Chirurgická klinika a Ortopedicko-traumatologická klinika
3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy
a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

pořádají

Vyhnánkovy traumatologické dny

13. – 14. března 2025
Praha, hotel Don Giovanni

Program kongresu / Sborník abstrakt

Generální partner a vystavovatel

MEDIN

Vystavovatelé

Arthrex, Baxter, BIONIK, BioSolution, G.P.S. Ofa, Johnson&Johnson MedTech, Linde, OLYMPUS

HŘEB HUMERÁLNÍ UZAMYKATELNÝ – NOVÁ GENERACE

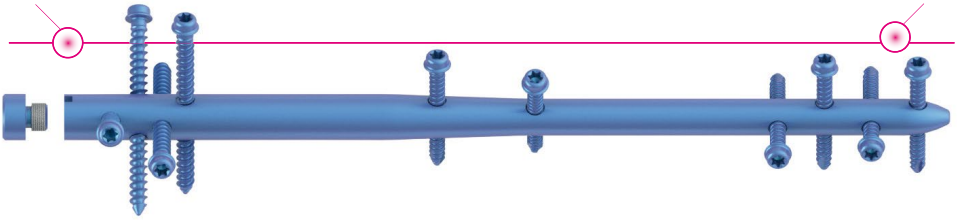
- Vložka z PEEK polymeru v proximální části hřebu.
- Otvory v proximální i distální části hřebu vedeny ve více rovinách pro maximální stabilní fixaci.
- Zajišťovací šrouby s plochou hlavou TORX.
- Inovované instrumentárium.
- Nová konstrukce špičky vrtáků zajišťuje lepší průnik do kosti.

VLASTNOSTI SYSTÉMU IMPLANTÁTU

- Materiál: titanová slitina (ISO 5832-3).
- Levá a pravá varianta hřebu, plná verze hřebu.
- Průměr proximální části hřebu: 10 mm.
- Průměr distální části hřebu: 7 nebo 8 mm.
- Délky hřebu: krátká varianta – 150 mm; dlouhá varianta – 190, 210, 230, 250, 270 a 290 mm.
- Zajišťovací šrouby s plochou hlavou v průměru 3,5 mm zesílené varianty a průměru 4 mm.
- Zátka ve 3 velikostech pro možnost prodloužení hřebu.

Fixace šroubů
uvnitř hřebu nikoliv v kosti pomocí vložky z PEEK polymeru umožňuje stabilní fixaci bez ohledu na kvalitu okolní kostní tkáně.

Zajištění hřebu
v různých rovinách umožňuje dobrou fixaci i v případě krátkých úlomků kosti.



HŘEB HUMERÁLNÍ UZAMYKATELNÝ KRÁTKÝ

HŘEB HUMERÁLNÍ UZAMYKATELNÝ DLOUHÝ

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

prodej@medin.cz
www.medin.cz

Vážené dámy a pánové,

vítáme Vás na „Vyhnánkových traumatologických dnech", které pořádá Chirurgická klinika a Ortopedicko-traumatologická klinika 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady.

Hlavními tématy kongresu jsou „Poranění parenchymatózních orgánů, poranění humeru, poranění cévního systému a multioborová spolupráce u traumat". Odborný program kongresu je sestaven jak z vyzvaných tak i přihlášených sdělení. Součástí odborného programu jsou přednášky mladých traumatologů. Odborná komise vyhodnotí nejzajímavější přednášku, která bude oceněna.

Našim cílem je uspořádat mezioborový kongres, který svojí odborností a rozsahem přispěje k širšímu přehledu a orientaci v mezioborové spolupráci, a především přispěje ke zkvalitnění profesní činnosti.

Věříme, že odborný program kongresu bude pro Vás přínosem jak po odborné tak i společenské stránce.

Přejeme příjemně strávené kongresové dny

prof. MUDr. Valér Džupa, CSc.
Ortopedicko-traumatologická klinika
3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

MUDr. Barbora Vyhnánková
Chirurgická klinika
3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

doc. MUDr. Zdeněk Šubrt, Ph.D.
Chirurgická klinika
3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

doc. MUDr. Zdeněk Šubrt, Ph.D.
Chirurgická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

prof. MUDr. Valér Džupa, CSc.
Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

MUDr. Barbora Vyhnánková
Chirurgická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

prof. MUDr. Martin Oliverius, Ph.D., FEBS
Chirurgická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

prof. MUDr. Peter Baláž, Ph.D., FEBS, MHA
Chirurgická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

MUDr. Jakub Štefka, MHA
Chirurgická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

prof. MUDr. Jiří Skála-Rosenbaum, Ph.D., MHA
Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

MUDr. Vladimír Frič, CSc.
Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

MUDr. Radek Bartoška, Ph.D.
Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

prof. MUDr. František Duška, Ph.D., AFICM, EDIC
Klinika anesteziologie a resuscitace 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

