



67. kongres českých a slovenských dětských chirurgů

24.-26. 5. 2023

Clarion Congress Hotel Ostrava

SBORNÍK



www.detskaostrava.cz

Pro Vaše děti
jen to nejlepší!

Sborník abstraktů

Příspěvky byly předneseny na kongresu
67. kongres českých a slovenských dětských chirurgů,
konaný ve dnech 24. - 26. 5. v Ostravě.

Publikace neprošla jazykovou a redakční úpravou ani autorskými korekturami.
Redakce a nakladatel nenesou odpovědnost za údaje a názory autorů jednotlivých příspěvků.

Organizační zajištění kongresu, vydavatel:

Ing. Šárka Martiníková Marenová

U Chatek 1444/1C

725 25 Ostrava 25

Tel.: +420 774 889 264

E-mail: martinikova@arkon-produkce.cz

www.detskaostrava.cz

1. vydání

Ostrava 2023

ISBN 978-80-908589-4-7

*Děkujeme všem partnerům a vystavovatelům za podporu,
bez jejichž pomoci bychom nemohli kongres pořádat.*

HLAVNÍ PARTNER



PARTNER E-POSTERŮ

ETHICON

Johnson & Johnson SURGICAL TECHNOLOGIES

PARTNER SBORNÍKU

OLYMPUS

PARTNEŘI A VYSTAVOVATELÉ

B. Braun Medical s.r.o.

BAXTER CZECH spol. s r. o.

BIONIK Stapro Group s. r. o.

Coloplast Czech s.r.o.

Convatec Česká republika s.r.o.

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna

Eakin CZ s.r.o.

HANDICAP TRADE s. r. o.

HARTMANN - RICO a.s.

Johnson & Johnson, s.r.o.

Linde Gas a.s.

MGVIVA a.s.

Medtronic Czechia s.r.o.

Mölnlycke Health Care, s.r.o.

NIMOTECH, s.r.o.

NUTRICIA a. s.

Olympus Czech Group, s.r.o., člen koncernu

PHARMCARE CZ, s.r.o.

RESORBA s. r. o.

Schubert CZ

SURGICARE s. r. o.

Poděkování patří také společnostem ENVIPOINT s.r.o. a B OF B CARS s. r. o.



OSTRAVA!!!

ARKON
PRODUKCE

INTERAKTIVNÍ OBSAH, PROKLIKEM NÁZVU PŘEDNÁŠKY Z OBSAHU SE DOSTANETE NA KONKRÉTNÍ ABSTRAKTUM PŘEDNÁŠKY.

OBSAH

LÉKAŘSKÁ SEKCE

BLOK I. MLADÍ LÉKAŘI DO 35 LET

Klinicky nenápadné tupé poranění břicha – kazuistika mladého motokrosaře

Mareček L., Plánka L., Zerhau P., Bíbrová Š., Doušek R.

Případ prvního oddělení – pátrání po diabolce

Bláhová N., Poš L., Rygl M.

Zlatovláska z Opavy

Hlavinová J.

Transanální versus laparoskopická Swensonova operace u Hirschsprungovy choroby

Dotlačil V., Rousková B., Pošl L., Coufal Š., Škába R.

Chirurgické komplikace syndromu toxického šoku streptokokové superinfekce při těžké pneumonii způsobené virovým onemocněním COVID-19 a Influenza B

Marek O., Košková O., Dominik P., Tůma J., Plánka L.

Kde končí enteritida a začíná ileus?

Keprta D., Dohnal P.

Klasická versus laparoskopická ileocekální resekce u dětských pacientů s komplexní formou MC

Dotlačil V., Coufal Š., Lerchová T., Kučerová B., Škába R., Rygl M.

Brown bowel syndrome

Hlouch L., Plánka L., Tůma J.

Management komplikované akutní apendicitidy

Šteklová L., Machart M.

Osteosyntéza v primárně neakceptovatelném postavení fragmentů – Máme čas na řešení?

Přech A., Pešl T.

Lehká poranění hlavy u dětí – rutinní RTG Ibi ano, či ne

Nováková B., Homolková H., Pešl T.

BLOK II. TRAUMATOLOGIE I

Problematika léčby patologických zlomenin proximálního femuru v terénu juvenilní kostní cysty

Pešl T., Havránek P.

Liečba zlomenín diafýzy humeru v detskom veku. „Keď to nejde podľa učebnice“

Sádovský A., Koreň R., Kokavec M.

Retrospektívna analýza úrazov sleziny za 10 ročne obdobie na Klinike detskej Chirurgie UNM“

Pauk A., Molnár M., Dragula M.

Zlomeniny z přetížení u dětí a adolescentů

Vronský R., Vronská J., Pavličný R.

Traumatická lacerace kmene horní mezenterické žíly u pacientky po dopravní autonehodě

Lešková J., Leško M., Čečka F., Štichhauer R.

Zázrak přežitia – Analýza pádu z extrémnej výšky

Šinka P., Sýkora Ľ., Bibza J., Dolnák A.

Raritní mechanismus poranění PHK u nezralého novorozence – kazuistika

Demel J., Kopáček I.

BLOK III. NOVOROZENECKÁ CHIRURGIE + VIDEOKAZUISTIKY

Poruchy střevní rotace operované v novorozeneckém věku

Štichhauer R., Lešková J., Matějek T., Náhlovský J.

Riešenie gastroschízy modifikovanou Bianchiho metódou

Špaková B., Molnár M., Dragula M.

Respirační nemocnost u pacientů po operaci atrézie jícnu

Newland N., Šnajdauf J., Kokešová A., Stýblová J., Ekström J., Rygl M.

Plicní resekce v novorozeneckém věku

Cejnarová K., Kučerová B., Prosová B., Kynčl M., Šnajdauf J., Rygl M.

Atresie duodena „Naruby“

Malý T., Kysučan J.

Prenatální diagnostika u anorektálních malformací

Poš L., Rousková B., Kučerová B., Holubová Z., Maslava D., Frisová V., Škába R.

Morgagni-like hernia alebo Chilaiditi syndrom?

Zahradníková P., Murár E., Béder I., Babala J.

Uniportálna VATS lobektómia pre CPAM u 10-mesačného pacienta

Gura M., Molnár M., Dzian M.

5ročné skúsenosti s torakoskopickou operáciou atrézie pažeráka

Molnár M., Špaková B., Gura M., Pauk A.

BLOK IV. KOMPLIKACE, NOČNÍ MŮRY CHIRURGŮ, POOPERAČNÍ PÉČE, ERAS

Včasná, vzácna a atypická pooperačná komplikácia opravy vrodenej atrézie pažeráka u novorodenca

Gryboš S., Bockanič L., Šudák M., Janeski B.

Atrézia pažeráka: pooperačné komplikácie, čo sa nám nepodarilo?

Zahradníková P., Fedorová L., Pechanová R., Barloková D., Mihálová A., Murár E., Babala J.

Pooperačné komplikácie dlhodobo nediagnostikovanej vrodenej diafragmatickej hernie

Šudák M., Bockanič L., Klapáčová K., Čižmárik M., Šudáková M.

Mezenterioaxiální volvulus žaludku v rámci pozdě manifestované brániční kýly u 13letého chlapce

Šafus A., Štichhauer R.

Vlastní zkušenost s možnostmi chirurgického řešení komplikací nespecifických střevních zánětů u dětí

Machart M., Borůvková K., Trávníková M.

Klinická aplikácia ERAS protokolu pri liečbe hypertrofickej pylorostenózy

Fedorová L., Barloková D., Zahradníková P., Pevalová L', Babala J.

Pooperační nevolnost a zvracení u dětsko-chirurgických pacientů

Štichhauer R., Rozsivalová P., Ashry Abdelhamed Soha K., Bankart Eliana M.

Diabetická ketoacidóza nočnou morou chirurga

Molnár M., Špaková B., Gura M., Pauk A.

BLOK V. TRAUMATOLOGIE II

Osteochondrální zlomenina pately u dětí

Demel J., Kopáček I.

Neviditelné zlomeniny proximálního rádia

Sýkora L., Jáger R., Babala J.

Cudzie telesá v uretre – keď tínedžeri experimentujú

Nagy A., Koreň R., Švec M., Kňazík R.

Magnetická cizí tělesa v gastrointestinálním traktu: 12 let zkušeností

Rounová P., Dotlačil V., Kučerová B., Kubát M., Rygl M.

Poranění močového měchýře

Dočekalová Š., Holická L., Štichhauer R.

„Banální“ úraz měkkých tkání stehna

Penc L., Böhmová D., Pejšová Šilerová J.

Luxace kolenního kloubu

Hrubovčáková J., Teslík O., Cinegr P., Škvařil J., Böhmová D., Lesenský J.

Pozdní komplikace po požití magnetických těles – kazuistika

Soporská Z., Newland N., Dotlačil V., Rygl M.

Impresivní fraktura lebky

Tekula T., Konečný M.

BLOK VI. VARIA

Atropin jako rescue terapie pokročilé pylorostenózy – návrh na prospektivní studii

Dohnal P., Hanák R., Kepřta D.

Perforovaný žaludeční vřed u dětí – zůstane tato diagnóza vzácná i do budoucna?

Roško N., Machart M., Trávníková M., Gonsorčíková L., Pešl T.

Rekonstrukce dolních močových cest a jejich komplikace

Trachta J., Kříž J., Trčka J., Pýchová M.

Výsledky dvoufázové uretroplastiky proximálních hypospadií a poučení z jejich komplikací

Trachta J., Kříž J., Trčka J., Pýchová M.

Invaginace u 14-měsíčního dítěte způsobená Meckelovým divertiklem – kazuistika

Kadeřábková J., Janeček L.

Meckelův divertikl jako příčina krvácení do gastrointestinálního traktu u adolescentního pacienta

Sovadinová D., Limprechtová T., Borůvková K., Horáková V., Machart M., Peší T.

Inflamatorní kloakogenní polyp u adolescenta

Starý D., Plánka L., Jabandžiev P., Reissnerova M., Frola L., Kunovský L.

Lumbální kýla u kojence - kazuistika

Newland N., Pýchová M., Heroldová D., Rygl M.

SESTERSKÁ SEKCE

BLOK I. TRAUMATA A JEJICH NÁSLEDKY

Malá nepozornost' – velké následky

Gajdošová D., Matejová S.

Zvedavost' dětí

Hanuliaková S., Janečková D.

Úraz a jeho vliv na další život dítěte

Malá M.

Klikatá cesta k prameni Labe

Naisarová K., Podlipná D.

Poranění oka při volnočasových aktivitách dětí

Kalábová K., Nováková S.

BLOK II. OPERAČNÍ TRENDY V DĚTSKÉM VĚKU

Chirurgické řešení atrézie anorekta. Jak to děláme u nás v Ostravě

Hozová Z., Pluháčková S.

Trendy ošetrovatelské péče o děti s vrozenými vývojovými vadami v průběhu let

Chlumová H.

Operační řešení cysty choledochu u dítěte

Černínová K., Vroblová L.

Dívka s bulózním emfyzémem

Danielová B., Malinová L.

Pohoda na operačním sále

Naušová K.

Ulcus žalúdka a viróza

Medved'ová Z., Semrincová M., Soosová J.

Endoskopická léčba kraniosynostózy

Šimková S., Černianská F., Fin J.

BLOK III. SPECIFIKA LÉČBY RAN U DĚTÍ

Není znaménko, jako znaménko

Kohoutková H., Štěrbová L.

Kazuistika pacienta po subtotální amputaci palce nohy s komplikovaným hojením

Kleinová E.

Péče o operační rány u novorozenců ve FN Ostrava

Kachlová M., Jozková M.



Onemocnění předkožky v ambulanci DCH

Petrlíková E.

Ukázka workshopu na základních školách – První pomoc: popáleniny

Šnajdr L., Pražáková N.

Evidence zdravotnických prostředků ve FN Ostrava

Horelová H., Polanská A., Tvrdý Jaromír

Etika v praxi nemocničního zařízení

Rothová M.

BLOK IV. ZKUŠENOSTI V PÉČI O STOMII

Morbus Hirschsprung-ošetrovateľskej starostlivosti

Matejová S., Gajdošová D.

Manažment klyzmovania detí

Klužáková M., Ucháčová J., Višňovcová N.

Ošetrovaní stomií u novorozenců

Pokorná J., Juránková H.

Dlouhá cesta k uzávěru stomie

Prcínová J.

Zkušenosti v péči o dětskou stomii, malé zázraky

Pupíková B., Malinová L.

Komplikace u stomií dětských pacientů

Zamykalová H.



BLOK I. MLADÍ LÉKAŘI DO 35 LET



KLINICKY NENÁPADNÉ TUPÉ PORANĚNÍ BŘICHA – KAZUISTIKA MLADÉHO MOTOKROSAŘE

Mareček L., Zerhau P., Bibrová Š., Doušek R., Plánka L.

Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, FN Brno

Představujeme kazuistiku 14 letého chlapce s typickým tupým poraněním břicha říditky, se kterým se můžeme setkat u dětských pacientů poměrně často. Náraz po skoku na motorce jako vysokoenergetický mechanismus úrazu v našem případě jen zvyšuje závažnost poranění. Navzdory poměrně slabému klinickému nálezů, podpořeného dopravou do nemocnice po vlastní ose, byly rychlá diagnostika a rozhodnutí o akutním operačním výkonu klíčovými prvky úspěšné terapie život ohrožujícího nitrobřišního poranění.

Náš pacient, 14 letý motokrosař je přivezen rodiči na pohotovostní chirurgickou ambulanci KDCHOT FN Brno po pádu na motorce ten den. Přes chudý klinický nálezu je přistoupeno ke standardnímu postupu zahrnujícím RTG a UZ vyšetření. Na UZ vyšetření břicha je nalezeno závažné poranění sleziny a levé ledviny, které pacienta potenciálně ohrožuje na životě. Za hospitalizace následuje CT polytrauma scan k vyloučení dalších poranění a ozřejmění rozsahu nitrobřišního traumatu. Akutní operační výkon s ošetřením traumatu sleziny a levé ledviny je následován progresí kontuzního poranění plic s rozvojem symptomatického fluidothoraxu, řešeného také operačně.

K ošetření poranění levé ledviny i sleziny bylo přistoupeno minimálně radikálně. Po primárním ošetření poranění se tým operatérů shodl na ponechání poraněných orgánů in situ bez resekcího výkonu a na případném definitivním řešení v rámci second-look operačního výkonu. Tento přístup dává šanci na zachování funkce orgánů v maximální možné míře, navzdory závažnému poranění a snižuje tak riziko omezení plnohodnotného života v budoucnosti.

PŘÍPAD PRVNÍHO ODDĚLENÍ – PÁTRÁNÍ PO DIABOLCE

Bláhová N., Poš L., Rygl M.

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

Úvod: Kazuistika o střelném poranění hrudníku.

Popis kazuistiky Čtrnáctiletý chlapec byl postřelen do oblasti pravého hemithoraxu při hře s kamarády v opuštěném stavení a následně přivezen na urgentní příjem. Během transportu a na urgentním příjmu byl pacient kardiopulmonálně stabilní. Při klinickém vyšetření byla nalezena střelná rána (vstřel) v oblasti cca. 7. - 8. žebra vpravo, výstřel nenalezen. Proveden ultrazvuk břicha, který neprokázal traumatické změny, ale byla popsána echogenní struktura hodnocena jako suspektní plastový projektil, vzdálený cca. 3,5 mm od povrchu rány. Při následné revizi rány v lokální anestezie nebylo cizí těleso nalezeno. Při rentgenovém vyšetření hrudníku se zobrazila diabolka ve vzdálenosti 2,8 cm od rány, na rozhraní hrudníku a epigastria. Kontrolní ultrazvuk k upřesnění lokalizace diabolky popsal cizí těleso v dutině břišní, před levým lalokem jater. Indikována laparoskopická revize dutiny břišní. Během operace byly orgány dutiny břišní včetně jater bez poranění a diabolka prosvítala nad peritoneem v břišní stěně pravého epigastria, v těsném sousedství perikardu. Provedena extrakce diabolky a sanace střelného kanálu. Operace a pooperační průběh klidné. Pacient byl propuštěn 2. pooperační den.

Závěr: Zobrazovací metody jsou vhodná pomocná vyšetření k nalezení cizího tělesa avšak jejich závěr nemusí odpovídat vždy skutečnosti.

Poděkování podpory projektu: 1. oddělení kriminální policie



ZLATOVLÁSKA Z OPAVY

Hlavinová J.

Chirurgické oddělení, Slezská nemocnice v Opavě, Opava

Kazuistika prezentuje případ dvanáctileté holky s anamnézou bolesti břicha trvající dva dny, zvracením a hmatnou rezistencí v oblasti epigastria. Provedeno CT břicha s překvapivou příčinou potíží-trichobezoár vyplňující žaludek, taky popisované jako Rapunzel syndrom, tedy syndrom Zlatovlásky. Po dalším dotazování matka pacientky zpětně přiznává dceřino trhání vlastních vlasů (trichotillománie) a jejich požívání (trichofágie) od čtyř let. Nález konzultován s vyšším pracovištěm, endoskopicky nelze odstranit pro jeho velikost. Provedena laparoskopická gastrotomie s totální extrakcí trichobezoáru. Dítě se zotavilo bez komplikací. Provedeno psychiatrické vyšetření a desátý pooperační den bylo propuštěno domů.

Rapunzel syndróm, ačkoliv vzácná diagnóza, by měl být zvažován v rámci diferenciální diagnostiky bolesti břicha, zvracením a hmatnou rezistencí v oblasti epigastria. A to zejména u mladých pacientů se známou anamnézou trichotillománie a trichofágie. Psychiatrické vyšetření a dlouhodobé sledování jsou doporučovány jako běžná součást léčby, aby se předešlo recidivě.

TRANSANÁLNÍ VERSUS LAPAROSKOPICKÁ SWENSONOVA OPERACE U HIRSCHSPRUNGOVY CHOROBYDotlačil V.¹, Rousková B.¹, Poš L.¹, Coufal Š.², Škába R.¹¹*Klinika dětské chirurgie, 2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole, Praha*²*Laboratoř buněčné a molekulární imunologie, Mikrobiologický ústav, Akademie věd České republiky, v.v.i., Praha*

Úvod: Transanální operace (TS) a kombinované transanální a laparoskopické operace se staly populárními v léčbě Hirschsprungovy choroby (HC). Dlouhotrvající roztažení análního kanálu by však mohlo zhoršit jeho funkci. Kromě toho samotný transanální přístup neumožňuje přesnou vizualizaci staženého tlustého střeva a dostatečnou resekci gangliového, avšak hypertrofického a dilatovaného tlustého střeva. Všechna tato rizika by mohl minimalizovat laparoskopický přístup (LS).

Cílem studie bylo zhodnotit první zkušenosti s laparoskopickým přístupem u HC a porovnat výsledky se standardní transanální Swensonovou resekci prováděnou na pracovišti autora.

Metoda: Retrospektivní studie na konsekutivním souboru dětských pacientů, kteří v období od ledna 2020 do října 2022 podstoupili operaci pro Hirschsprungovu chorobu. Pacienti byli rozděleni do standardní transanální a nové laparoskopické skupiny. Porovnávané výsledky zahrnovaly demografické údaje pacientů, operaci, hospitalizaci, pooperační komplikace podle Clavien-Dindo klasifikace (C-D) a follow up.

Výsledky: Do analýzy bylo zahrnuto 37 pacientů (7 žen, 18,9 %), 86,5 % pacientů mělo rektosigmoidální formu. Dvacet dva (59,5 %) pacientů bylo v TS. Obě skupiny se od sebe předoperačně nelišily. Medián délky operace byl 176 minut u TS a 205 minut u LS ($p=0,1$). Nevyskytlo se žádné úmrtí a u čtyř pacientů (10,8 %) byly zaznamenány pooperační komplikace. Nebyl zjištěn statistický rozdíl v pooperačních komplikacích podle klasifikace C-D ($p=1$). Medián délky hospitalizace byl 8 dní u TS a 7 dní u LS ($p=0,2$). Doba sledování byla 10 měsíců (IQR 4 - 18).

Závěr: Laparoskopická Swensonova operace chrání anální kanál před nadměrným roztažením, stažené tlusté střevo před přetočením a poskytuje dostatečný prostor pro střevní resekci. U nově zavedeného operačního přístupu nebyl zaznamenán statistický rozdíl s ohledem na délku operace, délku hospitalizace či množství pooperačních komplikací.



CHIRURGICKÉ KOMPLIKACE SYNDROMU TOXICKÉHO ŠOKU STREPTOKOKOVÉ SUPERINFEKCE PŘI TĚŽKÉ PNEUMONII ZPŮSOBENÉ VIROVÝM ONEMOCNĚNÍM COVID-19 A INFLUENZA B

Marek O.¹, Košková O.¹, Dominik P.², Tůma J.¹, Plánka L.¹

¹Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie FN Brno a LF MU, Brno

²Klinika dětské anesteziologie a resuscitace FN Brno a LF MU, Brno

Úvod: Syndrom toxického šoku je závažné multiorgánové onemocnění, vyvolané imunitní odpovědí organismu na vyplavení toxinů, nejčastěji *Staphylococcus aureus* nebo *Streptococcus pyogenes*, které charakterizuje rychlý rozvoj šokového stavu a poměrně značná smrtelnost. Můžeme se setkat s různými komplikacemi na podkladě tkáňové hypoperfúze, které vyžadující chirurgickou intervenci.

