.

## 5. Spektrum výkonů na operačních sálech DCHT

### **Neugebauerová V., Štěpánová M.**

*Operační sály, Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, Fakultní nemocnice, Hradec Králové*

#### **Cíl:**

Cílem sdělení je seznámit Vás s prostředím operačních sálů našeho pracoviště – Oddělením dětské chirurgie a traumatologie v Hradci Králové.

#### **Sdělení:**

Naše operační sály fungují jako centrální pro většinu dětských pacientů ve FN Hradec Králové, kteří podstupují operační léčbu. Lékaři z ostatních operačních oborů dochází na naše sály za svými pacienty. Proto se snažíme o přiblížení prostorů a vybavení operačních sálů dětem pomocí obrázků a doplňků. Naší snahou je zvýšit pohodu a komfort na našich operačních sálech jak pro děti, tak i ošetřující personál.

Výsledkem je spokojený pacient i operační tým.

#### **Závěr:**

Operační výkon je pro dítě vždy velmi stresující situací. Zpříjemněním prostředí se snažíme snížit strach a napětí dítěte před vlastním operačním výkonem.

**Lehocká J.**

*Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK – operační sál, Thomayerova nemocnice, Praha-Krč*

Zlomenina patní kosti je v dětském věku vzácná, dislokovaná nitrokloubní zlomenina s nutností operační léčby je raritní. V dětském věku je indikována zavřená repozice a perkutánní stabilizace Ki dráty, které jsou zaváděny pod rtg kontrolou. Pro dobrou přehlednost patní kosti ve všech projekcích je nutné pacienta správně napolohovat a vhodně manipulovat s C-ramenem rtg zesilovače. V prezentaci představujeme naši metodiku, kterou jsme převzali od dospělých traumatologů a která se nám plně osvědčila.

**Nováková S., Horelová H.**

*Chirurgická klinika, Fakultní nemocnice, Ostrava*

*Klinika léčebné rehabilitace, Fakultní nemocnice, Ostrava*

Formou prezentace kazuistik dvou 15letých chlapců, zraněných při vážné nehodě na motorce, poukazujeme na důležitost multioborové spolupráce při léčbě a ošetrovatelské péči.

S rozšířením motorismu a nových druhů sportů dochází k nárůstu počtu otevřených zlomenin v dětském věku. Jejich klasifikace vychází z posouzení míry poškození měkkých tkání, přítomných cévních a nervových lézí, event. periferní ischemie. Chirurgická léčba spočívá v důkladné očištění rány, odstranění devitalizovaných tkání, stabilizaci zlomeniny vnitřní osteosyntézou nebo zevní fixací. V případě devastujícího poranění nutná amputace.

Cílem pooperační péče je minimalizovat riziko vzniku komplikací, rozvoje infekce. Velký důraz klademe na tišení bolesti, časnou rehabilitaci s postupným nábivkem soběstačnosti. Nezbytnou součástí je péče o psychiku dítěte i rodinných příslušníků.

## Zachová N.

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

### **Cíl:**

Održení apofýzy ulnárního epikondylu humeru je relativně častou dětskou zlomeninou, v oblasti lokte čtvrtou nejčastější (po suprakondylické zlomenině, zlomeninách proximálního radia a radiální části kondylu humeru). Tato zlomenina je častější u starších školáků a adolescentů. Cílem sdělení je předvést náš přístup a metodiku operačního ošetření zlomenin ulnárního epikondylu.

### **Metodika:**

V roce 2015 jsme ošetřili celkem 3.683 akutních zlomenin, u 15 dětí jsme registrovali održení ulnárního epikondylu (0,41 %).

### **Výsledky:**

Všechny avulzní zlomeniny ulnárního epikondylu byly dislokované, a proto jsme je operovali. U většiny pacientů provádíme operace otevřeně, z řezu 3–4 cm epikondyl reponujeme a fixujeme dvěma divergentně zavedenými K-dráty. Ve sdělení je na diapozitivech předvedena metodika operace a nutné instrumentarium.

### **Závěr:**

Avulzní zlomenina ulnárního epikondylu je jednou z častějších dětských zlomenin a většinou vyžaduje operační ošetření. Operační metodika má určitá pravidla, která předvádíme ve sdělení.

## 9. Traumatická amputační poranění končetin

### **Moudrová I., Šimáková M.**

*Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, Fakultní nemocnice, Hradec Králové*

#### **Cíl sdělení:**

Seznámit Vás s kazuistikami třech chlapců, u kterých došlo k amputaci končetiny.

