

69. KONGRES českých a slovenských dětských chirurgů

a

31. CELOSTÁTNÍ KONFERENCE profesí pracujících v péči o novorozence

SBORNÍK ABSTRAKTŮ

14.–16. května
2025

ČESKÉ BUDĚJOVICE
Clarion Congress Hotel

Pod záštitou

hejtmana Jihočeského kraje
MUDr. Martina Kuby
primátorky města České Budějovice
doc. Dr. Ing. Dagmar Škodové Parmové
předsedy České pediatricko-chirurgické společnosti JEP
prof. MUDr. Ladislava Plánky, Ph.D.



ÚVODNÍ SLOVO

Vážené kolegyně, milí dětští chirurgové, vzácní přátelé!

Dovolte, abych Vás srdečně přivítal na 69. kongresu českých a slovenských dětských chirurgů. Připravili jsme pro Vás tyto tématické bloky: Novorozenecká chirurgie, Traumatologie měkkých tkání, Skeletální traumatologie, Dětská urologie, Hrudní chirurgie a Varia.

Je mi velkým potěšením, že se naše akce spojí s 31. celostátní konferencí profesí pracujících v péči o novorozence.

V letošním roce naše odborná společnost vyhlásila soutěž o nejlepší přednášku autorů do 35 let a bude ji honorovat finanční odměnou.

Kafkovovu přednášku a Historickou přednášku si letos připravili velmi významné postavy našeho oboru – prim. MUDr. Martin Prchlík a prim. MUDr. Jiří Tůma. Pozvání na náš kongres přijali také hosté ze zahraničí – šéfchirurg Oddělení dětské chirurgie Univerzitní nemocnice Karolinska ve Švédsku, Markus Almström a MUDr. Antonín Prouza z Univerzitní kliniky v Zürichu.

Jsmo rádi, že jste si našli čas, abychom se mohli alespoň jednou ročně fyzicky sejit s kolegy a kolegyněmi, kteří denně řeší stejné problémy a radosti, se kterými se potýkáte na svých pracovištích i Vy.

Já budu na místě připraven a těšit se na každého z Vás.

prof. MUDr. Ladislav Plánka, Ph.D.

předseda ČPCHS

VYZVANÉ PŘEDNÁŠKY

Kafkova přednáška

MUDr. Martin Prchlík

primář Oddělení dětské intenzivní medicíny Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha

Historická přednáška – Historie dětské laparoskopie v ČR

MUDr. Jiří Tůma, CSc.

primář Kliniky dětské chirurgie ortopedie a traumatologie Fakultní nemocnice Brno

VYZVÁNÍ ZAHRANIČNÍ HOSTÉ

Markus Almström

Consultant Paediatric Surgeon at Karolinska University Hospital, Sweden

AnnaMaria Tollne

Department of Pediatric Surgery at Karolinska University Hospital, Sweden

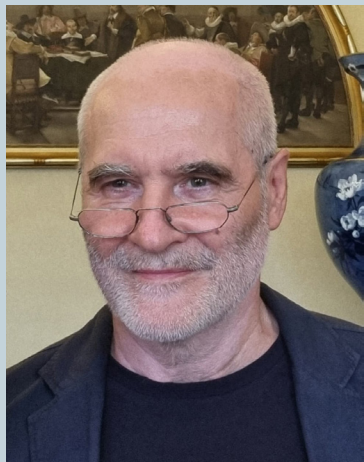
MUDr. Antonín Prouza, FEBU, FEAPU

Universitas-Kinderspital Zürich

Udělení čestného členství ČPCHS MUDr. Tatiáně Příplatové, emeritní primářce Oddělení dětské chirurgie Oblastní nemocnice Kladno

ČPCHS vyhlásila soutěž o nejlepší přednášku autorů do 35 let. Soutěž bude hodnocena komisí složenou výborem ČPCHS – Plánka, Poš, Rygl, Škába, Štichhauer. Přednášky jsou v programu označené červeným symbolem **S35** a vyhlášení výsledků proběhne během společenského večera ve čtvrtek 15. 5. 2025.

MUDr. Martin Prchlík



Narodil se v roce 1957 a studia na FVL UK v Praze ukončil v roce 1982 a v témže roce nastoupil na oddělení dětské chirurgie v Thomayerově nemocnici. Atestaci z chirurgie I. stupně složil v roce 1985 a začal se mimo dětské chirurgie profilovat i v dětské chirurgické intenzivní péči, která tou dobou byla v Krči v plenkách. Atestaci z dětské chirurgie složil v roce 1990 a od té doby se vedle dětské chirurgie začal plně věnovat i intenzivní medicíně. Převzal vedení oborové JIP, rozvíjel resuscitační péči v celém rozsahu, včetně umělé plicní ventilace, centrální žilní kanylace, invazivního měření krevního tlaku a měření intrakraniálního tlaku. Rozvoj dětské neuroresuscitační péče pak umožnil rozšíření spektra výkonů na oddělení

dětské chirurgie o pacienty neurochirurgické. Plnohodnotná JIRP se tak pod jeho vedením v roce 2001 stala nedílnou součástí nově vzniklého Centra dětské traumatologie v Krči a poskytovala komplexní servis vážně poraněným dětem. V roce 2005 postupně rozšířil svou odbornost o atestaci z pediatrie a v roce 2007 o atestaci z oboru intenzivní medicíny jehož byl jedním ze zakladatelů. Po zahájení programu transplantací jater u dětí na IKEM v roce 1995 se do něj od začátku velmi aktivně zapojil a ujal se nejprve vedení akutní pooperační péče a postupně i převzal část péče následné. Během let vzal pod svá křídla veškerou dětskou intenzivní a resuscitační péči ve Fakultní Thomayerově nemocnici. Celý proces rozvoje dětské intenzivní medicíny v Krči vyústil v logické osamostatnění JIRP v rámci Kliniky dětské chirurgie a traumatologie a v roce 2024 vzniklo samostatné multioborové oddělení dětské intenzivní medicíny (ODIM) a Martin Prchlík se stal jeho prvním primářem.

Martin Prchlík publikoval řadu časopiseckých prací a kapitol v monografiích a pravidelně přednáší na lokálních, celostátních i mezinárodních vědeckých kongresech. Absolvoval stáže v Great Ormond Street v Londýně, Dětské nemocnici královny Sofie v Rotterdamu a Mt. Sinai Hospital v New Yorku. Byl dlouholetým členem výboru ČPCHS, kde léta zastával funkci vědeckého sekretáře, stejně tak i v SIM ČPS. Stal se jedním ze základních článků rozvoje intenzivní a resuscitační péče nejen v rámci dětské chirurgie, ale i dětské medicíny v Česku.

MUDr. Jiří Tůma, CSc.



Profesní kariéra Jiřího Tůmy je těsně spjata s Brnem a s Dětskou nemocnicí. Do ní nastoupil jako sekundární lékař v roce 1987, před tím po promoci krátce působil na tehdy III. chirurgické klinice Univerzity Jana Evangelisty Purkyně v Brně, která měla sídlo v dnešní Úrazové nemocnici (tehdy Výzkumný ústav traumatologický). Krátkodobé stáže absolvoval na dětských chirurgiích v Utrechtu, Curychu a Vídni. Od počátku své kariéry se věnuje celému spektru chirurgie, s největším zájmem však novorozenecké chirurgii a chirurgii břišní v indikacích elektivních i akutních. Logicky z toho plynul i enormní zájem o zavedení laparoskopie u dětí, kterou provedl u dítěte jako první v České republice v roce 1994. Historii této metody se všemi

úskalími a vítězstvími tedy zná z vlastních zážitků. Aktuálně působí již třináctým rokem na pozici primáře Kliniky dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie FN Brno a LF MU a jeho všestrannost a odpovědnost zajišťuje udržení kvality brněnské školy dětské chirurgie a výchovu nových generací chirurgů.



Mých 55 roků s dětskou chirurgií



Když jsem v roce 1968 ukončila studium na FVL KU, mé rozhodnutí věnovat se chirurgii bylo již dané. Již během studií jsem „fiškusovala“ na 1. chirurgické klinice v Praze, jen se pro mě následně nenašlo volné místo a tak jsem nastoupila do Kladna, kde jsem strávila celý profesní život. Začala jsem na Ortopedickém oddělení, ale již po několika měsících se mi podařilo dostat se do kolektivu chirurgů, v té době vedených paní doc. MUDr. Janou Pastorovou. Všichni byli z mého pohledu „úžasní“, a já jsem už na chirurgii zůstala. Počátkem roku 1969 se zde otevřelo oddělení dětské chirurgie, které jako primariát funguje dodnes. V té době mu velel můj velký učitel MUDr. Jiří Jirásek CSc. a já jsem mu po celou dobu jeho vedení pomáhala. Zároveň jsem ale pracovala,

operovala, sloužila i na dospělé chirurgii, takže po 1. a 2. atestaci z chirurgie jsem pokračovala v mém vzdělávání pro dětskou chirurgii. Složila jsem atestaci i z Dětské chirurgie a převzala pak v roce 1983 na celý další život dětskou chirurgii jako ordinář (dr. Jirásek v té době pracoval jako primář celé chirurgie). Oddělení bylo jako první v republice, které přijímalo matky s dětmi, hned od jeho založení v roce 1969. Prošlo několika nepříjemnými situacemi, na čas se uzavřelo v době, kdy se celostátně volalo po redukci lůžek, děti ležely na pediatrii, já přešla do kolektivu pediatriků, ale vůbec to nefungovalo a za velké pomoci pana prof. MUDr. Jiřího Šnajdaufa, DrSc., se podařilo oddělení obnovit. Upravili jsme oddělení, otevřeli nadstandardní pokoje, otevřeli inspekci jako prosklenou „kukaň“ pro personál nemocnice i pro dospělé doprovody dětí. Dalo by se toho napsat hodně, ale ne všechno je zajímavé i pro nezúčastněné. Vychovala jsem řadu dětských chirurgů, hodně jich odešlo za kariérou jinam, ale všichni se rádi vracejí a oddělení při různých příležitostech navštěvují. V současné době pracuji již jen na DPČ a pomáhám současnému kolektivu hlavně radou a ev. v případě potřeby zastoupím i v ambulanci dětské chirurgie. Ve svých vzpomínkách mi hlavou prochází hodně zajímavých „případů“, o těch bych dokázala napsat celý román. Celý život jsem prožila mezi dětskými chirurgy, které musím označit za velmi hodné a příjemné kolegy, dodnes vzpomínám na všechna společná setkání a doufám, že se s tímto kolektivem ještě setkám. V současné době si vybírám daň chirurgii velmi nepříjemnou, ve volném pohybu mi brání onemocnění páteře a kyčle, ale dělám vše pro to, abych své potíže co nejvíc zmírnila.

Jednu radu pro všechny, kteří budou tuto moji zpověď číst - mějte dětskou chirurgii tak rádi jako já, ale nezapomínejte přitom na sebe a čas strávený na operačních sálech kompenzujte jiným pohybem. Já to sice tak dělala, přesto se mi nepodařilo do důchodového věku vkročit úplně v pohodě.

Přeji všem hodně zdraví a hodně úspěchů v celém profesním životě

Vaše MUDr. Tatiana Příplatová

8.00–9.00

Registrace

9.00–9.30

Společné zahájení

9.30–10.40

1. BLOK – NOVOROZENECKÁ CHIRURGIE 1

Předsedající: Babala J., Plánka L., Poš L.

- 1. Chirurgická léčba nekrotizující enterokolitidy a spontánní intestinální perforace u novorozenců. Pětiletá retrospektivní studie z perinatologických center v Praze** 5+2

Dotlačil V.¹, Tichá K.², Korček P.³, Kubica A.⁴, Dorňáková J.², Plavka R.⁴, Straňák Z.³, Janota J.², Rygl M.¹

¹Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN v Motole, Praha, ²Novorozenecké oddělení s JIRP, Gynekologicko-porodnická klinika, 2. LF UK a FN v Motole, Praha, ³Neonatologické oddělení, Ústav pro péči o matku a dítě, 3. LF UK, Praha, ⁴Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie, 1. LF UK a VFN v Praze
- 2. Role intrauterinních infekčních a zánětlivých komplikací na rozvoj nekrotizující enterokolitidy u novorozenců z PPRM těhotenství** 5+2

Lešková J.¹, Kacerovský M.^{2,3,4}, Štichhauer R.¹, Hornychová H.⁵, Malý J.⁶, Šafus A.¹, Musilová I.^{2,3,4}

¹Klinika dětské chirurgie a traumatologie, LF UK a FN Hradec Králové, ²Biomedicínské výzkumné centrum, FN Hradec Králové, ³Ústav klinické mikrobiologie, LF UK v Hradci Králové, ⁴Gynekologicko-porodnická klinika, Krajská zdravotní, a.s. – Nemocnice Most, o.z. ⁵Fingerlandův ústav patologie, LF UK a FN Hradec Králové, ⁶Pediatrická klinika, LF UK a FN Hradec Králové
- 3. Jsou spontánní střevní perforace u novorozenců vzácná diagnóza?** 5+2

Štichhauer R.¹, Lešková J.¹, Šafus A.¹, Malý J.²

¹Klinika dětské chirurgie a traumatologie, ²Dětská klinika, LF UK a FN Hradec Králové
- 4. Nutriční podpora nedonošených novorozenců jako prevence i terapie NEC** 10

Dušek J.

Neonatologické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.
- 5. Gastroschíza – trendy v chirurgické léčbě** 5+2

Sovadinová D., Dotlačil V., Kučerová B., Kokešová A., Bartošová T., Šnajdauf J., Rygl M.

Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FN v Motole, Praha
- 6. Kongenitální volvulus a Laddův syndrom u novorozenců a kojenců – desetileté zkušenosti našeho pracoviště** 5+2

Pajerová E., Sovadinová D., Dotlačil V., Šnajdauf J., Rygl M.

Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN v Motole, Praha

S35

7. **Register chirurgických VVCH na Slovensku, pokračujeme 3. rok** 5+2
 Zahradníková P.¹, Babala J.¹, Molnár M.², Gura M.², Koreň R.³, Novotný J.³, Bockanič L.⁴,
 Gočík M.⁴, Horváth D.⁵
¹Klinika detskej chirurgie, LF UK a NÚDCH Bratislava, ²Klinika detskej chirurgie JLF UK,
 UN Martin, ³Klinika detskej chirurgie SZU, DFN s poliklinikou, Banská Bystrica, ⁴Oddelenie
 detskej chirurgie, DFN Košice, ⁵Materiálovo-technologická fakulta, STU Bratislava

KAFKOVA PŘEDNÁŠKA

MUDr. Martin Prchlík
 primář Oddělení dětské intenzivní medicíny Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha
 Uvádí doc. MUDr. Tomáš Pešl, Ph.D. a prof. MUDr. Michal Rygl, Ph.D.

10.40–11.00 Coffee break

11.00–12.20 2. BLOK – NOVOROZENECKÁ CHIRURGIE 2

Předsedající: Rygl M., Slívová I., Zahradníková P.

8. **Management of esophageal atresia in delayed primary anastomosis, collaboration with nursing.** 10
 Almström M.
 Karolinska University Hospital, Karolinska Institutet, Stockholm
9. **Atrézie jícnu bez píštěle: výsledky torakoskopické a torakotomické operační léčby** 5+2
 Newland N.¹, Šnajdauf J.¹, Kokešová A.¹, Stýblová J.¹, Coufal Š.², Rygl M.¹
¹Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN v Motole, Praha, ²Laboratoř buněčné a molekulární
 biologie, Mikrobiologický ústav AV ČR, Praha
10. **VACTERL versus izolované atrézie jícnu – čtrnáctileté zkušenosti z našeho pracoviště** 5+2
 Sovadinová D., Poš L., Newland N., Stýblová J., Dotlačil V., Kučerová B., Šnajdauf J., Rygl M.
 Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FN v Motole, Praha
11. **Role stentů v léčbě refrakterních striktur u pacientů s atrézií jícnu** 5+2
 Soporská Z.¹, Newland N.¹, Keil R.², Drábek J.², Rygl M.¹ **S35**
¹Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FN v Motole, Praha, ²Interní klinika 2. LF UK a
 FN v Motole, Praha
12. **Nové operační techniky u pacientů s anorektálními malformacemi** 5+2
 Poš L., Rousková B., Škába R.
 Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN v Motole, Praha

- 13. INFANTSIM: první 3D tlačený syntetický simulátor tréninku MIS u novorozenců** 5+2
 Zahradníková P.¹, Babala J.¹, Špitálky Z.², Tvrdou T.³, Bálint T.⁴, Hudák R.⁴
¹Klinika dětské chirurgie, LF UK a NÚDCH Bratislava, ²Ústav Polymérov, Slovenská technická univerzita, ³Neurochirurgické oddělení, NÚDCH Bratislava, ⁴Strojnická fakulta Technické univerzity v Košicích, Katedra biomedicínského inženýrství a měření
- 14. Diagnosticko-léčebný postup u novorozenců s Hirschsprungovou chorobou** 5+2
 Bartošová T., Poš L., Dotlačil V., Rousková B., Chmelová R., Kokešová A., Škába R. S35
 Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN v Motole, Praha

HISTORICKÁ PŘEDNÁŠKA

Historie dětské laparoskopie v ČR

MUDr. Jiří Tůma, CSc.

primář Kliniky dětské chirurgie ortopedie a traumatologie Fakultní nemocnice Brno

Uvádí prof. MUDr. Ladislav Plánka, Ph.D.

UDĚLENÍ ČESTNÉHO ČLENSTVÍ ČPCHS

MUDr. Tatiáně Příplatové, emeritní primářce Oddělení dětské chirurgie Oblastní nemocnice Kladno

Uvádí prof. MUDr. Richard Škába, CSc.

12.30–13.20 Oběd

13.20–14.30 3. BLOK – TRAUMATOLOGIE MĚKKÝCH TKÁNÍ

Předsedající: Murár E., Škvařil J., Štichhauer R.

- 15. Traumatická perforace tenkého střeva u dětí – soubor pacientů** 5+2
 Šafus A., Štichhauer R.
 Klinika dětské chirurgie a traumatologie, Centrum dětské traumatologie, FN Hradec Králové a LF UK v Hradci Králové
- 16. Bodné poranění u dětí** 5+2
 Smrek M., Jáger R., Babala J.
 Klinika dětské chirurgie NÚDCH, LF UK Bratislava
- 17. Poranění srdce v dětském věku** 5+2
 Bibrová Š., Plánka L.
 Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, LF MU a FN Brno
- 18. Poranění sleziny u dětí. Porovnání léčby u dětí a dospělých – retrospektivní monocentrická studie** 5+2
 Burešová Z., Merkl T., Šafus A., Štichhauer R. S35
 Klinika dětské chirurgie a traumatologie, LF UK a FN Hradec Králové

- | | | |
|-----|--|-------------------|
| 19. | Poranění sleziny u dětí
Kopáček I. ¹ , Slívová I. ² , Viskupič M. ¹
¹ Klinika úrazové chirurgie a ortopedie, FN Ostrava, ² Centrum dětské traumatologie a chirurgie FN Ostrava | 5+2 |
| 20. | Posttraumatická cysta sleziny – náhodná příčina?
Lindák M., Babala J., Béder I., Šinka P., Grešíková M.
Klinika detskej chirurgie, Národný ústav detských chorôb, Bratislava | 5+2 |
| 21. | Pokousání hrudníku psem – kazuistika
Svěcený F.
Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN v Motole, Praha | 5+2
S35 |
| 22. | Ztrátové poranění nohy u 2leté dívky
Urban J.
Oddělení úrazové a plastické chirurgie Nemocnice České Budějovice, a.s. | 5+2 |
| 23. | (Dětským) urologem ve Velké Británii a Švýcarsku
Prouza A.
Universitas-Kinderspital Zürich | 10 |

14.30–14.50 Coffee break

14.50–16.00 4. BLOK – SKELETÁLNÍ TRAUMATOLOGIE

Předsedající: Harvánek K. Jáger R., Pešl T.