Cíl: Představení kazuistiky pacienta s chirurgickými komplikacemi syndromu toxického šoku způsobené bakterií *Streptococcus pyogenes*, při současné pneumonii vyvolané onemocněním COVID-19 a Influenza B. Zhodnotit ostatní pacienty léčené na přelomu roku 2022/2023 v Dětské nemocnici FN Brno se septickým stavem u pneumonií podobné etiologie.

Metodika: Retrospektivní analýza pacientů léčených pro syndrom toxického šoku a jeho komplikace na přelomu roku 2022/2023 v Dětské nemocnici FN Brno.

Výsledky: Celkem bylo v Dětské nemocnici ošetřeno za období listopad 2022 – březen 2023 pět pacientů se syndromem toxického šoku. Zemřela jedna pacientka, u které byla infekce vyvolaná chřipkou a současně bakterií *Streptococcus pyogenes*. U pacienta se syndromem toxického šoku vyvolaným superinfekcí bakterie *Streptococcus pyogenes* u pneumonie vyvolané virovým onemocněním COVID-19 a influenza B byla od počátku nutná intenzivní podpora oběhu, agresivní umělá plicní ventilace a pronační poloha. Vyskytly se známky těžké tkáňové hypoperfúze s ischemií končetin, rhabdomyolýzou a renálním selháním s nutností hemodialýzy. Ischemie dolních končetin byla s nálezem trombózy obou a. tibialis posterior a ischemie periferie obou horních končetin s nálezem trombózy a. ulnaris vlevo. Při plné antikoagulační léčbě se rozvinulo krvácení do GIT, proto byla snížena plná antikoagulační léčba. Následně postupoval rozvoj nekrotizace distálně od poloviny bérců oboustranně, v povodí a. ulnaris vlevo a na periferii prstů pravé horní končetiny. Bylo provedeno celkem 15 výkonů na končetinách ve spolupráci s plastickými chirurgy.

Závěr: Syndrom toxického šoku je závažné onemocnění, které má své komplikace a pro pacienta může mít závažné nebo trvalé následky. Léčba syndromu toxického šoku jeho komplikací a následků vyžaduje multioborovou spolupráci.

KDE KONČÍ ENTERITIDA A ZAČÍNÁ ILEUS?

Keprta D., Dohnal P., Hanák R.

Nemocnice České Budějovice, a.s.

Úvod: Jak se protrahovaná gastroenteritida může projevit atypicky ileózním stavem.

Obsah: V kazuistice je rozebraný případ 4-letého chlapce, který je do nemocnice přivezen pro zhoršení celkového stavu při probíhající gastroenteritidě. U pacienta dochází k progresi bolestí břicha, k zástavě odchodu stolice a plynů a k postupnému rozvoji ileózního stavu. Na základě laboratorního a klinického obrazu jsme nuceni na hraně operační revize provést irigografii a CT břicha k vyloučení obstrukční příčiny ileu. Nadále rozhodnuto o konzervativní terapii, na které posléze dochází k uvolnění pasáže a ke zlepšení celkového stavu.



Závěr: Rotavirus je častou příčinou infekční gastroenteritidy u dětí. Typicky se projevuje vodnatými průjmy. Paralytický ileus je vzácnou komplikací. Je zřejmě způsobený kombinací protrahované hypokalemie při extenzivních ztrátách a reflexním podrážděním střeva při infekci.

KLASICKÁ VERSUS LAPAROSKOPICKÁ ILEOCEKÁLNÍ RESEKCE U DĚTSKÝCH PACIENTŮ S KOMPLEXNÍ FORMOU MC

Dotlačil V.¹, Coufal Š.², Lerchová T.³, Kučerová B.¹, Škába R.¹, Rygl M.¹

¹Klinika dětské chirurgie, 2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole, Praha

²Laboratoř buněčné a molekulární imunologie, Mikrobiologický ústav, Akademie věd České republiky, v.v.i., Praha

³Pediatrická klinika, 2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole, Praha

Úvod: Ileocekální resekce (ICR) pro komplexní formu (nitrobřišní absces a/nebo píštěl - Pařížská klasifikace: B3) Crohnovy choroby (CN) je často technicky náročná a stále neexistuje shoda, zda lze laparoskopický přístup doporučit jako bezpečný.

Cílem studie bylo porovnat klasickou a laparoskopicky asistovanou ICR u komplexní formy CN.

Metoda: Retrospektivní studie na souboru pacientů s komplikovanou CN, kteří podstoupili ICR v období od ledna 2016 do prosince 2022. Pacienti byli rozděleni do klasické (KS) a laparoskopické (LS) skupiny.

Porovnávané parametry zahrnovaly demografické údaje pacientů, klinické charakteristiky, operační výkon, délku hospitalizace a následné sledování. Komplikace byly klasifikovány podle Clavien-Dindo klasifikace (CDc). Rizikové faktory byly identifikovány pomocí multivariabilní analýzy.

Výsledky: Do analýzy bylo zahrnuto devatenáct pacientů (12 dívek, 63, 2 %), z toho třináct pacientů v LS. Medián délky operace byl 151 minut u KS oproti 170 minutám u LS ($p=0,23$). Došlo k jedné konverzi na klasický výkon. Pooperační komplikace byly zaznamenány u dvou pacientů (10, 5 %). V pooperačních komplikacích podle CDc nebyl zjištěn významný rozdíl (KS 16, 6 % vs LS 7, 6 %, $p=1$). Medián délky hospitalizace byl 11 dní u KS a 7 dní u LS ($p=0,008$). Medián délky pooperačního sledování byl 15, 5 měsíce.

Závěr: I u komplexní formy CN u dětí je laparoskopicky asistovaný přístup bezpečný a proveditelný. V laparoskopické skupině byla zaznamenána kratší délka hospitalizace a miniinvazivní přístup nebyl spojen se zvýšeným rizikem 30 denních pooperačních komplikací.

BROWN BOWEL SYNDROME

Hlouch L., Plánka L., Tůma J.

Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, Fakultní nemocnice Brno

Úvod: Brown bowel syndrom (BBS) je vzácné onemocnění střeva charakterizováno přítomností lipofuscinu (ceroidu) vedoucí k poškození mitochondrií ve svalové vrstvě střeva. Nejčastější etiologií je deficit vitamínu E. Typickými projevy onemocnění je střevní dysmotilita, masivní dilatace střev, střevní pseudoobstrukce až ileózní stav. Autoři příspěvku popisují klinický případ pacientky s chirurgickou komplikací cystické fibrózy vzniklé na podkladě malabsorpce.

Popis klinického případu: Autoři prezentují případ 17 leté pacientky s primární diagnózou cystické fibrózy. Pacientka má bohatou operační minulost. Jako novorozenec byla operována pro volvulus střeva, kdy byla vytvořena jejunostomie a ileostomie. Následně bylo provedeno zanoření stomie s vytvořením end-to-end anastomózy. Dále byla pacientka v léčbě gastroenterologů bez výraznějších potíží. Přichází v 6 letech pro rozvoj ileózní stavu, provedena revize dutiny břišní, resekce původní anastomózy, vytvořena nová ileo-ileo anastomóza. Po propuštění jedenkrát přijata pro subileózní stav, který se upravuje konzervativní



terapií, poté pacientka delší dobu bez obtíží. Poslední výkon proveden v 17 letech pacientky, nález masivní dilatace kliček, bez zjevné strangulace či příčiny ileózního stavu, provedena IC resekce s end to side jejuno-ascendente anastomózou a vyšitím úlevové jejunostomie. Histologicky nález BBS.

Závěr: BBS je v našem případě pravděpodobně důsledek cystické fibrózy, která vedla k malabsorbci. Jedná se o velmi obtížně diagnostikovatelný stav, který však může vést k rozvoji ileózního stavu na podkladě pseudoobstrukce. I přes adekvátní léčbu cystické fibrózy, včetně léčby biologické, nelze tomuto stavu nejspíše zcela předcházet, je však nutné jej mít na paměti.

MANAGEMENT KOMPLIKOVANÉ AKUTNÍ APENDICITIDY

Šteklová L., Machart M.

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

Jedenáctiletá pacientka přijata překladem z jiného pracoviště pro rozvinuté nitrobřišní zánětlivé komplikace 8. pooperační den po laparoskopické apendektomii s nálezem pokročilé gangrenózní perforované apendicitidy. Pacientka indikována k 1. revizi dutiny břišní s nálezem objemných abscesů, které sanovány, bez drénu. Od 4. pooperačního dne se její stav komplikoval febrilními špičkami, výpotkem v levé pohrudniční dutině a mezikličkovými abscesy. Proto provedena hrudní drenáž a 2. revize dutiny břišní se sanací a nyní již s drenáží. Pooperačně se rozvíjí krvácivá komplikace z podkoží rány při zavedeném břišním drénu s akutní posthemoragickou anémií, kterou se daří dostat pod kontrolu. O 2 dny později opět recidiva febrilií a kolekce tekutiny v oblasti céka. Indikována k 3. revizi dutiny břišní s její opětovnou sanací, při které byla založena enterální dlaha k minimalizaci rizika "zalomení" střevní kličky v adhezích. Následně stav již bez výrazných komplikací. Enterální dlaha odstraněna 11. pooperační den. 39. hospitalizační den dívku propouštíme do domácí péče s následnou lázeňskou léčbou. Nyní po roce stav normalizován.

OSTEOSYNTÉZA V PRIMÁRNĚ NEAKCEPTOVATELNÉM POSTAVENÍ FRAGMENTŮ – MÁME ČAS NA ŘEŠENÍ?

Přech A., Peší T.

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

5letý pacient přichází 13 dní po osteosyntéze hrubě dislokované suprakondylické fraktury distálního humeru, zjištěno hrubě nevyhovující postavení fragmentů, patrný již tvořící se kostěný svalek. Na našem pracovišti provedena zavřená reosteosyntéza již pouze do akceptovatelného postavení fragmentů (upravena rotační a osová dislokace). 5 dní po reoperaci pádem na pravý loket došlo k hrubé redislokaci fragmentů vyžadující další operaci. Tato obnovuje námi dosaženého postavení fragmentů. Při dalších kontrolách se postavení fragmentů nemění, s odstupem je hybnost lokte plná, mírně váznoucí ve flexi -15°, je patrný cubitus varus 10°.

Tento případ dobře dokumentuje nutnost snahy o co nejlepší postavení fragmentů i s odstupem několika týdnů po primární, neúspěšné osteosyntéze. Bez tohoto výkonu by bylo nutné postavení fragmentů upravit komplikovanou korekční osteotomií. Platí to zvláště v oblasti lokte z důvodu nízké aktivity fýzy a malé schopnosti remodelace. U našeho pacienta se to daří i 2 týdny od primární osteosyntézy.



LEHKÁ PORANĚNÍ HLAVY U DĚTÍ – RUTINNÍ RTG IBI ANO, ČI NE

Nováková B., Homolková H., Pešl T.

Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a FTN Praha – Krč

Úvod: Lehká poranění hlavy u dětí jsou častou příčinou návštěvy ambulance dětské chirurgie. Ve vyšetřování těchto pacientů přetrvávají léty zažité postupy, z nichž některé přestávají být ve shodě s evidence base. Jedním je rutinní provádění RTG vyšetření lebky. Dle věstníku MZČR (č. 12/2022 - Národní radiologické standardy) toto vyšetření při úrazu hlavy u dětí *není* indikováno (výjimku tvoří podezření na týrané dítě). Jediným doporučovaným postupem je důkladné klinické vyšetření pacienta a případné CT vyšetření.

Cíl: Analýzou dat z našeho pracoviště zhodnotíme vliv pozitivního RTG lebky na výsledný outcome pacienta.

Metodika: Retrospektivní analýza dat dětí ošetřených na našem pracovišti mezi 1/1 - 31/12/2022 pro úraz hlavy. Zjištění poměru RTG vyšetření a jejich pozitivních nálezů v jednotlivých věkových kategoriích (< nebo > 2 roky), počet provedených CT vyšetření, jejich nálezů a následné terapie.

Výsledky: V roce 2022 bylo ošetřeno celkem 2693 dětí s úrazem hlavy. 1164 bylo mladších 2 let, 1529 starších 2 let. Celkem bylo hospitalizováno 249 dětí (9,2 %). Bylo provedeno celkem 1688 RTG lebky, z toho 873 dětem do 2 let (tj. 75 % dětí z této věkové kategorie), 815 dětem nad 2 roky (53,3 %). Skeletální trauma bylo dle RTG prokázáno u 46 dětí (2,7 %) – 41 z dětí do 2 let (4,7 %), 5 z dětí nad 2 roky (0,6 %). U 11 dětí s RTG potvrzenou fisurou bylo provedeno CT, z nichž 7 mělo nález nějaké traumatické intrakraniální patologie (SDH, EDH, SAH, kontuzní ložiska), ve všech případech se ale jednalo o diskrétní nálezy nevyžadující neurochirurgickou intervenci. NCH intervenci (dekompresní kraniektomii) podstoupil za tento rok pouze jeden pacient, který byl přijatý po sražení automobilem s postupně progredující poruchou vědomí, podstoupil tedy rovnou CT vyšetření. Další dva pacienti byly operovány pro impresivní frakturu (repozice), která ale byla zjištěna v obou případech již na základě klinického nálezu, v jednom případě byl RTG negativní.

Závěr: Z našich dat nevyplývá, že by pozitivní RTG lebky měl vliv na výsledný outcome pacienta. Tyto výsledky tedy podporují postoj Radiologické společnosti k tomu neprovádět RTG vyšetření lebky u dětí po traumatu.





BLOK II. TRAUMATOLOGIE I



PROBLEMATIKA LÉČBY PATOLOGICKÝCH ZLOMENIN PROXIMÁLNÍHO FEMURU V TERÉNU JUVENILNÍ KOSTNÍ CYSTY.

Pešl T., Havránek P.

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

Úvod: proximální femur je druhým nejčastějším místem výskytu juvenilní kostní cysty (JKC), velmi často se tato manifestuje patologickou zlomeninou krčku. Vzhledem k tomu, že se jedná o nosnou kost, je třeba provést definitivní stabilizaci zlomeniny s výplní cysty.

Materiál a metody: retrospektivní studie pacientů léčených na pracovišti autorů za období 2009-2022. Posouzení metodiky léčby a jejích výsledků. Prezentace jedné kazuistiky s komplikovaným průběhem.

Výsledky: za 14leté období jsme chirurgicky ošetřili 48 dětí s patologickou zlomeninou v terénu JKC. Nejčastěji se JKC vyskytla v oblasti proximální metafýzy humeru ve 30 případech (62,5 %). Na druhém místě pak v oblasti krčku proximálního femuru v 9 případech (18,7 %). Ve všech případech JKC proximálního humeru došlo k vyhojení cysty aplikací Methylprednisolonu do JKC, většinou opakovanou. Cysty v proximálním femuru - zátěžovém skeletu – vyžadují časně definitivní vyřešení. U jedné pacientky byla zlomenina vyhojena nitrodřeňovou osteosyntézou ESIN a takto i JKC. U zbylých 8 pacientů byla zlomenina vyléčena konzervativně trakcí a následně JKC vyplněna: v 7 případech trepanací a exkochleací cysty a její výplň syntetickým přípravkem s kalciumsulfátem, resp. kalciumfosfátem. V jednom případě kadaverózním kostním štěpem. V jednom případě po výplni syntetickou kostní tkání s konsekvantně komplikovaným průběhem vyžadujícím eskalaci chirurgické léčby.

Závěr: Léčba patologických zlomenin v JKC v oblasti nezátěžové – horní končetina – nevyžaduje promptní terapii a vystačí semikonzervativní terapie aplikací Methylprednisolonu do JKC. Léčba patologických zlomenin v JKC v zátěžové oblasti – proximální femur – naopak vyžaduje časně definitivní ošetření JKC výplní buď syntetickou, či kadaverózní kostní tkání.

LIEČBA ZLOMENÍN DIAFÝZY HUMERU V DETSKOM VEKU. „KEĎ TO NEJDE PODĽA UČEBNICE“

Sádovský A., Koreň R., Kokavec M.

KDCH, DFNSP Banská Bystrica, Slovensko

Úvod: Autori poukazujú na problematiku riešenia raritných detských zlomenín diafýzy humeru s interfragmentom ev. multiframegmentových zlomenín.

Cieľ: Zhodnotenie liečby týchto zlomenín u našich pacientov a použitie rôznych materiálov, postupov s využitím nových možností.

Metodika: Kazuistiky detských pacientov DFNSP Banská Bystrica. Voľby osteosyntézy a sledovanie hojenia až po extrakciu Prevotových prútov. Porovnanie s podobnými zlomeninami zo zahraničnej literatúry.

Záver: Prehodnotenie použitých materiálov pri málo častých ev. neštandardných typoch zlomenín diafýz humeru v detskom veku. Využívanie IMN alebo MIO/ MIPO dláh.



RETROSPEKTÍVNA ANALÝZA ÚRAZOV SLEZINY ZA 10 ROČNE OBDOBIE NA KLINIKE DETSKEJ CHIRURGIE UNM

Pauk A., Molnár M., Dragula M.

Klinika detskej chirurgie, Univerzitná nemocnica Martin, Slovensko

Úvod: Trauma je hlavnou príčinou mortality a morbidity u detí. Pri tupej traume brucha najčastejšie poraneným orgánom je slezina. Za posledných 30 rokov došlo k podstatnej zmene v stratégii starostlivosti o pacientov s úrazom sleziny s prechodom od emergentnej laparotómie k neoperačnej liečbe, ktorá je v súčasnosti štandardom liečby u hemodynamicky stabilných pacientov. Úspešnosť neoperačnej liečby dosahuje 97 %.

Materiály a metódy: Štatistické údaje o pacientoch s traumou sleziny, získané z chorobopisov a ambulantných nálezov Kliniky detskej chirurgie UNM prostredníctvom elektronického nemocničného systému UNM Martin za 10-ročné obdobie od januára 2013 do decembra 2022.

Výsledky: Za sledované 10-ročné obdobie sme na našom pracovisku riešili 44 pacientov s úrazom sleziny, z toho bolo 25 chlapcov (57%) a 19 dievčat (43%). Priemerný vek pacientov bol 11,2 roka (4-18 rokov). Zo všetkých sledovaných pacientov bolo 26 (59 %) so solitárnym úrazom sleziny a 18 pacientov (41%) malo traumu sleziny spolu s inými orgánmi. U 4 pacientov (9,1%) bola verifikovaná trauma pečene, u 3 (6,8%) pankreasu, u 7 (15,9%) hlavy, u 1 (2,3%) pľúc, u 4 (9,1%) obličky, u 4 (9,1%) kostná trauma a u 1 (2,3%) ruptúra mezentéria. Podľa mechanizmu vzniku úrazu v sledovanom období dominovali športové traumy (32%) a traumy pri dopravných nehodách (32%).

Podľa AAST (Americká traumatologická asociácia) klasifikácie dominovali poranenia sleziny II. stupňa – 19 pacientov (43,2%), poranenia III. stupňa sme zaznamenali u 14 pacientov (31,8%) a traumu I. stupňa u 7 pacientov (15,9%). U 4 pacientov (9,1%) bola verifikovaná lézia sleziny vysokého stupňa (IV.-V. stupeň podľa AAST).

U 39 pacientov (88,6%) s poranením sleziny I.-IV. stupňa bola úspešne zahájená konzervatívna liečba. U 5 pacientov (11,4%) bola indikovaná chirurgická liečba, z toho u troch pacientov (6,8%) bola realizovaná totálna splenektómia. Traja pacienti (6,8%) po dopravných nehodách s polytraumou, ktorej súčasťou boli aj nekomplikované lézie sleziny II. a III. stupňa exitovali pre rozvoj edému mozgu po kraniotraume. V sledovanom období primárne v dôsledku úrazu sleziny nezomrel žiaden pacient.

Záver: Konzervatívna liečba za predpokladu hemodynamickej stability pacienta je štandardom starostlivosti pri všetkých stupňoch poranenia sleziny s úspešnosťou až 97%. Manažment pacienta musí byť založený na vyhodnotení hemodynamického statusu a nie na výsledkoch zobrazovacích vyšetrení. Naše výsledky podporujú názor že hemodynamická instabilita je nezávislým rizikovým faktorom splenektómie u detí, hlavne v kombinácii s aktívnou extravazáciou na CT.

ZLOMENINY Z PŘETÍŽENÍ U DĚTÍ A ADOLESCENTŮ

Vronský R., Vronská J., Pavličný R.