#### **Kazuistiky:**

1. 15letý chlapec, kterému prsten těžce pohmoždil celý II. prst dominantní pravé ruky a amputoval jeho distální článek.
2. 9letý chlapec, u kterého došlo k amputaci obou rukou v úrovni zápěstí drtičkou na odpad.
3. 11letý chlapec, kterému stroj na vyorávání brambor amputoval pravou dolní končetinu v úrovni bérce.

Replantace bohužel nebyla možná ani u jednoho z pacientů.

#### **Závěr:**

Ztrátové poranění končetin dítěte je vždy velmi traumatizující, jak pro pacienta, tak pro jeho okolí. Léčba bývá dlouhodobá, složitá a často komplikovaná. Bohužel trvalé následky mohou výrazně omezovat běžné aktivity rostoucího a dospívajícího dítěte a tak je v některých případech nutné zajistit i psychologickou podporu.

**Kohoutková H., Voříšková R.**

*Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, Fakultní nemocnice, Hradec Králové*

**Cíl:**

Trakční léčba zlomeniny stehenní kosti u dětí je především velmi časově náročná. Naší snahou je tuto léčbu dětem i jejich rodičům co nejvíce ulehčit a zpříjemnit nejen ošetrovatelskou péčí.

**Kazuistiky:**

První se týká dvouletého chlapce, který uklouzl, spadl na chodbě a poranil si pravé stehno. Léčba byla zvolena přiložením náplastové trakce. Druhá kazuistika pojednává o čtyřleté dívce, která si poranila levé stehno po pádu na lyžích. Vzhledem k vyššímu věku i hmotnosti pacientky byla v tomto případě indikována k léčbě skeletální trakcí.

Při ošetrovatelské péči je kladen velký důraz především na prevenci otlaků, tíšení bolesti a komplexní zajištění všech biopsychosociálních potřeb pacienta. Velkou pomocí v období hospitalizace je i působení Mateřské a Základní školy při FNHK a Zdravotních klaunů.

**Závěr:**

Období hospitalizace představuje náročné období pro dítě, jeho doprovod i ošetřující personál. Vybrané kazuistiky dokazují, že děti mají úžasnou schopnost adaptovat se i na trakční léčbu a zvládnout ji s pomocí rodičů a zdravotnického personálu s úsměvem na rtech.

## 11. Jak se dožít důchodu ve zdraví

### Šubrtová J.

*Oddělení dětské chirurgie – dětské úrazové centrum, Masarykova nemocnice, Ústí nad Labem*

#### **Cíl sdělení:**

Autorka zpracovává tematiku psychicky i fyzicky náročné profese, jakou je povolání dětské sestry u lůžka.

#### **Metody:**

Je sestra schopna, ve stanoveném věku pro odchod do důchodu, podávat kvalitní pracovní výkon? Lze konstatovat, že pracovní výkon nemůže být přímo úměrný s přibývajícím věkem?

Do jakého věku je sestra schopna vykonávat svou profesi kvalitně?

#### **Závěr:**

Zasloužily by si sestřičky dřívější odchod do důchodu?

**Rothová M.**

*Oddělení dětské chirurgie – dětské úrazové centrum, Masarykova nemocnice, Ústí nad Labem*

**Cíl sdělení:**

Jazykověda je součástí nejen odborné medicínské terminologie, ale i běžné zdravotnické praxe.

**Metody:**

Autorka na poli lingvistiky prezentuje výsledky svého zájmu, které sbírala v rámci Oddělení dětské chirurgie pět let. Jedná se o sběr střípků a postřehů, zajímavých konstatování a tematických souvislostí v běžné zdravotnické praxi.

**Závěr:**

Sdělení zpracovává populárním způsobem specifické použití českého jazyka ve zdravotnické praxi.

### **Hrušková P.**

*Oddělení dětské chirurgie – dětské úrazové centrum, Masarykova nemocnice, Ústí nad Labem*

#### **Cíl sdělení:**

Herní specialista je již řadu let neoddělitelnou součástí péče o dětské pacienty.

#### **Metody:**

Hra v nemocnici má speciální význam, protože zachovává dítěti část normálního života v abnormální situaci. Herní specialista je člen zdravotnického týmu a tvoří nejen komunikační most mezi dítětem a zdravotnickým personálem, ale také jeho rodiči. Prezentace popisuje rozvoj herní práce na lůžkovém oddělení Oddělení dětské chirurgie v Ústí nad Labem a poukazuje na důležitost této „profese“.