- | | | |
|-----|---|-------------------|
| 24. | Sonografická diagnostika zlomenin u dětí
Krutský J., Čepelík M., Kubov Š., Pešl T.
Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a FTN, Praha | 5+2
S35 |
| 25. | Mechanické hodnocení lepené zlomeniny ovčí ulny
Plánka L. ¹ , Turek J. ¹ , Nekuda V. ² , Krtička M. ² , Sedláček R. ³ , Kubasová K. ³ , Drátovská V. ³ , Kratochvíl A. ³ , Suchý T. ³ , Vojtová L. ⁴ , Michlovská L. ⁴ , Wirthová M. ⁴ , Kotouček J. ⁴ , Procházková P. ⁴ , Jeklová E. ⁵ , Straková P. ⁵
¹ Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, LF MU a FN Brno, ² Klinika úrazové chirurgie, LF MU a FN Brno, ³ Katedra mechaniky, biomechaniky a mechatroniky, Fakulta strojní, ČVÚT v Praze, ⁴ Oddělení pokročilých technologií, Středoevropský technologický institut, VÚT v Brně, ⁵ Výzkumný ústav veterinární, Brno | 5+2 |

- | | |
|--|-----|
| 26. Zlomeniny proximální klavikuly | 5+2 |
| Jáger R., Sýkora L., Dolnák A., Babala J.
Klinika dětské chirurgie, Národní ústav dětských chorob, Bratislava | |
| 27. Hluboká žilní trombóza jako komplikace konzervativní léčby fraktury klíční kosti | 5+2 |
| Teslík O., Böhmová D., Škvařil J.
Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, FN Bulovka, Praha | |
| 28. Těžké kraniocerebrální poranění | 5+2 |
| Tekula T., Konečný M.
Oddělení dětské chirurgie – dětské úrazové centrum, Krajská zdravotní a.s., Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z. | |
| 29. Maisonneuveova zlomenina rostoucího skeletu | 5+2 |
| Podlevský A., Čepelík M., Havránek P., Pešl T.
Klinika dětské chirurgie a traumatologie, FTN, Praha | |
| 30. Polytrauma v dětském věku | 5+2 |
| Buchalová E.
Oddělení úrazové a plastické chirurgie Nemocnice České Budějovice, a.s. | |
| 31. Nečekané komplikace po výplachu žaludku. Kazuistika | 5+2 |
| Zeinedine O., Newland N., Rygl M.
Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN v Motole, Praha | |
| 32. Analýza histologických vzorků u pacientů se sekundární fimózou po cirkumcizi na Oddělení dětské chirurgie v Ústí nad Labem v letech 2023 a 2024 | 5+2 |
| Sedlačko T.
Oddělení dětské chirurgie – dětské úrazové centrum, Krajská zdravotní a.s., Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z. | |

S35

S35

S35

16.00 Závěr

16.00–16.30	Valná hromada ČPCHS
17.00	Začátek komentované prohlídky městem – sraz před Clarion Congress hotelem
18.00–19.00	Možnost výstupu na Černou věž
19.00	Začátek kongresové večeře v Clarion Congress Hotelu
20.30	Vyhlášení vítěze sekce S35

8.00–9.00

Registrace

9.00–10.10

5. BLOK – DĚTSKÁ UROLOGIE A HRUDNÍ CHIRURGIE

Předsedající: Kučerová B., Molnár M., Prouza A., Pýchová M.

- 33. Operační léčba fimózy a zastoupení BXO** 5+2
Přech A.
Klinika dětské chirurgie a traumatologie, 3. LF UK a FTN, Praha
- 34. Splenogonadální fúze u dítěte – kazuistika** 5+2
Kuliaček P.^{1,2}, Krbal L.³, Svobodová Z.², Štěpanovská J.⁴, Novák I.²
¹Klinika dětské chirurgie a traumatologie, LF UK a FN Hradec Králové, ²Oddělení dětské urologie, Urologická klinika, LF UK a FN Hradec Králové, ³Fingerlandův ústav patologie, FN Hradec Králové, ⁴Radiologická klinika, LF UK a FN Hradec Králové
- 35. Funkce dolních cest močových u dětských pacientů s prenatálním uzávěrem spinálních dysrafismů** 8+2
Prouza A.
Universitas-Kinderspital Zürich
- 36. Kontuzně-lacerační poranění ledvin – naše zkušenosti** 5+2
Pýchová M.¹, Trčka J.¹, Kučerová B.¹, Pádr R.², Rygl M.¹
¹Klinika dětské chirurgie, ²Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK a FN v Motole, Praha
- 37. Zhodnocení desetiletého období s metodou MIRPE** 5+2
Plánka L., Starý D., Bartl L.
Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie LF MU a FN Brno
- 38. Využitie 3D skenovania na hodnotenie účinnosti liečby pectus excavatum pomocou Vacuum bell** 5+2
Špaková B., Molnár M.
Klinika detskej chirurgie, UN Martin, Jesseniova LF v Martine, UK v Bratislave
- 39. Naše zkušenosti s konzervativní léčbou vpáčeného hrudníku pomocí Klobeho zvonu** 5+2
Bartl V., Mareček L., Plánka L.
Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie LF MU a FN Brno
- 40. Iniciálne skúsenosti s použitím kryoanalgézie v hrudníkovej chirurgii** 5+2
Omaník P., Murár E., Kabát M., Omaníková M., Béder I., Babala J.
Klinika detskej chirurgie, NÚDCH a LF UK v Bratislave

- 41. Kvalita života a dlouhodobé výsledky u dětí s achalázií jícnu léčených laparoskopickou nebo otevřenou Hellerovou myotomií: 19letá zkušenost jednoho centra** 5+2
Rounová P.¹, Dotlačil V.¹, Kučerová B.¹, Šnajdauf M.², Šnajdauf J.¹, Rygl M.¹
¹Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN v Motole, Praha, ²Chirurgická klinika, FN Bulovka, Praha
- 10.10–10.30 Coffee break
- 10.30–11.40 6. BLOK – VARIA**
Předsedající: Dotlačil V., Hanák R., Koreň R.
- 42. Použití technologie pro detekci kontrastní látky ICG v dětské chirurgii** 5+2
Starý D., Doušek R., Tůma J., Plánka L.
Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie LF MU a FN Brno
- 43. Indocyaninová zeleň v dětské chirurgii: naše první zkušenosti** 5+2
Dotlačil V., Rygl M.
Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN v Motole, Praha
- 44. Interkostálně perkutánní endoskopické zavedení gastrostómie** 5+2
Molnár M.¹, Havlíčková Z.², Soršák J.³, Gura M.¹, Murgaš D.¹
¹Klinika detskej chirurgie, ²Klinika detí a dorastu, ³Rádiologická klinika UN Martin, Jesseniova LF v Martine, UK v Bratislave
- 45. Sleeve resekcia žalúdka – chirurgická liečba obezity u detí** 5+2
Koreň R., Novotný J., Aneštková Z.
Klinika detskej chirurgie, Detská fakultná nemocnica s poliklinikou Banská Bystrica
- 46. Podtlaková terapie v léčbě SSI** 5+2
Kocmanová K., Valenta M.
Chirurgické oddělení, KN Liberec, a.s
- 47. Endoskopická léčba kraniosynostózy** 5+2
Richterová R.
Neurochirurgická klinika, UN Martin a Jeseniova LF UK, Martin
- 48. Bolesti břicha u 16leté dívky (kazuistika)** 5+2
Dobrá O.¹, Chvátilová Holická L.¹, Merkl T.¹, Náhlavský J.², Petrlík D.², Hoffmann P.³, Štichhauer R.¹
¹Klinika dětské chirurgie a traumatologie, LF UK a FN Hradec Králové, ²Dětská klinika LF UK a FN Hradec Králové, ³Rádiologická klinika, LF UK a FN Hradec Králové
- 49. Naše zkušenosti a poznatky s operací tříselné kýly metodou PIRS** 5+2

Kadeřábková J.
Dětská chirurgie, ON Kolín, a.s.

50. **Reálné možnosti ambulantní a jednodenní chirurgie v dětském věku** 5+2
- Janeček L.
- Chirurgické středisko GALEN, Ústí nad Orlicí, Dětská chirurgie, Canadian Medical, Praha

11.40–12.00 Slavnostní zakončení

11.40 Oběd

8.00–9.00
9.00–9.30

Registrace
Společné zahájení

9.30–10.30

1. BLOK – DĚTSKÁ CHIRURGIE 1

Koordinátor: Kratinová Z., Maršíková E., Šimková Z.

1. **Relaps M. Crohn s intersfinkterovou perianálníou fistulou** 7+2
Maturová D.
Klinika detskej chirurgie, UNM a JLF UK Martin
2. **Ulcus canalis analis, HPV 16+, protektivna sigmostómia** 7+2
Stehlíková Z.
Klinika detskej chirurgie, JLF UK a UNM, Martin
3. **PePSiT** 7+2
Naušová K.
Oddělení dětské chirurgie – dětské úrazové centrum, Krajská zdravotní a.s.,
Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z
4. **Komplikácie apendicitídy** 7+2
Medvedová Z., Braun T.
Klinika detskej chirurgie, NÚDCH a LF UK v Bratislave
5. **Neučesaný žaludek** 7+2
Hýsková K., Sejková A.;
Dětské oddělení, Nemocnice České Budejovice a.s.
6. **První zkušenosti s progradními klyzmatickými režimy u pacientů s refrakterní zácpou** 7+2
Mistlerová Š., Zamykalová H.;
Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN v Motole, Praha

10.30–10.50

Coffee break

10.50–12.15

2. BLOK – DĚTSKÁ CHIRURGIE 2

Koordinátor: Kratinová Z., Maršíková E., Šimková Z.

7. **Family-centred care v praxi dětské chirurgie** 7+2
Rothová M.
Oddělení dětské chirurgie – dětské úrazové centrum, Krajská zdravotní a.s.,
Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.

- | | |
|---|-----|
| 8. Kryoanalgéza pri MIRPE | 7+2 |
| Sobotovičová K., Rostášová Ž.
Klinika detskej chirurgie, NÚDCH a LF UK v Bratislave | |
| 9. Appendix a jeho rebelské rány. "Když hojení nejde podle plánu" | 7+2 |
| Beňová A., Floriánová E., Taterová K., Kučerová I.
Dětské oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s. | |
| 10. Vteřiny, které mění život | 7+2 |
| Kožíková P., Procházková N.
Centrum dětské traumatologie a chirurgie, FN Ostrava | |
| 11. Těžké kraniotrauma novorozence po pokousání psem | 7+2 |
| Šabatová R., Vodrážková K.
Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN v Motole, Praha | |
| 12. Rozsáhlé defekty kůže u dětských pacientů způsobené úrazem | 7+2 |
| Nosková A., Nečasová I.
Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN v Motole, Praha | |
| 13. Dejme mu šanci! | 7+2 |
| Petrlíková E.
Oddělení dětské chirurgie – dětské úrazové centrum, Krajská zdravotní a.s.,
Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z. | |
| 14. Pád na dno – cesta zpět | 7+2 |
| Kissová J., Elzerová B.
Klinika detskej chirurgie, NÚDCH a LF UK v Bratislave | |
| 15. Moderní materiály vlhkého hojení ran pro dětské pacienty | 7+2 |
| Janochová J.
Chirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s. | |

12.15–13.00

Oběd

13.30–14.50 3. BLOK – PÉČE O NOVOROZENCE 1

Koordinátor: Ambrožová H., Hanzl M.

13.30–13.50 Specifika ošetrovatelské péče o extrémně nezralého novorozence se stomií

Troupová J., Klimentová D.;

Neonatologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

13.50–14.10 Fyzioterapeutická péče po operaci na neo JIRP

Dufková K., Šimánková M.

Neonatologické oddělení, Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie, VFN v Praze

14.10–14.30 Dlouhodobá péče o pacienta se syndromem krátkého střeva – kazuistika

Borisenko Jahodářová K.

Neonatologické oddělení, Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie, VFN v Praze

14.30–14.50 Prevence poškození kůže a ošetřování ran u novorozenců

Pokorná J.

Pediatrická klinika LF MU a FN Brno

14.50–15.10 Coffee break

15.10–16.05 4. BLOK – PÉČE O NOVOROZENCE 2

Koordinátor: Kálalová A., Reidingerová A., Šípek V.

15.10–15.30 Ošetřování stomií u extrémně nezralého novorozence

Harvánková Š.

Neonatologické oddělení, Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie, VFN v Praze

15.30–15.45 Výskyt poranění kůže u novorozenců za uplynulé roky

Fendrychová, J.

NCO NZO Brno

15.45–16.05 Příjem pacienta ve „stabilizovaném stavu“

Dlouhá K., Chlumová H.

Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN v Motole, Praha

16.10 Závěr

8.00–9.00

Registrace

9.00–9.15

Předání ocenění matkám – dárkyním mateřského mléka

9.15–10.20

1. BLOK – PÉČE O NOVOROZENCE 1

Koordinátor: Dušek J., Siváková M.

9.15–9.30

Na hranici bytí

Tomášková Z.

Neonatologické oddělení, Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie,
VFN v Praze

9.30–10.00

**Management of esophageal atresia in delayed primary anastomosis,
collaboration with nursing**

Almström M.

Karolinska University Hospital, Karolinska Institutet, Stockholm

10.00–10.20

Nursing and surgical strategies in complex esophageal atresia

AnnaMaria Tollne

Karolinska University Hospital, Karolinska Institutet, Stockholm

10.20–10.40

Coffee break

10.40–11.50

2. BLOK – PÉČE O NOVOROZENCE 2

Koordinátor: Ambrožová H., Tomášková J.

10.40–10.55

Role Advanced nurse practitioners v péči o dětské pacienty

Prouza A.

Universitas-Kinderspital Zürich

10.55–11.10

Informace z NEO sekce ČAS, skupina ranhojiček

Kolářová M.

Neonatologické oddělení, Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie,
VFN v Praze

11.10–11.30

**Využití alfa-2 adrenergických agonistů jako procedurální sedace
u novorozence**

Šípek V., Siváková M.

Neonatologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

11.30–11.45

Ošetrovatelská péče o novorozence po poranění VEX

Schneiderová, K., Žirovnická, T.

Neonatologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

11.50

Závěr

11.50

Oběd

ČTVRTEK 15. 5. 2025

1. BLOK – NOVOROZENECKÁ CHIRURGIE 1

CHIRURGICKÁ LÉČBA NEKROTIZUJÍCÍ ENTEROKOLITIDY A SPONTÁNNÍ INTESTINÁLNÍ PERFORACE U NOVOROZENCŮ: PĚTILETÁ RETROSPEKTIVNÍ STUDIE Z PERINATOLOGICKÝCH CENTER V PRAZE

Dotlačil V.¹, Tichá K.², Korček P.³, Kubica A.⁴, Dorňáková J.², Plavka R.⁴, Straňák Z.³, Janota J.², Rygl M.¹

¹Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN v Motole, Praha, ²Novorozenecké oddělení s JIRP, Gynekologicko-porodnická klinika, 2. LF UK a FN v Motole, Praha, ³Neonatologické oddělení Ústavu pro péči o matku a dítě a 3. LF UK v Praze, ⁴Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie, 1. LF UK a VFN v Praze

Úvod

Nekrotizující enterokolitida (NEC) a spontánní intestinální perforace (SIP) jsou závažná novorozenecká onemocnění spojená s vysokou morbiditou a mortalitou.

Cílem studie bylo porovnat demografické charakteristiky, klinický průběh a výsledky chirurgické léčby NEC a SIP.

Metoda

Retrospektivně byla analyzována data novorozenců operovaných v pražských perinatologických centrech (1/2019–12/2023). Zařazení byli pouze pacienti s peroperačně potvrzenou diagnózou NEC či SIP. Hodnoceny byly demografické a perinatální faktory, klinická prezentace, zobrazovací a laboratorní vyšetření, typ a rozsah výkonu, histopatologické hodnocení, časování operace a pooperační komplikace dle Clavien-Dindo klasifikace. Celkově bylo sledováno 70 parametrů. Statistická analýza při $p = 0,05$.

Výsledky

Celkem bylo do studie zařazeno 70 pacientů, z toho 39 (55,7 %) pro NEC. V souboru bylo 20 (28,6 %) dívek. Kompletní data dodala 2 ze 3 pracovišť, zahrnovala 46 pacientů, z nichž 27 (58,7 %) mělo NEC. V centru A bylo celkem hospitalizováno 13987 pacientů, z toho 296 (2,12 %) pod 1499 g, v centru B 26048 pacientů, z toho 655 (2,5 %) pod 1499 g. Operace pro NEC tvořily 81,3 % výkonů v centru A a 43 % v centru B ($p=0,03$).

Medián gestačního věku byl u NEC 27,3 týdne (IQR: 24,3–31,4) a u SIP 24,0 týdne (IQR: 23,5–25,0) ($p=0,006$). Medián porodní hmotnosti byl u NEC 960 g (IQR: 655–1532,5) a u SIP 730 g (IQR: 552,5–765) ($p=0,024$). Medián věku v době operace byl u NEC 17 dní (IQR: 18–25) a u SIP 4 dny (IQR: 10–17) ($p=0,02$). Pneumoperitoneum bylo zaznamenáno před operací u 9 (37,5 %) pacientů s NEC a u 14 (73,7 %) se SIP ($p=0,03$).

Resekční výkon s anastomózou podstoupilo 5 (18,5 %) pacientů s NEC a 9 (47,5 %) se SIP ($p=0,047$). Pooperační komplikace se vyskytly u 11 (24 %) pacientů. Dehiscence anastomózy byla zaznamenána u 1 (20 %) pacienta s NEC a u 3 (33,3 %) se SIP ($p=1,0$). Mortalita činila u NEC 7 (28 %) pacientů a u SIP 4 (21 %) pacientů ($p=0,7$).

Závěr

Chirurgická léčba NEC a SIP je spojena s vysokou morbiditou. SIP se častěji vyskytoval u extrémně nezralých novorozenců, byl provázen pneumoperitoneem a častěji řešen střevní resekci s primární anastomózou. Mortalita a výskyt pooperačních komplikací se mezi skupinami významně nelišily.

ROLE INTRAUTERINNÍCH INFEKČNÍCH A ZÁNĚTLIVÝCH KOMPLIKACÍ NA ROZVOJ NEKROTIZUJÍCÍ ENTEROKOLITIDY U NOVOROZENCŮ Z PPROM TĚHOTENSTVÍ

LEŠKOVÁ J.¹, KACEROVSKÝ M.^{2,3,4}, ŠTICHHAUER R.¹, HORNÝCHOVÁ H.⁵, MALÝ J.⁶, ŠAFUS A.¹, MUSILOVÁ I.^{2,3,4}

¹Klinika dětské chirurgie a traumatologie, LF UK a FN Hradec Králové, ²Biomedicínské výzkumné centrum, FN Hradec Králové, ³Ústav klinické mikrobiologie, LF UK v Hradci Králové, ⁴Gynekologicko-porodnická klinika, Krajská zdravotní, a.s. – Nemocnice Most, o.z. ⁵Fingerlandův ústav patologie, LF UK a FN Hradec Králové, ⁶Pediatrická klinika, LF UK a FN Hradec Králové

Úvod

Cílem této studie bylo zhodnotit, zda přítomnost mikrobiální invaze do plodové dutiny (MIAC) a/nebo přítomnost akutní histologické chorioamnionitidy (HCA), jakož i jejich podtypů, u těhotenství komplikovaných předčasným odtokem plodové vody (PPROM), souvisí s následným rozvojem nekrotizující enterokolitidy (NEC) u novorozenců z těchto těhotenství.

Metodika

Do této retrospektivní studie bylo zařazeno 295 žen s jednočetným těhotenstvím komplikovaným PPROM v gestačním stádiu 24+0 až 31+6 týdnů, u kterých byla provedena transabdominální amniocentéza. MIAC byla detekována kombinací kultivačních a nekultivačních metod. HCA byla zjištěna histopatologickým vyšetřením placenty. Pouze novorozenci s NEC stupně IIa a vyššího dle modifikovaných Bellových kritérií byli považováni za novorozence s NEC a zařazeni do studie. Retrospektivní analýza byla schválena Etickou komisí Fakultní nemocnice Hradec Králové v březnu 2023; č. 202304 P09.

Výsledky

NEC se vyvinula u 3 % (10/295) novorozenců. Nebyly zaznamenány žádné rozdíly v četnosti MIAC ($p=0,33$), HCA s absencí ($p=1,00$) a přítomností zánětlivé odpovědi plodu ($p=0,52$), HCA s akutním zánětem amnia ($p=0,20$) a HCA mezi těmi, u kterých se vyvinula a nevyvinula NEC.

Závěr

MIAC ani HCA nesouvisí s následným rozvojem NEC u novorozenců z jednočetných těhotenství komplikovaných PPROM v gestačním stádiu od 24+0 do 31+6 týdnů.