Centrum dětské traumatologie a chirurgie, FN Ostrava

Úvod: Zlomeniny z přetížení jsou způsobeny nezvyklým nebo nadměrným zatížením zdravé kosti. Synonymi podle lokalizace jsou pochodová zlomenina (metatarsy), běžecká (bruslařská) zlomenina (distální fibula a tibie).

Diagnostika: Je primárně klinická. RTG známky zlomeniny se objevují s odstupem 2 a více týdnů. Dle RTG změn je dělíme na distrakční (postihuje dlouhé kosti). Tyto dále dělíme na



příčné (relativně vzácné a však nejzávažnější). Začínají porušením kortiky na tahové straně dlouhé kosti. Může tak dojít ke vzniku dislokace.

Šikmé (nejčastější) zlomenina vzniká na tahové straně kosti se současnou tvorbou svalků. Dislokace je zde vzácná. Kompresní postihují spongiózní kost, jsou způsobeny tahem svalů, nikoliv nárazy na pevnou podložku. V RTG obraze je mimo známek zlomeniny kortikális patrné zahuštění spongiózy – intraspongiózní svalek. Podobají se metafyzárním subperiostálním zlomeninám.

Terapie: Je převážně konzervativní, odlehčením končetiny – chůze o berlích, příp. sádrovou fixací.

Kazuistika: Uvádíme případ 10-ti letého chlapce sportovce (basketbalista). Chlapec odeslán obvodním pediatrem pro 14 dní trvající bolesti bérce levé dolní končetiny. Uvádíme úskalí diagnostiky.

Závěr: Zlomeniny z přetížení u dětí a adolescentů jsou relativně vzácné. Jejich diagnostika má určitá úskalí. Vzhledem k celkové fyzické zdatnosti současné dětské populace nelze vyloučit jejich nárůst. Musíme tedy při nespecifických klinických obtížích na tuto eventualitu myslet.

TRAUMATICKÁ LACERACE KMENE HORNÍ MEZENTERICKÉ ŽÍLY U PACIENTKY PO DOPRAVNÍ AUTONEHODĚ

Lešková J.¹, Leško M.², Čečka F.², Štichhauer R.¹

¹Klinika dětské chirurgie a traumatologie, Hradec Králové

²Chirurgická Klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Lékařská Fakulta Hradec Králové, Univerzita Karlova Praha

Úvod: Traumatická lacerace horní mezenterické žíly je velmi vzácný stav, který vede k bezprostřednímu ohrožení života pacienta. Vyžaduje rychlý léčebný zásah. Dle recentní literatury je doporučena cévní rekonstrukce, pokud to celkový stav pacienta dovolí. Ligace horní mezenterické žíly vede k těžké venostáze střeva s rozvojem varixů tenkého i tlustého střeva a s tím spojených komplikací.

Kazuistika: Presentujeme případ dívky, která byla přivezena leteckou službou z dopravní autonehody po nárazu osobního auta do pevné překážky. Nejzávažnějším poraněním u této polytraumatizované pacientky byla nestabilní luxační zlomenina bederní páteře L 2/3 a poranění v oblasti dutiny břišní, kde byla při urgentní operační revizi nalezena kompletní lacerace kmene horní mezenterické žíly s dalšími četnými poraněními střevních kliček.

Závěr: U pacientky byla provedena cévní rekonstrukce interpozitem z vnitřní jugulární žíly s dobrým pooperačním výsledkem.

ZÁZRAK PREŽITIA – ANALÝZA PÁDU Z EXTRÉMNEJ VÝŠKY

Šinka P., Sýkora Ľ., Bibza J., Dolnák A.

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

Úvod: Pád je celosvetovo druhou najčastejšou príčinou náhodnej smrti. Pád z 15 – 18 metrov bude pre väčšinu ľudí smrteľný. Existuje pomerne veľa ľudí, ktorí spadli a prežili pád z extrémnych výšok. Jeden z týchto prípadov sa stal v máji 2019 v Bratislave.

Prípad: 17-ročné dievča spadlo z výhľadne vo výške 85 m a pristálo na aute. Podľa svedkov bola po náraze pri vedomí, javila známky vnútorných zranení a mala zlomeniny oboch nôh. Po príchode záchranárov bolo dievča uvedené do analgosedácie a previezli ho do Národného ústavu detských chorôb v Bratislave. Po prijatí na Kliniku detskej anestéziológie a intenzívnej medicíny bol sonografickým vyšetrením zistený hemothorax. Zaviedli sme hrudný



drén, ktorý odviedol 220ml tmavej krvi. Po stabilizácii stavu bolo vykonané rádiodiagnostické vyšetrenie, ktoré ukázalo zlomeniny krčných a hrudných stavcov, bez kompresie miechy, lacerokontúzne lézie dorzálnych segmentov oboch pľúc, zlomeniny oboch lopatiek a oboch distálnych častí dolných končatín. Ostatné časti tela boli bez známok traumatického poškodenia. Počas nasledujúcich dní bola pacientka sledovaná, bez známok progresie patologických zmien. Po 4 dňoch bola analgosedácia a intubácia ukončená, dievča bolo pri vedomí a komunikovalo s okolím. Na 9. deň sme vykonali chirurgickú repozíciu a osteosyntézu zlomenín dolných končatín. V nasledujúcich rokoch podstúpila viaceré operácie pre komplikácie hojenia zlomenín i dôslednú psychiatrickú a rehabilitačnú liečbu. Dnes, 21 ročná slečna, vedie plnohodnotný život, bez viditeľných trvalých následkov.

Analýza: Ako mohla prežiť? Aby sme na túto otázku odpovedali, pokúsili sme sa analyzovať tento pád. Po zohľadnení rôznych fyzikálnych veličín sme zistili, že dievča padalo približne 4 sekundy a dopadlo rýchlosťou 140 km/h. Výsledná sila na pacienta bola 170 G počas doby 0,0006 sekundy. Vzhľadom na zranenia dievčaťa predpokladáme, že primárny telesný kontakt s autom bol v zadnej oblasti hrudníka. Následný kontakt so zemou spôsobil drvivé poranenia kostí členka a nôh. Výsledky sme porovnali so štúdiou vzťahu rýchlosti a rizikom smrteľného zranenia.

Záver: Úmrtnosť pri pádoch samozrejme závisí od výšky pádu. Existujú aj ďalšie rôzne faktory, ktoré sú v prospech prežitia pádu z extrémnych výšok. Z analýzy nášho prípadu sa nám nepodarilo vysvetliť relatívne malé poškodenie tkanív v dôsledku pádu z výšky 85 m. Zo zozbieraných údajov vyplýva, že nie všetko sa dá vysvetliť vedeckými štúdiami.

RARITNÍ MECHANISMUS PORANĚNÍ PHK U NEZRALÉHO NOVOROZENCE – KAZUISTIKA

Demel J., Kopáček I.
KÚCHO, FN Ostrava

Autoři prezentují kazuistiku zlomeniny humeru novorozence narozeného ve 29. týdnu gravidity. Porod začal spontánně doma, gravidita nebyla sledována. Matka se dostavila do nemocnice, kdy už byla porozena ručička, plod zaklíněn v porodních cestách. K poranění došlo při zpětném tahu za horní končetinu. Klinický nález s mohutným, hematodem celého pletence pažního vlevo imponoval jako velké komplexní poranění v oblasti ramene. Po klinickém vyšetření byl provedena RTG a s odstupem 12 h byla provedena i MRI, která prokázala pouze mohutné podkožní hematod, bez nálezů leze skeletu či kloubu. K překvapení došlo s odstupem týdne, kdy se i klinicky projevila zlomenina humeru vlevo. Opět se potvrdilo, že RTG vyšetření zlomeninu nevyklučuje, pouze jen potvrzuje. Obzvláště u dětí, natož u nezralých novorozenců.



BLOK III. NOVOROZENECKÁ CHIRURGIE + VIDEOKAZUISTIKY



PORUCHY STŘEVNÍ ROTACE OPEROVANÉ V NOVOROZENECKÉM VĚKUŠtichhauer R.¹, Lešková J.¹, Matějek T.², Náhlovský J.²¹Klinika dětské chirurgie a traumatologie, Hradec Králové²Dětská klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Lékařská Fakulta Hradec Králové, Univerzita Karlova Praha.

Úvod: Poruchy střevní rotace tvoří heterogenní skupinu patologických stavů, které se mohou projevit v různých věkových skupinách. Nejčastější je ale jejich manifestace v novorozeneckém věku. Zpravidla vedou k poruše střevní pasáže a vyžadují neodkladné či časné operační řešení. V posledním období na našem pracovišti narůstá počet prenatalně diagnostikovaných střevních perforací, které s poruchou střevní rotace často souvisí.

Cíl: Zhodnocení průběhu a výsledků léčby těchto stavů se zaměřením na pooperační komplikace a obnovu plné enterální výživy.

Metodika: Retrospektivní analýza souboru pacientů operovaných v novorozeneckém věku pro poruchu střevní rotace na Klinice dětské chirurgie a traumatologie FN Hradec Králové v letech 2010–2022. Ze souboru byli vybráni a vzájemně porovnání pacienti ve skupinách: a) nedokončená rotace a zevní pruhy utlačující duodenum, b) kompletní volvulus střeva (zde byla podskupina prenatalně zjištěných volvulů se střevní perforací). Sledovanými parametry byly pooperační komplikace a čas dosažení plné enterální autonomie.

Výsledky: Soubor obsahuje celkem 17 operovaných novorozenců. Deset z nich mělo peroperačně prokázaný volvulus středního střeva, u sedmi z nich byly prokázány zevní pruhy stenózující duodenum. U tří novorozenců byl volvulus prokázán již při prenatalním sonografickém vyšetření. Žádný novorozenec s postnatálně diagnostikovanou poruchou střevní rotace nepodstoupil primární střevní resekci. Pooperační průběhy byly (s výjimkou jednoho) nekomplikované a v rozdílu dosažení enterálního příjmu nebyl shledán mezi skupinami signifikantní rozdíl (dny $\bar{x} \pm SD$, volvulus/útlak duodena, $8.0 \pm 4.2 / 11.7 \pm 7.4$, $p=0.33$). Jeden pacient ze skupiny se zevním útlakem duodena měl komplikovaný pooperační průběh s nutností opakovaných operací. U skupiny s prenatalně prokázaným volvulem bylo možné provést primární resekci a anastomózu ve dvou případech, ve třetím případě byla nutná dočasná enterostomie s obnovením kontinuity trávicí trubice za 3 měsíce. Doba plné obnovy enterální výživy (autonomie) byla ve skupině s volvuly statisticky významně delší ($\bar{x} \pm SD$, 73 ± 45.6 , $p=0.024$). Nikdo z pacientů zařazených do souboru v současnosti netrpí syndromem krátkého střeva, všichni pacienti dosáhli plné enterální autonomie.

Závěr: Nejkratší doba dosažení plné enterální autonomie a nejmenší množství komplikací bylo dosaženo u novorozenců operovaných pro nekomplikovanou poruchu střevní rotace diagnostikovanou postnatálně. U pacientů s prenatalně diagnostikovaným volvulem a střevní perforací byla léčba nejdelsí, nejnáročnější, nicméně u dvou ze tří pacientů z této podskupiny byla možná primární anastomóza.

RIEŠENIE GASTROSCHÍZY MODIFIKOVANOU BIANCHIHO METÓDOU

Špaková B., Molnár M., Dragula M.

Klinika detskej chirurgie JLF UK a UNM, Martin, Slovensko

Úvod: Gastroschíza predstavuje paraumbilikálny defekt brušnej steny spojený s evisceráciou stredného čreva prípadne aj distálnej časti žalúdka, ktoré môžu byť zhrubnuté a edematózne zmenené. Patrí medzi časté vrodené vývojové vady s incidenciou 1: 4000 živonarodených detí. Asociované štrukturálne vady a chromozomálne aberácie sú menej časté, výnimkou sú intestinálne atrézie. Gastroschíza sa však spája s vyšším rizikom IUGR a predčasného pôrodu. Diagnóza býva stanovená pomocou prenatálnej ultrasonografie. Jedinou liečebnou metódou je operačná liečba.



Metodika: Autori prezentují sůbor pacientů s gastroschízou řešenou primárním uzávěrem modifikovanou Bianchiho metodou. Samotný výkon spočíval v dekompresii GITu pomocí NGS a rektální rúrky, s následnou repozicí črevných klůček intraabdominálně a suturou defektu s ponecháním pupočného pahýla in situ.

Výsledky: Sůbor představují 4 pacienti řešení v UNM od roku 2020. Všetky děti se narodily operačně sekcí, průměrný gestační věk byl 38 g.t., iba 1 pacient byl hypotrofický, žádné z dětí nemalo asociovanú anomáliu. Defekt bol na pôrodnej sále ošetrený štandardným spôsobom (zvlhčenie fyziologickým roztokom, prekrytie fóliou) a následne bol realizovaný samotný výkon. Do času definitívneho ošetrenia došlo k progresii eventrácie u prvých 2 pacientov, preto boli ďalší riešení priamo na lôžku bez potreby transportu na operačnú sálu, pričom výkon bol u nich realizovaný len v analgosedácii. Pooperačne sme nezaznamenali výraznejšie komplikácie okrem rozvoja NEC II. stupňa u 2 pacientov a poruchy motility GITu u 1 pacienta. Všetci pacienti sú aktuálne bez gastrointestinálnych ťažkostí, pozorujeme však oslabenie fascie umbilika bez jednoznačnej herniácie, estetický efekt preto hodnotíme ako dostatočný.

Diskusia: Autori považujú v súčasnosti za dôležitú okrem funkčnej aj estetickú stránku pri uzávere defektu brušnej steny. Ponechanie pupočného pahýla a jeho prirodzené spontánne odhojenie zaručuje normálne vyzerajúci pupok s minimálnym prípade žiadnym zjazvením v mieste defektu. Jednoduché gastroschízy je podľa autorov možné riešiť takýmto spôsobom, potrebný je však väčší sůbor pacientů a ich následné sledovanie na zhodnotenie efektivity tejto metódy.

RESPIRAČNÍ NEMOCNOST U PACIENTŮ PO OPERACI ATRÉZIE JÍCNU

Newland N., Šnajdauf J., Kokešová A., Stýblová J., Ekström J., Rygl M. (Praha)

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

Cíl studie: Pacienti s atrézií jícnu jsou dlouhodobě zatíženi vyšší nemocností, zejména respirační, ve srovnání se zdravou populací. Cílem této studie bylo prozkoumat vliv typu anastomózy a věku na frekvenci respiračních infekcí u pacientů po operaci atrézie jícnu.

Metody: Retrospektivní studie pacientů s atrézií jícnu s píštělí a bez píštěle (EA) operovaných v letech 2011 až 2020. Respirační infekce byly definovány jako mírné (virové infekce bez antibiotik), středně těžké (1-3 bronchitidy ročně vyžadující antibiotika) a těžké (1-2 pneumonie ročně léčené antibiotiky). Rozdíly byly testovány mezi pacienty s primární a odloženou anastomózou a napříč třemi věkovými skupinami (0-3 roky, 3-7 let, 7-12 let).

Hlavní výsledky: Do studie bylo zařazeno 178 pacientů, z toho 53 % pacientů prodělalo mírné, 26 % středně těžké a 21 % těžké respirační infekce. Odložená anastomóza byla provedena u 52 pacientů (29 %) a byla spojena s vyšší frekvencí závažných respiračních infekcí ve srovnání s primární anastomózou ($p = 0,0099$). Analýza věku prokázala signifikantně vyšší výskyt závažných infekcí ve skupinách 3-7 a 7-12 let ve srovnání se skupinou 0-3 let ($p = 0,0004$, $p = 0,0008$). Kombinace typu anastomózy a věku prokázala negativní efekt odložené anastomózy ve věkové skupině 3-7 let ($p = 0,04$).

Závěr: Těžké respirační infekce jsou významně častější u pacientů s odloženou anastomózou jícnu a nejvíce trpí pacienti ve věkové skupině 3-7 let.



PLICNÍ RESEKCE V NOVOROZENECKÉM VĚKUCejnarová K.¹, Kučerová B.¹, Prosová B.², Kynčl M.², Šnajdauf J.¹, Rygl M.¹¹ *Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FN Motol, Praha*² *Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK a FN Motol, Praha*

Úvod: Vrozené vývojové vady plic jsou onemocnění s nízkou incidencí, ojediněle vyžadující urgentní chirurgickou intervenci v novorozeneckém věku.

Materiál a metody: Retrospektivní studie pacientů s vrozenou plicní malformací po resekci plic v novorozeneckém období operovaných od ledna 2013 do prosince 2022 na Klinice dětské chirurgie FN Motol.

Výsledky: V letech 2013 – 2022 bylo operováno z důvodu vrozené plicní malformace 89 pacientů, 21 z nich podstoupilo plicní resekci v novorozeneckém věku. Průměrný věk v době operace byl 9,6 dní (min 1 den – max 26 dní). V souboru bylo 53% chlapců a 47% dívek.

U 71% pacientů byla plicní malformace diagnostikována v prenatálním období: 67% z nich na MRI, 33% na ultrazvukovém vyšetření. Symptomy, které vedly k chirurgickému výkonu, byly: tachypnoe, dyspnoe, desaturace s nutností oxygenoterapie, grunting, bradykardie a akutní respirační insuficience s nutností intubace. 67% pacientů mělo tyto symptomy časně (do 24 hod), 33% až po 24. hodině po narození. Postnatálně bylo v 81% provedeno zobrazení pomocí RTG a kontrastním CT, v 19% pouze RTG snímek. Chirurgické výkony zahrnovaly 8 lobektomií vpravo (3x horní, 3x střední, 2x dolní lalok) a 2 bilobektomie vpravo (horní a střední lalok u obou), 8 lobektomií vlevo (5x dolní, 3x horní lalok) a jednu pulmonektomii vlevo. Jednou byl odstraněn extralobární sekvestr a jednou byla provedena klínovitá resekce. Histologické nálezy resekátů plic odhalily CPAM u 15 pacientů, plicní emfyzém u 2, CPAM v kombinaci se sekvestrem u 1, sekvestr u 1 a jeden hamartom. Průměrná délka UPV po operaci byla 6,4 dne (min 1 den – max 17 dní), průměrná doba zavedení hrudního drénu byla 6,25 dní (min 0 dní – max 14 dní). V pooperačním období mělo komplikace 38% pacientů (3x pneumotorax, 4x plicní hypertenze, 2x sepse, 1x křeče). Mortalita souboru byla 14% (3 pacienti).

Závěr: V případě vážných symptomů je nutné provést urgentní chirurgický výkon i v novorozeneckém věku. Vzhledem k nízké incidenci vrozených vývojových vad plic, které vyžadují urgentní chirurgickou intervenci v novorozeneckém věku, je nutné pacienty soustředit do terciálních center se zkušeným hrudním týmem.

Klíčová slova: plicní resekce, novorozenec, CPAM, plicní sekvestr, lobektomie

ATRESIE DUODENA „NARUBY“

Malý T., Kysučan J.

I. chirurgická klinika FN a LF UP Olomouc

Úvod: Autoři prezentují soubor novorozců s atrezií duodena za období 12ti let.

Materiál: V letech 2006-2022 jsme operovali celkem 52 novorozenců pro atrezii duodena. V roce 2015 a poté v roce 2021 byla atrezie dvanácterníku spojena s další vzácnou vrozenou vývojovou vadou a to dextrogastríí.

Metoda a výsledky: U všech 52 novorozenců byla provedena přímá anastomosa duodeno-duodenální eventuelně s excisí membrány duodena a následnou duodenoplastikou – v některých případech s taperingem orálního dilatovaného úseku dvanácterníku.

V r. 2015 jsme se poprvé setkali u novorozenecké holčičky s atrezií duodena „naruby“ – kdy tato primární vrozená vývojová vada byla současně spojena se vzácnou dextrogastríí. V tomto případě šlo o membranózní atrezii duodena, kdy při primární revisi nešlo nalézt odstup membrány (v této byl centrální otvor a při anesthesiologem zavedené NG sondě tato prošla přímo tímto otvorem). Dívka byla reoperována za 4 dny- s excisí membrány



duodena z duodenotomie a duodenoplastikou včetně taperingu orální dilatované části dvanácterníku. Další pooperační průběh již byl bez komplikací.

V roce 2021 (říjen) jsme se setkali s druhou dextrogastríí a současně atrezií duodena I. typu infrapapilární – rovněž u holčičky - provedena excise membrány s duodenoplastikou. Také v tomto případě byl další průběh bez komplikací.

Souhrn: Ve všech 52 operovaných novorozenech dětí jsme neměli komplikace ve smyslu insuficience či stenosis duodeno-duodenální anastomosis či duodenoplastiky.

Závěr: Atrezie duodena v kombinaci s dextrogastríí je vadou vzácnou, proto jsme tyto dva případy prezentovali ke zvýšení obecné povědomosti o této kombinaci vrozených vývojových vad.