#### **Závěr:**

Hra je jazykem dětí. Je to jazyk, jehož prostřednictvím se děti na celém světě učí, zrají, a který jim pomáhá pochopit svět, ve kterém žijí.

**Cibulková P.**

*Oddělení dětské chirurgie – dětské úrazové centrum, Masarykova nemocnice, Ústí nad Labem*

**Cíl sdělení:**

Prezentace zachycuje kazuistiku malé pacientky, která byla hospitalizována na Dětském úrazovém centru Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem.

**Metody:**

Autorka prezentuje kazuistiku rok a půl starého děvčátka, která byla přijata spolu s maminkou po těžkém úrazu dolní končetiny. I přesto, že byla matka personálem neustále zapojována do procesu léčby, lze v tomto případě konstatovat, že její přístupem došlo k jejímu podstatnému prodloužení.

**Závěr:**

I aktivní přístup matky-doprovodu je důležitým kritériem. Vzájemnou dobrou spoluprací mezi doprovodem dítěte a zdravotníky lze považovat za jeden ze základních předpokladů úspěšné léčby.

## 15. Syndrom CAN

**Chlupová K.**

*Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie (KDCHOT), Fakultní nemocnice Brno*

### **Úvod:**

CAN – Child Abuse and Neglect – souhrnné označení pro syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Syndrom je definován jako poškození tělesného, duševního i společenského stavu a vývoje dítěte, který vzniká v důsledku účelného jednání dospělé osoby vůči dítěti, jež je v dané společnosti hodnoceno jako nepřijatelné. Dále zde pojednáváme o možných příčinách a důsledcích u syndromu CAN.

### **Cíl:**

Informovanost široké veřejnosti o syndromu CAN a jeho častém výskytu v populaci. Díky dostatečným znalostem přispět k včasnému odhalení a zamezit tak následkům syndromu CAN.

### **Metodika:**

Kazuistika u dítěte se syndromem CAN.

### **Výsledky:**

Týrání v dětství výrazně ovlivňuje zdraví dítěte. Zásadní roli má všímavost veřejnosti. Včasná a správná intervence může významně zmírnit řadu následků, které syndrom CAN způsobuje.

**Melicherová J.**

*Oddělení dětské chirurgie – dětské úrazové centrum, Masarykova nemocnice, Ústí nad Labem*

**Cíl sdělení:**

Pohled na nemoc je zcela odlišný v případě, kdy se zdravotnický pracovník stane sám pacientem.

**Metody:**

Sdělení prezentuje zcela odlišný pohled na ošetrovatelskou péči v případě, kdy se nemocným stane kolegyně sestřička. Sestřička je obecně pro pacienta usměvavou tváří a pomocí, pro lékaře je pomocnou rukou a spolupracovnicí. Může být pak sestřičkou sama sobě? A jak mohou pomoci samy sobě kolegyně?

**Závěr:**

Představíme-li si práci sestry, každý z nás si vybaví něco jiného a naše představy se do jisté míry budou odlišovat od skutečného. Zcela jinak je tomu v případě, kdy se samy ocitneme tváří v tvář vážnému onemocnění a zcela se změní náš profesionální postoj.

## 17. Ošetřování popáleniny na ambulanci

**Pianezzarová M.**

*Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, Nemocnice na Bulovce,  
Praha*

**Cíl:**

Zhojení popálené části.

**Dulovcová L.**

---

*Oddělení dětské chirurgie, Nemocnice Na Bulovce, Praha*

**Cíl práce:**

Zhojení popálené části a zlepšení sociálního chování dítěte.

**Ucháľová, J., Stankovianska, M.**

*Klinika detskej chirurgie, JLF UK a UNM, Martin*

### **Cieľ:**

Proces hojenia rán prebieha nezávisle od druhu rany a rozsahu poškodenia tkaniva vo fázach, ktoré sa časovo prelínajú a nie je možné ich od seba oddeliť. Manažment ošetrovateľskej starostlivosti závisí od základnej diagnózy, typu rany a poškodenia integrity tkanív, veku dieťa, spolupráce rodičov a miery uplatňovania moderných ošetrovateľských techník.

### **Metodika:**

Posúdenie a zhodnotenie hojenia závisí od typu a štádia hojenia rany, monitorovania prítomnosti celkových príznakov infekcie v rane a analýzy rizikových faktorov, ktoré negatívne ovplyvňujú hojenie rany.