JSOU SPONTÁNNÍ STŘEVNÍ PERFORACE U NOVOROZENCŮ VZÁCNÁ DIAGNÓZA?

Štichhauer R.¹, Lešková J.¹, Šafus A.¹, Malý J.²

¹Klinika dětské chirurgie a traumatologie, ²Dětská klinika, FN Hradec Králové, LF UK v Hradci Králové

Úvod

Spontánní střevní perforace (SIP) u nedonošených novorozenců je považována za vzácnou diagnózu. Je definována jako střevní perforace bez jiné vyvolávající příčiny. Střevní perforace u nedonošených novorozenců ale může vzniknout na základě dalších onemocnění jako je například Nekrotizující enterokolitida (NEC), perforovaná Segmentální střevní dilatace (SDI). Léčba střevních perforací je různorodá, od zavedení peritoneálního drénu, až po resekci postiženého střevního úseku se založením dočasné enterostomie či provedení primární střevní anastomózy.

Cíl

Zhodnocení četnosti diagnózy, průběhu a výsledků léčby pacientů se SIP se zaměřením zejména na enterální autonomii a pooperační komplikace v závislosti na použité operační metodě.

Metodika

Retrospektivní analýza souboru pacientů operovaných v novorozeneckém věku pro spontánní střevní perforaci na Klinice dětské chirurgie a traumatologie FN Hradec Králové v letech 2006–2024. Do souboru byli zařazeni pacienti se SIP dle operačních knih. Vyřazeni byli pacienti s histologicky verifikovanou NEC a SDI.

Výsledky

Soubor obsahuje celkem 17 operovaných novorozenců. Průměrný gestační věk při narození byl 27.4 týdne ($\bar{X} \pm SD = 27.4 \pm 3.1$), průměrná porodní hmotnost 778 gramů ($\bar{X} \pm SD = 778 \pm 296$). Operace pro střevní perforaci proběhla průměrně 9.6 dne po narození ($\bar{X} \pm SD = 9.6 \pm 6.4$). U žádného z novorozenců nebyl zaveden pouze drén do břišní dutiny. V průběhu operace byla vždy provedena resekce postiženého úseku střeva s perforací, primární anastomóza byla provedena u šesti pacientů (35.3 %). U ostatních byla primárně provedena střevní resekce a založena enterostomie, v druhé době pak operace s obnovením kontinuity trávicí trubice. Doba plné obnovy enterální výživy byla ve skupině s primární anastomózou či enterostomií bez statisticky signifikantního rozdílu (dny: $\bar{X} \pm SD$, 7.3 ± 2.4 / 6.1 ± 3.1 , $p = 0.495$). Počet chirurgických komplikací byl u obou skupin stejný, roven jedné, nicméně statisticky nižší u skupiny se založenou dočasnou enterostomií ($p = 0.021$).

Závěr

Spontánní střevní perforace (SIP) je vzácná jednotka, navíc z hlediska peroperačního stanovení diagnózy velmi subjektivní. Rozhodující je důkladné histologické vyšetření. Primární provedení enterostomie v našem souboru nevedlo ke zkrácení doby plné enterální autonomie, ale mělo menší množství chirurgických komplikací.

NUTRIČNÍ PODPORA NEDONOŠENÝCH NOVOROZENCŮ JAKO PREVENCE I TERAPIE NEC

Dušek J.

Neonatologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Úvod

Nekrotická enterokolitis (NEC) je jedním ze zásadních faktorů ovlivňující dlouhodobou morbiditu i mortalitu.

Souhrn

Zásadní je eliminovat rizikové faktory, které jsou ovlivnitelné. Jako je exkluzivní humánní dieta, včetně humánních fortifikátorů, podání vybraných probiotik, snížení frekvence používání umbilikálních katetrů, zkrácení délky podávání parenterální stravy. Pokud se však již NEC objeví, je nutné optimalizovat terapeutické strategie. Cílem je dosáhnout adekvátního růstu bez vzniku jaterního selhání, charakterizovaného konjugovanou hyperbilirubinemií, bilirubin $>34 \mu\text{mol/l}$ po nejméně 14 dnech PN bez jiného onemocnění jater/žlučových cest, které by mohlo vysvětlit cholestázu. Nutriční příjem každého novorozence by měl být vypočítán pomocí programů pro výpočet výživy určených pro novorozence. Při výpočtu enterální (EV) a parenterální výživy dohromady u pacientů se střevním selháním by měla být ve výpočtu, pokud možno zohledněna enterální absorpce makronutrientů, která je často vážně narušena (25–50 % normální absorpce nebo nižší). Výpočet by měl zohledňovat hledisko stadia onemocnění dítěte. Při zvyšování množství EV se řídíme ztrátou ze střeva nebo stomie

- $<10 \text{ ml/kg/d} \rightarrow$ zvýšit EV o 10–20 ml/kg/d

- 10–20 ml/kg/d $\rightarrow$ opatrné zvyšování EV

- $>20\text{--}30 \text{ ml/kg/d} \rightarrow$ Snížení EV nebo počkat se zvyšováním

Mezi rizikové faktory jaterního selhání při NEC patří parenterální podávání lipidů, nedostatečná enterální výživa a rizikové faktory související s pacientem. Dokud má novorozence normální hladinu bilirubinu, je doporučováno při parenterální výživě roztok normálního tuku. Eliminace sójového oleje (Intralipid). Při mírně zvýšeném konjugovaném bilirubinu ($> 17\text{--}34 \mu\text{mol/l}$) zvažít podání roztoku tuků s obsahem rybího oleje, např. roztoku SMOF obsahujícího 15 % rybího oleje.

Klíčová slova: Nekrotická enterokolitis, exkluzivní humánní dieta, humánní fortifikátor, konjugovaná hyperbilirubinémie, jaterní selhání

GASTROSCHÍZA – TRENDY V CHIRURGICKÉ LÉČBĚ

Sovadinová D., Dotlačil V., Kučerová B., Kokešová A., Bartošová T., Šnajdauf J., Rygl M.

Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN v Motole, Praha

Úvod

Gastroschíza (GS) je vrozený defekt břišní stěny s eventrací střevních kliček vyskytující se u 1:4000 živě narozených dětí. Diagnostika je obvykle prenatalní, v 10–15 % případů se vyskytuje intestinální atrezie. Chirurgická léčba zahrnuje primární uzávěr nebo odložený uzávěr s použitím dočasného krytí.

Metody

Retrospektivní monocentrická studie analyzovala pacienty s GS hospitalizované v období 1/2015–12/2024. Hodnoceny byly demografické údaje, typ vady (izolovaná či spojena s intestinální atrezií), typ operace a materiál krytí, časné a pozdní komplikace a dlouhodobé výsledky.

Výsledky

Do studie bylo zařazeno 86 pacientů (50 dívek, 58,1 %). Medián gestačního věku byl 37. gestační týden (29.–39.) a medián porodní váhy byl 2385 gramů (1190–3800). V 78 případech (90,7 %) byla vada diagnostikována prenatalně, porod s.c. byl v 29 případech (33,7 %). V 8 případech (9,3 %) byla vada asociována s intestinální atrezií.

Primární uzávěr defektu byl proveden u 65 pacientů (75,6 %), vicedobý uzávěr u 20 pacientů (23,3 %). U jednoho pacienta vzhledem k celkově těžkému stavu byla provedena pouhá repozice kliček do dutiny břišní. Jako dočasný krycí materiál bylo u odloženého uzávěru v 5 případech (25 %) použito silikonové silo, od roku 2019 je využíván Alexis retraktor (10 pacientů, 50 %) či kombinace Alexis retraktoru a Gore-Tex záplaty (4 pacienti, 20 %). U jednoho pacienta byla použita pouze Gore-Tex záplata.

Medián dosažení plného enterálního příjmu byl 16. pooperační den (6.–96.) a medián doby hospitalizace od definitivního uzávěru činil 23 dnů (min 5; max 167).

Nejčastější časnou i pozdní komplikací vyžadující operační řešení byl ileózní stav mezi pacienty po primárním i odloženém uzávěru (časné komplikace: $p=0,24$; pozdní komplikace: $p=1$).

Medián doby follow-up činil 24,5 měsíce (min 1; max 108). Při ambulantní kontrole bylo 58 pacientů (67,4 %) bez obtíží a bez nálezu umbilikální kýly. U 2 pacientů (2,3 %) byl diagnostikován syndrom krátkého střeva s nutností domácí parenterální výživy. V obou případech se jednalo o komplexní vadu spojenou s intestinální atrezií.

Mortalita v našem souboru činila 3,5 % (3 pacienti), přičemž k jednomu úmrtí došlo bez souvislosti s operačním řešením gastroschízy.

Závěr

Gastroschíza je dobře prenatalně diagnostikovatelná a postnatálně chirurgicky řešitelná vada s významnou novorozeneckou morbiditou a nízkou mortalitou. Chirurgické řešení spočívá v primární plastice břišní stěny či použití syntetického materiálu k dočasnému krytí. Od roku 2019 je na našem pracovišti jako dočasné silo využíván Alexis retraktor.

KONGENITÁLNÍ VOLVULUS A LADDŮV SYNDROM U NOVOROZENCŮ A KOJENCŮ – DESETELETÉ ZKUŠENOSTI NAŠEHO PRACOVISTĚ

Pajerová E., Sovadinová D., Dotlačil V., Šnajdauf J., Rygl M.

Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN v Motole, Praha

Úvod

Kongenitální volvulus a Laddův syndrom jsou podtypy vrozených střevních malrotací projevující se zejména zvracením a distenzí břicha v novorozeneckém a kojeneckém věku. Bez včasné diagnostiky a operačního řešení mohou vést k závažným komplikacím jako jsou střevní ischémie, syndrom krátkého střeva či úmrtí pacienta. Cílem této studie je zhodnocení diagnostiky, operačního řešení a rozvoje komplikací u dětí hospitalizovaných na našem pracovišti za posledních deset let.

Metody

Retrospektivní monocentrická studie pacientů operovaných pro kongenitální volvulus či Laddův syndrom od ledna 2015 do prosince 2024. Sledovanými parametry byly demografická data, klinické projevy, diagnostika, typ operačního výkonu a pooperační komplikace dle Clavien-Dindo klasifikace (CD).

Výsledky

Do studie bylo zařazeno 38 pacientů, z toho 16 dívek (42,1 %). Medián gestačního věku činil 39. týden (24–42), medián porodní hmotnosti byl 3010 g (690–4020) a medián věku při první operaci byl 6 dnů (1–99). Ultrasonografický nález whirlpool sign byl zobrazitelný u 21 (55,3 %) pacientů. Střevní resekci si vyžádalo nekrotické poškození střeva u 14 (36,8 %) pacientů, z čehož u 9 (64,3 %) pacientů byla provedena primární anastomóza a u 5 (35,7 %) pacientů střevní resekce se založením stomie. Operaci dle Ladda bez nutnosti střevní resekce podstoupilo 21 (55,3 %) pacientů. Komplikace III. typu dle CD klasifikace se vyskytla u 6 pacientů (15,8 %), a to ve 4 (28,6 %) případech po střevní resekci a ve 2 (9,5 %) případech po Laddově operaci. Jednalo se o strikturu anastomózy či přívodné kličky stomie, dehiscenci anastomózy nebo perforaci střeva. Syndrom krátkého střeva se rozvinul u 2 (5,3 %) pacientů. Úmrtí jsme zaznamenali u jediné pacientky (2,6 %) s komplikovanou perinatální anamnézou a s perioperačním nálezem rozsáhlé nekrózy postihující více jak dvě třetiny tenkého střeva. Při second look operaci byl nález nepříznivý a následně pacientka zemřela na multiorgánové selhání. Medián délky sledování byl 30 měsíců (1–105).

Závěr

Včasná diagnostika a chirurgická intervence hrají zásadní roli ve výsledné prognóze kongenitálního volvulu a Laddova syndromu. Na základě sonografického nálezu whirlpool sign se podařilo diagnostikovat volvulus pouze v polovině případů. Třetina pacientů si vyžádala střevní resekci, jedna pacientka zemřela a u dvou pacientů se rozvinul syndrom krátkého střeva s nutností kombinované panenterální a enterální výživy.

REGISTER CHIRURGICKÝCH VVCH NA SLOVENSKU, POKRAČUJEME 3. ROK

Zahradníková P.¹, Babala J.¹, Molnár M.², Gura M.², Koreň R.³, Novotný J.³, Klapáčová K.⁴, Gočík M.⁴, Horváth D.⁵

¹Klinika detskej chirurgie, LF UK a NÚDCH Bratislava, ²Klinika detskej chirurgie JLF UK, UN Martin, ³Klinika detskej chirurgie SZU, DFN s poliklinikou, Banská Bystrica, ⁴Oddelenie detskej chirurgie, DFN Košice, ⁵Materiálovo-technologická fakulta, STU Bratislava

Register pre vrodené chirurgické ochorenia na Slovensku existuje od 1. 1. 2023. Cieľom registra je spoluprácou všetkých špecialistov, ktorí sa starajú o novorodencov s chirurgickými vrodenými ochoreniami zlepšovať diagnostiku, liečbu pacientov, znižovať komplikácie. Register je platformou aj na komunikáciu a spoluprácu všetkých detských chirurgických pracovísk na Slovensku. Z roky 2023 a 2024 je v registri 182 novorodencov s vrodeným chirurgickým ochorením. Najviac pacientov bolo s anorektálnymi malformáciami, naopak najmenej s Morbus Hirschsprung. Pridružené anomálie malo 54,6 %. Demografické údaje ukazujú, že mužské pohlavie je viac zaťažené prítomnosťou chirurgickej vvch, až v 64 %, priemerná pôrodná hmotnosť bola 2632 gramov a gestačný týždeň 37. Cieľom pre nasledujúce roky pokračovať v registri, vytvoriť novú platformu na zadávanie pacientov a priradiť do registra aj iné vrodené chirurgické ochorenia.

2. BLOK – NOVOROZENECKÁ CHIRURGIE 2

MANAGEMENT OF ESOPHAGEAL ATRESIA IN DELAYED PRIMARY ANASTOMOSIS, COLLABORATION WITH NURSING

Almström M.

Karolinska University Hospital, Karolinska Institutet, Stockholm

The diagnostic workup and surgical treatment for esophageal atresia has evolved since the early repairs in the mid-20th century. Challenges has changed from improving survival to improving the short and long term morbidity for affected children and parents. We present the formation of a dedicated Paediatric Aero-digestive Team, the Centralisation of Esophageal Atresia surgery in Sweden and possible improvements in general care for those babies.

For children with Esophageal atresia who have to wait for reconstructive surgery, long hospital stay, delayed introduction of oral feeds and hampered oro-motor function has traditionally been draw-backs for this treatment as the patients have minimal training of oro-motor function while waiting for surgery. We present the concept of sham-feed at home awaiting reconstructive surgery with the aim to oblivate these problems.

ATRÉZIE JÍČNU BEZ PÍŠTĚLE: VÝSLEDKY TORAKOSKOPICKÉ A TORAKOTOMICKÉ OPERAČNÍ LÉČBY

Newland N.¹, Šnajdauf J.¹, Kokešová A.¹, Stýblová J.¹, Coufal Š.², Rygl M.¹

¹Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN v Motole, Praha, ²Laboratoř buněčné a molekulární biologie, Mikrobiologický ústav AV ČR, Praha

Úvod

Léčba atrézie jíčnu bez píštěle představuje výzvu a konsenzus ohledně ideálního chirurgického přístupu není dostupný. Snaha o zachování nativního jíčnu zůstává preferovanou metodou, zatímco náhrada jíčnu je rezervována pro menšinu pacientů. Cílem této studie bylo srovnat výsledky miniinvasivní a otevřené chirurgické techniky.

Metody

Retrospektivní komparativní studie pacientů s atrézií jíčnu bez píštěle (EA) operovaných torakotomicky a torakoskopicky v letech 2011 až 2022. Od roku 2018 byla torakoskopie preferovanou chirurgickou metodou. Statistické výpočty byly provedeny pomocí Mann-Whitneyho a Fisherova exaktního testu s hladinou významnosti $<0,05$.

Sdělení

Z celkového počtu 264 pacientů operovaných pro atrézií jíčnu za období 12 let, bylo 22 pacientů léčeno pro atrézií jíčnu bez píštěle (Gross typ A). U všech pacientů byla po narození založena gastrotomie. U 4 pacientů (18 %) byla jako finální operace provedena náhrada jíčnu žaludkem, a byli vyřazeni z další analýzy. Osmnáct pacientů podstoupilo postupnou rekonstrukci jíčnu cestou torakotomie ($n=9$) nebo torakoskopie ($n=9$). V torakotomické skupině byly použity techniky odložená anastomóza, zevní trakce podle Fokera a vnitřní trakce, zatímco v torakoskopické skupině byla použita vnitřní trakce. Torakotomie vyžadovala méně operací k dosažení anastomózy (medián [1; 2], $p=0,0213$) a kratší celkový operační čas (medián [169 min; 326 min], $p=0,0007$). Leak anastomózy byl častější v torakotomické skupině (33 % a 0 %, $p=0,2059$), avšak striktura anastomózy, počet dilatací a potřeba fundoplikace byly srovnatelné v obou skupinách (66 % a 66 %, $p>0,9999$; medián [0; 1], $p=0,518$; 11 % a 0 %, $p>0,9999$). Výskyt muskuloskeletálních deformit byl vyšší v torakotomické skupině (38 % a 0 %, $p=0,0824$), ale doba jejich sledování byla delší (medián [92 měsíců; 52 měsíců], $p=0,0206$). Hmotnost a výška ve věku jednoho roku byly v obou skupinách srovnatelné (medián [8000 g; 8060 g], $p=0,559$; medián [68,5 cm; 72 cm], $p=0,3312$).

Závěr

V této studii torakotomie vyžadovala méně operačních výkonů a měla kratší celkový operační čas k dosažení anastomózy, ale vedla k vyššímu výskytu pooperačních a dlouhodobých komplikací. Torakoskopie měla delší operační čas, ale ve všech ostatních analyzovaných parametrech byla bezpečná.

VACTERL VERSUS IZOLOVANÉ ATRÉZIE JÍCNU – ČTRNÁCTILETÉ ZKUŠENOSTI Z NAŠEHO PRACOVISTĚ

Sovadinová D., Poš L., Newland N., Stýblová J., Dotlačil V., Kučerová B., Šnajdauf J., Rygl M.
Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN v Motole, Praha

Úvod

Atrézie jícnu (EA) jsou nejčastější a nejzávažnější vrozené malformace jícnu s incidencí 1:4500 živě narozených dětí v České republice. Mohou se vyskytnout izolovaně (IEA), či jsou sdružené s vícečetnými anomáliemi v definovaný syndrom VACTERL.

Cílem studie je porovnání těchto dvou skupin pacientů, kteří v letech 2011–2024 na našem pracovišti podstoupili operační řešení.

Metody

Retrospektivní monocentrická studie analyzující pacienty operované na našem pracovišti pro atrézii jícnu v období od ledna 2011 do prosince 2024. Soubor byl rozdělen na skupiny pacientů s izolovanou atrézií jícnu a s vícečetnými malformacemi odpovídajícími VACTERL asociaci. Kritériem pro zařazení do VACTERL skupiny byla současná přítomnost atrézie jícnu, anorektální malformace a alespoň jedné další přidružené vady.

Sledované parametry zahrnovaly demografická data, typ atrézie, typ operačního výkonu a následný průběh léčby. Dále byly analyzovány časné a pozdní komplikace, zejména dehiscence anastomózy jícnu a vznik striktur vyžadujících dilataci.

Výsledky

Do studie bylo zařazeno 284 pacientů (132 dívek, 46,5 %) s diagnózou atrézie jícnu. Medián gestačního věku byl 37. gestační týden (27.–41.) a medián porodní váhy 2530 gramů (700–4430). IEA mělo 256 pacientů (90,1 %), 28 pacientů (9,9 %) mělo přidružené VACTERL anomálie zahrnující malformace páteře či obratlů (16 pacientů, 57 %), kardiální vady (13 pacientů, 46 %), abnormality ledvin a močového ústrojí (15 pacientů, 54 %) a malformace končetin (6 pacientů, 21 %).