PRENATÁLNÍ DIAGNOSTIKA U ANOREKTÁLNÍCH MALFORMACÍ

Poš L., Rousková B., Kučerová B., Holubová Z., Maslava D., Frisová V., Škába R.
Klinika dětské chirurgie 2.If UK a FN Motol, Praha

Úvod: Prenatální diagnostika anorektálních atrezií (AAR) je doposud náhodná. Většinou se jedná o komplexní malformace s přidruženými vývojovými vadami jako jsou kloakální malformace s hydrokolposem a exstrofie kloaky.

Cíl: Prezentovat dosavadní incidenci prenatální diagnostiky v našem souboru pacientů s AAR a kazuistiku prenatálně diagnostikované AAR s perineální píštělí.

Metodika: Retrospektivní studie, kazuistika.

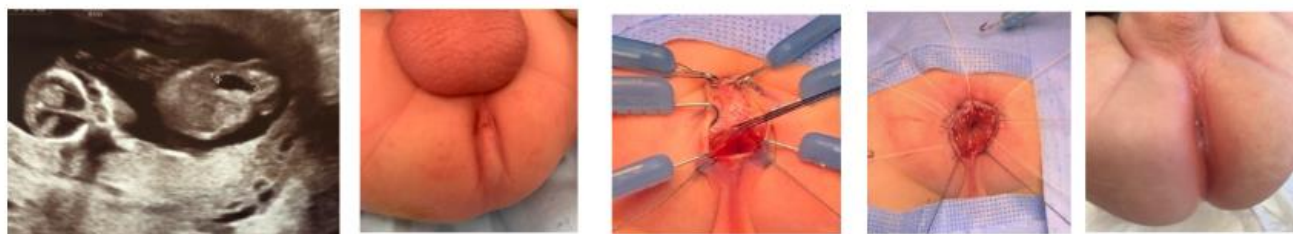
Výsledky: V souboru 28 pacientů s AAR, operovaných v roce 2022 bylo prenatálně sledováno 5 plodů. U 3/5 plodů byla popsána dilatace kliček tlustého střeva a diagnóza AAR byla prenatálně zmíněna (2 pacientky s kloakální malformací u kterých byla zároveň s dilatací rekta nalezena cystická struktura v dutině břišní odpovídající hydrokolpos a 1 pacient s AAR a perineální píštělí s přechodnou dilatací rekta ve 13. tg). U 2/5 plodů se jednalo o nález přidružených malformací bez vysloveného podezření na AAR (polyhydramnion, malformace CNS, VCC).

Kazuistika: Při screeningovém vyšetření ve 13. týdnu gravidity (tg) byla u plodu popsána cystická struktura v dutině břišní pravděpodobně rozšířený rektum, které končilo u hrdla močového měchýře. Jiné malformace nebyly zachyceny. Rodičům bylo gynekologem doporučeno ukončit těhotenství pro „těžkou anorektální atrezií“. Podrobnější sonografické vyšetření ve 20. tg již dilatované rektum nezobrazuje, byl popsán anální důlek s dobře viditelnými svěrači, normální sakrum a žádná další přidružená malformace, mužský genitál. Stejný morfologický nález plodu přetrval do 35. tg. Chlapec se narodil v 39. tg s porodní vahou 3520g a bez viditelného řitního otvoru. Po 24h adaptaci se objevila „mekoniová perla“ ve skrotálním raphé. Postnatální sonografické vyšetření potvrdilo AAR s perineální píštělí, vyloučilo presakrální masu a malformaci křížové kosti.

Druhý den života byla provedena primární anoplastika s dorzální mobilizací rekta. Pooperační průběh byl bez komplikací, pacient byl propuštěn domů 6. pooperační den. Nyní, 6 měsíců po operaci, má pacient stolici 2x denně, anus je fyziologického vzhledu.

Závěr: Také u našeho souboru pacientů s AAR byl prenatální screening této vrozené vývojové vady minimální. Zlepšení prenatální diagnostiky AAR by mohlo přinést systematické vyšetření perinea, včetně popisu análního důlku a kosti křížové. Na základě těchto informací a případném výskytu dalších VVV je možné rodičům podat podrobnější informace o postnatální péči a prognóze pacienta.





MORGAGNI-LIKE HERNIA ALEBO CHILAITITI SYNDROM?

Zahradníková P., Murár E., Béder I., Babala, J.

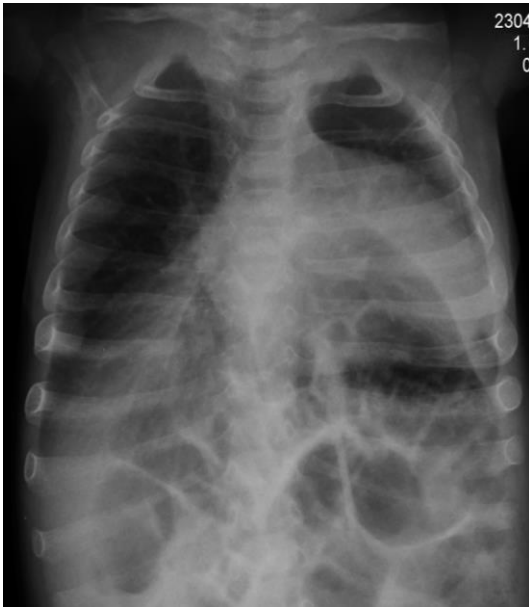
Klinika detskej chirurgie, LF UK a NÚDCH Bratislava, Slovensko

Úvod: Chilaiditiho príznak je vzácne sa vyskytujúci rádiologický nález čreva, ktorý interpozituje medzi diafragmu a pečeň. Najčastejšie sú pacienti asymptomatickí po celý život. Symptomatický Chilaiditi syndróm sa najčastejšie manifestuje bolesťou brucha, zvracaním, anorexiou a obstipáciou. V práci prezentujeme prípad 6-mesačného dojčťa s Chilaiditi syndrómom, ktorý sa rádiologicky a klinicky manifestoval ako Morgagniho diafragmatická hernia.

Kazuistika: 6 – mesačné, stigmatizované dojča so suspektnou genetickým syndrómom – RASopatia, Noonanovej syndróm v štádiu diagnostiky so závažnou VCC - defekt predsieňového septa s L-P skratom hemodynamicky významným a pľúcnu stenózu na liečbe Digoxinom, Verospironom hospitalizované pre dráždivý kašeľ, dyspnoe, auskultačne s prítomným bronchitickým kašľom. RTG snímka pľúc zatienenie v pravom frenikokardiálnom uhle. Indikovaná atb, bronchodilatačná a kortikosteroidná liečby. RTG snímka s nálezom suspektnej pravostrannej diafragmatickej hernie (obrázok č. 1). Dieťa preložené na DKAIM NÚDCH za účelom chirurgickej liečby. Po prijatí realizovaná kontrolná RTG snímka hrudníka s nálezom: v rtg obraze bez prítomnosti obrazu diafragmatickej hernie (obrázok č. 2). V rámci diferenciálnej diagnostiky robené CT brucha a hrudníka s kontrastom: CT obraz retrosternálnej hernie/Morgagni, herniácia časti črevnej kľučky (obrázok č. 3). Vzhľadom k závažnej VCC indikovaná otvorená operačná revízia s nálezom oválneho defektu nad pravým lalokom pečene v priemere 2 cm pod v. umbilicalis v lig. teres hepatis. Vo vaku je jedna kľučka tenkého čreva, lig. falciforme hepatis chýba. Kavita vaku je medzi pars diaphragmatica hepatis a normálne vyvinutou bránicou. Vak je tvorený peritoneálnou duplikatúrou. Retrosternálnu „like“ Morgagni herniu, v.s. defekt pri Chilaiditi syndróme uzatvárame sutúrou (obrázok č. 4, 5, 6). Pooperačný priebeh primeraný. Na 3tí deň po operácii zaťažená stravou, ktorú toleruje, pasáž obnovená. Pacientka preložená do rajónneho pracoviska, v pláne kardiologická operácia.

Záver: Chilaiditi syndróm je vzácne sa vyskytujúce ochorenie, ktoré sa môže prezentovať atypicky. Môže sa klinicky a rádiologicky manifestovať ako diafragmatická hernia a potvrdiť sa peroperačným nálezom.





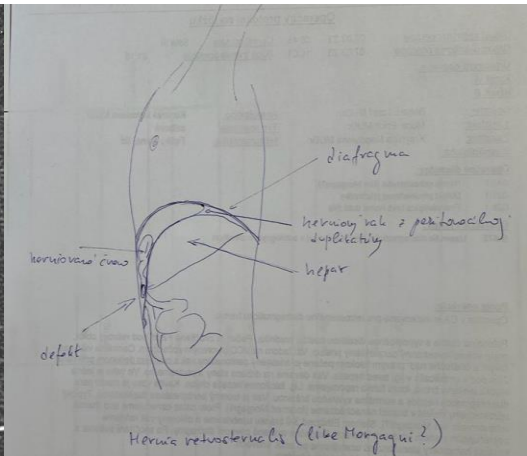
Obrázok č. 1.



Obrázok č. 2.



Obrázok č. 3.



Obrázok č. 4.



Obrázok č. 5.



Obrázok č. 6.



UNIORTÁLNÁ VATS LOBEKTÓMIA PRE CPAM U 10MESAČNÉHO PACIENTA – VIDEOKAZUISTIKA

Gura M.¹, Molnár M.¹, Dzian A.²

¹Klinika detskej chirurgie JLF UK a UNM Martin, Slovensko

²Klinika hrudníkovej chirurgie JLF UK a UNM Martin, Slovensko

Uniportálny torakoskopický prístup v liečbe VVCH pľúc u pediatrických pacientov je v súčasnosti reportovaný limitovaným množstvom kazuistík alebo malými skupinami pacientov. Konsenzus v timingu operačnej liečby CPAM, ako jednej z týchto VVCH, nie je doposiaľ ustálený a je stále predmetom odbornej debaty.

Vzhľadom na technické limitácie selektívnej intubácie/bronchiálnej blokády a incidenciu respiračných symptómov do 1 roka je riešenie CPAM preferované vo veku > 6 mesiacov. Vo videokazuistike prezentujeme našu prvotnú skúsenosť s uniportal VATS prístupom pri lobektómii RLL pre CPAM u 10 mesačného chlapca s využitím selektívnej ventilácie prostredníctvom bronchoskopicky asistovanej inzercie endobronchiálneho blokaera.

Uniportálna VATS sa javí ako alternatívny a bezpečný prístup v chirurgickej liečbe CPAM lézií u dočiat. Eliminácia insuflácie CO₂, zníženie mechanického stresu na viaceré nervovo-cievne interkostálne zväzky a dostatočná veľkosť rany umožňujúca využitie staplerov alebo extrakciu resekatu predstavujú niektoré z výhod v porovnaní s konvenčnou VATS. Kooperácia s anesteziologickým tímom, využitie peroperačnej bronchoskopie a selektívnej ventilácie je nevyhnutným predpokladom úspechu.

5- ROČNÉ SKÚSENOSTI S TORAKOSKOPICKOU OPERÁCIOU ATRÉZIE PAŽERÁKA

Molnár M., Špaková B., Gura M., Pauk A.

Klinika detskej chirurgie UNM, Martin, Slovensko

Úvod: Atrézia pažeráka s incidenciou 1:3000 živonarodených detí patrí medzi najčastejšie vrodené vývojové chyby u novorodencov. Rozvoj miniinvazívnych metód v detskej chirurgii ovplyvnil aj operačný prístup pri atréziách pažeráka.

Materiál a metódy: Autori prezentujú súbor 8 novorodencov s atréziou pažeráka (AE), ktorí boli operovaní video- torakoskopicky (VATS). Deti sa narodili v 31. - 39. gestačnom týždni s pôrodnou hmotnosťou od 1360 - 3120 g (priemer 2540±590 g). V 4 prípadoch bol prítomný polyhydramion a 4 pôrody boli sekciou. Všetky AE boli diagnostikované postnatálne, potvrdené rtg snímkou s kontrastnou látkou. Sedem z nich malo AE s distálnou fistulou a jeden long-gap atréziu bez fistuly. Bronchoskopia sa pred- ani peroperačne nerealizovala u žiadneho dieťaťa. U piatich detí boli prítomné pridružené anomálie, najčastejšie kardiálne, skeletálne, asociácie VACTERL, renálne a jedno dieťa malo kloaku. Šesť detí bolo operovaných VATS do 24 hodín, jedno na 6. a jedno na 79. deň života.

Výsledky: VATS bolo zoperovaných 6 detí a u 2 detí s AE bola nevyhnutná konverzia počas šitia anastomózy. Prvá pre technickú chybu operátora pre stratu ihly a druhá z dôvodu malpozície endotracheálnej kanyly. Jedno dieťa s long-gap atréziou bolo operované VATS dvakrát, prvýkrát bola naložená ťahová sutura a po týždni samotná anastomóza. U Jedného dieťaťa bol výkon kombinovaný s vyvedením kolostómie pre kloaku. Vena azygos bola zachovaná vo všetkých prípadoch. Priemerný operačný čas bol 218±71 min, u nekonvertovaných operácií 185±29 min. Priemerný čas UPV po operácii bol 6,6±3,7 dňa (medián 5,5). Hrudný drén bol ponechaný priemerne 5±2 dní (medián 4). Kontrolná pasáž pažeráka sa realizovala priemerne na 8. pooperačný deň. V jednom prípade bol pozorovaný minimálny leak kontrastnej látky liečený konzervatívne bez redrenáže hrudníka. Z iných komplikácií sme pozorovali plášťový pneumothorax na 4. pooperačný deň, mediastinitídu na 10. pooperačný deň a chylotorax s nutnosťou drenáže mesiac po operácii. Ani jedno



dieťa nevyžadovalo reoperáciu. Pooperačnú stenózu pažeráka sme pozorovali celkovo u 4 detí. U 1 dieťaťa bola stenóza dilatovaná 1x, u dvoch 2x a u jedného 3x s dobrým efektom. Okrem dvoch balónikových dilatácií pod rtg kontrolou boli ostatné realizované endoskopicky. Žiadne z detí nezomrelo.

Záver: Vďaka rozvoju miniinvazívnych techník a postupov je v súčasnosti video-torakoskopická operácia metódou voľby u detí s atréziou pažeráka. Poskytuje výbornú vizualizáciu operačného poľa a je realizovateľná aj u detí s veľmi nízkou pôrodnou hmotnosťou, u detí s long-gap atréziami a takisto u detí s pridruženými vrodenými anomáliami. Operačný čas pri VATS je porovnateľný s torakotomickou operáciou, podobne aj miera pooperačných komplikácií a stenóz pažeráka. Operačný čas a výskyt komplikácií klesá priamo úmerne so skúsenosťami operátora.



BLOK IV. KOMPLIKACE, NOČNÍ MŮRY CHIRURGŮ, POOPERAČNÍ PÉČE, ERAS



VČASNÁ, VZÁCNÁ A ATYPICKÁ POOPERAČNÁ KOMPLIKÁCIA OPRAVY VRODENEJ ATRÉZIE PAŽERÁKA U NOVORODENCA

Gryboš S., Bockanič L., Šudak M., Janeski B.

Oddelenie Detskej Chirurgie DFN Košice, Slovensko

Úvod a cieľ práce: V súčasnej dobe je liečba novorodencov s vrodenou atréziou pažeráka zaťažená približne 10% úmrtnosťou. Bolo to umožnené vďaka pokroku perioperačnej starostlivosti, vývoji perinatálnej diagnostiky. Liečba atrézie pažeráka je operačná, ktorá zahŕňa spojenie hornej a dolnej časti pažeráka zošitím a uzavretím ev.TEF komunikácie medzi dolnou časťou pažeráka a dýchacou trubicou – tracheou. Najčastejšie včasné komplikácie zahŕňajú presakovanie anastomózy, recidivujúce tracheozofageálne fistuly a striktúry anastomózy. Predstavujeme prípad atypickej pooperačnej komplikácie v podobe torzii stredného laloka pravých pľúc po pravostrannej torakotomi pre korekciu atrezie pažeraku

Zaver: Torzia pľúc je závažná, život ohrozujúca komplikácia, ktorá sa u detí vyskytuje extrémne zriedkavo a vo včasnom pooperačnom období predstavuje náročnú diagnostickú dilemu. Pooperačná torzia pľúcneho laloka je zriedkavý stav, jej výskyt sa odhaduje medzi 0,09 a 0,3 % v dospeljej populácii. Vyskytuje sa častejšie po horných lobektómiách a stredný lalok je štatisticky najviac náchylný na torziu. Patofyziológia je nejednoznačná. K fyzikálnym nálezom torzie laloku patrí horúčka, tachykardia a strata dychových fenomenov nad postihnutým pľúcny polom. Rádiologické nálezy sú špecifickejšie npr. rýchle zakalenie respektíve zmena polohy postihnutého laloka pri sérii RTG snímok. Bronchoskopia zohráva významnú úlohu pri včasnej diagnostike. Oklúzia bronchov pozorovaná bronchoskopiou naznačuje možnú diagnózu, diferencuje bronchiálnu zátku a indikuje CT vyš. Rozhodujúca je včasná diagnóza a chirurgická liečba - detorzia, poprípade ak lalok nie je vitálny resekcia.

ATRÉZIA PAŽERÁKA: POOPERAČNÉ KOMPLIKÁCIE, ČO SA NÁM NEPODARILO?

Zahradníková P., Fedorová L., Pechanová R., Barloková D., Mihálová A., Murár E., Babala J.
Klinika detskej chirurgie, LF UK a NÚDCH Bratislava, Slovensko

Úvod: Atrézia pažeráka (AE) je vrodená vývojová chyba, ktorá bez chirurgickej liečby je nezlučiteľná so životom. Cieľom našej štúdie bolo vyhodnotiť bezprostredné a neskoršie komplikácie pacientov po operácii AE.

Metóda: Retrospektívna analýza pacientov operovaných na KDCH NÚDCH v rokoch 2010 – 2022 s AE. Cieľom štúdie bolo vyhodnotiť včasné a neskoré pooperačné komplikácie u pacientov po operácii AE. Sekundárnym cieľom bolo stanoviť rizikové faktory komplikácií: gestačný týždeň, hmotnosť pri narodení, pohlavie, vek v čase operácie, skúsenosti operátora, long-gap AE.

Výsledky: Do štúdie bolo zaradených 78 pacientov (6 p./1 rok), 88,4 % Vogt IIIb s dist. TEF bol najčastejší typ u 88,4 %, Vogt II: 9 % a typ Vogt IIIc: 2,6 %, . Novorodenci boli narodení v rozsahu 30 – 41 g.t., priemer 36 g.t., s priemernou hmotnosťou 2439 gramov (rozsah: 920 – 4010 gramov). Pridružené anomálie malo 53,7 % pacientov, pričom najčastejšie boli kardiovaskulárne u 41,8 % a anomálie urogenitálneho traktu u 17,4 % novorodencov. Novorodenci boli v priemere operovaní na 3,1 dňa (rozsah: 1 – 33 dňa po narodení). Primárna anastomóza bola vykonaná u 46 p. (59 %), 32 p. (41 %) bolo definovaných ako long-gap a vyžadovalo niekoľko operácií. Torakotomický prístup bol najčastejší u 93,6 % pacientov (torakoskopický u 6,4 %). Striktúra v mieste anastomózy bola najčastejšou komplikáciou u 48,7 %, pričom dilatáciu vyžadovalo 44 %, priemer dilatácii do 1 roka bol 4,5 (rozsah 1 – 19). Rekurentná TEF bola u 6,4 %. Dehiscencia anastomózy (prítomnosť leaku počas ezofágografie) bola prítomná u 19 % pacientov, 5,1 % vyžadovalo reoperáciu. Mortalita do 1 roka bola u 15,4 %, pričom sme pozorovali signifikantný rozdiel v prvých rokoch (2010 – 2016: 27 % v.s. 2017 – 2022: 1,3 %).



Záver: Výsledky našej retrospektívnej štúdie poukazujú na nutnosť dlhodobého monitorovania pacientov po operácii AE. Vzhľadom k malému počtu pacientov v jednotlivých pracoviskách na Slovensku je nutné zriadiť register vrodených vývojových chýb. Výzvou do budúcnosti je vykonávanie operácie AE minimálne invazívnym prístupom s dlhodobo dobrými výsledkami.

POOPERAČNÉ KOMPLIKÁCIE DLHODOBO NEDIAGNOSTIKOVANEJ VRODENEJ DIAFRAGMATICKEJ HERNIE

Šudák M., Bockanič L., Klapáčová K., Čižmárik M., Šudáková M.
Oddelenie detskej chirurgie DFN a LF UPJŠ Košice, Slovensko

Úvod: V prezentácii popisujeme prípad 15 ročného pacienta, ktorý bol pre nejasné bolesti brucha hospitalizovaný v regionálnej nemocnici. Pri CT vyšetrení nečakane zistené črevné kľučky v ľavom hemitoraxe a suspektná neúrazová ľavostranná diafragmatická hernia.