### **Výsledky:**

Autorky poukazujú na jednotlivé zvolené techniky, ako je použitie nových kvalitných terapeutických náplastí alebo metodiky riadeného podtlaku chirurgického uzatvárania rán.

Pri manažmente terapie rany pôsobia faktory zlepšujúce hojenie, ako je hydratácia a výživa pacienta, podpora imunity, zabezpečenie hygienickej starostlivosti, analgéza a celková protizápalová, príp. proteolytická enzymatická liečba. Nemenej dôležitá je edukácia rodiča v starostlivosti o dieťa počas hospitalizácie a po demitácii v domácich podmienkach.

### **Záver:**

Na hojenie rán má rozhodujúci vplyv správna voľba manažmentu liečby v závislosti na type a spôsobe vzniku rany. Vyžaduje si trpezlivosť a precíznosť lekárskeho a sesterského ošetrovania pri dodržaní aseptických podmienok, aby sa hojenie nekomplikovalo sekundárnou superinfekciou. Potom výsledok prekvapí pacienta a aj ošetrojúci personál.

**Hlachová M., Kovandová K.**

*Dětské oddělení – jednotka intenzivní a resuscitační péče, Nemocnice České Budějovice*

Základní diagnózou, se kterou dětský pacient přišel na chirurgickou ambulanci, byla pouze bolest levého předloktí horní končetiny. Chirurgové vyslovili podezření na tromboflebitidu a následně ho odeslali na dětské oddělení, kde začalo pátrání po diagnóze.

**Cíl:**

Naším cílem je seznámit sestry z ostatních zdravotnických pracovišť s problematikou ošetrovatelské péče u pacienta s fasciotomií, která byla hlavním terapeutickým krokem v rámci léčebného postupu.

**Metodika:**

Sekundární analýza dat ošetrovatelské dokumentace dětského pacienta a následné vytvoření kazuistiky.

**Výsledky:**

V rámci mezioborové spolupráce chirurgie, traumatologie, ortopedie a důkladné sesterské ošetrovatelské péče došlo k celkovému zhojení a následně operační korekci fasciotomie. Následovalo propuštění pacienta do domácí péče a s ním spojené lékařské doporučení k dlouhodobé rehabilitaci.

**Závěr:**

Upozornění na aseptický přístup a dodržování bariérové ošetrovatelské péče u pacienta s mikrobiologickým pozitivním nálezem Meningokok C, s následně provedenou terapeutickou fasciotomií.

**Jirků P., Nečasová I.**

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

**Cíl:**

Cílem sdělení je seznámit odbornou veřejnou společností s problematikou ošetrovatelské péče o centrální žilní katétry, které nejsou po zavedení fixovány stehem.

**Metodika:**

Vycházíme z teoretických a praktických zkušeností získaných při práci s pacientem, nejen na odděleních naší kliniky, ale i z poznatků ostatních klinik naší nemocnice.

**Výsledek:**

Nový trend zvyšuje nároky na ošetrovatelskou péči. Nelze opomenout nárůst ceny za převazový materiál.

**Závěr:**

Nabízí se otázka, zda metoda nové fixace CŽK je vzhledem k možným komplikacím, vznikajícím nejen při převazu, vhodnou volbou u dětských pacientů.

**Bejčková K.**

*Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie (KDCHOT), Fakultní nemocnice Brno*

**Úvod:**

Plicní sekvestrace, nazývaná také bronchopulmonální sekvestrací nebo cystickou poruchou plic (ve starším písemnictví Rokytanského lalok), je stav, při kterém část plicní tkáně není zásobena z plicních cév a nekomunikuje s ostatní tkání plic. Toto onemocnění definujeme jako cystickou a solidní hmotu nefunkční plicní tkáně, která nemá normální komunikaci s tracheobronchiálním stromem, je zásobena úplně nebo z větší části arteriální krví anomálními arteriemi z hrudní nebo břišní aorty.

Rozlišujeme dva typy plicní sekvestrace:

- a) intralobární – abnormální plicní tkáň má společnou viscerální pleuru s normální plicí
- b) extralobární – sekvestrovaná tkáň je oddělena od normálního plicního laloku a je kryta vlastní viscerální pleurou

**Cíl:**

Poukázat na tuto problematiku u dětských pacientů v rozdílném věku. Upřesnit klinické projevy nemoci, použité zobrazovací metody, typ chirurgické intervence, histopatologický nález upřesňující diagnózu a připomenout možné komplikace.