Výskyt long gap atrézie jícnu byl ve skupině IEA zastoupen u 78 pacientů (27,5 %), u 11 pacientů (39,3 %) ve skupině VACTERL ($p=0,39$). Medián věku při první operaci byl v obou skupinách totožný a činil 2 dny. Dehiscenci anastomózy jsme pozorovali u 46 pacientů (18 %) s izolovanou vadou a u 4 pacientů (14,3 %) s VACTERL anomáliemi ($p=1$). Striktura jícnu vyžadující dilataci se u IEA vyskytla u 91 pacientů (35,5 %) a u 9 pacientů (32,1 %) ve skupině VACTERL ($p=1$). Mortalita činila 4,9 % (14 pacientů) ve skupině IEA a 17,9 % (5 pacientů) ve skupině VACTERL ($p=0,028$).

Závěr

Ačkoliv VACTERL anomálie zhoršují morbiditu pacientů, v našem souboru jsme nepozorovali statisticky významný vyšší výskyt časných i pozdních komplikací jako je dehiscence anastomózy či striktura vyžadující dilataci. Mortalita byla ve skupině VACTERL vyšší, přičemž většina úmrtí byla způsobena přidruženými vadami.

ROLE STENTŮ V LÉČBĚ REFRAKTERNÍCH STRIKTUR U PACIENTŮ S ATRÉZIÍ JÍCNU

Soporská Z.¹, Newland N.¹, Keil R.², Drábek J.², Rygl M.¹

¹Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN v Motole, Praha, ²Interní klinika 2. LF UK a FN v Motole, Praha

Úvod a cíl

Striktura jícnu je jednou z nejčastějších pooperačních komplikací atrézie jícnu. Cílem studie bylo zhodnotit přínosy a rizika spojená s použitím jícnových stentů v léčbě refrakterní striktury jícnu.

Metody

Retrospektivní studie u pacientů s refrakterní strikturou léčených v letech 2018–2024. Refrakterní striktura byla definována jako striktura, u které ani po 5 dilatacích nebylo možné dosáhnout nebo udržet dostatečného průměru lumen jícnu. Analyzovány byly dva typy stentů – stent na míru (SM) a komerční stent (KS).

Hlavní výsledky

Z 136 pacientů léčených v letech 2018–2024, se striktura vyžadující dilataci rozvinula ve 31 % (n=42). 6 pacientům byl pro refrakterní strikturu zaveden stent. Poměr dívek a chlapců byl 1:1. U 4 pacientů se jednalo o atrézii s dolní píštělí a u 2 pacientů o atrézii bez píštěle. Medián dilatací před zavedením stentu byl 8.5 (6–17). Průměrný věk při zavedení prvního stentu byl 24.2 měsíců (13–34). Cílem bylo zavedeno 12 stentů, z toho SM ve 58 % (n=7). SM se dislokoval ve 29 % (n=2) a KS ve 80 % (n=4). SM byl akutně extrahován ve 43 % (n=3) z důvodu perforace jícnu, dislokace nebo obturace. KS byl akutně extrahován ve 60 % (n=3) a to z důvodů dislokace. Po zavedení KS se v 1 případě rozvinula sepse nejasné etiologie. Po extrakci SM byla další intervence nutná ve 100 % případů: reanastomóza u 2 pacientů a opakované dilatace u 1 pacienta. Po extrakci KS je jeden pacient bez obtíží 2 roky, a u dalšího pacienta byly provedeny opakované dilatace, které vedly k ústupu obtíží (4 roky).

Závěr

Oba typy stentů byly spojeny s vysokým výskytem komplikací a nutností dalších intervencí. Použití stentů k léčbě refrakterní striktury jícnu tak zůstává předmětem diskusí.

NOVÉ OPERAČNÍ TECHNIKY U PACIENTŮ S ANOREKTÁLNÍMI MALFORMACEMI

Poš L., Rousková B., Škába R.

Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN v Motole, Praha

Úvod

Pacienti s anorektální atrézií s perineální a vestibulární píštělí mohou většinou podstoupit primární operační výkon bez nutnosti založení stomie. Anoplastiku, formou široké fistulotomie, jsme dříve používali u novorozenech chlapců s úzkou perineální píštělí, přes kterou nebylo možné zajistit dostatečné vyprazdňování stolice. Od dubna 2023 jsme indikaci anoplastiky s dorzální mobilizací píštěle a rekta rozšířili na všechny chlapce i dívky s perineální píštělí, vyjma dlouhých a úzkých píštělí, u kterých je indikován PSARP. U dívek s vestibulární píštělí jsme zavedli PSARP s perineum šetřící operační technikou. V této studii shrnujeme naše dosavadní zkušenosti.

Metody

Prospektivní observační studie pacientů s anorektální atrézií operovaných od května 2023 do prosince 2024 na Klinice dětské chirurgie 2. LF UK a FN Motol.

Výsledky

Na našem pracovišti podstoupilo za dané 20 měsíční období definitivní rekonstrukční operaci celkem 56 pacientů s anorektálními malformacemi. Vestibulární píštěl byla diagnostikována u 5 pacientek. Z 37 pacientů s perineální píštělí (15 dívek a 22 chlapců) bylo k anoplastice s dorzální mobilizací rekta indikováno celkem 22 dětí, z toho 8 novorozenců, všichni chlapci. Ze starších dětí podstoupilo anoplastiku ve věku 1 měsíc až 18let (medián 5 měsíců) celkem 5 dívek a 9 chlapců. Průměrná doba operace byla 25 minut a pacienti byli hospitalizováni nejčastěji do 4. pooperačního dne (2–10). Pooperační průběh byl bez komplikací u všech pacientů. Nezaznamenali jsme dehiscenci rány, strikturu ani prolaps sliznice neoanu. Obstipaci, dobře reagující na medikaci Lactulosou, udávají rodiče u 1 pacienta (5 %). Pět pacientek s vestibulární píštělí bylo operováno perineum šetřící PSARP technikou, při které je zachován kožní můstek mezi vestibulem a vyústěním neoanu. V pooperačním průběhu jsme zaznamenali jedenkrát perianální hematoma. Žádná z pacientek nemá strikturu ani prolaps abundanční sliznice neoanu. Občasná obstipace s dobrou odpovědí na Lactulosu je u jedné pacientky. Pooperační dilatace neoanu Hegarovými dilatátory byly indikovány u 5/22 pacientů po anoplastice a u 3/5 pacientek po operaci vestibulární píštěle.

Závěr

Anoplastika s dorzální mobilizací rekta je jednoduchou a bezpečnou operací s minimem komplikací a dobrými funkčními výsledky. Perineum šetřící PSARP je technicky náročná operace, která vyžaduje zkušenost s preparací rektovaginálního septa v minimálním pracovním prostoru.

INFANTSIM: PRVÝ 3D TLAČENÝ SYNTETICKÝ SIMULÁTOR TRÉNINGU MIS U NOVORODENCŮV

Zahradníková P.¹, Babala J.¹, Špitálky Z.², Tvrdoň T.³, Bálint T.⁴, Hudák R.⁴, Úradníček J.⁵, Korec F.⁵

¹Klinika detskej chirurgie, LF UK a NÚDCH Bratislava, ²Ústav Polymérov, Slovenská technická univerzita, ³Neurochirurgické oddelenie, NÚDCH Bratislava, ⁴Strojnícka fakulta Technickej univerzity v Košiciach, Katedra biomedicínskeho inžinierstva a merania, ⁵Ústav aplikovanej mechaniky a mechatroniky, Strojnícka fakulta STU v Bratislave

Tréning minimálne invazívnej chirurgie (MIS) u novorodencov je výzvou kvôli obmedzenému počtu pacientov, technickej náročnosti a neadekvátnym tréningovým podmienkam. Tradičné simulátory sú navrhnuté pre dospelých a nie sú prispôbené veľkosti ani anatómii novorodenca. Predkladaný projekt sa zameriava na vývoj realistického, modulárneho novorodeckého simulátora pre tréning MIS. Simulátor je vytvorený segmentáciou CT dát fyziologického novorodenca, pričom kostrové štruktúry sú 3D tlačené a vnútorné orgány vyrábané z polymérov s mechanickými vlastnosťami prispôbenými reálnym tkanivám. Orgány sú fixované magneticke do silikónového torza a sú vymeniteľné, čo umožňuje tréning na fyziologických aj patologických modeloch ako napr. atrežia duodena. Simulátor bude vybavený MIS kamerou, inštrumentami a výučbovými materiálmi. Budúci vývoj počíta so senzorickým systémom a AI hodnotením zručností. Tento novorodecký simulátor predstavuje unikátny, etický a opakovateľný nástroj na zlepšenie MIS tréningu, ktorý doposiaľ nie je dostupný na trhu.

DIAGNOSTICKO-LÉČEBNÝ POSTUP U NOVOROZENCŮ S HIRSCHSPRUNGOVOU CHOROBOU

Bartošová T., Poš L., Dotlačil V., Rousková B., Chmelová R., Kokešová A., Škába R.
Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN v Motole, Praha

Úvod

Hirschsprungova choroba (HD) je novorozenecká diagnóza, která vyžaduje včasné rozpoznání a odpovídající léčebnou strategii. Současná chirurgická léčba u rektosigmoidální formy HD se snaží o primární výkon v časném kojeneckém věku bez založení střevního vývodu.

Metody

Provedli jsem retrospektivní analýzu zdravotnických záznamů dětí s HD narozených mezi lety 1/2019–12/2024.

Výsledek

Na našem pracovišti bylo diagnostikováno 63 dětí s HD narozených mezi lety 2019–2024. Rektosigmoidální forma (RS) byla přítomna u 83 % případů. V novorozeneckém věku byla diagnóza stanovena u 33 pacientů (53 %). Mezi klinickými příznaky přítomnými již v po narození byl opožděný odchod smolky u 35 novorozenců (56 %), zvracení u 37 (58 %) a distenze břicha u 43 (68 %). Alespoň jeden z těchto příznaků mělo 57 dětí (90 %). Chirurgické konzilium při daných příznacích mělo pouze 32 (51 %) novorozenců.

Medián věku při přijetí na naši kliniku byl 4 dny (IQR 3–10.25). Rektální sací biopsie byla provedena u 28 pacientů (84 %), přičemž aganglionóza byla prokázána u 21 (75 %). Medián věku při histologickém potvrzení diagnózy byl 8 dnů (IQR 4–12).

Léčebný postup u pacientů s RS formou HD je použití techniky střevních výplachů (“washoutů”) a provedení časného primárního operačního výkonu (Swensonovy laparoskopické koiloanální anastomózy) bez předchozího založení stomie. V roce 2019 mělo dočasnou stomii 6 novorozenců (100 %), v roce 2023 pouze 2 (33 %). Medián věku v době definitivní operace v roce 2019 byl 251 (IQR 205–278.25) dní a v roce 2023 byl 61 (IQR 33–238.5) dní. V roce 2023 u dětí, které měly “washouty” (67 %), byl medián definitivní operace 40 (IQR 29–68.75) dní, u dočasné stomie byl 256 (221–291) dní.

U 33 pacientů diagnostikovaných v novorozeneckém věku se vyskytly časně pooperační komplikace u 3 (9 %), z toho byly 2 případy ileu a 1 případ dehiscence anastomózy. Všichni tyto pacienti měli dlouhou nebo totální kolikou aganglionózu. Pooperační obstrukční syndrom byl zaznamenán u 5 (15 %).

Závěr

Naše data potvrzují, že Hirschsprungova choroba je stále jednou ze základních diagnóz novorozenecké střevní obstrukce, na kterou se zapomíná a pacienti nejsou včas konzultováni dětským chirurgem. Metoda “washoutů” u RS formy HD ve spojení s laparoskopickou operační technikou zvýšila počet primárních definitivních výkonů a snížila věk v době operace. Míra rizika komplikací je nízká.

3. BLOK – TRAUMATOLOGIE MĚKKÝCH TKÁNÍ

TRAUMATICKÁ PERFORACE TENKÉHO STŘEVA U DĚTÍ – SOUBOR PACIENTŮ

Šafus A., Štichhauer R.

*Klinika dětské chirurgie a traumatologie, Centrum dětské traumatologie, FN Hradec Králové
LF UK v Hradci Králové*

Úvod

Poranění tenkého střeva se u dětí vyskytuje poměrně vzácně. Největším úskalím bývá pozdní stanovení diagnózy.

Materiál a metodika

Retrospektivně byl zpracován soubor 19 pacientů ošetřených na našem pracovišti za 25 let (v letech 2000–2024). Jednalo se o 14 chlapců a 5 dívek. Věk pacientů byl v rozmezí 5–14 let. Sledovali jsme mechanismus úrazu, použití zobrazovacích metod, časový interval od úrazu ke stanovení diagnózy, lokalizaci poranění na tenkém střevě, typ výkonu, pooperační komplikace a dobu hospitalizace.

Výsledky

Z hlediska mechanismu dominovalo tupé poranění (94,8 %). Ve většině případů šlo o úraz při cyklistice – handle *bar injury* – (52,6 %). Dále byly příčinou úrazu autonehody (42,1 %) a úraz při lyžování (5,2 %). RTG vyšetření bylo provedeno u 12 pacientů, CT 14 pacientů, obojí vyšetření u 7 pacientů. Správná diagnóza byla stanovena nejpozději po 77 hodinách od úrazu. Průměrně byla operace indikována 15 hodin po úrazu. Nejčastěji bylo při operační revizi poraněné jejunum (ve 16 případech). Sutura střeva jsme provedli u 12 pacientů, v ostatních případech byla indikována resekce a anastomóza end-to-end. Všichni pacienti byli zajištěni i.v. antibiotiky, perorální příjem se začínal obnovovat 2.–4. pooperační den (u polytraumatizovaných pacientů později). Kromě méně závažných komplikací, jako jsou pleurální výpotky (2x) nebo tekutinové kolekce nitrobrříšné (2x), byl zaznamenán 1x časný ileus, vyžadující operační revizi. Hospitalizace trvala v průměru 15 dní (6–38 dní).

Závěr

Správná diagnóza u traumatické perforace tenkého střeva bývá často stanovena s odstupem několika hodin až dnů. Zásadním je klinický nález – postupný rozvoj peritoneálních příznaků a elevace zánětlivých parametrů, RTG a CT nález. Zobrazovací metody mohou být krátce po úrazu s negativním nálezem.

BODNÉ PORANENIA U DETÍ

Smrek M., Jáger R., Babala J.

Klinika detskej chirurgie NÚDCH, LF UK Bratislava

Úvod

Bodné poranenie u detí sú veľmi zriedkavé. Vznikajú skôr náhodne, málokedy sa deti stávajú obeťami kriminálnych činov. Svojim charakterom ide o poranenia často závažné a z hľadiska diagnostiky nie jednoduché.

Sdělení

V prednáške uvádzame tri kazuistiky bodných poranení u detí.

Závěr

Pacientov s bodným poranením, ktorí sú hemodynamicky nestabilní alebo majú známky perforácie čreva, považujeme za urgentných a sú indikovaných k okamžitej operácii. Ostatní pacienti s týmto typom poranenia by mali byť sledovaní sériovými klinickými vyšetreniami, rádiologickým hodnotením a hladinou hemoglobínu. Bodné poranenia u detí hoci nie veľmi časté, môžu byť z hľadiska diagnostiky veľmi náročné. Správna diagnostika a na jej základe stanovený liečebný postup sú zárukou dobrého výsledku.

PORANĚNÍ SRDCE V DĚTSKÉM VĚKU

Bibrová Š., Plánka L.

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

Úvod

Poranění hrudníku a břicha patří k závažným poraněním. Poranění srdce a velkých cév jsou velmi závažnými zraněními, která přímo ohrožují zdraví a život zraněného dítěte. Tato poranění patří mezi vzácná poranění i ve specializovaných dětských traumacentrech. Diagnostika a terapie těchto poranění je často obtížná.

Sdělení

Cílem přednášky je na několika kazuistikách demonstrovat úskalí a možnosti diagnostiky a terapie srdečních poranění v dětském věku. Při diagnostice se využívají nejen specifické srdeční laboratorní markery, ale i zobrazovací metody – ultrazvukové vyšetření srdce, rentgenové vyšetření či u polytraumatizovaných pacientů celotělová počítačová tomografie. Na příkladech jednotlivých pacientů jsou demonstrovány hranice senzitivity a specifity jednotlivých diagnostických metod. U jednotlivých typů srdečních poranění jsou uvedeny terapeutické metody, které se v současné době celosvětově k terapii těchto poranění používají.

Mechanismus poranění u dětí se liší od mechanismů poranění u dospělých, závažnost těchto poranění je mimo jiné ovlivněna i rozdíly v tělesné konstituci a výšce poraněného dítěte. S využíváním moderních dopravních prostředků vzrůstá i riziko poranění hrudníku a srdce. Poranění srdce je často diagnostikováno u polytraumatizovaných pacientů, méně často se jedná o monotrauma. Celosvětově jsou k včasné diagnostice srdečních poranění hledány specifické markery, důraz je kladen i na jejich senzitivitu. Vhodné markery mohou vést ke snížení nutnosti použití zobrazovacích metod a snížit tak i rizika trvalých následků vyvolaných radiací.

Nezanedbatelná je i otázka socioekonomických následků těchto poranění. V případě vzniku trvalého postižení se s tím zraněné dítě potýká po zbytek svého dalšího života.

Závěr

Při srdečních poranění je nutný interdisciplinární přístup. Včasná diagnostika a terapie vede ke zlepšení prognózy těchto život ohrožujících poranění.

PORANĚNÍ SLEZINY U DĚTÍ: POROVNÁNÍ LÉČBY U DĚTÍ A DOSPĚLÝCH – RETROSPEKTIVNÍ MONOCENTRICKÁ STUDIE

Burešová Z., Merkl T., Šafus. A., Štichhauer R.

Klinika dětské chirurgie a traumatologie, LF UK a FN Hradec Králové

Cíl

Poranění sleziny u dětí je závažný, potenciálně život ohrožující stav. Přístup dětského a dospělého chirurga k poranění se liší zejména v invazivitě léčby. Zatímco u dětí je kladen důraz na konzervativní terapii, dospělí pacienti mají definovaná kritéria pro splenektomii podle klasifikace World Society of Emergency surgery (WSES). Cílem této studie je porovnat přístupy k léčbě poranění sleziny u dětí a dospělých.

Metodika

Retrospektivně jsme analyzovali 15letý soubor našich pacientů s poraněním sleziny za období 2009–2024. Inkluzní kritéria pro zařazení do studie byla poranění sleziny jakéhokoli stupně a dostupná CT dokumentace. Analyzovali jsme základní demografické údaje, mechanismus úrazu, použité metody léčby a zhodnotili stupeň poranění dle CT vyšetření (The American Association for the Surgery of Trauma score). Porovnali jsme strategii léčby dětských pacientů s terapeutickými doporučeními pro dospělé podle aktuálních guidelines WSES.

Výsledky

Inkluzní kritéria splňovalo 44 pacientů z 85 pacientů, z nichž 57 % tvořili chlapci. Nejčastějším mechanismem úrazu byl tupý úder do břicha a dopravní nehoda, obě v 15 případech (34 %). Transfuze byly podávány 14 pacientům (32 %). První stupeň poranění sleziny utrpělo 15 pacientů (34 %), druhý stupeň mělo 16 pacientů (36 %), třetí stupeň 8 pacientů (18 %) a čtvrtý stupeň 5 pacientů (11 %). Dle WSES kritérií pro dospělé pacienty by podstoupilo splenektomii 29 pacientů (65 %). V našem souboru podstoupilo splenektomii pouze 6 pacientů (13,5 %).

Závěr

Naše studie prokázala menší invazivitu léčby u dětských pacientů s poraněním sleziny oproti standardům dospělé chirurgie.

PORANĚNÍ SLEZINY U DĚTÍ

Kopáček I.¹, Slívová I.², Viskupič M.¹

¹Klinika úrazové chirurgie a ortopedie, FN Ostrava, ²Centrum dětské traumatologie a chirurgie FN Ostrava

Autoři ve svém sdělení na souboru cca 475 dětských pacientů za roky 2009–2023 s tupým poraněním břicha rozebírají současné postupy a léčebné algoritmy se zaměřením na poranění sleziny. V našem souboru převažuje konzervativní postup v závislosti na typu poranění a hemodynamické stabilitě pacienta. Slezina byla poraněna u 152 pacientů. Konzervativně bylo léčeno 109 pacientů operačně, včetně záchovných operací 24 a provedená ambilizace a.lienalis v 19 případech. V současné době upoštíme od splenektomií a snažíme se o zvýšení počtu radiointervencí s embolizací sleziny. Případy poukazují na vhodnost multidisciplinární spolupráce, sehranosti a erudici jak operačního týmu, tak intenzivních radiologů při řešení urgentních život ohrožujících krvácení z parenchymatozních orgánů.