Kazuistika: Pri preklade k nám pacient klinicky stabilizovaný, po potrebných vyšetreniach pripravený na laparoskopickú operáciu diafragmatickej hernie. Pri revízii potvrdená posterolaterálna diafragmatická hernia vľavo, v hrudníku tenké, hrubé črevo aj slezina. Pre nemožnosť zreponovať výrazne zväčšenú slezinu nutná konverzia operačného výkonu. Na repozíciu sleziny bola nutná incízia bránice, bráničný defekt bol uzavretý záplatou. Následne riešená malrotácia tenkého a hrubého čreva. V pooperačnom priebehu riešené pľúcne, cirkulačné, pankreatické, hematologické aj psychické komplikácie spôsobené predošlou dlhodobou kompresiou pľúc. Po prolongovanom priebehu stav upravený a pacient prepustený domov v stabilizovanom stave. Následné pravidelné pooperačné sledovanie bez potreby ďalšej intervencie.

Diskusia: Vrodená diafragmatická hernia je typicky diagnostikovaná prenatálne respektíve vo včasnom postnatálnom období. Asymptomatické menšie defekty môžu uniknúť včasnej diagnostike, ich nerozpoznanie až do puberty je však raritné. Ak sa na operáciu diafragmatickej hernie pacient dostane až po dlhých rokoch, v pooperačnom priebehu sa môžu vyskytnúť rôznorodé neočakávané komplikácie vyžadujúce komplexnú multidisciplinárnu starostlivosť ako v prezentovanej kazuistike.

MEZENTERIOAXIÁLNI VOLVULUS ŽALUDKU V RÁMCI POZDĚ MANIFESTOVANÉ BRÁNIČNÍ KÝLY U 13LETÉHO CHLAPCE

Šafus A., Štichhauer R.

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

Úvod: Volvulus žaludku je obecně velmi raritní situace, stejně jako manifestace brániční kýly ve vyšším věku.

Materiál a metoda: 13letý pacient sledovaný pro astma bronchiale, v posledním roce zaznamenal pokles výkonnosti při sportu. Vyšetřen na Klinice detskej chirurgie a traumatologie pro den trvající obtíže – zvracení a bolesti v levém podžebří. Klinicky břicho měkké, prohmatné, citlivé v nadbřišku, bez peritoneálních známek. Na ultrazvukovém vyšetření bylo vysloveno podezření na bloudivou slezinu při splenomegalii, žaludek uložený v místě předpokládané polohy sleziny, bez efektivní evakuace. Laboratorně známky iritace pankreatu. Přijat na Dětskou kliniku k infuzní, analgetické a antiemetické léčbě. Při symptomatické léčbě jen částečná úleva. Na kontrolním ultrazvuku popsána obstrukce žaludku na přechodu do duodena. Indikováno CT vyšetření, kde prokázána pozdně manifestovaná brániční kýla s dislokací žaludku do oblasti levé pohrudniční dutiny - v pozici mezeterioaxiálního volvulu. Dále popsána vysoká poloha levé ledviny, lienální ohbí tračníku také dislokováno do levé pohrudniční dutiny, ventrálně od žaludku frontálně orientovaná slezina. Pacient indikován k neodkladné operační revizi.



Nálezem byla Bochdalkova brániční kýla (defekt posterolaterálně vlevo) s kýlním vakem. Na žaludku byla zřejmá venostáza a edém. Provedena repozice útrob do břišní dutiny, derotace žaludku a sutura defektu v bránici. Pooperační průběh byl příznivý, pacient byl extubován 1. pooperační den, z nemocnice propuštěn 9. pooperační den. Po 3 měsících byla chlapci umožněna plná sportovní zátěž.

Závěr: Pozdně manifestovaná brániční kýla v adolescentním věku je velmi vzácná diagnóza. Může se poprvé projevit např. výše popsány akutními obtížemi pacienta. V diagnostickém procesu je vhodné nezapomínat na základní RTG vyšetření.

VLASTNÍ ZKUŠENOST S MOŽNOSTMI CHIRURGICKÉHO ŘEŠENÍ KOMPLIKACÍ NESPECIFICKÝCH STŘEVNÍCH ZÁNĚTŮ U DĚTÍ

Machart M., Borůvková K., Trávníková M.

Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a FTN, Praha 4 - Krč

Cíl: seznámení s pětiletou vlastní zkušeností pracoviště při léčbě komplikací nespecifických střevních zánětů (IBD) za pětileté období.

Metodika: autoři uvádějí vlastní zkušenost s chirurgickým řešením komplikací IBD za období 2018-2022. Na skupině 7 pacientů dokumentují klinické projevy, chirurgické přístupy a jejich výsledky.

Výsledky: za 5 let bylo na domovském pracovišti autorů chirurgicky řešeno 7 pacientů s komplikacemi IBD. U všech pacientů šlo o komplikace Crohnovy nemoci s projevy ve věku 7-17 let. U těchto 7 pacientů bylo provedeno celkem 13 operačních výkonů. Ve 2 případech byly řešeny komplikace rektální formy (6 operací), ve 4 šlo o strikturující postižení terminálního ilea (4 operace) a v jednom případě byla třemi operacemi vyřešena pankolitida.

Závěr: Incidence IBD u dětí prudce narůstá a věk záhytu se snižuje již i pod desátý rok věku. Dětský chirurg se bude s nespecifickými střevními záněty, a tudíž i s řešením jejich komplikací setkávat stále častěji. Období chirurgické péče o dětské pacienty se bude prodlužovat. Proto je třeba plně využívat jak nové možnosti konzervativní léčby, tak i šetrnější operační výkony a rozšiřovat jejich spektrum.

KLINICKÁ APLIKÁCIA ERAS PROTOKOLU PRI LIEČBE HYPERTROFICKEJ PYLOROSTENÓZY

Fedorová L., Barloková D., Zahradníková P., Pevalová L., Babala J.

Klinika detskej chirurgie, Národný ústav detských chorôb LF UK Bratislava, Slovensko

Úvod: ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) protokol je štandardizovaný, multimodálny a multidisciplinárny peroperačný prístup určený na podporu rýchlejšieho zotavenia a skorého prepustenia pacientov podstupujúcich chirurgický zákrok. Cieľom našej štúdie bolo zistiť uplatniteľnosť ERAS protokolu v liečbe hypertrofickej pylorostenózy (HP).

Metodika práce: Za obdobie rokov 2021 – 2022 sme porovnali súbor pacientov s HP riešených podľa štandardných terapeutických postupov zavedených na KDCH LF UK a NÚDCH so súborom pacientov operovaných podľa ERAS odporúčaní. Cieľom práce bolo porovnať perioperačný a pooperačný manažment pacientov oboch skupín. Sledovali sme počet dní hladovania detí s HP, čas do kŕmenia plnými dávkami, celkovú dĺžku hospitalizácie a počet dní hospitalizácie po operácii, počet ambulantných pooperačných kontrol a kozmetický efekt.

Výsledky: Počet dní hladovania detí v prvom súbore bol 3,28, v druhom súbore 2,14. Deti boli kŕmené plnými dávkami na 2,71 pooperačný deň v prvom súbore, 0,85 deň v druhom



súbore. Dĺžka hospitalizácie v prvom súbore bola 5,42 dní, prepustenie na 3,42 pooperačný deň, dĺžka hospitalizácie v druhom súbore bola 4,57 dní, prepustenie na 2,28 pooperačný deň. Počet ambulantných kontrol bol v prvom súbore 1,7, v druhom súbore 1.

Záver: Zavedením ERAS protokolu do praxe pri liečbe HP sme dokázali skrátiť počet dní hladovania detí s HP, skrátiť čas do krmenia plnými dávkami, skrátiť dĺžku hospitalizácie, znížiť počet ambulantných kontrol po operácii a potvrdiť kozmetický efekt MIS (minimally invasive surgery). Zo všetkých dosiahnutých benefitov profitujú najmä dieťa a jeho rodič a v neposlednom rade je odľahčený zdravotnícky systém. Naše pozitívne výsledky je potrebné potvrdiť na väčšom súbore pacientov.

POOPERAČNÍ NEVOLNOST A ZVRACENÍ U DĚTSKO-CHIRURGICKÝCH PACIENTŮ

Štichhauer R.^{1,2}, Rozsivalová P.^{3,4}, Ashry Abdelhamed Soha K.², Bankart Eliana M.²

¹Klinika dětské chirurgie a traumatologie, Fakultní nemocnice Hradec Králové

²Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova

³Oddělení klinické farmacie, Nemocniční lékárna, Fakultní nemocnice Hradec Králové

⁴Katedra sociální a klinické farmacie, Farmaceutická fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova

Úvod: Nevolnost a zvracení je nepříjemnou komplikací celkové anestézie. Pooperační nevolnost a zvracení (PONV) je pro pacienty důležitým aspektem, pacienti často hodnotí PONV jako horší než vlastní pooperační bolest.

Cíl: Základní myšlenkou auditu bylo zhodnotit reálné používání a přínos profylaktického předepisování antiemetik dětským chirurgickým pacientům s rizikem PONV jako standardní péče.

Metodika: Na pracovišti Kliniky dětské chirurgie a traumatologie Fakultní nemocnice v Hradci Králové bylo prospektivně v období od května 2022 do února 2023 zcela náhodně vybráno 116 pacientů, kteří podstoupili chirurgický zákrok v celkové anestézii. Na základě doporučení Association of Paediatric Anaesthetists (APA) z roku 2016 byli tito pacienti stratifikováni na skupiny bez rizika, s nízkým či s vysokým rizikem PONV. U pacientů byl sledován typ chirurgického výkonu, jeho délka, základní demografické faktory, farmakologické faktory (použitá celková anestetika, analgetika, infuze). U pacientů bylo pooperačně hodnoceno zvracení a jeho management.

Výsledky: Z celkového počtu 116 pacientů splnilo 48 kritéria pro zařazení do subanalýzy (pacienti s rizikem PONV – věk nad 5 let, operační výkon nad 30 minut). Nejčastějšími typy operací u vybraných pacientů byly osteosyntéza a cirkumcize. Podle skórovací tabulky bylo všech 48 pacientů ve skupině s nízkým rizikem PONV. Pět pacientů z této skupiny zvracelo (5/48 = 10,4 %). Žádnému z těchto pacientů s rizikem PONV nebyla podána profylaktická perioperační antiemetika. Jeden pacient z této skupiny zvracel opakovaně (9krát v průběhu 48 hod.). Léčba zvracení spočívala v infuzoterapii a byl mu podán metoklopramid (Degan).

Závěr: Profylaktické podávání antiemetik v praxi není zcela běžné. Celkově z auditu vyplývá, že toto předepisování antiemetik u dětských chirurgických pacientů s rizikem PONV může být přínosné, přičemž jako léčba první linie jsou doporučována antiemetika ze skupiny setronů.



DIABETICKÁ KETOACIDÓZA NOČNOU MOROU CHIRURGA

Molnár M., Špaková B., Gura M., Pauk A.

Klinika detskej chirurgie UN, Martin, Slovensko

Úvod: Diabetická ketoacidóza je život ohrozujúca komplikácia u pacientov s diabetes mellitus (DM). Väčšinou vzniká u pacientov s I. typom DM následkom nedostatku inzulínu a nemožnosťou využitia glukózy. U pacientov je prítomná hyperglykémia, ketoacidóza a ketonúria. Akútna mezenterická ischémia je zriedkavou, ale fatálnou komplikáciou diabetického ketoacidózy.

Materiál a metódy: Autori prezentujú prípad 12-ročného pacienta s ťažkou ketoacidózou a primárne diagnostikovaným DM, u ktorého došlo k rozsiahlej nekróze tenkého čreva na podklade mezenterickej ischémie.

Výsledky: Pacient s ťažkou ketoacidózou a multiorgánovým zlyhaním bol indikovaný k laparotómii pre progredujúcu intraabdominálnu hypertenziu s nálezom rozsiahlej nekrózy tenkého čreva, ktorá vyžadovala opakované laparotómie a revízie dutiny brušnej, opakované nekrektómie čreva, laparostómie, drenáže dutiny brušnej a následné anastomózy a revízie čreva za účelom obnovenia pasáže gastrointerstiniálneho traktu.

Záver: Akútna mezenterická ischémia je komplikáciou diabetického ketoacidózy, ktorá môže mať fatálne následky pre pacienta. Táto komplikácia je raritná, ale je potrebné na ňu myslieť najmä u novodiagnostikovaných pacientov s DM v ťažkej ketoacidóze. Ischémia a následná nekróza čreva významne zvyšuje riziko morbidity a mortality pacientov.





BLOK V. TRAUMATOLOGIE III



OSTEOCHONDRÁLNÍ ZLOMENINA PATELY U DĚTÍ

Demel J., Kopáček I.
KÚCHO, FN Ostrava

Úvod: Osteochondrální zlomenina pately u dětí se vyskytuje v souvislosti s luxačním mechanismem, kdy je patela tangovaná na svém mediálním okraji při kontaktu s laterálním kondylem femuru.

Cíl: bylo zhodnotit soubor 12 pacientů, kteří byli léčeni na KÚCHO v letech 2017-2021
Metodika: pacienti byli léčeni operačně, byla provedena mediální parapatelární artrotomie, repozice fragmentů, fixace smart nail a rekonstrukce závěsu pately pomocí kotvy GII. Fixace čtyři týdny v ortéze 20 st, zátěž dle tolerance.

Výsledky: soubor celkem 12 pacientů. K relaxaci či refraktuře v minimálně dvouletém období nedošlo. Lysholm - Tegner skóre v průměru 92

Závěr: Operační léčba je suverénní metodou terapie. Problémem může být diagnostika, v dif dg léze předního kruciáta. Nedílnou složkou je následná pooperační rehabilitace.

„NEVIDEITELNÉ“ ZLOMENINY PROXIMÁLNÉHO RÁDIA

Sýkora Ľ., Jáger R., Babala J. (Bratislava)
Klinika detskej chirurgie LFUK a NUDCH, Bratislava, Slovensko

Úvod: zlomeniny krčka rádia predstavujú 5 – 7% zo všetkých poranení lakťa u detí. Vyskytujú sa medzi 5. – 13. rokom života. Väčšinou sú to metafyzárne poranenia, ostatné bývajú epifyzeolýzy II. typu podľa klasifikácie Saltera a Harrisa. Sťažená rtg diagnostika je u detí v predškolskom a mladšom školskom veku, teda poranenia fýz a epifýz, kde nie je ešte manifestné sekundárne osifikačné jadro. Toto sa manifestuje medzi 5. – 7. rokom života.

Ciel': na vybratých 3 kazuistikách prezentovať diagnostické ťažkosti pri týchto poraneniach a následky, ktoré z týchto omylov vyplývajú.

Kazuistiky: 6 r. chlapec spadol z brány na ľ. lakeť, pre zrejmu zlomeninu olekranonu bola vykonaná otvorená repozícia a serkláž. Až po 8 týždňov pri manifestnom kaluse bola dodiagnostikovaná aj proximálna epifyzeolýza proximálneho rádia, už prihojená v 90°angulácii. Ani otvorená osteoklázia, repozícia a osteosyntéza nezabránila následkom – predčasná fúzia fýzy a výrazne obmedzené rotácie.

5 r. chlapec – Rtg snímky po úraze sine fract. Pre výrazný klinický nález vykonaná otvorená revízia s nálezom odlúčenej a o 90° vyrotovanej proximálnej epifýzy rádia, vykonaná repozícia. Na kontrolnej snímke je epifýza v anatomickom postavení.

6 r. dievča spadlo na trampolíne a udrelo si ľ. lakeť. Po úraze rtg snímka hodnotená sine fract. O 4 dni na kontrolnej RTG dodiagnostikovaná Epiphyseolysis partis proximalis radii I.sin. dislocata SH II. Vykonaná zatvorená inštrumentárna repozícia a osteosyntéza metódou CIMP. U oboch bol výsledok liečby výborný.

Záver: diagnostika zlomenín proximálnej časti rádia v predškolskom a mladšom školskom veku je veľmi sťažená pre nevýraznú osifikáciu epifýzy. Na toto poranenie však treba myslieť, doplniť porovnávacie snímky, prípadne MRI. Aj pri podozrení je lepšie urobiť revíziu radio-humerálneho kĺbu, pretože prehliadnutie a zahojenie v malpozícii vedie ku trvalým následkom dieťaťa.



CUDZIE TELESÁ V URETRE – KEĎ TÍNEDŽERI EXPERIMENTUJÚ

Nagy A., Koreň R., Švec M., Kňazík R.

Klinika detskej chirurgie, Detská fakultná nemocnica s poliklinikou, Banská Bystrica, Slovensko

Úvod: Používanie nezvyčajných predmetov za účelom sexuálnej stimulácie nie je v poslednom čase zriedkavou činnosťou najmä u dospievajúcich chlapcov túžiacich po sexuálnom objavovaní a obzvlášť u pacientov s nižšou mentálnou úrovňou. Autori prezentujú dva prípady zavedenia cudzích telies do uretry s nutnosťou operačného riešenia.

Ciel': Prezentácia vybraných prípadov autoerotizmu so zavádzaním bizarných cudzích telies do močovej rúry a poukázanie na problematiku možného poškodenia.

Metodika: Retrográdna analýza prípadov dvoch detských pacientov, kedy cudzie telesá kompletne obturovali lumen močovej rúry a vyžadovali operačnú terapiu pri neúspechu konzervatívnej liečby.

Záver: Cudzie telesá v urotrakte detí je raritou, no vzhľadom na internetové rozhlády stále častejšou diagnózou aj u mentálne zdravých jedincov. Neuvážené zavádzanie cudzích telies do močovej rúry u chlapcov však môže viesť k ťažkým poškodeniam urogenitálneho systému s dlhotrvajúcimi následkami, ale niekedy, ako aj v prezentovaných prípadoch, sa môžu zaobiť bez komplikácií.

MAGNETICKÁ CIZÍ TĚLESA V GASTROINTESTINÁLNÍM TRAKTU: 12 LET ZKUŠENOSTÍ

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

¹*Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FN Motol, Praha, Česká republika*

²*Pediatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha, Česká republika*

Úvod a cíl: Spolknutí cizího tělesa je častou diagnózou v dětské populaci a v 80-90 % nevyžaduje žádnou intervenci. Specifickou problematiku představuje požití většího počtu magnetických cizích těles (MCT), zvláště pak magnetických kuliček z neodymia, které výrazně zvyšují riziko morbidity a mortality u dětí. Cílem studie bylo zhodnotit naše zkušenosti s léčbou těchto pacientů.

Metody: Retrospektivní studie dětí léčených ve Fakultní nemocnici v Motole pro spolknutí MCT v období od ledna 2011 do ledna 2023 se zaměřením na klinickou charakteristiku souboru, metody léčby, výsledky a komplikace.

Výsledky: Celkem bylo v naší nemocnici ve spolupráci Kliniky dětské chirurgie a Pediatrické kliniky ošetřeno 68 pacientů (40 chlapců, 28 dívek) po požití MCT. Průměrný věk dětí byl 6 roků (rozmezí 1-15 roků) a průměrný počet spolknutých MCT na pacienta byl 5 (rozmezí 2-34). U 29 pacientů (43 %) došlo ke spontánnímu odchodu magnetických kuliček per vias naturales, u 21 pacientů (31 %) bylo provedeno endoskopické odstranění cizích těles a u 17 pacientů (25 %) bylo nutné chirurgické řešení. U jednoho pacienta část magnetů odešla spontánně a část byla odstraněna endoskopicky. Průměrný počet spolknutých magnetických kuliček u chirurgických pacientů byl devět. Z operovaných pacientů jich 6 (40 %) bylo asymptomatických, zbývajících 11 pacientů mělo v době příchodu do nemocnice klinické příznaky, nejčastěji zvracení a bolesti břicha. U šesti z těchto pacientů byl vstupním nálezem pokročilý ileózní stav. U 9 pacientů (53 %) byla provedena otevřená operace (včetně jednoho případu konverze z laparoskopie), 8 pacientů (47 %) podstoupilo laparoskopickou operaci. Průměrná délka hospitalizace chirurgických pacientů byla 8 dní (rozmezí 3-16 dní). Pooperační komplikace (sepsy) se vyskytly u tří pacientů s ileem, kteří byli léčeni kombinací širokospektrých antibiotik.



Závěry: Spolknutí většího počtu magnetických cizích těles představuje vysoké riziko komplikací v GIT a vyžaduje speciální algoritmus, i když je klinický stav pacientů stabilní. Laparoskopie je vhodnou metodou zejména u asymptomatických pacientů. Možnost požití magnetických kuliček je třeba zahrnout do diferenciální diagnostiky u dětí s jinak nevysvětlitelnými abdominálními příznaky. Načasování lékařských výkonů u dětí po spolknutí MCT zůstává i nadále výzvou pro dětské chirurgy, pediatry a gastroenterology. Měl být kladen důraz na snížení výskytu požití MCT prostřednictvím vnitrostátních kampaní a případně apel na zákaz prodeje magnetických hraček tohoto typu.

PORANĚNÍ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

Dočekalová Š., Holická L., Štichhauer R.

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

V roce 2019 jsme na našem pracovišti ošetřili 2pacienty s neobvyklým poraněním.