**Závěr:**

Na diagnózu plicní sekvestrace musí být pomýšeno u každého pacienta s recidivujícími respiračními infekty a perzistujícím abnormálním nálezem na rentgenovém vyšetření hrudníku. Plicní sekvestrace představuje přibližně 5 % všech plicních malformací.

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

*Klinika detskej chirurgie, JLF UK a UNM, Martin*

### **Cieľ:**

Kongenitálny pľúcny sekvester patrí do skupiny zriedkavých vrodených vývojových chýb dýchacích ciest. V súčasnosti býva podozrenie na túto skupinu vrodených chýb vyslovené už pri prenatálnej ultrasonografii. V novorodeneckom období, ako aj neskôr, býva asymptomatický, prípadne sa zistí ako náhodný nález pri rontgenovom vyšetrení hrudníka indikovaného z rôznych dôvodov. Prejaviť sa však môže aj akútne, až život ohrozujúcim klinickým stavom, či chronickými ťažkosťami spojenými s kardiorespiračným systémom.

### **Metodika:**

Diagnostika je okrem anamnézy založená na zobrazovacích vyšetreniach, najviac využívanou v diagnostike pľúcneho sekvestra v detskom veku je CT angiografia. U symptomatických pacientov s pľúcny sekvestrom je chirurgická liečba kuratívna. V minulosti diskutovaný konzervatívny alebo chirurgický prístup u asymptomatických foriem sa vzhľadom na možné riziká spojené s uvedenou vrodenou anomáliou a vzhľadom na pokroky v medicíne takmer definitívne prikláňa na stranu liečby chirurgickej a čoraz viac všeobecne využívanej rádiointervenčnej liečby.

### **Výsledky:**

V prezentovanej kazuistike predstavujeme 3-ročného pacienta preloženého na Detskú Klinikú Univerzitetnej nemocnice Martin pre prolongovanú ľavostrannú bronchopneumóniu s rozvojom ľavostranného empyému, nereagujúcu na štandardnú antibiotickú a symptomatologickú liečbu. U pacienta bolo po kompletizácii podrobnej anamnézy, zobrazovacej dokumentácie vyslovené podozrenie na vrodenú vývojovú anomáliu dýchacích ciest. Dieťa podstúpilo operačný výkon.

### **Záver:**

Histologické vyšetrenie potvrdilo diagnózu intralobárneho pľúcneho sekvestra.

**Koláčná M.**

*Dětská klinika UJEP, Masarykova nemocnice , Ústí nad Labem*

**Cíl sdělení:**

Spolknutí mincové baterie může být chybně diagnostikováno, a to z mnoha důvodů.

**Metody:**

Autorka prezentuje kasuistiku čtrnáctiměsíční holčičky, která byla přijata na Dětskou chirurgii – dětské úrazové centrum poté, co byla odeslána z dětské pohotovosti pro cizí těleso v jícnu (asi baterie). Anamnesticky matka udává, že neví, kdy něco spolkla, „možná již včera večer“. Na rtg plic je popsán okrouhlý stín cizího tělesa o velikosti 2 cm. Pacientka indikována k esofagoskopii v celkové anestezii a následně po výkonu přeložena na D-JIRP.

**Závěr:**

K náhodnému požití cizích těles může docházet ve kterémkoliv věku. Nejčastější výskyt je ale popisován v období od jednoho do tří let.

## 25. Pseudocysty pankreatu v dětském věku

### **Knötigová L.**

*Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie (KDCHOT), Fakultní nemocnice Brno*

#### **Úvod:**

Pseudocysta pankreatu nebývá v dětském věku častou diagnózou, přesto se s ní setkat můžeme. Jedná se vlastně o cystu nepravou, která oproti běžným cystám neobsahuje žádný epitel, ale jen vazivovou tkáň. Nejčastější příčinou vzniku bývá akutní pankreatitida, degenerativní změny tkáně nebo v dětském věku častěji úrazy.

#### **Metody:**

Přednáška obsahuje kazuistiku dvou pacientů dětského věku, kteří byli v poslední době na naší klinice s touto diagnózou léčeni.

#### **Cíl:**

Cílem přednášky je zhodnotit průběh onemocnění a chirurgické léčby u pacientů, shrnout možnosti léčby a celkově toto onemocnění blíže představit.