POSTTRAUMATICKÁ CYSTA SLEZINY – NÁHODNÁ PŘÍČINA?

Lindák M., Babala J., Béder I., Šinka P., Grešíková M.

Klinika detskej chirurgie, Národný ústav detských chorôb, Bratislava

Slezina je najčastejšie poraneným orgánom pri tupej traume brucha u dospelých aj u detí. Cysty sleziny sú zriedkavé, častokrát asymptomatické, náhodne zistené a diagnostikované s odstupom času. Pacientov s takýmto nálezom sledujeme a pri pretrvávajúcej alebo progresii veľkosti cysty plánujeme operačný zákrok, pre možné riziko komplikácií, ako je ruptúra, krvácanie alebo infekcia. Indikácie na splenektómiu zahŕňajú ruptúru sleziny, cysty a abscesy sleziny a resekcie tumorov a tiež hematologické ochorenia.

Na našom pracovisku vykonávame parciálnu (dolný pól zachovávajúcu) resekciu sleziny minimálne invazívnym prístupom. U dvoch z našich operovaných pacientov s obrovskými posttraumatickými cystami sleziny sme ako príčinu úrazu identifikovali konkrétnu športovú aktivitu. Samotný úraz nebol jednoznačne anamnesticky identifikovaný a obaja pacienti podstúpili rehabilitačnú liečbu pre počínajúcu deformitu hrudníka.

U oboch pacientov - chlapcov vo veku 12 a 15 rokov sme vykonali laparoskopickú resekciu sleziny so zachovaním dolného pólu vyživovaného vetvou arteria gastroepiploica sinistra (LGEA). Zaujímavosťou je, že obaja pacienti boli aktívnymi hráčmi florbalu, preto nie je možné vylúčiť ako príčinu opakované nárazy hokejkou do oblasti ľavého hypochondria.

POKOUSÁNÍ HRUDNÍKU PSEM – KAZUISTIKA

Svěcený F.

Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN v Motole, Praha

V České republice je ročně zaznamenáno na 1 000 úrazů způsobených pokousáním psem a významnou část představují poranění dětí. Drobná poranění, jako jsou lehké škrábance a rány, jsou nejčastější, ale rozsahem se může jednat i o devastující poranění ohrožující pacienta na životě, která vyžadují komplexní chirurgickou a intenzivní péči. Ve sdělení prezentujeme kazuistiku čtyřletého chlapce, který byl na oddělení autorů hospitalizován po napadení bojovým psem.

Pacient utrpěl mnohočetná poranění včetně otevřené rány pravého hemithoraxu, sériové fraktury žeber, pneumothoraxu a hlubokých tržných ran na hlavě. Pacient byl přijatý na umělé plicní ventilaci na Anesteziologicko-resuscitační kliniku FNM a podstoupil urgentní chirurgickou revizi. Během operace byla provedena stabilizace žeber, sutura pleury, zavedena hrudní drenáž a ošetřeny rozsáhlé rány na hrudníku a hlavě. Po stabilizaci stavu byl pacient přeložen na Kliniku dětské chirurgie, kde pokračovala intenzivní pooperační péče, včetně rehabilitace a psychologické podpory pacienta.

Tento případ ukazuje význam multidisciplinárního přístupu v léčbě dětských pacientů s těžkým traumatem. Kromě chirurgické a intenzivní péče hraje klíčovou roli psychologická podpora a dlouhodobé sledování. Multioborovou spoluprací se podařilo dosáhnout úspěšné rekonvalescen-

ce pacienta a minimalizovat možné dlouhodobé následky.

ZTRÁTOVÉ PORANĚNÍ NOHY U 2LETÉ DÍVKY

Urban J.

Oddělení úrazové a plastické chirurgie, Nemocnice české Budějovice, a.s.

Kazuistika pojednává o 2leté dívce, u které došlo k poranění dorza nohy poté, co ji noha vypadla z jedoucí motokáry a byla smýkána po silnici. Došlo k rozsáhlé ztrátě měkkých tkání a velké části prvního metatarzu. Při akutním ošetření bylo provedeno radikální debridement, do defektu kosti vložen ATB spacer a defekt překryt pomocí VAC. Ten byl pravidelně převazován s postupným uzávěrem rány. S Odstupem byla provedena spongioplastika alloštěpy. Kožní defekt byl řešen vlhkým hojením. Nyní je slečna zhojena s minimem potíží. Je dále sledována pro možné poruchy růstu.

4. BLOK – SKELETÁLNÍ TRAUMATOLOGIE

SONOGRAFICKÁ DIAGNOSTIKA ZLOMENIN U DĚTÍ

Krutský J., Čepelík M., Kubov Š., Pešl T.

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

Úvod

Cílem studie je zhodnotit možnost využití sonografie k primární diagnostice zlomenin a tím snížit radiační zátěž dětské populace. V rámci první fáze studie probíhalo sonografické vyšetření u náhodně vybraných pacientů ošetřených na Klinice dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a FTN. Diagnostika probíhala s pomocí ultrazvukového přístroje Toshiba Xario 100 a lineární sondy Toshiba PLU-1204BT. Sonografii vždy předcházelo skiagrafické vyšetření. Sonografické vyšetření podstupovali pouze pacienti, u nichž byla diagnostikovaná zlomenina či vysloveno podezření na skeletální trauma.

Sdělení

Od 27.5.2024 do 31.12.2024 provedeno celkem 61 vyšetření. Vyšetřeno 24 dívek (39 %) a 37 chlapců (61 %) ve věku od 1 roku do 17 let (věkový průměr 10 let). Nejčastěji vyšetřovanou lokalitou bylo předloktí u 17 pacientů (28 %), dále hlezno u 11 pacientů (18 %), loket u 8 pacientů (13 %), bérce a metatarzální kosti po 5 pacientech (8 %), sternum, klíční kost a prsty po 3 pacientech (5 %), metakarpální kosti a proximální humerus po 2 pacientech (3 %), femur a pánev po 1 pacientovy (2 %). V 94 % byl skiagrafický a sonografický nález stran přítomnosti zlomeniny ve shodě. Určitou limitací sonografie je nemožnost odlišit přesný typ zlomeniny (například nelze odlišit separaci epifyzy typu SH II a greenstick zlomeninu distálního radia). Obdobně jako na rentgenovém snímku lze velmi omezeně hodnotit stáří kortikální abrupce či odlišit sekundární osifikacní jádro od zlomeniny. U 2 pacientů na základě rentgenového vyšetření vysloveno podezření na skeletální trauma, ale ultrazvukový nález hodnocen jako negativní. Kontrolou s odstupem zlomenina vyloučena a sonografický nález tak byl správný. U 2 pacientů se skiagraficky potvrzenou zlomeninou se naopak nepodařilo tuto při ultrazvukovém vyšetření vizualizovat, jednalo se o separaci epifyzy typu SH II distální fibuly a frakturu epifyzy SH III distálního článku prstu ruky.

Závěr

Sonografie je efektivní metoda k diagnostice zlomenin některých kostí se senzitivitou kolem 97 % a jeví se jako vhodné screeningové vyšetření před indikací skiografie, čímž je možné eliminovat až 2/3 rentgenových vyšetření.

MECHANICKÉ HODNOCENÍ LEPENÉ ZLOMENINY OVČÍ ULNY

Plánka L.¹, Turek J.¹, Nekuda V.², Krtička M.², Sedláček R.³, Kubasová K.³, Drátovská V.³, Kratochvíl A.³, Suchý T.³, Vojtová L.⁴, Michlovská L.⁴, Wirthová M.⁴, Kotouček J.⁴, Procházková P.⁴, Jeklová E.⁵, Straková P.⁵

¹Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, LF MU a FN Brno, ²Klinika úrazové chirurgie, LF MU a FN Brno, ³Katedra mechaniky, biomechaniky a mechatroniky, Fakulta strojní, ČVÚT v Praze, ⁴Oddělení pokročilých technologií, Středoevropský technologický institut, VÚT v Brně, ⁵Výzkumný ústav veterinární, Brno

Úvod

V detskej populácii je pozorovaný zvýšený výskyt komplikovaných zlomenín s tržlivými alebo atypickými líniami lomu. Dôvodom je zejména vysoká hmotnosť detí, voľnočasové aktivity generujúce vysokoenergetickú poranenie alebo nebezpečné športy. Je tak stále ťažšie dostať sa s bežnými technikami detskej osteosyntézy a udržať niektoré fragmenty v uspokojivej pozícii. Cieľom rozsiahleho experimentu je nájsť kostnú lepidlo použiteľné pre „lepenie kostí“. V prezentovanom štúdiu boli hodnotené mechanické vlastnosti vybraných syntetizovaných favoritov na kadaverech ulných ovčích.

Metody

Celkom bolo testované 16 ovčích loketných kostí, v troch skupinách: dve experimentálne skupiny (samotné kostné lepidlo na bázi kalcium fosfátu a rovnaké lepidlo s prímiešou fosfoserínu) a jedna kontrolná skupina (refobacin – kostný cement). Testované loketné kosti boli fixované externým fixátorom, potom roztrhnuté kostnou pilkou a ihneď slepené a inkubované po dobu 72 hodín (37 °C, CO₂). K testovaniu bol použit systém MTS Mini Bionix 858.02 s trojbodovým ohybovým zariadením. Hodnotiacimi parametrami bola pevnosť v ohybe, práca do deštrukcie a vonkajšia ohybová tuhosť.

Výsledky

Samotné lepidlo malo vo všetkých parametroch lepšie vlastnosti než lepidlo s prímiešou. Pevnosť v ohybe 5,9 resp. 3,4 Nmm⁻², práca do zničenia 1,1 resp. 0,4 mJ a vonkajšia ohybová tuhosť 44,6 resp. 35,6 Nmm⁻¹. Lepidlo samotné malo tiež lepšie výsledky než refobacin (4,71 Nmm⁻², 0,36 mJ a 34,28 Nmm⁻¹).

Záver

Samotné syntetizované lepidlo bez akýchkoľvek prísad vykazovalo najlepšie adhezívne vlastnosti, ale sú potrebné ďalšie merania. Po nelehkej materii s najlepšími vlastnosťami budú zahájené testy *in vivo*.

PodĎakovanie: Podporované Ministerstvom zdravotníctva ČR v rámci projektu č. NW24-08-00367.

ZLOMENINY PROXIMÁLNEJ KLAVIKULY

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

Klinika detskej chirurgie, Národný ústav detských chorôb, Bratislava

Úvod

Zlomeniny (Fx) proximálnej klavikuly u detí sú zriedkavé (tvoria cca 5% fx klavikuly). Sú to poranenia, ktoré si vyžadujú špecifický diagnostický a terapeutický prístup.

Zdelení

Najčastejšou príčinou týchto Fx sú pády na rameno z výšky alebo priame údery do oblasti kľúčnej kosti. V súbore pacientov v rokoch 2019-2024 bolo hospitalizovaných 149 pacientov s poranením kľúčnej kosti, z toho 11 pacientov v oblasti proximálnej klavikuly. Následkom tohto poranenia môže dôjsť ku kompresii trachei, pažeráka, veľkých ciev alebo brachiálneho plexu. Diagnostika zahŕňa klinické vyšetrenie a zobrazovacie metódy, pričom iníciaľne röntgenové vyšetrenie nemusí diagnózu ozrejmiť. Jedná sa o metafyzárne Fx, ale častejšie o epifyzárne separácie (aj u pacientov po 18 roku života). V liečbe možno použiť konzervatívnu liečbu zahŕňajúcu repozíciu do 48 hod. pri dorzálnnej dislokácii, pri symptomatickej ventrálnnej a kraniaľnej dislokácii. Pri zlyhaní konzervatívneho postupu je možná operačná liečba dorzálnych dislokácií, nestabilných ventrálnych a kraniaľných dislokácií rôznymi technikami. Autor v prednáške predstaví riešenia formou kazuistik.

Záver

Fx proximálnej klavikuly u detí majú priaznivú prognózu, sú raritnými zlomeninami so stúpajúcim trendom (v našom súbore 7,4% Fx klavikuly). Správna diagnostika a individuálny prístup vrátane compliance pacienta sú predpokladom zahojenia bez komplikácií.

HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA JAKO KOMPLIKACE KONZERVATIVNÍ LÉČBY FRAKTURY KLÍČNÍ KOSTI

Teslík O., Böhmová D., Škvařil J.

Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, FN Bulovka, Praha

Úvod

Zlomenina klíční kosti je v dětské skeletální traumatologii časté poranění. Ve většině případů převažuje konzervativní léčba Desaultovým obvazem, stellou dorsi, případně páskovou osmičkovou ortézou. Konzervativní postup bývá dostatečný a hojení probíhá bez komplikací.

Autoři představují dvě kazuistiky pacientů konzervativně léčených s frakturou klíční kosti, u kterých se v průběhu léčby objevila raritní komplikace v podobě hluboké žilní trombózy.

Sdělení

Kazuistika 1 – 12letá dívka s frakturou diafýzy levé klíční kosti s minimální dislokací. Konzervativně léčena osmičkovou ortézou. 17. den léčby rozvoj klinických příznaků žilní trombózy – bolest, tuhá rezistence na mediální straně paže. Dle Duplex UZ vyšetření nález trombózy v.brachialis a v.basilica. V laboratorních výsledcích D-dimery slabě pozitivní, v RA matka 4x trombóza, jinak bez rizikových faktorů, kardiologické vyšetření – hemodynamicky nevýznamné foramen ovale, konzultováno s kardiochirurgií v IKEM, bez indikace k operačnímu řešení. Léčena LMWH (Fraxiparine), předána k došetření trombofilních mutací na hematologii FNMotol.

Kazuistika 2 – 17letá dívka s frakturou diafýzy levé klíční kosti s minimální dislokací. Konzervativně léčena osmičkovou ortézou. 8. den léčby rozvoj klinických příznaků žilní trombózy - bolest, otok LHK, parestézie periferie P ruky. Dle Duplex UZ vyšetření nález trombózy v.basilica a dále omezený průtok na přechodu v.axillaris a v.subclavia. V laboratorních výsledcích D-dimery v normě, bez rizikových faktorů, kardiologické vyšetření s normálním nálezem. Léčena LMWH (Fraxiparine), předána k došetření trombofilních mutací na hematologii FN Motol.

Fraktura klíční kosti se vyskytuje často jako poporodní trauma a převažuje zejména u dětí předškolního věku. Diafyzární zlomeniny tvoří více než 90 % zlomenin klíční kosti. Nedislokované zlomeniny nebo zlomeniny s minimální dislokací jsou řešeny konzervativně. Indikací k operačnímu řešení je dislokováná tříštivá zlomenina klíčku s výrazným zkratem nebo interfragmentem. Fixací stellou nebo osmičkovou ortézou při konzervativním postupu je nutné pečlivě kontrolovat pro možný útlak nervově cévního svazku. Komplikace léčby fraktury klíční kosti u dětí ve smyslu hluboké žilní trombózy jsou velmi raritní a v literatuře je uvedeno jen minimum případů.

Závěr

Preventivní podávání LMWH u obou pacientek by vedlo k zamezení nebo snížení rizika vzniku hluboké žilní trombózy. U mladších pacientů nebo u pacientů bez rizikových faktorů je podávání LMWH předmětem diskuze. Obě pacientky jsou nadále ve sledování hematologu a dětskými chirurgy a budou následovat kontrolní Duplex UZ vyšetření ke zjištění rekanalizace hlubokého žilního systému.

TĚŽKÉ KRANIOCEREBRÁLNÍ PORANĚNÍ

Tekula T., Konečný M.

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

Úvod

V naší nemocnici jsme s těžkým kraniocerebrálním poraněním ošetřili 15měsíční holčičku po pokousání psem. Při přijetí byla při vědomí, vzhledem k nízkému věku pacientky a charakteru poranění jsme indikovali RTG lebky s nálezem imprese. Následně na CT popis rozsáhlého poranění – impresivní fraktury, kontuzní ložiska a subarachnoidální krvácení. Vzhledem k rozsahu poranění bylo indikováno neurochirurgické operační řešení.

Sdělení

Neurochirurgický výkon probíhal bez komplikací, během kterého byly odstraněny kostní úlomky, odsát hematoma, provedena kranioplastika a zavedení ICP čidla vzhledem k riziku rozvoje edému poraněného mozku. V průběhu výkonu byla provedena transfuze erytrocytů. Dále byla zahájena antibiotická terapie (Cefazolin) na doporučení infektologa.

Pooperačně byla zahájena intenzivní terapie s hlubokou sedací, monitorováním ICP a neuroprotektivním režimem, vzhledem k očekávanému zhoršení edému mozku. Kontrolní CT ukázalo očekávaný edém, ale ICP zůstalo v přijatelných hodnotách. Antibiotická terapie byla změněna na Ceftriaxon pro prevenci infekčních komplikací, přestože nebyly přítomny známky infekce.

Po třetím pooperačním dni byl ICP korigován intermitentní antiedematozní terapií, s dobrým efektem. Kontrolní CT a MRI mozku neprokázaly progresi edému, naopak byla patrná stabilizace a zlepšení, s drobnou ischemickou lézí v oblasti povodí a. cerebri media, pravděpodobně způsobenou traumatickou disekcí arterie.

Dívka byla úspěšně extubována, přechodně se objevila laryngeální dysfunkce, která byla rychle vyřešena. Oxygenoterapie byla zahájena na 2 dny a následně byla ukončena. Sedace byla postupně vysazována a dívka ji velmi dobře tolerovala.

Po těžkém kraniotraumatu, zejména s rozsáhlými frakturami a intrakraniálním krvácením, je nezbytné okamžité chirurgické zásahy a intenzivní pooperační péče. V tomto případě indikace neurochirurgického výkonu a následná intenzivní terapie s kontrolou ICP umožnily stabilizaci stavu dítěte. Důležitým faktorem v léčbě bylo včasné zahájení antibiotické terapie a monitorování edému mozku, což přispělo k minimalizaci rizika komplikací, jako je infekce či nekontrolovaný nitrolební tlak.

Dívka vykazovala klinické známky pravostranné hemiparézy, což je typické pro rozsáhlé poranění mozku, a proto byla zahájena rehabilitace, která byla dobře tolerována. Kontrolní CT a MRI ukázaly zlepšení, což potvrzuje účinnost léčby.

Závěr

Dívka po těžkém kraniotraumatu podstoupila neurochirurgický výkon, který vedl k stabilizaci jejího stavu. V rámci intenzivní pooperační péče se podařilo stabilizovat ICP, zahájit rehabilitaci a minimalizovat riziko infekčních komplikací. Klinický stav se postupně zlepšoval, včetně zlepšení pravostranné hemiparézy. Na základě stabilního neurologického a zobrazovacího nálezu byla dívka přeložena k matce na intermediární lůžko s pokračující rehabilitací a plánovaným časným překladem do dětské lázeňské léčebny.

MAISONNEUEVOVA ZLOMENINA ROSTOUCÍHO SKELETU

Podlevský A., Čepelík M., Havránek P., Pešl T.

Klinika dětské chirurgie a traumatologie, FTN, Praha

Úvod

Cílem práce je demonstrovat jednotlivé případy tohoto raritního poranění, vyzdvihnout rozdíly oproti dospělému skeletu, a optimalizovat terapeutický přístup.

Sdělení

V současné době lze Maisonneueovu zlomeninu (MZ) plně osifikovaného skeletu definovat jako luxační zlomeninu hlezna, kde došlo vždy ke zlomenině proximální čtvrtiny fibuly a roztržení lig. tibiofibulare anterius (LTFA) a lig. tibiofibulare interosseum (LTFI) (Bartoníček J., 2022). Ostatní poranění jsou variabilní, kdy v 75% případů je MZ spojena se zlomeninou zadní hrany tibie, dále s malpozicí fibuly v incisura fibularis tibie, s poraněním mediálních struktur a další (Kašper Š., 2023).