V prvním případě se jednalo o 14letého chlapce, který si údajně nešťastnou náhodou vrazil příborový nůž do konečníku. Ačkoliv klinický i laboratorní nálezy, UZ a RTG byly zcela negativní, provedli jsme vyšetření konečníku v celkové anestezii. Na přední stěně rekta byl patrný perforační otvor a po naplnění močového měchýře kontrastním roztokem vytékal kontrast do konečníku. Byla provedena operační revize z laparotomie, ošetřena perforace v trigonu močového měchýře a následně sešita rána v rektu.

Ve druhém případě se jednalo o 13letou dívku, která přišla k vyšetření pro bolesti břicha. Bolesti nastaly po pádu z kola. Úraz se stal před 2 dny. Dívka měla při vyšetření jasný klinický nálezy na břicho s difúzní bolestivostí, na UZ a CT bylo popsáno množství volné tekutiny mezi kličkami bez dalších známek traumatu. Zánětlivé parametry byly nízké. Až na základě makroskopické hematurie, která byla patrná při cévkování, jsme při druhém čtení identifikovali na CT ránu ve stěně močového měchýře. Provedli jsme akutní operační revizi, suturu rány v močovém měchýři a toaletu dutiny břišní.

Oba pacienti byli perioperačně zajištěni antibiotiky. Pooperační průběh byl nekomplikovaný a ani u jednoho pacienta nejsou dlouhodobě žádné klinické potíže.

„BANÁLNÍ“ ÚRAZ MĚKKÝCH TKÁNÍ STEHNA

Penc L.¹, Böhmová D.¹, Pejšová Šilerová J.¹, Škvařil J.¹, Lesenský J.²

¹Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, Fakultní nemocnice Bulovka, Praha

²Ortopedická klinika, Fakultní nemocnice Bulovka, Praha

Úvod: hlavním cílem prezentace je poukázat na důležitost pečlivého vyšetření i u banálního úrazu

Metodika: retrospektivní kazuistika

Výsledky: Prezentujeme případ 14-letého chlapce, přicházejícího k vyšetření 2 dny po úraze pravého stehna s klinickým obrazem banálního zhmoždění měkkých tkání v oblasti distálního femuru.

Vstupní RTG vyšetření odhalilo lytické projasnění v oblasti distální diafýzy femuru destruující mediální kortiku. Indikováno CT vyšetření s potvrzujícím nálezem objemné osteolytické léze s extraoseální měkkotkáňovou složkou. Doplněno MRI stehna potvrzující objemnou TU infiltraci dist. femuru- susp. sarkom. Na Ortopedické klinice FNB provedena probatorní excize s potvrzením malignity. Po 1 cyklu neoadjuvantní CHT provedena včasná široká resekce dist. femuru s náhradou tumorosní endoprotézou.



Závěr: předpokladem úspěšné léčby sarkomu dolní končetiny je jeho včasné odhalení a okamžitá léčba. Nepodcenění banálního úrazu, a v tomto případě rutinní RTG vyšetření, může přispět k záchraně života pacienta.

LUXACE KOLENNÍHO KLOUBU

Hrubovčáková J.¹, Teslík O.¹, Cinegr P.², Škvařil J.¹, Böhmová D.¹

¹Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, Fakultní nemocnice Bulovka Praha

²Ortopedická klinika FNB a 1. LF UK a IPVZ

Úvod: Akutní luxace kolena je raritní poranění. Jedná se o závažné trauma, které je považováno za končetinu ohrožující stav, jež může skončit až amputací končetiny.

Metodika: Kazuistika – 16-ti letý hráč amerického fotbalu, který si způsobil luxaci kolenního kloubu při tréninku.

Výsledky: Urgentní repozice provedená do 30 minut od přijetí byla bez komplikací, CT angiografie vyloučila tepenné poranění. S odstupem 6 dnů provedeno MRI, které ozřejmilo vazivové poranění charakteru KD III L typu dle anatomické klasifikace, tzn. kompletní přerušení LCA, LCP a LCL. K dalšímu ošetření předán do péče Ortopedické kliniky FNB, kde 11. den od úrazu provedena reinzerce LCA a LCP z otevřeného přístupu.

Závěr: U luxace kolenního kloubu je důležitá urgentní repozice a vyloučení nervového a cévního poranění. V případě cévního poranění je nezbytná akutní operace do 6 hodin od úrazu. Ideální načasování rekonstrukce vazů je 10-14 dnů od úrazu

POZDNÍ KOMPLIKACE PO POŽITÍ MAGNETICKÝCH TĚLES – KAZUISTIKA

Soporská Z., Newland N., Dotlačil V., Rygl M.

Klinika dětské chirurgie, Fakultní nemocnice v Motole, Praha

Cíl kazuistiky: Cílem kazuistiky je upozornit na možný vznik pozdních komplikací po požití magnetických předmětů i přes absenci klinických obtíží a prezentovat přínos laparoskopické operační revize.

Kazuistika: 3letá pacientka byla vyšetřovaná na urgentním příjmu pro bolesti zad po pádu. Sonografie břicha a laboratorní vyšetření byly bez patologického nálezu. RTG vyšetření bylo bez nálezu traumatických změn, s vedlejším nálezem cizího tělesa v GIT. Dle sdělení rodičů se jednalo o prstýnek z korálku. Vzhledem k asymptomatickému průběhu a celkovému dobrém stavu pacientky bylo postupováno konzervativně. Pacientka byla ambulantně sledovaná. Během opakovaných RTG kontrol cizí těleso zůstávalo v neměnné poloze, a proto bylo vysloveno podezření na požití magnetických předmětů. Bylo provedeno kolonoskopické vyšetření, při kterém cizí těleso nalezeno nebylo. Pacientku jsme indikovali k operační revizi. Operace byla provedena laparoskopicky asistovaně metodou single port s peroperačním nálezem jejunokolické píštěle a magnetických těles v jejunu. Byla provedena excize píštěle a sutura střeva. Pooperační průběh byl bez komplikací a pacientka byla propuštěna 5.poperační den.

Závěr: Asymptomatický průběh a absence známek peritoneálního dráždění po požití magnetických těles nevylučují vznik pozdních intraabdominálních komplikací. Léčebný postup by měl zahrnovat časnou endoskopickou intervenci. V případě nutnosti operační revize je metodou volby laparoskopický přístup.



IMPRESIVNÍ FRAKTURA LEBKY

Tekula T., Konečný M.

Oddělení dětské chirurgie, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem

Poranění hlavy u malých dětí, spojené s frakturou lebky, je závažný stav, který může způsobit poškození mozku, popřípadě dítě ohrozit na životě. Impresivní fraktura typu "ping-pong" bývá způsobena úderem do hlavy tvrdým předmětem. Vzniká v důsledku právě výše zmíněné vysoké elasticity lebky u malých dětí. Lebeční kost je vtlačena dovnitř a tak často utlačuje tvrdou mozkomíšni plenu a mozek.

U dospělých traumatologů je běžné doporučení neprovádět RTG vyšetření lebky. Toto se nedá paušalizovat. Rozhodně se ním nemůžeme řídit pokaždé a vůbec ne u dětského pacienta.

Autoři si pro Vás připravili kazuistiku 3-letého pacienta s výše uvedeným typem poranění. Zde doporučení neprovádět paušální RTG vyšetření vedli k nerozpoznání významné impresivní fraktury lebky. CT vyšetření po 14 dnech odhalilo vpáčení fragmentů o 10 mm. Byla nutná operační intervence neurochirurga. Terapie pacienta byla úspěšná. Jeho další lehké poranění 2 měsíce od výkonu neznamenal žádnou komplikaci.



BLOK VI. VARIA



ATROPIN A JEHO MOŽNÉ POUŽITÍ V RÁMCI RESCUE TERAPIE POKROČILÉ PYLOROSTENÓZY

Dohnal P., Hanák R., Kepřta D.

Chirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s.

Připomenutí konzervativní terapie pylorostenózy atropinem při kontraindikaci pyloromyotomie. Návrh na možné koordinované použití atropinu v rámci "rescue terapie" u pokročilé pylorostenózy s protražovanou obnovou pasáže horním GIT po provedené pyloromyotomii.

Obsah: Na základě krátkého kazuistického sdělení připomenutí EBM prokázaného účinku atropinu v konzervativní terapii pylorostenózy s připomenutím nejvýznamnějších klinických studií potvrzujících účinnost atropinu v této indikaci.

Rozebrání mechanismu účinku, místa působení a nežádoucích účinků atropinu.

Rozebrání možností "rescue terapie" atropinem po provedené pyloromyotomii a protražované obnově pasáže horním GIT.

Návrh protokolu s načasováním, dávkováním, lékovou formou a monitorací nežádoucích účinků terapie atropinem.

Diskuse: Pacientů s pokročilou pylorostenózou je v dnešní době díky včasné a dobře dostupné ultrazvukové diagnostice velmi málo. Proto k přesnému monitorování účinku atropinu v rámci rescue terapie po provedené pyloromyotomii je potřeba koordinace center dětské chirurgie a eventuální přijetí a použití jednotného protokolu k používání tohoto prokazatelně funkčního medikamentu.

PERFOROVANÝ ŽALUDEČNÍ VŘED U DĚTÍ – ZŮSTANE TATO DIAGNÓZA VZÁCNÁ I DO BUDOUCNA?

Roško N.¹, Machart M.¹, Trávníková M.¹, Gonsorčíková L.², Pešl T.¹

¹*Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a FTN, Praha 4 – Krč*

²*Pediatrická klinika 1. LF UK a FTN, Praha 4 - Krč*

Úvod: Perforace žaludečního vředu je u dětí velmi vzácné onemocnění. V posledních 10 letech na našem pracovišti byli pro tuto diagnózu chirurgicky ošetřeni tři pacienti, všichni během posledního roku.

Cíl: prozkoumat jednotlivé kazuistiky a zjistit případné společné jmenovatele.

Výsledky: Ze tří ošetřených pacientů se jednalo se o 1 dítě české (16 r), 1 dítě vietnamské (11 r) a 1 dítě ukrajinské (16 r) národnosti. Šlo o dvě dívky a jednoho chlapce. U žádného pacienta nebyly v anamnéze zaznamenány dlouhodobé bolesti břicha či diagnóza vředové choroby gastroduodenální. Ve všech případech bolesti břicha trvaly 1-2 dny, následně se zvracením a rozvojem známek peritoneálního dráždění. Pouze ve dvou případech bylo diagnostikováno pneumoperitoneum, v jednom případě nebyla perforace vředu před operací zvažována.

Závěr: V naší skupině pacientů se nepodařilo prokazatelně nalézt společného jmenovatele, otaznou zůstává souvislost se zvýšeným stresem (covid-19, válečný konflikt na Ukrajině). Nárazově vyšší počet operací během jednoho roku může být ojedinělý, ale může naznačovat, že i u dětí se s perforací žaludečního vředu budeme setkávat častěji.



REKONSTRUKCE DOLNÍCH MOČOVÝCH CEST A JEJICH KOMPLIKACE

Trachta J., Kříž J., Trčka J., Pýchová M.

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

Úvod: Cílem terapie dětí se závažnou vrozenou nebo získanou vadou dolních močových cest (DMC) je ochrana funkce ledvin, minimalizace rizika infekcí močových cest (IMC), dosažení sociální kontinence, nejlepší možná kvalita života a samostatnost v dospělosti. Základními nástroji terapie jsou čistá intermitentní katetrizace (ČIK), anticholinergika a zajištění pravidelného vyprazdňování stolice. Při selhání těchto postupů je poslední možností chirurgická rekonstrukce DMC, zatížená značným množstvím komplikací.

Metodologie: Retrospektivní analýza dat na základě zdravotnické dokumentace. Zahrnuti byli všichni pacienti na ČIK, exkludováni byli ti, co se nedostavili na pravidelnou kontrolu poslední tři roky sledování, zemřeli anebo ukončili ČIK. Sebraná data byla zpracována v programu Excel s použitím běžných statistických metod jako je medián, průměr a procentuální podíl.

Výsledky: Mezi lety 2014 a 2022 jsme sledovali 94 pacientů na ČIK ve věku 7 měsíců až 22 let (průměr 12 let). Základními diagnózami byly: neurogenní měchýř nejružnější etiologie 71/94 (75 %), exstrofie měchýře nebo kloaky 11/94 (12 %), chlopeň zadní urethry 9/94 (10 %) a jiné 3/94 (3 %). Rekonstrukci DMC podstoupilo 45/94 pacientů (48 %) – katetrizovatelné stoma (Mitorfanoff, Monti nebo Casale) 42/45 (93 %), augmentace nebo náhrada měchýře střevem 23/45 (51 %), plastika nebo uzávěr hrdla měchýře 8/45 (18 %). Medián věku v době první rekonstrukční operace byl 12 let (1 až 18 let). Alespoň jednu komplikaci vyžadující menší nebo větší reoperaci mělo 22/45 pacientů (49 %). Nejčastější komplikace se týkaly kontinentního katetrizovatelného stomatu, které si vyžádalo úpravu u 15/42 pacientů (35 %). Celkový počet reoperací byl 44 na 22 reoperovaných pacientů (v průměru 2 reoperace na pacienta).

Závěr: Přestože 49% pacientů po rekonstrukci dolních močových cest musí následně podstoupit alespoň jednu menší nebo větší reoperaci, zůstává v našem souboru pro polovinu dětí na ČIK rekonstrukce dolních močových cest jedinou možností jak dlouhodobě dosáhnout ochrany ledvin, minima infekcí močových cest a sociální kontinence.

VÝSLEDKY DVOUFÁZOVÉ URETROPLASTIKY PROXIMÁLNÍCH HYPOSPADIÍ A POUČENÍ Z JEJICH KOMPLIKACÍ

Trachta J., Kříž J., Trčka J., Pýchová M.

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

Úvod: V roce 2017 jsme na našem pracovišti zavedli novou dvoufázovou techniku rekonstrukčních operací proximálních hypospadií s využitím volného kožního štěpu z předkožky. Cílem sdělení je prezentace našeho souboru, počtu a typu komplikací a technických poučení z těchto komplikací.

Metodologie: Retrospektivní analýza zdravotnické dokumentace, peroperačních a pooperačních fotografií všech pacientů, kteří prodělali obě fáze uretroplastiky a dostavili se minimálně na jednu pooperační kontrolu. Exkludováni byli pacienti s jinou než proximální (penoskrótální, skrotální a perineální) hypospadií, pacienti bez jediné pooperační kontroly po druhé fázi, pacienti pouze po první fázi a pacienti reoperovaní dvoufázovou technikou po jiných operacích (on-lay a TIP). Sběr dat v programu Microsoft Excel, základní statistické nástroje průměr a medián.

Výsledky: Od května 2017 do srpna 2021 jsme provedli 46 operací proximálních hypospadií dvoufázovou technikou, exkludováno bylo 19 pacientů. 9 z 27 zařazených pacientů (33%) mělo alespoň jednu komplikaci vyžadující reoperaci. Celkový počet reoperací byl 16, tzn.



v průměru šlo o necelé dvě reoperace na komplikovaného pacienta. Až na jednu redo první fázi pro jizvení v důsledku infekce štěpu, šlo vždy o reoperace druhé fáze. Nejčastějším důvodem reoperace druhé fáze byly parciální dehiscence nebo píštěle u 11 pacientů a striktura u 4 pacientů (2x striktura vnitřní, 2x striktura meatu). Nejčastější technickou chybou byla nedostatečně vytvořená masa subkoronární tkáně během první fáze jako prevence distálních dehiscencí a píštělí neouretry. Všem pacientům byl po korekci chordy během první fáze proveden arteficiální test erekce a významné reziduální ventrální angulace si nejsme u žádného z operovaných pacientů vědomi.

Závěr: Dvoufázová uretroplastika je v našem souboru nativních proximálních hypospadiků relativně spolehlivou technikou rekonstrukce neouretry, zatížená u třetiny pacientů nutností 1 až 2 reoperací.

INVAGINACE U 14-MĚSÍČNÍHO DÍTĚTE ZPŮSOBENÁ MECKELOVÝM DIVERTIKLEM – KAZUISTIKA

Kadeřábková J., Janeček L.

Dětská chirurgie, Oblastní nemocnice Kolín a.s.

Cíl: Cílem sdělení je prezentace případu 14-měsíčního dítěte, který byl akutně operován pro invaginaci, kde již nestačila léčba hydrostatickou desinvaginací. Příčinou invaginace byl Meckelův divertikl v souběhu s gastroenteritidou.

Metodika: Chorobopis pacienta, zobrazovací metody (rtg, sono), foto a videodokumentace z operace.

Kazuistika: 14-měsíční chlapec byl hospitalizován na oddělení pediatrie pro zákl. diagnózu ak.gastroenteritida projevující se zvracením a průjmem. 3.den večer se objevily silné bolesti břicha. Následující den bylo dítě vyšetřeno dětským chirurgem, proveden RTG a sono břicha, kde nález ileokolické invaginace. Indikována urgentní hydrostatická desinvaginace, která se nezdařila a byla nutná revize dutiny břišní. Hlava invaginátu byla nalezena v colon ascendens v obl.hepatální flexury. Manuálním vytlačováním střeva postupně střevo reponováno, s výsledným nálezem Meckelova divertiklu vsunutého do střevního lumen asi ve 20cm od Bauhinské chlopně. Provedena resekce asi 10cm postiženého úseku tenkého střeva s divertiklem a end-to-end anastomóza.

Závěr: Intususcepce je urgentní stav, patří mezi náhlé příhody břišní. Typickými příznaky invaginace jsou kolikovitá bolest břicha střídaná s obdobím klidu a zvracení. Krev a hlen charakteru malinového želé ve stolici je již pozdním příznakem, kdy je střevo strangulováno delší dobu. Často vzniká invaginace v souběhu s enterokolitidou, kde hraje roli usilovná peristaltika střeva. Při zhoršujícím se nálezů na břiše u gastroenteritid musíme pomýšlet i na tuto možnou komplikaci. Při pozdní diagnóze může dojít k odumření střeva a nutné resekci. Důležitá je tedy včasná diagnostika.

MECKELŮV DIVERTIKL JAKO PŘÍČINA KRVÁCENÍ DO GASTROINTESTINÁLNÍHO TRAKTU U ADOLESCENTNÍHO PACIENTA

Sovadinová D., Limprechtová T., Borůvková K., Horáková V., Machart M., Pešl T.

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

Úvod: Meckelův divertikl (MD) je jednou z nejčastějších malformací gastrointestinálního traktu. Ve většině případů je asymptomatický, pouze ve 4% se projeví, a to krvácením do gastrointestinálního traktu, obstrukcí, zánětem či perforací. Krvácení pozorujeme nejčastěji u dětí do 2 let věku, u starších pacientů se projeví spíše zánětlivými komplikacemi. CÍL Cílem práce je zhodnotit soubor hospitalizovaných pacientů s diagnózou MD na našem



pracovišti a poukázat na nepříliš častý projev MD v adolescentním věku s dramatickým průběhem.

Metodika: Retrospektivní soubor dětských pacientů hospitalizovaných na Klinice dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK FTN za období 1.1.2012 - 9.3.2023 s hlavní či vedlejší diagnózou Meckelova divertiklu. Sledovanými parametry byl věk pacienta, klinické projevy, peroperační a histologický nálezy.

Výsledky: Na našem pracovišti bylo za období 1.1.2012 - 9.3.2023 hospitalizováno celkem 31 dětí (6 dívek) s potvrzenou diagnózou MD. V 11 (35,5%) případech se jednalo o náhodný peroperační nálezy s mediánem věku 11,74 let (0,1; 16,9). Zánětlivě změněný MD jsme zaznamenali u 11 (35,5%) pacientů, medián věku v této skupině činil 12,2 let (6,1; 14,1). U 5 (16,1%) pacientů se projevil krvácivými komplikacemi, medián věku zde byl 2,6 (1,2; 17,8), přičemž u dvou pacientů se krvácení projevilo až v adolescentním věku, v jednom případě z nich s dramatickou akutní krevní ztrátou. U dvou (6,5%) pacientů byl MD příčinou invaginace s mediánem věku 3,8 (3,1; 4,5), u dalších dvou (6,5%) se vyvinul ileózní stav, medián věku zde činil 9,7 (2,3; 17,2). Gastrická sliznice byla zastižena celkem v 10 (34,5%) případech z hodnotitelných 29 vzorků, pankreatickou tkáň jsme zaznamenali ve 2 případech (6,9%).

Závěr: Ačkoliv literatura uvádí, že krvácení se projevuje většinou u dětí v předškolním věku, v našem souboru pacientů jsme krvácení zaznamenali ve dvou případech u adolescentních pacientů, přičemž u jednoho z nich bylo příčinou hemoragicko-hypovolemického šoku vyžadující resuscitační péči. Je proto otázkou, zda-li bychom neměli změnit zavedenou praxi, a k peroperační revizi tenkého střeva přistoupit vždy, je-li to možné.