#### **Závěr:**

Pseudocysty pankreatu mohou být různě velké a podle toho může mít pacient symptomy či komplikace. Mnoho z dětí však žádné klinické projevy nemá a dochází k náhodnému nálezu na UZ či CT, většinou právě ve spojitosti s úrazem nebo podezřením na jinou diagnózu.

**Machálková A.**

*Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie (KDCHOT), Fakultní nemocnice Brno*

**Úvod:**

Chirurgická léčba je velmi riziková a důležitá součást protinádorové léčby. Kromě mnoha jiných komplikací se při operaci mohou neopatrnou manipulací s nádorem uvolnit nádorové buňky do krevního řečiště, které později způsobí vznik metastáz. Během operací bývá často součástí vyjmutí i místních lymfatických (mízních) uzlin, protože ty již mohou být zasaženy nádorovými buňkami a mohly by zapříčinit vznik nového nádoru.

**Metody:**

Retrospektivní studie 4 pacientů léčených s maligním nádorem tlustého střeva na jednom pracovišti dětské chirurgie.

**Cíl:**

Cílem sdělení je zhodnotit dosavadní výsledky léčby pacientů s maligním nádorem tlustého střeva léčených na jednom pracovišti dětské chirurgie a upozornit na zaznamenané diagnostické a léčebné obtíže.

**Závěr:**

V letech 2012–2014 se na naší klinice léčili 4 pacienti s maligním onemocněním tlustého střeva.

Ve dvou případech se jednalo o adenokarcinom, a to ve vzestupném tračníku a v esovité kličce tlustého střeva. Zbývající dva pacienti měli hemangiopericytom konečniku, resp. slepého střeva.

Při léčbě o všechny čtyři pacienty se objevily diagnostické a léčebné obtíže a neočekávané nálezy.

### **Vejtasová E.**

*Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie (KDCHOT), Fakultní nemocnice Brno*

#### **Cíl:**

Hirschsprungova choroba je vrozené onemocnění postihující tlusté střevo, které se projeví již krátce po narození různě závažnou střevní neprůchodností. Onemocnění dítěte, jeho hospitalizace a následná péče bývá velkým zásahem do života jak dítěte, tak jeho rodiny.

Role sestry je velmi důležitá nejen během pobytu v nemocnici, ale také pro následnou domácí péči.

#### **Metodika:**

V přednášce představuji pacientku, kterou v jejím životě nelimitovala jen samotná choroba.

Celkové špatný přístup ze strany matky v pooperační péči byl komplikací v léčbě a nebyla jiná možnost než vyřešit i sociální situaci pacientky.

#### **Výsledky:**

Rodina je nucena přehodnotit priority a mnohdy i způsob života. Velmi špatný přístup a nezáměr matky byl konzultován se sociální pracovnící. Nyní je pacientka v pěstounské péči bez komplikací a prospívá.

#### **Závěr:**

Pro děti, které jsou umístěny v nemocničním prostředí, je tato situace velice náročná a často je vystaveno bolestivým vyšetřením.

Hůře reagují děti, které jsou hospitalizované bez rodičů. Rodiče jsou nedílnou součástí při dlouhodobé léčbě.

## **Příbylová I.**

*Pracoviště dětské medicíny, Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, JIP 11, Fakultní nemocnice, Brno*

### **Cíl:**

Cílem autorky je poukázat na změnu kvality života šestnáctiletého chlapce a jeho rodiny po závažné komplikaci, jako je malfunkce shuntu. Tato komplikace je poměrně častá a souvisí s významnou morbiditou a mortalitou.

### **Metodika:**

Kazuistika popisuje specifika ošetrovatelské péče u šestnáctiletého hochy, který je 10 let po operaci Astrocytomy se zavedeným V-P shuntem. Z onkologické léčby je vyřazen. Studuje s dobrými výsledky a v září 2017 na adaptačním pobytu se střední školou upadl do bezvědomí.

### **Výsledky:**

Prezentace popisuje ošetrovatelskou péči v nemocnici, ale i následnou péči v rehabilitačním ústavu. Doloženy jsou pomocí fotodokumentace.

### **Závěr:**

Pacient je nyní v rehabilitačním ústavu v Hamzově léčebně Luže-Košumberk. Jeho stav se po operativních výkonech začíná pomalu zlepšovat. Jako handicapovaný chlapec se za podpory mezioborové spolupráce a především vlastní rodiny snaží vrátit do běžného života.