MZ u rostoucího skeletu v literatuře jasně definována není, popsány jsou pouze jednotlivé případy. Co se týče hlezenního kloubu dětského věku, je známo, že ligamentózní struktury distálního tibiofibulárního spojení jsou již v novorozeneckém věku plně vyvinuty do podoby, kterou nacházíme u dospělého hlezna (Pešl T., 2006). Do doby ukončení růstu a uzávěru fýzy distální tibie a fibuly lze předpokládat, že měkký dětský skelet snáze podlehne násilí než ligamentózní aparát plně vyzrálý ke stabilizaci osifikovaného skeletu, a proto i terapeutický přístup je odlišný. Na našem pracovišti jsme v r. 2024 ošetřili celkem 2 pacienty s MZ rostoucího skeletu. Po doplnění CT byla zlomenina proximální fibuly asociovaná s dislokovanou frakturou epifýzy dist. tibie s dorzálním Hollandovým fragmentem typu SHII a SH IV, kde lomná linie zasahovala až do vnitřního kotníku, obě tedy ekvivalentem zlomeniny zadní hrany tibie. V obou případech byla pozice fibuly v incisurě správná. Jeden z pacientů byl indikován k prosté repozici zlomeniny tibie, u druhého bylo nutné provést osteosyntézu předozadně vedeným šroubem. Dosaženo bylo anatomického postavení a u obou pacientů došlo k plnému funkčnímu i rentgenologickému zhojení. MZ lze řešit konzervativně, v případě nedislokovaných zlomenin dist. tibie, pomocí podkolenní sádrové fixace. Ale obdobně jako u dospělého skeletu je doplnění CT vyš. na místě k identifikaci přidružených lézí (zlomeniny v oblasti Tillaux-Chaputova hrbolu, poranění mediálních struktur, osteochondrální avulze v oblasti incisury tibie a volná tělesa v kloubu). Zásadním principem operační léčby je repozice zlomeniny distální tibie, ev. doplněná osteosyntézou podle stability poranění, a dále ošetření dislokovaných přidružených poranění.

Závěr

Na rozdíl od MZ u plně osifikovaného skeletu, stabilizace zlomeniny syndesmálními šrouby standardně indikovaná není, dokud jsou fýzy dist. tibie a fibuly otevřené. Rovněž ani zlomenina proximální fibuly není k osteosyntéze indikována.

POLYTRAUMA V DĚTSKÉM VĚKU

Buchalová E., Urban J.

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

Polytrauma dětského věku má svá specifika a v mnohém se liší od dospělých, nejen ve výskytu, ale také v řešení jednotlivých poranění. V této přednášce se budeme zabývat polytraumatem u dětských pacientů, statistikou, specifiky poranění jednotlivých orgánových soustav různých věkových skupin a jejich řešením.

Součástí přednášky je taktéž kazuistika pojednávající o případu mladého chlapce, který utrpěl vícečetná zranění při střetu s projíždějícím rychlíkem. Mimo jiné décollement měkkých tkání stehna, poranění sleziny a plic, frakturu lopatky a sacra. Na dětském oddělení byl hospitalizován celkem 18 dní, zlomeniny byly řešeny konzervativně, absolvoval jeden výkon v celkové anestezii a doposud dochází na pravidelné kontroly.

NEČEKANÉ KOMPLIKACE PO VÝPLACHU ŽALUDKU: KAZUISTIKA

Zeinedine O., Newland N., Rygl M.

Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN v Motole, Praha

Úvod

Cílem prezentované kazuistiky je poukázat na složitou léčbu iatrogenní komplikace po výplachu žaludku u psychiatrické pacientky.

Popis kazuistiky

14,5letá pacientka byla přijata po úrazu na lyžích s následným pozřením léků se suicidálním umýslem (15 tbl Kventinax 50 mg a 15 tbl Sertralin 50 mg). Vstupně byl proveden výplach žaludku živočišným uhlím. Následně se objevily febrilní špičky a bolesti v oblasti levého hemitoraxu a ramena. RTG snímek vyloučil traumatické změny, ale CT odhalilo atelektázy a obstrukci levého bronchu s fluidotoraxem. Byla nasazena antibiotika a pacientka byla po konzultaci přeložena na naše pracoviště. Po přijetí byla provedena hrudní drenáž, která odvedla 600 ml hnědozeleného obsahu a bronchoskopie, při které bylo odsáváno aktivní uhlí. Vzhledem k přetrvávající atelektáze a fluidotoraxu a stupající zánětlivé aktivitě byla indikovaná operační revize. Torakoskopická revize byla pro nemožnost ošetření konvertovaná na torakotomii. Pro nález perforace v oblasti hilových struktur pro horní plicní lalok byla provedena levostranná horní lobektomie. V pooperačním období dochází k opětovnému zhoršení ventilačních parametrů s nutností reintubace. Vzhledem k přetrvávajícím tekutinovým kolekcím byla provedena dva krát torakoskopická revize, rozsáhlá adheziolýza a toaleta pleurální dutiny s dvojitou drenáží. Pooperačně byla během 10 dnů provedena cílená laváž pleurální dutiny pomocí fyziologického roztoku. Pacientka byla postupně stabilizována, dle RTG došlo ke zlepšení provzdušnění dolního laloku vlevo a zánětlivá aktivita se normalizovala. Dívka byla 34. den hospitalizace přeložena do místa bydliště a k následné hospitalizaci na pedopsychiatrickém lůžku. Pneumologická kontrola 3 měsíce od dimise prokázala příznivý klinický nález, s normální vitální kapacitou plic a bez známek obstrukce.

Závěr

Tento případ popisuje poranění plic jako raritní komplikaci po výplachu žaludku černým uhlím. Dále ilustruje složitost léčby tohoto poranění s nutností multidisciplinárního přístupu a překvapivě slibné dlouhodobé výsledky.

ANALÝZA HISTOLOGICKÝCH VZORKŮ U PACIENTŮ SE SEKUNDÁRNÍ FIMÓZOU PO CIRKUMCIZI NA ODDĚLENÍ DĚTSKÉ CHIRURGIE V ÚSTÍ NAD LABEM V LETECH 2023 A 2024

Sedláčko T.

Oddělení dětské chirurgie – dětské úrazové centrum, Masarykova nemocnici v Ústí nad Labem, o.z.

Úvod a cíl

Balanitis xerotica obliterans (BXO) je chronický zánět nejspíš autoimunitní etiologie na genetickém podkladu v oblasti mužského genitálu, který může probíhat pod obrazem sekundární (jizevnaté) fimózy. Zánětem může být postižena předkožka, žalud i močová trubice. Anamnesticky u jizevnaté fimózy rodiče udávají opakované balanopostitidy, epizody krvácení z předkožkového vaku při násilném přetahování a stav náhlého zhoršení přetažitelnosti jinak předtím zcela volné předkožky. Jizevnatou fimózu lze klinicky poměrně jednoduše poznat na základě naválitého, stenotizujícího, bělavého prstence na okraji předkožky s omezenou možností obnažení žaludu. Cílem analýzy je objektivně zhodnotit míru výskytu BXO u chlapců s jizevnatou fimózou indikovaných k cirkumcizi na našem pracovišti a dle výsledku nastavit ideální způsob léčby a prevence komplikací BXO.

Metodika

Radikální event. partiální cirkumcize v celkové anestezii v režii dětského chirurga s následnou úpravou, barvením preparátu hematoxylin-eozinem a mikroskopickou identifikací známek BXO cestou patologického oddělení příslušného zdravotnického zařízení po předešlé konzultaci a zhodnocení cíle analýzy.

Výsledky

V letech 2023 a 2024 na oddělení dětské chirurgie bylo provedeno celkově 66 cirkumcizí s diagnózou sekundární fimóza, z toho 88 % radikálních, u 12 % chlapců i přes poučení rodičů o možném riziku přítomnosti BXO byla provedena partiální cirkumcize. Průměrný věk operovaného pacienta činil 9 let a 5 měsíců, nejmladšímu pacientovi byly v době operace 3 roky a 11 měsíců a nejstaršímu 17 let a 11 měsíců. Průměrná doba sledování pacientů po operaci byla 5 měsíců. Histologická analýza prokázala až 72 % přítomnost známek BXO ve sledovaných preparátech. U 12 % chlapců po radikální cirkumcizi přetrvávaly známky BXO na žaludu, které jsme zaléčili kortikosteroidní masť.

Závěr

Vysoké procento zachytu BXO nás nutí myslet na tento typ chronického zánětu u každé sekundární (jizevnaté) fimózy. Radikální cirkumcize se bere jako plně léčebný zákrok a v terénu, kde je podezření na BXO, se partiální cirkumcize zcela nedoporučuje pro riziko recidivy a možných komplikací na močovém traktu s nutností rekonstrukce.

PÁTEK 16. 5. 2025

5. BLOK – DĚTSKÁ UROLOGIE A HRUDNÍ CHIRURGIE

OPERAČNÍ LÉČBA FIMÓZY A ZASTOUPENÍ BXO

Přech A.

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

Úvod

Cílem této studie bylo zjistit počet pacientů s diagnózou balanitis xerotica obliterans (BXO) z celkového počtu operovaných pacientů pro fimózu. Dále jsme hodnotili, jaký byl zvolen operační výkon při podezření na BXO a při jiných typech fimózy. Sledovali jsme operované pacienty s fimózou během roku 2021-2023.

Sdělení

Celkově bylo operováno 357 pacientů, z nichž operační diagnóza vrozená fimóza byla stanovena u 37 (10,4 %) pacientů, dále jizevnatá fimóza u 178 (49,9 %) pacientů, suspektní BXO u 66 (18,5 %) pacientů. Relativní fimózu jsme pozorovali u 51 (14,3 %) pacientů, fimóza bez specifikace u 11 (3,1 %). 6 pacientů (1,7 %) bylo reoperovaných po původní plastice předkožky, fimóza nereagující na lokální kortikoidní léčbu byla operována u 8 pacientů (2,2 %). Z hlediska provedeného operačního výkonu byla nejčastěji provedena totální cirkumcize u 240 (67,2 %) pacientů, dále plastika předkožky dle Buriana u 112 (31,4 %) pacientů, dorzální discize u 5 (1,4 %). Ve skupině pacientů s jizevnatou fimózou jsme provedli totální cirkumcizi u 115 (64,6 %) pacientů, u 63 (35,4 %) pacientů byla provedena plastika předkožky. Pacienti se suspektní BXO (později potvrzenou histologicky) měli provedenou totální cirkumcizi v 63 (95,5 %) a plastiku předkožky ve 3 (4,5 %) případech. U skupiny operovaných pro vrozenou fimózu převažovala plastika předkožky u 34 (91,9 %) a totální cirkumcize pouze u 3 (8,1 %) pacientů. U pacientů s relativní fimózou byla zvolena totální cirkumcize u 42 (82,4 %), plastika předkožky u 4 (7,8 %) a dorzální discize předkožky u 5 (9,8 %) pacientů. Z celkového počtu provedených výkonů u pacientů s fimózou na našem pracovišti v letech 2021–2023 se BXO vyskytuje v 66 (18,5 %) případech. Nejvíce provedeným výkonem je totální cirkumcize u 240 (67 %) pacientů, nejčastější diagnózou je jizevnatá fimóza u 244 (68 %) pacientů. Po rozdělení pacientů dle operační diagnózy na jednotlivé podskupiny se ukazuje, že jizevnatou fimózu řešíme převážně totální cirkumcizí (64,6 %). Při podezření na BXO téměř striktně totální cirkumcizí jako jediným kurativním výkonem (95,5 %) při BXO jako prekanceróze. Vrozenou fimózu operujeme plastikou předkožky (91,9 %). U relativní fimózy převažuje totální cirkumcize, téměř shodně méně často plastika předkožky či dorzální discize.

Závěr

BXO se v našem souboru vyskytuje téměř v jedné pětině operovaných pacientů, je důležité včas rozpoznat a adekvátně chirurgicky ošetřit pacienta s BXO. Neřešená BXO je asociována s vyšší incidencí karcinomu penisu a dále může vést k chronickému zánětu s jizvením v oblasti meatu a uretry. Naopak předkožku, která nejeví známky BXO, lze využít jako štěp při kontrakturách u popálenin, řešení kongenitální syndaktilie či anoplastiky. Proto lze uvažovat o méně invazivních výkonech (plastika předkožky či dorzální discize) zejména u pacientů s vrozenou či relativní fimózou.

SPLENOGONADÁLNÍ FÚZE U DÍTĚTE – KAZUISTIKA

Kuliaček P.^{1,2}, Krbal L.³, Svobodová Z.², Štěpanovská J.⁴, Novák I.²

¹Klinika dětské chirurgie a traumatologie, LF UK a FN Hradec Králové, ²Oddělení dětské urologie, Urologická klinika, LF UK a FN Hradec Králové, ³Fingerlandův ústav patologie, FN Hradec Králové, ⁴Radiologická klinika, LF UK a FN Hradec Králové

Úvod

Splenogonadální fúze (SGF) je zřídka se vyskytující vrozená vývojová vada. Vyznačuje se vrozeným spojením mezi slezinou a gonádou nebo deriváty mezonefros. SGF má formu kontinuální (spojitou 55 %) nebo diskontinuální (nespojitou/přerušovanou). Kontinuální forma bývá v polovině případů spojena s dalšími vývojovými vadami. Dosud bylo publikováno cca 230 případů tohoto onemocnění. 70 % se vyskytlo do 19 let.

Kazuistika

6letý pacient byl odeslán na naše oddělení pro bolesti šourku a s podezřením na tumor levého varlete dle ultrazvukového vyšetření (UZV). O rok dříve byl ve spádu operován pro vodní kýlu vlevo. Při našem vyšetření bylo zjištěno zarudnutí šourku a zvětšení varlete vlevo. Dle UZV zjištěno nehomogenní hypoechogenní ložisko v levém varleti o průměru do 13 mm s výraznější vaskularizací, zbytněné nadvarle a kulovitá ložiska 5–8 mm mimo varle. Onkomarkery byly negativní: AFP 3,13 kU/l, HCG <1 U/l, LD 4,76 µkat/l. Pacient byl indikován k plánované operaci. Přístupem z levého třísla byla provedena revize levého varlete. Obaly varlete byly vyplněny tekutinou. Po otevření obalů byl zjištěn růženec lividní tkáně se 3 rozšířeními o průměru 3–8 mm v.s. po torzi. Byla provedena extirpace růžence, přívěšku varlete a tmavé tumorózní tkáně z horní části varlete. Rychlá biopsie prokázala benigní tkáň – slezinu. Následně byla provedena sutura obalů varlete dle Jaboulaye, repozice varlete do šourku a rekonstrukce třísla. Histologické vyšetření potvrdilo slezinou tkáň z varlete i růžence.

Závěr

SGF bývá většinou zjištěna náhodně během operace kryptorchismu (36 %) nebo tříselné kýly (12 %). Dále se toto onemocnění diagnostikuje při vyšetřování zvětšených varlat, otoku šourku nebo zánětu nadvarlete. Výjimečně se SGF projeví také akutní bolesti šourku. SGF je zaměnitelná za maligní testikulární tumor či adenomatoidní tumor epididymis. Postihuje muže častěji než ženy v poměru 15:1. Téměř vždy je postižena levostranná gonáda (98 %).

Předoperační diagnostika SGF bývá velice obtížná. Nicméně kombinace zobrazovacích metod (UZ, CT, MRI, scintigrafie) a negativních testů na onkomarkery může pomoci při stanovení správné diagnózy, zvláště když se pamatuje na toto onemocnění. Někdy je nápomocná laparoskopie. Nezastupitelný význam má peroperační rychlá biopsie. Nedostatečná informovanost o SGF by mohla vést k nesprávné diagnóze. Ta může vést k zbytečné orchiektomii (24–64 %), které bychom se měli vyhnout.

KONTUZNĚ-LACERAČNÍ PORANĚNÍ LEDVIN – NAŠE ZKUŠENOSTI

Pýchová M.¹, Trčka J.¹, Kučerová B.¹, Pádr R.², Rygl M.¹

¹Klinika dětské chirurgie, ²Klinika zobrazovacích metod, 2. LF UK a FN v Motole, Praha

Úvod

Tupá poranění ledvin patří k méně častým poraněním parenchymových orgánů u dětí. Cílem práce bylo zhodnotit diagnostické a léčebné postupy, výsledky konzervativního postupu u rozsáhlých laceračních poranění ledvin u souboru pacientů léčených na KDCH FNM v letech 2000–

2024. Sledovanými parametry byl věk, mechanismus úrazu, stupeň poranění na zobrazovacích vyšetřeních, renální funkce.

Sdělení

Od ledna 2000 do prosince 2024 bylo hospitalizováno 66 dětí s diagnózou tupého poranění ledviny. Do souboru bylo zařazeno 19 pacientů s poraněním grade II. a více podle AAST. V souboru bylo 12 dívek, 7 chlapců. Medián věku v době úrazu byl 12,5 roku (1,1–17,6r). Nejčastější příčinou úrazu byly pád (31 %) a dopravní nehoda (31 %). V 11 případech (57 %) se jednalo o izolované poranění ledviny, u 8 pacientů (43 %) bylo poranění ledviny v rámci polytraumatu či sdruženého poranění. U 5 dětí (26 %) byla přítomná významná anemizace vyžadující substituci krevními deriváty. Vstupně měly všechny děti sonografické vyšetření a následně 17 z nich (89 %) i CT kontrastní vyšetření. Pouze v jednom případě CT vyšetření diagnostikovalo aktivní arteriální krvácení, které bylo následně řešeno embolizací. U dvou pacientů byl diagnostikován urinom, v jednom případě s nutností drenáže. Všechny děti byly léčeny konzervativně, u žádného nebyla nutná chirurgická revize. Průměrná doba hospitalizace byla 19 dní (11–41 dní). Všichni pacienti byli ambulantně sledováni, jedna pacientka je léčena pro hypertenzi, u čtyř pacientů scintigrafické vyšetření prokázalo sníženou funkci poraněné ledviny.

Závěr

Konzervativní postup u kontuzně-laceračních poranění ledvin u dětí má dobré výsledky. Rizikem jizvení renálního parenchymu může být rozvoj hypertenze, proto je u rozsáhlejších poranění doporučována dlouhodobá dispenzarizace.

ZHODNOCENÍ DESETELETÉHO OBDOBÍ S METODOU MIRPE

Plánka L., Starý D., Bartl L.

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

Cíl

Autoři prezentují výsledky jednocentrového souboru pacientů operovaných metodou miniinvasivní korekce vpáčeného hrudníku dle Nusse (MIRPE) v letech 2013–2022.

Metody: V uvedeném období bylo operováno 103 pacientů metodou MIRPE pro *pectus excavatum*. Při operaci byla vždy použita torakoskopická kontrola pravého hemitoraxu (standardně postupováno zavedením dlahy z pravé strany) a elevace hrudní kosti kostním hákem. K fixaci dlahy byl použit na levé straně stabilizátor, vpravo pak díky torakoskopické kontrole kotvení dvěma silonovými stehy za žebro. Výsledky operace byly hodnoceny četností výskytu pooperačních komplikací, klinickým měřením a subjektivním hodnocením realizovaným internetovým dotazníkem s dvouletým odstupem. Indikace k operaci byla vždy provedena společně s přáním pacienta komparovaném s nálezem spirometrickým a kardiologickým, hraniční věk byl 15 let.

Výsledky

Ve sledovaném období bylo vyšetřeno celkem 1052 nových pacientů s diagnózou vrozeného vpáčeného hrudníku. Prakticky u žádného z nich nebyla zaznamenána patologie spirometrického vyšetření. Kardiologické vyšetření odhalilo několik vrozených chlopenních vad, nikdy však nebyla konstatována patologie ve spojitosti s tlakem vpáčeného sternu. Všem pacientům byla zdůrazněna kosmetická indikace operačního výkonu a v 90 % nebyl následně pacienty vyžadován. U 103 pacientů s *pectus excavatum* byl proveden výkon MIRPE (100 chlapců a 3 dívky). U čtyř pacientů bylo nutné drénovat hrudník v časném pooperačním období (3 x pro hemotorax, 1 x pro klinicky významný pneumotorax). Nebyly zaznamenány žádné další akutní komplikace. Ve dvou případech bylo nutné provést refixaci dlahy pro její dodatečnou dislokaci. Nebyly zaznamenány žádné

alergické reakce charakteru celkové anafylaxe nebo lokální reakce na dlahu, přestože nebylo standardně prováděno předoperační imunologické vyšetření. U 93 pacientů (90,3 %) došlo k prokazatelně změřenému zmenšení vpáčení. Všichni pacienti bez korekce byli pacienti z prvních dvou let nebo pacienti s minimálním vpáčením při kaudální části hrudní kosti. V rámci subjektivního hodnocení 86 operovaných (83 % případů) uvedlo svůj stav po operaci jako výrazně lepší. Mezi zbylými 17 pacienty byli rovněž všichni z období prvních dvou let od zavedení metody a pacienti s minimálním vpáčením při kaudální části hrudní kosti (golfová jamka).