INFLAMATORNÍ KLOAKOGENNÍ POLYP U ADOLESCENTA

Starý D.^{1,2}, Jabandžiev P.^{2,3,4}, Reissnerová M.², Plánka L.^{1,2}, Frola L.^{2,5}, Kunovský L.^{2,6,7} (Brno)

¹ *Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, Fakultní nemocnice Brno*

² *Lékařská fakulta Masarykovy univerzity v Brně*

³ *Středoevropský technologický institut – CEITEC, Brno*

⁴ *Pediatrická klinika, Fakultní nemocnice Brno*

⁵ *Ústav patologie, Fakultní nemocnice Brno*

⁶ *Interní gastroenterologická klinika, Fakultní nemocnice Brno*

⁷ *Chirurgická klinika, Fakultní nemocnice Brno*

Úvod: Inflammatorní kloakogenní polyp je vzácnou lézí vznikající v zóně transitionalis analis. Většinou se chová benigně, ale jsou známy i vzácné případy maligní transformace. Nejčastěji se objevuje u dospělé populace mezi 30. a 50. rokem, nicméně jej můžeme nalézt i u dětí a adolescentů. Mezi nejčastější příznaky patří krvácení z konečníku a změna defekačního stereotypu, ale část pacientů může být i asymptomatická.

Popis klinického případu: Předkládáme popis případu 14letého pacienta s intermitentním krvácením z konečníku, u něž byla nalezena květákovitá polypózní léze při vyšetření per rectum vel.cca 30x20x15mm. Léčba spočívá v odstranění léze metodou transanální endoskopické resekce. Koloskopie neprokázala žádnou další lézi na tlustém střevu. Po zhojení provedená MRI defekografie byla s nálezem mírného descenzu zadního kompartmentu. Histologicky byla stanovena diagnóza inflammatorního kloakogenního polypu.

Závěr: Sdělením chceme upozornit na tuto vzácnou nosologickou jednotku a zdůraznit, že v diferenciální diagnostice krvácení z rekta u všech věkových kategorií by měl být inflammatorní kloakogenní polyp brán v potaz.



LUMBÁLNÍ KÝLA U KOJENCE – KAZUISTIKA

Newland N., Pýchová M., Heroldová D., Rygl M.

Klinika dětské chirurgie FN Motol, Praha

Cíl kazuistiky: Cílem sdělení je prezentace raritní diagnózy v dětském věku, demonstrace rozsahu nezbytného diagnostického vyšetření a popis operační techniky.

Kazuistika: 22-měsíční chlapec byl vyšetřen na chirurgické ambulanci pro měkkou volně reponibilní rezistenci v pravé bederní oblasti. Rezistence byla dle matky přítomna od narození s pomalou progresí velikosti. Ultrazvukové vyšetření prokázalo defekt v oblasti odpovídající Grynfeltt-Lesshaftově trojúhelníku velikosti 17x11 mm s herniací střevní kličky. Chlapec podstoupil RTG skeletu a ultrazvuk břicha k vyloučení přidružených vad. Následně byl pacient indikován k otevřené hernioplastice a vzhledem k velikosti defektu byla možná primární plastika bez nutnosti použití sítě. Pooperační průběh byl bez komplikací a při kontrole o 3 měsíce později byl pacient bez známek recidivy kýly.

Závěr: Lumbální kýla u dětí je vzácná, ale snadno se diagnostikuje. Důležitou součástí léčebného plánu je vyloučení přidružených anomálií. Typ operace závisí na velikosti defektu s cílem zajistit plastiku bez napětí



OLYMPUS



Be Visionary

Multifunkční laparoskopická platforma pro příští desetiletí

- Zdokonalený standard péče o pacienta
- Nové funkce dostupné softwarovou aktualizací
- Snížení nákladů na budoucí modernizace systému
- Možnost fluorescenčně vedených operací s přirozeným 3D obrazem

**VISERA
ELITE III**



POWERSEAL™ Sealer/Divider

Nástroj s dvoučinnou zahnutou čelistí

- Představujeme další úroveň bezpečnosti a řízení pokročilé bipolární technologie

POWERSEAL





BLOK I. TRAUMATA A JEJICH NÁSLEDKY



MALÁ NEPOZORNOST – VEĹKÉ NÁSLEDKY

Gajdošová D.

DFNsP Banská Bystrica, KDCH, Banská Bystrica, Slovensko

Autorka vo svojej prednáške prezentuje starostlivosť o detského pacienta s trieštivou otvorenou zlomeninou pravej píšťaly, s porušením svalstva predkolenia a obmedzenou hybnosťou prstov pravej nohy. U dieťaťa bolo indikované operačné riešenie. Počas hospitalizácie dochádza k nekrotizácii kože a podkožia a časti svalov až po kosť, preto je lekármi indikovaná V.A.C. terapia. Nakoľko je pre dieťa ošetrovanie traumatizujúce a bolestivé, jednotlivé preväzy a výmeny V.A.C systému je potrebné vykonávať v celkovej anestézii.

Cieľom práce je predstaviť komplexnosť starostlivosti o dieťa od príjmu na kliniku detskej chirurgie, počas celej hospitalizácie až po prepustenie do domácej starostlivosti a následných kontrolách na ambulancii detskej chirurgie.

Kľúčové slová: kazuistika, dieťa, ošetrovateľská starostlivosť, V.A.C terapia.

Zvedavosť detí

Hanuliaková S., Janečková D.

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

V našej prednáške sme sa zamerali na „zvedavosť detí“, a možné riziká a následky, ktoré zvedavosť detí v domácom prostredí prináša. Zistili sme, že domácnosť je rizikovým prostredím vzhľadom na rôznorodosť podnetov v nej. Výsledkom riešenia danej problematiky je predvídavosť, obozretnosť, prípadne edukácia rodičov. Hlavnou témou je komplexná ošetrovateľská starostlivosť o dieťa s dg. ruptura jejuni, ktoré bolo hospitalizované na našej klinike po privalení komodou.

Kľúčové slová: detský pacient, rodič, domácnosť a jej nástrahy, chirurgická liečba, ošetrovateľská starostlivosť.

KAZUISTIKA PACIENTA PO SUBTOTÁLNI AMPUTACI PALCE NOHY S KOMPLIKOVANÝM HOJENÍM

Kleinová E.

FN Brno DN KDCHOT, Brno

Úvod: Palec nohy má své důležité funkce, které využíváme denně. Je důležitý pro držení těla, oporu při chůzi i sportu. Dalším důležitým faktorem při amputacích palce nohy může být jeho estetická funkce, zejména pro mladé pacienty.

Metodika: Popis kazuistiky 12 letého pacienta po havárii na motocyklu, při které utrpěl subtotální amputaci palce pravé nohy. Bylo přistoupeno k operačnímu řešení poranění. Kvůli bakteriální kontaminaci bylo nutné nasadit antibiotickou terapii, provést několik reoperací a nasadit na ránu VAC systém. Po odhojení nekróz byl defekt překryt autologním kožním štěpem.

Závěr: Bakteriální kontaminace prodloužila dobu hojení i opakované hospitalizace pacienta. Přes počáteční nejistou prognózu se podařilo kožní defekt zhojit a palec zachovat.



ÚRAZ A JEHO VLIV NA DALŠÍ ŽIVOT DÍTĚTE

Malá M.

FN Brno DN KDCHOT, Brno

Klíčové slova: trauma, polytrauma, sdružené poranění, posttraumatická stresová reakce

Úvod: Trauma je událost, která vede ve většině případu k nezvratnému poškození organismu. Následky traumatické události se můžou projevit na psychice člověka bez rozdílu věku. Jednou z nejčastějších příčin traumatu bývají dopravní nehody.

Metodika: V kazuistice autorka prezentuje případ 14leté slečny, která byla přijata k nám na kliniku, pro sdružené poranění vzniklé následkem závažné autonehody. Zdravotní stav pacientky vyžadoval dlouhodobou hospitalizaci a náročnou jak lékařskou, tak sesterskou péči. Péče byla o to náročnější, že rodina pacientky nebyla úplná a nebyla schopná spolupracovat a pacientku fyzicky ani psychicky podporovat v léčbě. Pacientka sama přistupovala k léčbě a následné rekonvalescenci spíše negativně. Schopnost pacientky zvládnout tak těžkou a neočekávanou situaci sama byla minimální.

Závěr: Je potřeba si uvědomit, že úrazy nemají pro lidi jen zdravotní následky. Ale součástí úrazu, zvláště těch závažných bývají i různá psychická traumata, kterým se musíme také věnovat.

A pomoci pacientům zvládnout vrátit se po úraze zpátky do života.

KLIKATÁ CESTA K PRAMENI LABE

Naisarová K.

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

Úvod a příběh: Tak jako se klikatí samotné Labe, tak se klikatí i turistická cesta k jeho prameni. Na tomto romantickém místě se napsal téměř hororový příběh německého chlapce Justuse (8 let), který zavčasu k lepšímu změnili doktorští režiséři s jejich týmem. Stačilo pár kroků z vyznačené cesty pro hezký kamínek na památku z letní dovolené v Čechách. Následoval let vrtulníkem, který však nebyl přepychovým transferem do hotelu, nýbrž do Fakultní nemocnice v Hradci Králové na JIP po uštknutí zmijí.

Posloupnost péče odborníků začala kompenzací komplikací – intenzivní volumoterapií, podáním antiséra, tlumením rozvíjejícího se šoku. S progresí otoku končetiny a hrozcím kompartment syndromem byla provedena fasciotomie s použitím VAC systému. Život a končetina byly zachráněny, fasciotomie byla postupně uzavřena suturou v několika dobách, bez transplantace.

Cíl: Cílem této kazuistiky mimo popisu problému je i rozebrání specifické péče o dětského pacienta po uštknutí zmijí na operačním sále z pohledu perioperační sestry.

Závěr: I když je takové poranění relativně neobvyklé, tak je mnohem reálnější, než si myslíme. Zejména v letních měsících je třeba mít se na pozoru – hlavně s dětmi, ať je cesta přímá či klikatá.

PORANĚNÍ OKA PŘI VOLNOČASOVÝCH AKTIVITÁCH DĚTÍ

Kalábová K., Nováková S.

Chirurgická klinika, Fakultní nemocnice Ostrava

Při volnočasových aktivitách dětí přibývá úrazů oka. Ty mohou být otevřené a zavřené. Mnohdy se jedná o ztrátové poranění. Ve své prezentaci uvádím tři krátké kazuistiky.



V první kazuistice došlo k úrazu oka při hasičských závodech, ve druhé kazuistice došlo k úrazu oka při pádu chlapce na paddleboardu. Třetí kazuistika je nejzávažnější, zde se jedná o chlapce s otevřeným poraněním oka při zásahu zábavní pyrotechnikou.

V závěru své prezentace se krátce věnuji zásadám poskytnutí první pomoci u dětí s úrazem oka.



BLOK II. OPERAČNÍ TRENDY V DĚTSKÉM VĚKU



CHIRURGICKÉ ŘEŠENÍ ATRÉZIE ANOREKTA. JAK TO DĚLÁME U NÁS V OSTRAVĚ

Hozová Z., Pluháčková S.

COZ, FN Ostrava

Anorektální malformace jsou vývojové vady konečníku a řitě. Vrozené chybění nebo nevyvinutí anorekta se ukáže chyběním análního otvoru a anomálním vyústěním anorekta na hráz nebo do vývodných močových a pohlavních orgánů. Cílem terapie je vytvoření řitního otvoru a konečníku s normální nebo alespoň sociálně uspokojivou kontinencí pro stolici a moč. PSARPR je výkon, kdy se provádí rekonstrukce anorektálního svěrače za současného využití elektrostimulace k měření svěračového komplexu, což zlepšuje celkový výsledek dané operace a současně snižuje riziko celoživotní inkontinence moče a stolice, která byla důsledkem předchozích chirurgických metod.

TRENDY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O DĚTI S VROZENÝMI VÝVOJOVÝMI VADAMI V PRŮBĚHU LET

Chlumová H.

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

Cíl: V mé prezentaci vás seznámím, jak se měnila v průběhu let nejen ošetrovatelská péče o naše pacienty, v návaznosti na nové operační techniky a přístrojové vybavení, ale i přístup k rodičům a jejich zapojení do ošetrovatelské péče.

Metodika: Soubor dat z minulých prezentací, srovnání výsledků

Výsledky: Nové operační techniky, nové přístrojové vybavení a s tím související nové ošetrovatelské postupy vedou k lepším výsledkům, při uzdravování našich pacientů.

Závěr: Závěrem chci poukázat, že v současné době je samozřejmá přítomnost rodičů u hospitalizovaného dítěte po dobu 24 hodin i na oddělení JIP. Je to však vždy přínosné za každé situace a kde jsou hranice?

OPERAČNÍ ŘEŠENÍ CYSTY CHOLEDOCHU U DÍTĚTE

Černínová K., Vrobllová L.

Chirurgická klinika, Ostrava

Cysta choledochu patří mezi ojedinělé anomálie žlučových cest. Etiologie onemocnění není známá. Proto bychom Vám rády prezentovaly kazuistiku 6 leté dívky, která byla indikována k její resekci s vyšitím hepatikojejunoanastomózy.

DÍVKA S BULÓZNÍM EMFYZÉMEM

Danielová B., Malinová L. (Ostrava)

Chirurgická klinika, Fakultní nemocnice Ostrava

Bulózní emfyzém neboli syndrom mizející plíce je vzácné onemocnění dětí. V plicích se objevují rozsáhlé bulózní změny, mohou se zvětšovat a vést k útlaku přilehlé plíce. Buly jsou definovány jako ohraničené prostory naplněné vzduchem o průměru 1 cm se stěnou tenčí než 1 mm. Příčina tvorby není zcela jasná. V úvodní části prezentace jsou popsány projevy onemocnění, (lokalizace emfyzému), diagnostika, terapie a možné komplikace. V závěrečné části prezentace je ukázka kazuistiky a ošetrovatelská péče.



POHODA NA OPERAČNÍM SÁLE

Naušová K.

Dětská chirurgie-dětské úrazové centrum, Masarykova nemocnice Ústí nad Labem

Cíl sdělení: Zajištění tepelného komfortu na operačním sále je důležitou součástí perioperační péče.

Metody: Autorka prezentuje problematiku zajištění tepelného komfortu v prostředí dětského operačního sálu. Popisuje specifika ošetrovatelské péče bezprostředně před, během a po operačním výkonu v kontextu dětského věku a v úzké souvislosti s opatřeními zajišťujícími nároky na tepelnou pohodu.

Závěr: Tepelný diskomfort může být spojen s řadou komplikací, a to jak v průběhu samotného výkonu, tak i po něm. I proto je důležité během pobytu na operačním sále pečovat o tepelnou pohodu dětí.

ULCÚS ŽALÚDKA A VIRÓZA

Medvedová Z., Šemrincová M., Soosová J.

Národní ústav dětských chorôb, Klinika detskej chirurgie, Bratislava, Slovensko

V danej prednáške poukazujeme na zvýšený výskyt ulcusov žalúdka pri prebiehajúcej viróze u detí. Autorky sa v troch kazuistikách zameriavajú na popis priebehu ochorenia u detí, ktoré boli vo veľmi krátkom časovom úseku hospitalizované na Klinike detskej chirurgie Národného ústavu detských chorôb v Bratislave. Pokúsili sme sa hľadať príčinu, súvislosti s endoskopickým nálezom ulcusu žalúdka a zároveň prebiehajúcim infektom dýchacích ciest. V závere prednášky popisujeme špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti.

Kľúčové slová: Ulcus, viróza, detský pacient, ošetrovateľská starostlivosť.

ENDOSKOPICKÁ LIEČBA KRANIOSYNOSTÓZY

Šimková S., Černianska F., Fin J.

Klinika detskej chirurgie JLF UK a UNM, Martin

Kraniosynostóza označuje stav lebky, pri ktorom dochádza k predčasnému uzáveru jedného alebo viacerých lebkových švov. Vo väčšine prípadov je príčina kraniosynostózy považovaná za súhru genetických faktorov. Operačná liečba izolovaných typov kraniosynostózy spočíva v endoskopicky asistovanej resekcii zrastených švov lebky, po ktorej nasleduje ortézoterapia kraniálnou remodelačnou ortézou. Syndrómové kraniosynostózy si vyžadujú individuálny prístup na základe nálezu jednotlivca. Včasná operačná liečba dieťaťa s kraniosynostózou a skoré riešenie komplikácií sú kľúčové pre zabezpečenie optimálneho psychomotorického vývoja dieťaťa a tým aj jeho kvality života.



BLOK III. SPECIFIKA LÉČBY RAN U DĚTÍ



NENÍ ZNAMÉNKO, JAKO ZNAMÉNKO

Kohoutková H., Štěrbová L.

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

Úvod: Mateřská znaménka jsou viditelnými barevnými útvary na kůži, které se vyskytují buď při narození, nebo se vyvinou těsně po něm. Zpravidla se jedná o drobná ložiska, která celý život nečiní žádné potíže. Největším rizikem je možnost zvratu v maligní ložisko, vznik maligního melanomu. Předmětem naší prezentace je velké vrozené mateřské znaménko, které je zákeřné tím, že se může objevit v různých podobách a velikostech. Činí pak problémy kosmetické i zdravotní. Jeho název je Kongenitální melanocytový névus (CMN). Výskyt velkých CMN připadá na 1 z 20 000 narozených dětí a u obřích névů na 1 z 500 000 narozených dětí.

Cíl: Seznámení s pojmem CMN, představení možných komplikací a možností léčby tohoto onemocnění. Formou prezentace dvou kazuistik se pokusíme nastítnit komplikovaný život „našich“ dětí, které díky četnosti hospitalizací patří mezi naše stálé a dobře známé pacienty.

Závěr: Život s CMN představuje náročné výzvy jak pro samotné dítě, jeho rodiče, ale i pro specialisty z řad Chirurgie, Kožního lékařství, Neurologie a Psychologie.

KAZUISTIKA PACIENTA PO SUBTOTÁLNÍ AMPUTACI PALCE NOHY S KOMPLIKOVANÝM HOJENÍM

Kleinová E.

DN KDCHOT, FN Brno

Úvod: Palec nohy má své důležité funkce, které využíváme denně. Je důležitý pro držení těla, oporu při chůzi i sportu. Dalším důležitým faktorem při amputacích palce nohy může být jeho estetická funkce, zejména pro mladé pacienty.

Metodika: Popis kazuistiky 12 letého pacienta po havárii na motocyklu, při které utrpěl subtotální amputaci palce pravé nohy. Bylo přistoupeno k operačnímu řešení poranění. Kvůli bakteriální kontaminaci bylo nutné nasadit antibiotickou terapii, provést několik reoperací a nasadit na ránu VAC systém. Po odhojení nekróz byl defekt překryt autologním kožním štěpem.

Závěr: Bakteriální kontaminace prodloužila dobu hojení i opakované hospitalizace pacienta. Přes počáteční nejistou prognózu se podařilo kožní defekt zhojit a palec zachovat.

PÉČE O OPERAČNÍ RÁNY U NOVOROZENCŮ VE FN OSTRAVA

Jozková M.¹, Kachlová M.^{1,2}

¹ *Fakultní nemocnice Ostrava, Oddělení neonatologie, JIRPN, Ostrava, Česká republika*

² *Ostravská univerzita, Lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství a porodní asistence, Ostrava, Česká republika*

Úvod: Hojení ran je proces probíhající v několika na sebe navazujících fázích, přičemž výsledkem je obnova porušené struktury a integrity kůže spolu s jejími funkcemi. Kůže novorozence za fyziologických podmínek plní řadu funkcí, nicméně vlivem operačního výkonu dochází k narušení fyziologických stavů a je třeba soustředit se na minimalizaci rizik vzniku vážných komplikací, které mohou ovlivnit další vývoj dítěte. Problematika ošetřování operačních ran u novorozenců vyžaduje speciální pozornost odborné veřejnosti, tak, aby byla zajištěna dostatečná kvalita poskytované péče.



Cíl: Cílem příspěvku je informovat o konkrétních příkladech péče o operační rány z ostravské neonatologické praxe, způsobech léčby a ošetrovatelské péči.

Metodika: Formou 3 vybraných kazuistik je zpracován přehled péče o operační rány u novorozenců hospitalizovaných na JIRPN FNO v období 2019–2023.

Výsledky: V neonatologii se setkáváme s nejrůznějšími typy operačních ran, konkrétní kazuistiky ukazují variabilitu specifických problémů v oblasti ošetřování rány a hojení ran, řešení vzniklých pooperačních komplikací.

U každého pacienta je nutné zohlednit také přidružené faktory vstupující do procesu pooperačního hojení.

Závěr: Správná péče o kůži a operační rány u novorozenců je velmi důležitá z hlediska dalšího optimálního vývoje dítěte. Péče o operační ránu nabízí široké spektrum možností, nicméně léčba a ošetrovatelská péče musí vždy zahrnovat individuální pohled na dětského pacienta a péči o jeho specifické potřeby. Významným faktorem je také kontinuita péče, jejíž nedílnou součástí je i správná dokumentace rány.

Klíčová slova: novorozenec, operační rána, hojení, ošetrovatelská péče.