**Hůrková L., Trachta J.***Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN Motol, Praha***Cíl:**

Prezentace biofeedbacku jako účinné metody léčby dysfunkce dolních močových cest a některých typů inkontinence u dětí nad 5 let.

**Metodika:**

Retrospektivní zpracování kazuistik dvou pacientů s denní a Giggle inkontinencí.

**Výsledky:**

V průběhu čtyř respektive pěti lekcí biofeedbacku vymizely původní příznaky denní a Giggle inkontinence u našich dětských pacientů.

**Závěr:**

Biofeedback je účinným doplňkem léčby dětí s dysfunkcí dolních močových cest.

**Müller D., Tichá R.**

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

**Cíl:**

Prezentování ošetrovatelské péče o pacienty se závažnými vrozenými vadami uropoetického traktu, kteří podstoupili komplexní rekonstrukční operaci močového měchýře a vytvoření katetrizovatelné kontinentní vezikostomie z apendixu dle Mitrofanoffa.

**Metodika:**

Retrospektivní zpracování dat z lékařské a ošetrovatelské dokumentace pacientů operovaných v roce 2017 na Klinice dětské chirurgie FN Motol.

**Výsledky:**

Úspěšnost operace je vysoká. 8 z 9 pacientů je poprvé ve svém životě přes den bez úniků moči a nemusí používat permanentní pleny.

**Závěr:**

Správná ošetrovatelská péče a pozitivní motivace pacientů s těžkými vrozenými vadami dolních močových cest vede k výraznému zlepšení kvality jejich života a návratu mezi zdravé vrstevníky.

## 31. Kvalita života s hypospadií

**Pacáková L., Štěrbová L.**

*Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, Fakultní nemocnice, Hradec Králové*

### **Úvod:**

Hypospadiie je nejčastěji se vyskytující vrozenou vývojovou vadou močových cest, jejíž léčba je pouze chirurgická. Výsledný stav po operační úpravě by měl zajistit dobrou mikci, ejakulaci, schopnost sexuálního života a dobrý kosmetický efekt.

### **Cíl:**

Cílem práce bylo využít získané informace ke komplexnějšímu pohledu na toto onemocnění a k následnému zkvalitnění informovanosti rodičů pacientů i jich samotných.

### **Metodika:**

Sdělení je výsledkem anonymního dotazníkového šetření u pacientů, dnes již dospělých mužů, kteří na našem pracovišti tuto léčbu v dětství podstoupili. Respondenti byli dotazováni na obtíže při močení, erekci, sexuálním styku, na vlastní psychický postoj ke vztahu s okolím, partnerský život.

### **Závěr:**

Žádný z dotázaných se necítí být limitován v běžném životě (zaměstnání, koníčky, cestování...). Potíže při močení udává téměř polovina dotázaných. V sexuální oblasti žijí všichni vyjma dvou aktivní sexuální život. Erektilní obtíže udává 22 %, potíže při sexuálním styku 33 % dotázaných. Ve vlastním psychickém postoji necítí žádnou odlišnost od ostatních mužů téměř polovina respondentů.

**Kloučková L., Ducháčková L.**

*Ambulance dětské chirurgie a traumatologie, Fakultní nemocnice, Hradec Králové*

### **Úvod:**

Zaškrcení penisu je nebezpečný stav, který vyžaduje rychlou a odbornou pomoc. Při dlouhodobém přerušení průtoku krve hrozí pacientovi poškození orgánu.

### **Kazuistika:**

Naše kazuistika Vás seznámí s případem 14letého chlapce, který si na penis nasadil ocelový prsten. Došlo k velkému otoku a nemožnosti ozdoby sundat. Odbornou pomoc s rodiči vyhledal až téměř po 11 hodinách. Všechny dostupné metody na ambulanci selhaly a bylo velice těžké vymyslet rychlou, nebolestivou a účinnou pomoc. Po konzultaci s kolegy na emergency (štípací kleště) a povolanými hasiči (bruska bez chlazení) byl vysloven návrh požádat o pomoc lékaře stomatologické kliniky, kteří vlastní diamantovou frézku s vlastním chlazením. Prsten byl následně rozříznut po obou stranách. Problém byl tak bezbolestně odstraněn a pacient bez komplikací a následků propuštěn domů.

### **Závěr:**

Cesty k vyřešení problému mohou být někdy složité, nicméně je třeba se nevzdávat a občas hledat nová či neobvyklá řešení.