Závěr

Desetiletá zkušenost KDCHOT FN Brno potvrzuje, že metoda MIRPE dobře funguje u výraznějších vpáčení při dobře vycvičeném operačním týmu. Při zachování standardizovaných postupů a správné indikaci lze minimalizovat časné pooperační komplikace i špatné výsledky operace. Indikace k MIRPE dle názoru autorů nadále zůstává v rovině kosmetické a je vyhrazena pacientům ve věku 15 let a více.

VYUŽITIE 3D SKENOVANIA NA HODNOTENIE ÚČINNOSTI LIEČBY PECTUS EXCAVATUM POMOCOU VACUUM BELL

Špaková B., Molnár M.

Klinika detskej chirurgie, UN Martin, Jesseniova LF v Martine, UK v Bratislave

Úvod

Pectus excavatum (PE) je relatívne častou deformitou hrudníka ktorá môže mať vplyv okrem kardiálneho, respiračného systému a výkonnosti tiež negatívny psychologický efekt vyplývajúci z vnímania deformity ako handicapu. Väčšina pacientov prichádza na vyšetrenie v pubertálnom veku, keď ešte nie je vhodná chirurgická korekcia, avšak vnímanie deformity hrudníka ako nedostatku je veľmi výrazné. Vhodnou alternatívou liečby je pomôcka vacuum bell, ktorej efekt sa zakladá na aplikácii podtlaku na deformitu a následnej remodelácii hrudnej steny. Pri dobrej compliance pacienta je možné dosiahnuť výrazné zmiernenie závažnosti deformity. Hodnotenie efektu tejto metódy však stále nie je jednotné.

Materiál a metódy

Autori popisujú súbor pacientov s Pectus excavatum liečených konzervatívne pomocou Vacuum bell za posledné 4 roky, pričom na hodnotenie efektu liečby využívajú 3D skener.

Záver

Hodnotenie efektu konzervatívnej liečby Pectus excavatum predstavuje stále výzvu pre odborníkov venujúcim sa danej problematike. Existujú rôzne spôsoby merania účinnosti terapie vacuum bellom. Autori sa domnievajú, že 3D skenovanie v priebehu liečby umožňuje presnejšie a rýchlejšie meranie a kvantifikáciu účinku terapie. Pre pacienta tiež poskytuje objektivizáciu výsledku v priebehu liečby čo môže mať pozitívny psychologický efekt a viesť ku lepšej compliance s liečbou.

NAŠE ZKUŠENOSTI S KONZERVATIVNÍ LÉČBOU VPÁČENÉHO HRUDNÍKU POMOCÍ KLOBEHO ZVONU

Bartl V., Mareček L., Plánka L.

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

Nejčastější deformita hrudníku - vpáčený hrudník bývá někdy bagatelizován jen jako kosmetická vada, avšak i při této hypotéze, která má platnost jen pro mírné a symetrické formy, jsou popisovány psychické potíže pacientů. Těžší formy, však kromě psychických problémů, sebou přináší i další možné závažné komplikace, podmíněné zkrácením předozadního osy hrudníku, vedoucí k posunu komor a rotaci srdce, s následnou kompresí komor a prolapsem mitrální chlopně a dalších možných srdečních dysfunkcí.

Nejrozšířenější konzervativní léčba vpáčeného hrudníku spočívá ve fyzioterapii a aplikaci Klobeho (podtlakového) zvonu.

Na Klinice dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie bylo sledováno pro pectus excavatum v průběhu let 2019–2024 celkem 415 pacientů, ale do souboru našich pacientů jsou zahrnuti jen ti, kteří byli alespoň 2 x ambulantně vyšetřeni s výše uvedenou vadou a které bylo možné zpětně hodnotit. Klobeho zvon byl v uvedené době aplikován 89 pacientům. Celkem bylo objektivně hodnoceno 61 pacientů, z nichž se léčbě zvonom podrobilo 47 pacientů. Z tohoto souboru následně 6 podstoupilo MIRPE.

Ve skupině léčené Klobeho zvonom a fyzioterapií jsme naměřili prokazatelné zlepšení u 27 pacientů, ze skupiny 14 pacientů při konzervativní léčbě bez Klobeho zvonu, tedy pouze fyzioterapie, se zlepšil nálezu u 3 pacientů.

Nejmarkantnější naměřená fixovaná elevace sternu pomocí Klobeho zvonu u jednoho pacienta byla 3,5 cm.

Podtlakový (Klobeho) zvon má nezastupitelnou roli v současné konzervativní léčbě vpáčeného hrudníku. Výhodou konzervativní léčby je neinvazivita, minimum vedlejších následků, bez pooperačních komplikací, pro pacienta bez nutnosti hospitalizace.

INICIÁLNE SKÚSENOSTI S POUŽITÍM KRYOANALGÉZIE V HRUDNÍKOVEJ CHIRURGII

Omaník P., Murár E., Kabát M., Omaníková M., Béder I., Babala J.

Klinika detskej chirurgie, NÚDCH a LF UK v Bratislave

Úvod

Kryoanalgézia, využívajúca extrémne nízke teploty na zmiernenie bolesti, sa stáva čoraz používanjšou v rôznych oblastiach medicíny. Cieľom predkladanej štúdie je analyzovať iniciálne skúsenosti s touto metódou v rámci hrudníkovej chirurgie a posúdiť jej účinnosť a bezpečnosť.

Metodika

V tejto retrospektívnej štúdii boli analyzované údaje pacientov, ktorí podstúpili miniinvazívnu korekciu pectus excavatum spolu s použitím kryoanalgézie v období od októbra 2024 do februára 2025. Analyzoval sa stupeň bolesti, potreba opioidných analgetík v pooperačnom období a výskyt komplikácií.

Výsledky

Predbežné krátkodobé výsledky ukazují, že kryoanalgie významne snižuje pooperační bolest v porovnání s standardně používanými analgetiky. U 5 pacientů z 7 byla zaznamenaná snížená potřeba opioidů, komplikace spojené s použitím kryoanalgie byly zaznamenané u 2 pacientů, v obou případech šlo o přechodnou neuropatickou bolest.

Závěr

Iniciální výsledky naznačují, že kryoanalgie v hrudníkové chirurgii může být významným přínosem v léčbě pooperační bolestivosti. Naše zkušenosti naznačují, že tato technika by se mohla stát standardní součástí analgetické praxe v této oblasti.

KVALITA ŽIVOTA A DLOUHODOBÉ VÝSLEDKY U DĚTÍ S ACHALÁZIÍ JÍCNU LÉČENÝCH LAPAROSKOPICKOU NEBO OTEVŘENOU HELLEROVOU MYOTOMIÍ: 19LETÁ ZKUŠENOST JEDNOHO CENTRA

Rounová P.¹, Dotlačil V.¹, Kučerová B.¹, Šnajdauf M.², Šnajdauf J.¹, Rygl M.¹

¹Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN v Motole, Praha, ²Chirurgická klinika, FN Bulovka, Praha

Cíl studie

Zhodnocení dlouhodobých výsledků včetně kvality života (QoL) u pacientů s achalázií jícnu (AJ) léčených v dětském věku laparoskopickou (LHM) nebo otevřenou (OHM) Hellerovou myotomií.

Metody

Retrospektivní studie u dětí s AJ léčených ve Fakultní nemocnici v Motole, které podstoupily LHM nebo OHM v období od ledna 2006 do ledna 2025. Hodnotila se charakteristika souboru pacientů, metody léčby, komplikace a dlouhodobé výsledky. Kvalita života byla hodnocena u dospělých pacientů pomocí dotazníku WHOQOL-BREF. Získaná data byla statisticky zpracována.

Výsledky

Celkem bylo léčeno 23 dětí (65 % chlapců) s AJ s mediánem věku v době operace 14 let (IQR 10,3–15,5). Čtrnáct dětí podstoupilo LHM (61 %) a 9 podstoupilo OHM (39 %). Ve srovnání s OHM prokázala LHM kratší dobu hospitalizace (medián 5 vs. 8 dnů, $p < 0,0004$) a časnější perorální zátěž stravou (medián 1 vs. 3 dny, $p < 0,018$). V obou skupinách se nevyskytly žádné pooperační komplikace. Během sledování (medián 8,5 roku, IQR 3,5–11,3) vyžadovalo 11 z 23 pacientů (48 %) balonkovou dilataci, 2 pacienti (9 %) reoperaci a 1 pacient (4 %) POEM. Medián počtu dilatací na pacienta byl 2 (IQR 1–3) a medián doby od operace k první dilataci byl 9 měsíců (IQR 5–24,8). Dlouhodobé výsledky léčby byly hodnoceny u 20 pacientů. Většina pacientů po LHM (12/14, 85 %) je asymptomatických nebo vyžadují režimová opatření ve stravování ve srovnání s 3/6 (50 %) ve skupině OHM. Navíc pacienti po LHM uvádějí vyšší skóre kvality života (medián skóre 17,3, IQR 16,6–18,4) ve srovnání s pacienty po OHM (medián skóre 15, IQR 13,7–17,8).

Závěr

Laparoskopická Hellerova myotomie s Dorovou fundoplikací je efektivní a bezpečná chirurgická metoda u dětí s AJ. Je spojena s kratší dobou hospitalizace, rychlejším zotavením a příznivými dlouhodobými výsledky včetně kvality života.

6. BLOK – VARIA

POUŽITÍ TECHNOLOGIE PRO DETEKCI KONTRASTNÍ LÁTKY ICG V DĚTSKÉ CHIRURGII

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

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

Technologie pro detekci kontrastní látky ICG je stále více užívána v laparoskopické i klasické operativě. KDCHOT FN Brno opatřila tuto technologii pro dětskou operativu v únoru roku 2025 a ve svém příspěvku popisuje první zkušenosti.

Metody

Detekce ICG (indocyaninová zeleň, preparát VERDYE®) byla původně používána jako moderní diagnostická modalita. Její použití v chirurgii doznalo v posledních letech výrazného rozšíření, neboť výrobci začali standardně dodávat technologie k peroperační detekci barviva v tělních tektutinách v endoskopických sestavách a jako detektory pro otevřenou operativu. Dětská chirurgové v Brně od února disponují tímto vybavením a představují první zkušenosti.

Výsledky

V prezentaci budou shrnuty indikace a první použití uvedené metody u pacientů KDCHOT.

Závěr

Metoda detekce ICG v dětské chirurgii přinese další zlepšení chirurgické péče zejména v dětské onkochirurgii, novorozenecké chirurgii, urologii nebo traumatologii. Není vyloučeno i otevření nového obzoru pro experimentální použití.

INDOCYANINOVÁ ZELEŇ V DĚTSKÉ CHIRURGII: NAŠE PRVNÍ ZKUŠENOSTI

Dotlačil V., Rygl M.

*Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN v Motole, Praha***Úvod**

Indocyaninová zeleň (ICG) nachází stále širší uplatnění v chirurgii díky své schopnosti zobrazit perfuzi tkání a lymfatickou drenáž, což umožňuje přesnější intraoperační navigaci. V dětské minimálně invazivní chirurgii se její využití teprve rozvíjí. Cílem této práce bylo analyzovat první zkušenosti s použitím ICG na našem pracovišti.

Metoda

Prospektivně byl analyzován konsektivní soubor dětských pacientů (≤ 18 let), u nichž byla během operace použita indocyaninová zeleň (ICG). Sledované parametry zahrnovaly demografické údaje, perioperační průběh, indikaci k použití ICG, způsob, dávku a čas aplikace, délku operace, výskyt nežádoucích účinků, délku pooperační hospitalizace, pooperační komplikace dle klasifikace Clavien-Dindo a follow-up. Přínos ICG byl hodnocen u jednotlivých operací pomocí Likertovy škály (1 = žádný přínos, 5 = maximální přínos).

Výsledky

Do iniciační analýzy bylo zahrnuto 10 pacientů (50 % žen). Nejčastějšími výkony byly cholecystektomie pro cholecystolitíazu ($n = 6$), varikokéla ($n = 1$), Hirschsprungova choroba ($n = 1$), cystická malformace plic ($n = 1$) a hereditární sférocytóza ($n = 1$).

Medián věku při operaci byl 14,0 let (IQR 10,9–14,9), medián délky operace 75,5 minut (IQR 59,75–137,5). Medián podané dávky VERDYE činil 0,35 mg/kg. Medián času od podání VER-

DYE do operace u cholecystektomií byl 3,6 hodin (IQR 2,7–4,0). Perioperační komplikace spojené s použitím VERDYE nebyly zaznamenány. Pooperační komplikace dle Clavien-Dindo klasifikace do 30. pooperačního dne se nevyskytly. Medián spokojenosti s ICG dosáhl 4,0 (IQR 3,0–5,0) na Likertově škále.

Závěr

Použití ICG u dětských pacientů je bezpečné, proveditelné a nebyly zaznamenány žádné nežádoucí účinky. Zkrácení intervalu mezi aplikací VERDYE a operací u cholecystektomií nevedlo ke zhoršení vizualizace žlučových cest. Další studie jsou nutné k přesnějšímu zhodnocení účinnosti ICG v dětské chirurgii.

INTERKOSTÁLNE PERKUTÁNNÉ ENDOSKOPICKÉ ZAVEDENIE GASTROSTÓMIE

Molnár M.¹, Havlíčková Z.², Soršák J.³, Gura M.¹, Murgaš D.¹.

¹Klinika detskej chirurgie, ²Klinika detí a dorastu, ³Rádiologická klinika UN Martin, Jesseniova LF v Martine, UK v Bratislave

Úvod

Perkutánnu endoskopickú gastrostómiu (PEG) je zlatý štandard na zabezpečenie enterálneho príjmu u indikovaných pacientov. Podmienkou bezpečného zavedenia PEG je úspešná diafanoskopia žalúdka za účelom jeho identifikácie pod brušnou stenou. V prípade neúspechu zavedenia PEG je alternatívou laparoskopické alebo laparoskopicky asistované založenie gastrostómie, ktorého výhodou je zrková kontrola a prevencia poranenia okolitých orgánov.

Materiál a metódy

Autori prezentujú videokazuistiku polystigmatizovaného dieťaťa s výraznou deformáciou muskuloskeletálneho systému, u ktorého bolo klasické perkutánnu endoskopické a následné laparoskopické zavedenie gastrostómie cez brušnú stenu neúspešné pre polohu žalúdka vysoko v hrudníku.

Výsledky

U pacienta bola zvolená alternatívna poloha gastrostómie do interkostálneho priestoru, ktorá bola zrealizovaná perkutánnu endoskopicky v spolupráci s intervenčným rádiológom.

Záver

Perkutánnu interkostálne endoskopické zavedenie gastrostómie sa javí ako bezpečná alternatíva zabezpečenia enterálneho príjmu u pacientov s výrazne zmenenými anatomickými pomermi a uložením žalúdka vysoko v hrudníku.

SLEEVE RESEKCIA ŽALÚDKA – CHIRURGICKÁ LIEČBA OBEZITY U DETÍ

Koreň R., Novotný J., Aneščíková Z.

Klinika detskej chirurgie, DFNSP Banská Bystrica

Úvod

Obezita, ako chronické ochorenie charakteristické nadmerným hromadením tuku a tukového tkaniva v organizme, spojené so vzostupom hmotnosti a zvýšeným rizikom vzniku závažných pridružených ochorení je celosvetovým problémom. Podľa WHO v roku 2022 trpelo nadváhou viac ako 2,5 miliardy dospelých /18 rokov a viac/ a z nich viac ako 890 miliónov malo obezitu. V tom istom roku trpelo nadváhou viac ako 37 miliónov detí mladších ako 5 rokov a nadváhu

malo viac ako 390 miliónov detí vo veku od 5 do 19 rokov. Pričom, 160 miliónov z nich malo obezitu. Tieto čísla sú alarmujúce a vyžadujú urgentné riešenie.

Sdělení

Jednou z alternatív liečby morbidnej obezity je chirurgická, operačná liečba. Tá je indikovaná až po absolvovaní kompletnej diagnostiky a konzervatívnej liečby. Chirurgická liečba má svoje prísne indikačné pravidlá. Princípom chirurgickej liečby je buď zmenšenie objemu žalúdka a tým aj množstva prijímanej stravy / reštrikčné operácie /, alebo zmenšenie resorbčnej plochy čreva / malabsorbčné operácie/. Niektoré typy operácií sú kombináciou oboch metód.

Autori vo svojej prezentácii predstavujú rukávovú, sleeve resekciu žalúdka (vertical sleeve resection), ktorá je reštrikčným typom operačnej liečby. Prezentujú svoj prvý prípad použitia tejto metódy u detského pacienta s morbidnou obezitou, ktorý 6 mesiacov na diéte, vážil pred operáciou 174 kg pri výške 180 cm (BMI–53,7). V prezentácii predstavujú svoj predoperačný algoritmus, samotný operačný postup, ako aj pooperačnú starostlivosť. Poukazujú na nevyhnutnosť dobrej spolupráce pacienta. V ich prípade, pacient pod multidisciplinárnym dohľadom schudol už za prvý mesiac viac ako 20 kg a po 2 mesiacoch to bolo viac ako 30 kg.

Závěr

Sleeve resekcia žalúdka je racionálnou a efektívnou alternatívou operačnej liečby morbidnej obezity u detí. Pre úspešnú redukciu hmotnosti pacienta je nevyhnutná adekvátna konzervatívna liečba a diéta tak pred, ako aj v po operačnom období. Nakoľko obezita a liečba predstavuje závažný a komplexný problém, v liečbe je nevyhnutný multidisciplinárny prístup.

PODTLAKOVÁ TERAPIE V LÉČBĚ SSI

Kocmanová K., Valenta M.

Chirurgické oddělení, KN Liberec, a.s

Kazuistika o použití podtlakové terapie při řešení SSI (surgical site infection) u 10letého chlapce po operaci komplikované akutní apendicitidy.

ENDOSKOPICKÁ LIEČBA KRANIOSYNOSTÓZY

Richterová R.

Neurochirurgická klinika, UN Martin a Jeseniova LF UK, Martin

Pojem kraniosynostóza označuje vývojovú anomáliu kraniofáciálnej oblasti, ktorá nastáva v dôsledku predčasného uzavretia jedného alebo viacerých lebkových švov. Tento stav vedie k deformácii lebky, ktorej charakter závisí od konkrétneho švu, ktorý postihol predčasný zrast. Okrem kozmetickej deformity môže tiež narušovať normálny vývoj mozgu, čo sa môže prejavovať chronickým miernym zvýšením intrakraniálneho tlaku, bolesťami hlavy, ako aj oneskorením v psychomotorickom vývoji, poruchami reči a v školskom veku aj zníženým intelektovým výkonom a problémami v sociálnych interakciách. Diagnostika kraniosynostózy môže byť v jednoznačných prípadoch čisto klinická, v prípade nejasností je však možné použiť aj zobrazovacie vyšetrenia. Vo väčšine prípadov kraniosynostóz je indikácia na operačnú liečbu. V súčasnosti je preferovanou chirurgickou metódou endoskopicky asistovaná resekcia lebkových švov. Realizácia endoskopického výkonu je však obmedzená vekom dieťaťa. V ďalšej liečbe je nutné použitie kranálnej remodelačnej ortézy na dosiahnutie optimálneho tvaru hlavy.

Kľúčové slová: kraniosynostóza, lebkové švy, predčasný zrast, endoskopia

BOLESTI BŘICHA U 16LETÉ DÍVKY (KAZUISTIKA)

Dobrá O.¹, Chvátilová Holická L.¹, Merkl T.¹, Náhlovský J.², Petrlik D.², Hoffmann P.³, Štichhauer, R.¹

¹Klinika dětské chirurgie a traumatologie, LF UK a FN Hradec Králové, ²Dětská klinika, LF UK a FN Hradec Králové, ³Radiologická klinika, LF UK a FN Hradec Králové

Úvod

Bolest břicha je u dětských pacientů v akutní chirurgické či pediatrické ambulanci velmi častým příznakem. Diferenciální diagnóza je však velmi široká a vzácně zahrnuje i závažné mimo břišní příčiny.