ONEMOCNĚNÍ PŘEDKOŽKY V AMBULANCI DCH

Petrlíková E.

Dětská chirurgie-dětské úrazové centrum, Masarykova nemocnice Ústí nad Labem

Cíl sdělení: Onemocnění předkožky v dětském věku nejsou závažným léčebným problémem, jsou-li správně diagnostikovány.

Metody: Rozlišení fyziologického stavu od skutečného onemocnění, a případné správné načasování výkonu, má zásadní význam pro úspěch v léčbě a hlavně pro spokojenost dětského pacienta i jeho zákonných zástupců. V praxi ambulance dětské chirurgie je problematika předkožky jednou z nejčastějších příčin návštěvy běžné pracovní doby a často závažným problémem pro rodiče.

Závěr: Praxe ukazuje, že špatné rozhodnutí o terapeutickém výkonu, včetně nesprávného načasování, může vést k traumatizaci dítěte.

UKÁZKA WORKSHOPU NA ZÁKLADNÍCH ŠKOLÁCH – PRVNÍ POMOC: POPÁLENINY

Šnajdr L., Pražáková N.

Oddělení popáleninové medicíny a rekonstrukční chirurgie – FN Ostrava

Každý rok je na oddělení popáleninové medicíny a rekonstrukční chirurgie ve Fakultní nemocnici Ostrava hospitalizováno v průměru 110 dětí, které jsou nejčastěji opařeny tekutinou a poměrná část z nich musí podstoupit chirurgickou léčbu popálených ploch. Samotná léčba popálenin je zdoluhavá a bolestivá. Zároveň negativně působí na psychiku a sociální interakci celé rodiny. A proto ve spolupráci s Ostravskou univerzitou a její Univerzitou PRO vznikl v roce 2021 workshop První pomoc: popáleniny. Díky tomuto projektu si mohou učitelé základních škol objednat lektorku – dětskou sestru z Oddělení popáleninové medicíny a rekonstrukční chirurgie, která přijede za dětmi do školy.

Interaktivní edukační program děti zábavnou formou seznámí s prevencí popálenin, opaření, úrazu elektrickým proudem, poleptání chemikáliemi či s prevencí úrazu zářením. Děti také získají informace o mechanismu úrazu, budou umět popáleninu zhodnotit dle rozsahu i místa



poranění, rozpoznají hloubku popálení a naučí se základy laické první pomoci při tomto úrazu a sami si budou moci zinscenovanou popáleninu během workshopu ošetřit.

Světová zdravotnická organizace apeluje na zvyšování povědomí v prevenci a poskytování laické první pomoci u popálenin. Prostřednictvím tohoto workshopu mohou samy děti takto nově získané vědomosti uplatňovat nejen v běžném životě, ale také zvládnou šířit prevenci a první pomoc u popálenin dále mezi své kamarády či rodinu.

EVIDENCE ZDRAVOTNICKÝCH PROSTŘEDKŮ VE FN OSTRAVA

Horelová H. ¹, Polanská A. ², Tvrдый J. ³

¹ Vrchní sestra Chirurgické kliniky FN Ostrava

² Náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči FN Ostrava

³ Vedoucí odboru IT aplikací a uživatelské podpory FN Ostrava

Abstrakt: Rádi bychom vám představili praktické zkušenosti s plněním zákonem stanovených povinností poskytovatele zdravotních služeb při používání a evidenci zdravotnických prostředků ve smyslu zejména ustanovení §39 a násl. Zákona č. 375/2022 Sb., o zdravotnických prostředcích a diagnostických zdravotnických prostředcích in vitro a prováděcích předpisů k tomuto zákonu.

Na základě těchto zákonných požadavků pro zajištění poskytování zdravotní péče vhodnými, bezpečnými a účinnými zdravotnickými prostředky bylo do provozu Fakultní nemocnice Ostrava zavedeno načítání zdravotnických prostředků pomocí UDI. Za použití identifikačních náramků jsme docílili elektronickou evidenci těchto přístrojů u jednotlivých pacientů ve zdravotnické dokumentaci NIS. Obsluha přístroje načte scannerem náramek pacienta a přístroj, který je rovněž opatřen čárovým kódem. Tyto údaje se spolu s datem přenášejí do definovaného úložiště. Benefit je definován úsporou v množství spotřebovaného papíru, eliminací chybovosti a zvýšením komfortu při zadávání potřebných údajů. Pilotně proběhlo načítání zdravotnických prostředků na pracovišti jednotky intenzivní péče Chirurgické kliniky Fakultní nemocnice Ostrava. Následně byla zmíněna evidence zavedena do provozu celé FN Ostrava.

ETIKA V PRAXI NEMOCNIČNÍHO ZAŘÍZENÍ

Rothová M.

Dětská chirurgie-dětské úrazové centrum, Masarykova nemocnice Ústí nad Labem

Cíl sdělení: Etika ve zdravotnickém zařízení se řídí stejnými zákonitostmi jako etika obecně, je nedílnou součástí běžné zdravotnické praxe a má úzký vztah k právu.

Metody: Autorka prezentuje problematiku velkých i malých témat lékařské etiky. Rozpracovává specifické etické problémy, konkrétně povinnou mlčenlivost zdravotnických pracovníků, podávání informací o zdravotním stavu dětského pacienta, informovaný souhlas, právo na soukromí nebo téma komunikace s dítětem i zákonným zástupcem.

Závěr: Naše lidskost je etika.



BLOK IV. ZKUŠENOSTI V PÉČI O STOMII



MORBUS HIRSCHSPRUNG-OŠETROVATEL'SKEJ STAROSTLIVOSTI

Matejová S., Gajdošová D.

DFN sP Banská Bystrica, KDCH, Banská Bystrica, Slovensko

Abstrakt:

Autorka vo svojej prednáške približuje manažment starostlivosti o diéta s diagnózou M. Hirschsprung. Jedná sa o stanovenie diagnózy, pred - a po- operačnú starostlivosť o dieťa. Cieľom starostlivosti zdravotníckych pracovníkov je čo najrýchlejšie odstránenie problémov, umožnenie normálneho vyprázdňovania a navrátenie dieťaťa do domáceho prostredia.

Kľúčové slová: M. Hirshprung, diéta, predoperačná starostlivosť, pooperačná starostlivosť

MANAŽMENT KLYZMOVANIA DETÍ

Klužáková M., Uchál'ová J., Višňovcová N.

Klinika detskej chirurgie JLF UK a UNM, Martin, Slovensko

Klyzmovanie je jedným z najčastejších ošetrovateľských výkonov realizovaný počas hospitalizácie alebo v domácom prostredí. Ide o vpravenie tekutiny do konečníka a hrubého čreva na odstránenie retinovanej stolice a vypláchnutie čreva. Klyzma sa podáva pri obstipácii a ako príprava pred diagnostickými a operačnými výkonmi. Realizuje sa s cieľom podpory peristaltiky, stimulácie defekácie, vyprázdnenia hrubého čreva a aplikácie liečiva na sliznicu čreva. Najčastejšími používanými roztokmi na našom oddelení sú fyziologický roztok, mydlová voda a olej. Účinok klyzmy závisí od množstva roztoku, rýchlosti podávania roztoku, polohy, výšky umiestnenia irigátora, správnej veľkosti rektálnej rúrky a jej hĺbky zavedenia. Aj podávanie klyzmy má možné riziká. Môže dôjsť k poškodeniu sliznice, perforácii črevnej steny, poškodeniu sfinktera. Cieľom našej prednášky je priblížiť manažment klyzmovania u detí.

OŠETŘOVÁNÍ STOMÍÍ U NOVOROZENCŮ

Pokorná J., Juránková H.

FN Brno, Dětská Nemocnice, Pediatrická klinika, JIP pro novorozence, Brno

Abstrakt:

- Stručné představení JIP pro novorozence
- Typy stomií u novorozenců
- Ošetřování a postupy, nejčastější komplikace u novorozenců
- Kazuistika – ošetřování ileostomie u novorozence

DLOUHÁ CESTA K UZÁVĚRU STOMIE

Prcínová J.

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

Cíl: Následné pooperační řešení vrozené vývojové vady GIT– mnohočetné atrézie na tenkém střevě. Postupná rehabilitace střeva vedoucí k obnově pasáže GIT pomocí proplachů fyziologickým roztokem, mlékem a tráveninou. Edukace/zaučení rodičů v péči o stomii, o ČŽK a podávání domácí parenterální výživy.

Metodika: Sběr dat na základě sledování ošetřovaného pacienta v době hospitalizace a s odstupem v domácím prostředí.

Výsledky: Předpoklad smysluplné cílené adaptace střeva a obnovení jeho přirozené funkce.

Závěr: Úspěch tkví ve vzájemné spolupráci zdravotníka s rodiči, a to nejen během hospitalizace, ale i v rámci domácí péče.



ZKUŠENOSTI V PÉČI O DĚTSKOU STOMII, MALÉ ZÁZRAKY

Pupíková B., Malinová L.

Centrum dětské traumatologie a chirurgie, chirurgická klinika FN Ostrava

Stoma – pochází z řečtiny, přenesený význam pro ústa, otvor, vývod, vyústění. Hovoříme o umělém vyústění dutého orgánu na přední stěnu břišní. V našem případě se budeme věnovat tématice stomií gastrointestinálního traktu u dětského pacienta, neboť i děti se tato problematika týká. Uměle vytvořené stomie gastrointestinálního traktu dělíme na ileostomie, kolostomie, dělené či nedělené. Co do délky trvání pak hovoříme o stomii dočasné, kdy je nezbytně nutné provést ihned odlehčení gastrointestinálního traktu, po zvládnutí akutní situace pak obnovení přirozené kontinuity střevní. Nebo pak trvalé, kdy není předpoklad obnovení kontinuity GIT a dítě má stomii natrvalo. Co se týče prognózy, ta je plně závislá na charakteru onemocnění, procesu a výsledku léčby, celkovému stavu dítěte.

Mezi příčiny založení – vytvoření stomie u malého pacienta řadíme vrozené vývojové vady konečníku, poruchy rotace, střevní agangliózy, u dětí s nízkou porodní hmotností pak rozvinutá enterokolitida s peritonitidou, zánětlivá onemocnění střev a jejich komplikace, úporná zácpa, v neposlední řadě jsou pak příčinou úrazy, vzácně nádorová onemocnění.

Stomická péče o děťátko musí být komplexní, prolínající se různými obory. Je nutné mít na paměti,

že důležitou úlohu hraje věk dítěte. Péče o děťátko kojeneckého věku, či dítě již starší, je velmi náročná, má svá specifika a musí vycházet z potřeb dítěte daného věku. Kvalitní péče o dětskou stomii nezahrnuje jen předávání teoretických informací, praktické návčiny výměn jímacího systému, ale také podporovat rodiče, děti samotné. V péči o dětskou stomii je nutné, aby sestra pracovala s empatií, klidem, rozvahou, respektovala intimitu dítěte, věnovala všem dostatečné množství času, vyčkala na zpětnou vazbu jak dítěte, tak rodičů.

U dětské stomie se můžeme setkat s mnohými komplikacemi ať časnými (v brzkém pooperačním období), nebo pozdními, které jsou zachyceny při kontrolách na stomické poradně pro děti. Jde o stenózy stomie, prolapsy stomie, parastomální hernie, krvácení, otok, polypy na sliznici. Mezi poměrně velmi časté komplikace řadíme macerace, různá poškození peristomální oblasti ragádami, dermatitidou, a to díky podtékání stolice pod podložku. Vždy musíme myslet na to, že dětský pacient má kůži velmi citlivou, náchylnou k poškození.

Počátek péče začíná již v krátkém pooperačním období, kdy je nutné sledovat vývod samotný, jeho okolí, charakter stolice, adekvátně zvolit vhodnou pomůcku. U dětí velmi malých ke stomii přistupujeme asepticky – jako k operační ráně. Jestliže dojde k vylučování střevního výměšku, je nutné zvolit vhodný typ jímacího systému. Sestra volí sáčky s výpustí, neboť stolice je řídká, kašovitá. U dětí starších pak dle typu stomie, jde-li o ileostomii (vyústění tenkého střeva) nebo kolostomii (vyústění tlustého střeva). K péči o stomii a peristomální oblast máme možnost využívat kvalitní příslušenství mnoha firem, které jsou na našem trhu.

Velký důraz klademe na komunikaci, sestra by měla volit vhodnou komunikační strategii. Jde hlavně

o specifický přístup k rodičům, mnohdy může být situace stresující a vypjatá. Rodiče mají obavy o zdraví svého dítěte, jde o změnu tělesného obrazu, změnu ve vyprazdňování, tedy změnu tělesné funkce. Často mají obavy, že svému dítěti mohou ublížit.

Formou kazuistik představíme individuální péči a přístup k dětské stomii, různá úskalí péče, multioborovou spolupráci. Kdy je nezbytně nutná spolupráce lékař – sestra, kdy je mnohdy nutné zvládnout náročnost situace, kdy se musíme opřít a nechat prolínat poznatky současné moderní medicíny a trendy ošetrovatelské péče. Učit se předvídat, rychle reagovat na změnu a přizpůsobit se nové situaci.



Cílem péče o dětského pacienta se stomií je zajistit všemi dostupnými prostředky kvalitní péči, návrat k běžnému způsobu života dítěte a jeho rodiny, umět zvládnout a efektivně řešit komplikace.

ZDROJE:

DRLÍKOVÁ, Kateřina, Veronika ZACHOVÁ a Milada KARLOVSKÁ. Praktický průvodce stomika. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN isbn978-80-247-5712-4.

JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.1.

LÚČAN, J. *Stómie a stomici*. Turany: P+M, 2011. 219 s. ISBN 978-80-89410-11-8.

OTRADOVCOVÁ, I., KUBÁTOVÁ, L. et al. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. Praha: Galén, 2006 54 s. ISBN 80-7262-432-6.

SIKOROVÁ, Lucie. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3593-1.

ŠNAJDAUF, J., ŠKÁBA, R. Dětská chirurgie. In ZEMAN, M., KRŠKA, Z. *Speciální chirurgie*. Praha: Galén, 2014. s. 437-469. ISBN 987-80-7492-128-5.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1262-8.

ZACHOVÁ, V. et al. *Stomie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 200 s. ISBN 978-80-247-3256-5.

KOMPLIKACE U STOMIÍ DĚTSKÝCH PACIENTŮ

Zamykalová H.

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

Cíl sdělení: Sdělení je zaměřeno na možnosti vzniku komplikací u stomií. Cílem mé přednášky je sdělit, jak těmto komplikacím předcházet, a to správnými ošetrovatelskými postupy v pooperační době a následně i v průběhu domácí péči. Poukazuji i na nesprávné postupy v ošetrování.

Metodika: Sběr dat získaných na základě informací a zkušeností v péči o pacienty se stomií ve věku od narození do 19 let. Před operací, po operaci a poté v ambulantní péči.

Výsledky: Minimalizace vzniku komplikací u stomií v pooperační době, v průběhu hospitalizace a v následné domácí péči.

Závěr: Spokojený pacient se stomií, který žije plnohodnotný život ve své rodině a v kolektivu svých vrstevníků.



RYCHLOST A PRECIZNOST



Vylepšená adaptivní tkáňová technologie, která aktivně ovládá zahřívání čepele na nižší maximální teplotu**



Rychlost transekcce je statisticky vyšší než HARMONIC™ ACE+7* pro krátkou expozici tkáně^{2,3,6-8†}



Přesnější dísekcce se zahnutou a zúženou špičkou^{3,4,9‡}

HARMONIC™ 1100

Rychlá transekcce, přesná dísekcce a vylepšené ovládání teploty^{1,5*}

Nůžky Harmonic 1100 Ethicon

- nástroj, nůžky HARMONIC 1100, je indikován pro fezy v měkkých tkáních, když je potřeba kontrolovat kvácení a zajistit minimální termální zranění. Nástroje lze používat jako doplněk nebo náhradu za elektrochirurgii, lasery a ocelové skalpely během výkonů v rámci celkové obecné chirurgie, pediatrie, gynekologie, urologie, hrudní chirurgie a uzavírání a transekcce lymfatických cév
- Nástroje umožňují koagulaci cév až do průměru 7 mm včetně, a to s využitím tlačítka energie s pokročilou hemostázou
- Nástroj nůžky HARMONIC 1100 je sterilní nástroj pro použití u jediného pacienta, který lze použít pro rozřezání, uchopení tkáně, koagulaci a řezání tkáně mezi čepelí a upínacím ramenem. Skládá se z ergonomické rukojeti s integrovaným ručním dílem a dvěma tlačítky pro napájení energie
- Kontraindikace: Nástroje nejsou určeny pro řezání kostí a pro antikoncepční okluzi
- Nežádoucí účinky: rizika spojená s ultrazvukovými zařízeními zahrnují potenciální kvácení nebo poranění tkáně mechanickým nebo termálním poškozením, dále zavedení nesterilních povrchů nebo přenos patogenů, zánětlivou nebo nežádoucí reakci tkáně, úraz elektrickým proudem, nekompatibilitu magnetické rezonance nebo cizího tělesa či poškození majetku nebo prostředí
- Varování: minimálně invazivní procedury by měly provádět pouze osoby, které jsou odpovídajícím způsobem zškoleny v technikách minimální invazivní chirurgie
- Varování: Zamazte kontakt se všemi kovovými nebo plastovými nástroji nebo předměty, když je nástroj aktivován
- Nástroj nůžky HARMONIC 1100 jsou určeny výlučně pro použití se softwarem generátoru GII (GENT)
- Skladování : udržuje v suchu, teplota $\leq +30\text{ }^\circ\text{C}$, relativní vlhkost: 10% - 65%
- Další důležité a doplňující informace naleznete v návodu k použití

Reference:

Referencas 1. Ethicon, PRC74432B, Buccaneer Energy Button Vessel Claims, April 2016, Data on File (176074-210823, 117220-210514) 2. Ethicon, PRC094080B, Scarlet DV- Vessel Transection Speed (and Burst Pressure), March 2020, Data on File (176074-210823, 173359-210409, 117220-210514) 3. Ethicon, SCND75090A, Scarlet With Physical Equivalence memo, April 2020, Data on File (176074-210823, 176071-210705, 173359-210409, 173360-210409, 118720-210705, 117222-210705, 117220-210514) 4. Ethicon, PRC095370C, Project Scarlet: Blade Temperature, May 2020, Data on File (176074-210823, 173361-210409, 173359-210409) 5. Ethicon, P5P004888A, HARMONIC™ HD 1000I Open Shears (HARHD20) and HARMONIC™ HD 1000I Laparoscopic Shears (HARHD36): Design Verification Acute Study in the Pig, March 2016, Data on File (176074-210823, 173360-210409) 6. Ethicon, PRC74432B, Buccaneer Energy Button Vessel Claims, April 2016, Data on File (173359-210409) 7. Ethicon, PRC092654A, Buccaneer Harmonic Burst Pressure Investigation, Nov 2019, Data on File (173359-210409, 117222-210705, 117220-210514) 8. Ethicon, PRC05292A, Vic - transection time evaluation with surgeons, June 2011, Data on File (173359-210409, 117222-210705) 9. Welling AL et al, Superior dissecting capability of a new ultrasonic device improves efficiency and reduces adhesion formation, Glob Surg. 2017;3(1):1-5 (173360-210409)



- * V porovnání s nůžkami HARMONIC™ ACE+7, jak dokazují technické a praktické studie
- † V porovnání s předchozími generacemi přístroje HARMONIC™
- ‡ Na základě srovnávací studie s prasecími cévami o průměru 3-5 mm
- § Na základě praktického hodnocení
- ¶ Na základě srovnávací studie s prasecími kromičími paprsky o průměru 5-7 mm. (Tlak při prasknutí 1878 mmHg)
- ** Na základě srovnávací studie, která prokázala, že nůžky HARMONIC™ 1100 mají významně nižší maximální teplotu čepele než Harmonic HD 1000I po 15 transekcích
- ‡ Na základě testování při úrovni výkonu 5
- § Na základě srovnávací studie, která prokázala, že nůžky HARMONIC™ 1100 mají významně nižší maximální teplotu čepele než Harmonic HD 1000I po 15 transekcích
- V porovnání s HARMONIC™ ACE+7
- V porovnání s nůžkami HARMONIC™ HD 1000I
- § Ve srovnávací studii porovnáující doby utesnění HARMONIC ACE+7 a HARMONIC HD1000I
- Nůžky HARMONIC HD1000I prováděly transekcce cév rychleji než HARMONIC ACE+7 (průměrná doba transekcce cév 9,86 sekund oproti 15,291 sekundám)
- ** Podle navržených a interních údajů o podílu na trhu

VIVA a.s.

DÁVÁME INOVACÍM ŽIVOT

NAVŠTIVTE NÁS
NA NAŠEM STÁNKU



DR. LANGER
MEDICAL

RICHARD
WOLF



spirit of excellence



Unikátní miniinvazivní instrumentárium 2 a 3,5 mm
v kombinaci s neuromonitorací Dr. Langer pro maximální
bezpečnost výkonu.