# Vaše dítě se již lékaře bát nemusí

## MÁME ŘEŠENÍ PRO BOLESTIVÉ ZÁKROKY U LÉKAŘE

### INHALAČNÍ ANALGETIKUM

- Tlumí bolest
- Zbavuje strachu
- Snadná aplikace vdechováním
- Rychlý nástup i ústup účinku
- Bezpečné pro děti jakéhokoli věku
- Schváleno Státním ústavem pro kontrolu léčiv

ŽÁDEJTE U SVÉHO  
DĚTSKÉHO LÉKAŘE ČI ZUBAŘE



# Lékaři

Jméno	Číslo přednášky abstrakta	Strana
Babala Jozef	28	70
Bartl Vladimír	29	71
Bibza Jaroslav	14	55
Čepelík Martin	62	107
Dočekalová Štěpanka	56	99
Dohnal Pavel	47	90
Dolnák Andrej	59	103
Doucha Miloš	42	85
Dragula Milan	12	53
Dvořák Ondřej	11	51
Fedorová Lenka	13	54
Frýbová Barbora	2	41
Geršlová Apolena	40	83
Havráněk Petr	54	97
Hendrych Jan	9	48
Hrabáková Jitka	41	84
Chamrádová Barbora	8	47
Chochol Jan	57	100
Jáger Rene	61	105
Janeček Libor	48	91
Knížetová Adéla	7	46
Konečný Martin	38	81
Kopáček Ivo	60	104
Kubát Martin	3	42
Kudrnová Markéta	19	60
Kuliček Peter	49	92
Lešková Jana	36	78
Machart Milan	51	94
Malý Tomáš	34, 46	76, 89

Jméno	Číslo přednášky abstrakta	Strana
Marek Ondřej	4	43
Mixa Vladimír	20	61
Molnár Marian	15	56
Novák Ivo	50	93
Omaník Pavol	31	73
Penc Lukáš	52	95
Peší Tomáš	24	66
Petrášová Natálie	17	58
Plánka Ladislav	1, 25	40, 67
Popelová Eliška	10	50
Poš Lucie	18	59
Preis Jindřich	23, 55	64, 98
Prchlík M	22	63
Řeháčková Zuzana	21	62
Sedlačko Tomáš	32	74
Slívová Ivana	27	69
Smrek Martin	26	68
Sýkora Lubomír	53	96
Škába Richard	16	57
Škvařil Jan	45	88
Špaková Barbora	35	77
Štanclová Markéta	33	75
Teslík Ondřej	37	80
Trčka Jiří	5, 6	44, 45
Tůma Jiří	44	87
Višňovcová Naděžda	39	82
Vronský Rudolf	58	101
Vyhnánek Martin	30	72
Zeman Luboš	43	86

# Seznam přednášejících

## Sesterská sekce

Jméno	Číslo přednášky abstrakta	Strana
Bejčková Kristýna	22	129
Cibulková Pavlína	14	121
Dulovcová Lenka	18	125
Fitzová Zita	2	109
Hlachová Martina	20	127
Hrušková Pavlína	13	120
Hůrková Lucie	29	136
Chlupová Klára	15	122
Jirků Petra	21	128
Kloučková Jitka	32	139
Knötigová Lenka	25	132
Kohoutová Helena	10	117
Koláčná Milada	24	131
Lehocká Jana	6	113
Machálková Andrea	26	133
Malá Michaela	1	108

Jméno	Číslo přednášky abstrakta	Strana
Melicherová Jana	16	123
Moudrová Iva	9	116
Müller David	30	137
Neugebauerová Věra	5	112
Nováková Simona	7	114
Pacáková Andrea	31	138
Pienezzerová Marie	17	124
Příbylová Irena	28	135
Rejdrová Eva	4	111
Rothová Michaela	12	119
Součková Lenka	3	110
Šubrtová Jana	11	118
Ucháňová Jana	19	126
Vejtasová Eva	27	134
Vodilová Libuša	23	130
Zachová Naděžda	8	115



www.orthofix.com



## HEX-ray

TL-HEX software ver. 2.2  
Modul pro přímé plánování  
ze snímků.



- přesné plánování
- snadná manipulace
- jedinečná stabilita a pevnost



 **G.P.S. Ofa** s.r.o.

Více informací na: G.P.S. Ofa s.r.o., Fügnerova 1244, 252 28 Černošice  
tel.: +420 251 642 165, e-mail: info@gps-ofa.cz, www.gps-ofa.cz

## Hlavní sponzoři



## Vystavovatelé a partneři