Kazuistika

Autoři prezentují kazuistiku dívky, která byla opakovaně ambulantně vyšetřována pro bolesti břicha. Stav si vyžádal CT břicha, které vyloučilo náhlou příhodu břišní, avšak odhalilo homogenní konsolidaci pravého dolního plicního laloku s reaktivním fluidothoraxem. Dívka tedy byla přijata na dětské oddělení k antibiotické léčbě pravděpodobně pneumonie. Ošetřující lékař však měl klinické podezření na plicní embolii (i vzhledem k typickému věku a hormonální antikoncepci ve farmakologické anamnéze). Proto v rámci širší diferenciální diagnózy indikoval vyšetření hladiny D-dimerů. Po zjištění jejich elevace dívka podstoupila plicní CT angiografii, která zobrazila embolus v pravé plicní tepně a jejím větvení a také nástěnný embolus vlevo v místě větvení pro dolní lalok plic. Při léčbě nízkomolekulárním heparinem a poté rivoraxabanem (celkem léčba trvala 6 měsíců) došlo k úplné úpravě zdravotního stavu. V rámci hematologického vyšetření trombofilních stavů byla prokázána vyšší hladina faktoru VIII a také snížená aktivita proteinu C. Pacientka je nadále sledována hematologem.

Závěr

Plicní embolie projevující se izolovanou bolestí břicha je velmi vzácný, až nepravděpodobný nález.

Kazuistika však dokladuje, že při diferenciální diagnostice se vyplácí zvažovat i vzácné, avšak závažné diagnózy, které jsou pro určité životní období u některých pacientů typické. Konkrétně u adolescentních dívek s léčbou hormonální antikoncepcí je žádoucí myslet na žilní trombózu a s ní spojené stavy.

NAŠE ZKUŠENOSTI A POZNATKY S OPERACÍ TŘÍSELNÉ KÝLY METODOU PIRS

Kadeřábková J.

Dětská chirurgie, ON Kolín, a.s.

Úvod

Metoda PIRS je jednoportová laparoskopická operační technika dětské tříselné kýly. Poprvé ji publikoval v r. 2006 polský prof. Dariusz Patkowski. V Oblastní nemocnici Kolín a.s. tuto metodu provádíme od ledna 2024.

Sdělení

Počet operací za uplynulý rok 2024 v Nemocnici v Kolíně metodou PIRS. Možné operační a pooperační komplikace, kazuistika pooperační „recidivy“.

Závěr

Po ročních zkušenostech shledáváme tuto techniku jako jednoduchou, rychlou, výhodnou pro zhodnocení druhé strany, ale s rizikem recidivy či jiných komplikací.

REÁLNÉ MOŽNOSTI AMBULANTNÍ A JEDNODENNÍ CHIRURGIE V DĚTSKÉM VĚKU

Janeček L.

Chirurgické středisko GALEN, Ústí nad Orlicí, Dětská chirurgie, Canadian Medical, Praha

Prezentací vlastního souboru operovaných v letech 2009–2024 v režimu ambulantní a jednodenní péče na lůžku vyvolat vážnou diskusi PROČ to stále v našich podmínkách není preferovaný typ péče.

Soubor operovaných za 16 let dokazuje, že převážná většina (prakticky všechny) elektivních výkonů je takto proveditelná. Jde o výkony z pohledu anestezie i chirurgie bezpečné, o režim péče rodiči akceptovaný a při volbě – ambulantně nebo za hospitalizace - rodiči upřednostňovaný. Jde o režim péče ekonomický a efektivní. Dvou či vícedenní hospitalizace jsou dnes u takovýchto výkonů jen těžko obhajitelné!

Autor chápe, proč je z pohledu ústavní péče takový režim z mnoha důvodů málo zajímavý (sám je primářem oddělení), ALE je nejvyšší čas začít tento problém systémově řešit v souladu s Tolkienovým „Kde vůle neschází, cesta se nachází“.

1. BLOK – DĚTSKÁ CHIRURGIE 1

RELAPS M. CROHN S INTERSFINKTEROVOU PERIANÁLNOU
FISTULOU

Maturová D.

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

Prednáška sa zameriava na stručnú charakteristiku ochorenia u 17ročnej pacientky s relapsom M. Crohn sprevádzaným intersfinkterovou perianálnou fistulou.

Cieľ

Priblížiť ošetrovateľskú starostlivosť pri relapse základného ochorenia, vrátane prípravy pacientky na rektoskopické ošetrenie fistuly. Progredujúci relaps fistuly však viedol k následnej príprave pacientky na operačný zákrok – vyvedenie protektívnej sigmostómie – a po rekonvalescencii aj na jej uzáver.

Záver

Priebeh komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti zachytáva celé trvanie relapsu základného ochorenia až po vyhojenie defektu a následný uzáver sigmostómie.

ULCUS CANALIS ANALIS, HPV 16+, PROTEKTÍVNA SIGMOSTÓMIA

Stehlíková Z.

Klinika detskej chirurgie, JLF UK a UNM, Martin

Úvod prednášky sme zamerali na stručnú charakteristiku ochorenia u 17ročnej pacientky s diagnostikovaným ulcus canalis analis na základe pozitívneho steru na HPV 16. Hlavným cieľom je priblížiť činnosti sestry – inštrumentárky na operačnej sále od prvotného diagnostikovania hlavného ochorenia, cez jednotlivé následné vyšetrenia až po konečný chirurgický výkon – vyvedenie protektívnej sigmostómie.

PEPSIT

Naušová K.

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

Prednáška se zabývá chirurgickou léčbou (endoskopickou metodou) pilonidálního sinu u dětí, konkrétně Pepsit (Pediatric endoscopic pilonidal sinus treatment).

Prezentace se zaměřuje na operační metodu PePSiT u dětských pacientů. Seznamuje s instrumentáři, operační metodou a výhodami tohoto zákroku. Budou diskutovány výhody této techniky a zkušenosti z našeho pracoviště.

Závěr

Pilonidální sinus je chronické onemocnění kůže a podkoží v sakrokokcygeální oblasti, které může výrazně ovlivňovat kvalitu života pacientů. Tradiční chirurgická léčba bývá spojena s dlouhou dobou hojení a rizikem recidivy.

KOMPLIKÁCIE APENDICITÍDY

Medveďová Z., Braun T.

Klinika detskej chirurgie, Národný ústav detských chorôb Bratislava

Prednáška pojednáva o príznakoch a liečbe apendicitíd v detskom veku, pričom sa zameriava na vznik a liečbu možných komplikácií.

Prednáška prináša pohľad na možnosti vzniku komplikácií pri zápale červovitého prívesku slepého čreva. Popisuje výskyt jednotlivých príznakov nekomplikovanej apendicitídy a vývoj klinického obrazu u pacientky s komplikáciami pri a po apendicitíde. Porovnaním kazuistik poukazuje na výrazné predĺženie hospitalizácie, nutnosti súčinnosti farmakologickej liečby a ošetrovateľskej starostlivosti pri komplikovanom priebehu apendicitídy.

Výsledkom riešenia danej problematiky je včasná a cielená chirurgická liečba v súčinnosti s farmakologickou terapiou a efektívnym ošetrovateľským procesom.

Kľúčové slová: apendicitída, liečba, komplikácie

NEUČESANÝ ŽALUDEK

Hýsková K., Sejková A.

Dětské oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Kazuistika pojednává o pacientce s protrahovanými žaludečními obtížemi, bolestmi břicha, nevolností a nechutenstvím, kdy po sérii vyšetření dojde k překvapivému nálezu.

Pacientka A.M. byla vyšetřena na chirurgické ambulanci, kde na CT došlo k diagnostikování trichobezoáru žaludku. Na základě toho byla přijata na Dětské odd. k plánovanému endoskopickému odstranění tělesa. Pro jeho velikost byla pacientka následně indikována k chirurgickému odstranění. Po výkonu byla pacientka hospitalizována na stanici JIRP z důvodu tachykardie a trvajících bolesti.

Touto kazuistikou bychom chtěly upozornit, kam až může vyústit zdánlivě bezvýznamný zlozvyk, pod vlivem stresových situací běžného života u dívky s Turnerovým syndromem.

PRVNÍ ZKUŠENOSTI S PROGRÁDNÍMI KLYMATICKÝMI REŽIMY U PACIENTŮ S REFRAKTERNÍ ZÁCPOU

Mistlerová Š., Zamykalová H.

*Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN v Motole, Praha***Úvod**

Trendem současné doby je zvyšující se počet dětských pacientů s refrakterní zácpou. Naše pracoviště na ně reaguje zaváděním různých metod pro progradní klyzmatické režimy.

Sdělení

Prednáška je zaměřena na předání našich zkušeností na základě sběru dat, které vychází z průběžného sledování a ošetřování dětských pacientů s refrakterní zácpou. Prvotní metodou v léčbě zácpy jsou režimová opatření ve stravě. Dalšími možnostmi jsou podávání laxativ, balónkových klyzmat, eventuálně operačním řešením cékostomií nebo apendikostomií. Poznatky jsou podloženy z pravidelného hodnocení průběhu léčení před hospitalizací, během samotné hospitalizace a kontrol v proktologické ambulanci po propuštění pacienta do domácího ošetřování.

Závěr

Pro praxi v péči o tyto pacienty je nezbytná kombinace efektivního vyprázdnění tlustého střeva pomocí balónkových klyzmat, režimových opatření, trpělivém zaučení rodičů v péči o cékostomii a apendikostomii v domácí péči. Všechny tyto atributy jsou předpokladem pro zlepšení kvality života pacientů, obnovení normálního vyprazdňování a prevence zácpy u dítěte v domácím prostředí.

2. BLOK – DĚTSKÁ CHIRURGIE 2**FAMILY-CENTRED CARE V PRAXI DĚTSKÉ CHIRURGIE**

Rothová M.

Oddělení dětské chirurgie-dětské úrazové centrum, Krajská zdravotní a.s., Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.

Sdělení

Family-centred care (FCC) představuje klíčový přístup v péči o hospitalizované děti, který zdůrazňuje aktivní zapojení rodiny do léčebného procesu. Tento koncept vychází z přesvědčení, že rodiče a blízcí hrají zásadní roli při poskytování emocionální i praktické podpory dítěti a mohou pozitivně ovlivnit jeho zotavení.

Přednáška se zaměří na implementaci FCC v prostředí dětské chirurgie, kde je často nutné sladit potřeby dítěte, rodiny a zdravotnického personálu v kontextu akutní a plánované chirurgické péče. Budou diskutovány hlavní principy FCC, praktické výzvy při jeho aplikaci a konkrétní strategie pro podporu spolupráce mezi zdravotníky a rodinami. Dále budou prezentovány zkušenosti z klinické praxe, včetně přínosů tohoto přístupu pro pacienty, jejich rodiny i samotný zdravotnický tým.

Závěr

Cílem přednášky je podnítit diskuzi o možnostech efektivnější integrace rodinně orientované péče do chirurgických oddělení a podpořit implementaci osvědčených postupů v každodenní praxi.

KRYOANALGÉZA PRI MIRPE

Sobotovičová K., Rostašová Ž.

Národný ústav detských chorôb, Klinika detskej chirurgie, Bratislava

V prednáške predstavíme postup pri aplikácii kryoanalgézy pacientovi pri MIRPE (minimally invasive repair of pectus excavatum).

Budeme sa venovať výhodám a nevýhodám kryoanalgézy, rozdielom v pooperačnej starostlivosti po aplikovaní kryoanalgézy a bez jej aplikovania.

Na záver zhodnotíme celkový prínos pacientovi po absolvovaní výkonu s aplikáciou kryoanalgézy.

APENDIX A JEHO REBELSKÉ RÁNY: „KDYŽ HOJENÍ NEJDE PODLE PLÁNU”

Beňová A., Floriánová E., Taterová K., Kučerová I.

Dětské oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Vypracované kazuistiky jsou zaměřené na dva pacienty s léčbou závažných pooperačních komplikací u prodělaných pokročilých apendicitid.

U obou pacientů se v průběhu hojení operační rány vyskytly závažné pooperační komplikace, které spočívaly v nelehké a náročné léčbě. K léčbě u prvního pacienta byla zahájena terapie vlhkého hojení pomocí podtlakové jednotky Hartmann VivanoTec. V případě druhého pacienta se lékaři rozhodli přistoupit k vyvedení přechodné aviaální transverzostomie.

Pokusíme se porovnat dvě stejné diagnózy a rozdílné způsoby terapie.

VTEŘINY, KTERÉ MĚNÍ ŽIVOT

Kožíková P., Procházková N.

Centrum dětské traumatologie a chirurgie, FN Ostrava

Závažná traumatická událost představuje zásah do života člověka i jeho rodiny, který ovlivňuje nejen fyzickou, ale také psychickou a sociální stránku. Diskutována bude problematika akutní zdravotní a následné péče, stejně jako psychologické aspekty, které jsou klíčové pro návrat k plnohodnotnému životu. Stěžejním bodem prezentace je příběh dospívajícího chlapce, kterému vteřina nepozornosti přinesla nové životní výzvy, se kterými se postupně vyrovnává.

TĚŽKÉ KRANIOTRAUMA NOVOROZENCE PO POKOUSÁNÍ PSEM

Šabatová R., Vodrážková K.

Klinika dětské chirurgie, FN v Motole, Praha

Úvod

Přítomnost psa, zejména v domácnostech s novorozenci, představuje vážné riziko pro zdraví a bezpečnost dítěte. Útoky psa na novorozence jsou vzácné, ale vážné a mohou mít závažné následky.

Sdělení

V naší přednášce Vás seznámíme s kazuistikou, kdy došlo k napadení novorozence vlastním psem v domácím prostředí. Pacient utrpěl těžké poranění v oblasti hlavy, byl přijat na umělé plicní ventilaci a ihned pro příjezdu bylo provedeno akutní CT mozku. CT odhalilo impresivní zlomeninu lebky a byla indikována urgentní chirurgická revize. První dny pacient strávil na KARIM, po stabilizaci stavu byl přeložen zpět na Klinikou dětské chirurgie, kde pokračovala intenzivní pooperační péče, včetně rehabilitace a psychologické podpory rodiny.

Závěr

Napadení psem je vážným problémem, který může mít závažné fyzické i psychické následky pro oběť. Rodiče by měli být obezřetní, hlavně v prvních měsících života dítěte. Vhodná komunikace, dohled, sledování chování psa a vytvoření bezpečného prostoru pro dítě jsou nezbytné kroky k minimalizaci rizika.

ROZSÁHLÉ DEFEKTY KŮŽE U DĚTSKÝCH PACIENTŮ ZPŮSOBENÉ ÚRAZEM

Nosková A., Nečasová I.

Klinika dětské chirurgie, FN v Motole, Praha

Úvod

V přednášce pomoci kazuistik demonstrujeme závažná úrazová poranění u dětských pacientů, vyžadujících dlouhodobou intenzivní péči. Seznamujeme s ošetrovatelským přístupem k hojení rozsáhlých kožních defektů na pracovišti dětské chirurgie.

Sdělení

Prezentujeme naše zkušenosti s ošetrovatelskou a léčebnou péčí v posledních dvou letech. Využíváme kombinace těchto technik. Podtlaková drenáž VAC systém a další typy drenáže, materiály vlhkého hojení a biokeramické krytí. Debridment, výplachy, sutury ran a autotransplantace.

Kazuistika 1: Pokousání psem doprovázené závažným septickým šokem.

Kazuistika 2: Střelné poranění lumbální krajiny s devastujícím poraněním měkkých tkání.

Závěr

Popsanými případy vyzdvihujeme aplikaci námi osvědčených ošetrovatelských a léčebných postupů o různorodé kožní defekty. Osvědčila se kombinace použití drenážních systémů a materiálů na podkladě vlhkého hojení ran. Úspěšný léčebný proces podporuje specializace sester v oblasti hojení ran, vedení odborné dokumentace a dobrá spolupráce s lékaři.

DEJME MU ŠANCI!

Petrliková E.

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

Sdělení

Kazuistika případu pádu dítěte z vlastní výšky flektovaným levým loktem na květináč, který se rozbil a způsobil mu, kromě dislokované zlomeniny, 5 cm tržnou ránu. Následně došlo ke komplikacím v hojení otevřené zlomeniny lokte 13letého chlapce.

Průřez zhojení defektu s bohatou fotodokumentací. Hojení tržné rány z pohledu ambulantní sestry ranhojičky. Jak dalece může zvolený materiál ovlivnit zdlouhavou léčbu?

Závěr

Otázka k zamyšlení – poskytují dostupné prostředky vlhkého hojení vždy větší úspěšnost v léčbě dětských pacientů?

PÁD NA DNO – CESTA SPĚŤ

Kissová J., Elzerová B.

Klinika detskej chirurgie, Národný ústav detských chorôb, Bratislava

Polytrauma je komplexný stav, ktorý si vyžaduje interdisciplinárny prístup a dlhodobú starostlivosť. Prednáška sa zameriava na kazuistiku pacientky, ktorá po skoku z mosta utrpela mnohopočetné poranenia vrátane zlomenín a iných závažných komplikácií. Opíšeme manažment a priebeh hospitalizácie, chirurgické intervencie a následnú rekonvalescenciu. Súčasťou diskusie bude aj psychologický aspekt zotavovania a výzvy spojené s dlhodobou starostlivosťou o pacienta s anamnézou sebaopoškodzovania. Prednáška poskytne priestor na reflexiu o multidisciplinárnom prístupe k takýmto pacientom a o možných preventívnych opatreniach pre rizikové skupiny.

NOVÉ MATERIÁLY VLHKÉHO HOJENÍ U DĚTSKÝCH PACIENTŮ

Janochová J.

Chirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

V této práci jsou představeny 3 materiály vlhkého hojení ran, které jsou pro absenci alergizujících a dráždivých složek použitelné u dětských pacientů od novorozeneckého věku. Jedná se o ubrousky UCS debridement, biokeramické krytí Cerdak a hydroaktivní krytí HydroClean. Prezentace biokeramického krytí je dále rozšířena o kazuistiku použití u kojence.

POŘADATEL

Chirurgické oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s.
Neonatologické oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s.
ODBOBNÝ GARANT – MUDr. Radek Hanák

REGISTRAČNÍ POPLATKY

do	31. 1. 2025	od 1. 2. 2025	na místě
Lékaři	4000 Kč/ 160 €	4500 Kč/ 180 €	5000 Kč/ 200 €
Sestry a NLZP	2000 Kč/ 80 €	2500 Kč/ 100 €	3000 Kč/ 120 €

Registrační poplatek zahrnuje účast na kompletním programu kongresu i konference, přednáškách a občerstvení včetně obědu dne 15. 5. 2025.

Kongresová večeře v restauraci Veduta hotelu Clarion

300 Kč / 12 € včetně DPH – není zahrnuta v ceně registračního poplatku.

VĚDECKÝ VÝBOR 69. KONGRESU ČPCHS

prof. MUDr. Ladislav Plánka, Ph.D.
prof. MUDr. Michal Rygl, Ph.D.
doc. MUDr. Jozef Babala, Ph.D.
doc. MUDr. Tomáš Pešl, Ph.D.
MUDr. Radek Štichhauer, Ph.D.

ORGANIZAČNÍ VÝBOR

MUDr. Radek Hanák
MUDr. Pavel Dohnal
MUDr. David Keprta

ORGANIZAČNÍ VÝBOR 31. CELOSTÁTNÍ KONFERENCE PROFESÍ PRACUJÍCÍCH V PÉČI O NOVOROZENCE

MUDr. Jiří Dušek, MHA
MUDr. Jan Hřídel
Mgr. Helena Ambrožová
Mgr. Zuzana Kratinová
Mgr. Zuzana Šimková
Mgr. Eva Maršíková

ORGANIZAČNÍ ZAJIŠTĚNÍ

Administrativa. Mgr. Blanka Záleská: zaleska.blanka@nemcb.cz, 387 872 074, 601 306 875

Registrační poplatky. Ing. Lenka Vacková: vackova.lenka@nemcb.cz, 387 872 219

Firemní účast: Ing. Helena Dvořáková. dvorakova.helena2@nemcb.cz, 387 872 229

www.detskachirurgiebudejovice.cz

VIP PARTNER

OLYMPUS

PARTNEŘI

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

Baxter

 **Coloplast**

DARTiN

eakin® 
Eakin CZ – dodavatel dětských stomických pomůcek
www.eakin.cz

HiPP
To nejlepší z přírody.
To nejlepší pro přírodu.

 **medisap** 

 | **NUTRICIA**

 **PharmCare**
CZ

 **RESORBA®**
REPAIR AND REGENERATE
an Advanced Medical Solutions Group plc company

 **SAEGELING**
MEDIZINTECHNIK

 **TSE®**


VYCON

Value Life