MUDr. Michal Fric
Klinika anesteziologie a resuscitace 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

prof. MUDr. Andrej Sukop, Ph.D.
Klinika plastické chirurgie 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

doc. MUDr. Robert Zajíček, Ph.D.
Klinika popáleninové medicíny 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Mgr. Zdeněk Juřena
Chirurgická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Mgr. Pavla Matyášková
Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Hlavní témata kongresu

Poranění parenchymatózních orgánů
Poranění humeru
Poranění cévního systému
Multioborová spolupráce u traumat
Přednášky mladých traumatologů

Organizační garant kongresu

SYMMA, spol. s r.o.
Aleš Martinek
Bohunická 133/50
619 00 Brno
Mobil: +420 607 650 654
E-mail: a.martinek@symma.cz
www.symma.cz

13. března 2025

9.00 – 14.00 hod	Registrace účastníků
	Kongresový sál II. patro **Lékařská sekce / sekce NLZP**
10.00 – 11.30 hod	Satelitní sympozium společnosti Medin, a.s. „Žeberní dlahy“
11.30 – 13.00 hod	Oběd
13.00 – 13.30 hod	**Slavnostní zahájení kongresu** **Vzpomínka na doc. MUDr. Františka Vyhnánka, CSc.**
13.30 – 15.20 hod	Přednáškový blok I. **Poranění parenchymatózních orgánů a plic**
15.20 – 15.40 hod	Coffee break / doprovodná výstava firem
15.40 – 17.10 hod	Přednáškový blok II. **Poranění cévního systému**
17.10 – 17.30 hod	Coffee break / doprovodná výstava firem
17.30 – 18.40 hod	Přednáškový blok III. **Poranění humeru**
20.30 – 24.00 hod	Společenský večer

14. března 2025

	Kongresový sál II. patro **Lékařská sekce**	**Kongresový sál I. patro** **Sekce NLZP**
8.30 – 10.30 hod	Přednáškový blok IV. **Sekce mladých traumatologů**	Přednáškový blok **Varia**
10.30 – 11.00 hod	Coffee break / doprovodná výstava firem	
11.00 – 12.30 hod	Přednáškový blok V. **Multioborová spolupráce u traumat**	

MUDr. Mousa Awies
Klinika popáleninové medicíny 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

prof. MUDr. Peter Baláž, Ph.D., FEB
Chirurgická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

doc. MUDr. Filip Burget, Ph.D.
I. chirurgická klinika-břišní, hrudní a úrazové chirurgie LF UK a Všeobecná fakultní nemocnice Praha

MUDr. Jiří Demel, Ph.D.
Klinika úrazové chirurgie a ortopedie Fakultní nemocnice Ostrava a LF OSU

MUDr. Veronika Dobešová
Krajská nemocnice Liberec, a.s., Traumatologicko-ortopedické centrum

MUDr. Tomáš Dupal
Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

MUDr. Jakub Fichtl, Ph.D.
Chirurgická klinika Fakultní nemocnice Plzeň

MUDr. Martin Frank, Ph.D.
Chirurgická klinika LF UK a Fakultní nemocnice Hradec Králové

MUDr. Vladimír Frič, CSc.
Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

MUDr. Michal Gregořík
I. chirurgická klinika LF UP a Fakultní nemocnice Olomouc

MUDr. Jan Hrubovčák
Chirurgická klinika Fakultni nemocnice Ostrava a LF OSU

MUDr. Josef Chudáček, Ph.D.
I. chirurgická klinika LF UP a Fakultní nemocnice Olomouc

MUDr. Petr Jelínek, MBA
Chirurgická klinika Fakultní nemocnice Ostrava a LF OSU

MUDr. Vojtěch Kalivoda
Chirurgická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

prof. MUDr. Jiří Klein, Ph.D.
Krajská nemocnice T. Bati, a.s., Chirurgické oddělení

MUDr. Tomáš Krejčí
1. chirurgická klinika II. LF UK a Fakultní nemocnice v Motole

MUDr. Roman Madeja, Ph.D.
Klinika úrazové chirurgie a ortopedie Fakultní nemocnice Ostrava a LF OSU

prof. MUDr. Jiří Moláček, Ph.D.
Lékařská fakulta v Plzni, Univerzita Karlova

MUDr. Robert Novotný, Ph.D.
Institut klinické a experimentální medicíny

MUDr. Jan Pazour, Ph.D.
Krajská nemocnice Liberec, a.s., Traumatologicko-ortopedické centrum

Professor Andrew B. Peitzman, MD
University of Pittsburgh, PA, USA

doc. MUDr. Radek Pohnán, Ph.D.
Chirurgická klinika, Ústřední vojenská nemocnice-Vojenská fakultní nemocnice Praha

MUDr. Ondřej Popelka

Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

MUDr. Martin Pribula
Chirurgická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

MUDr. Michal Reška
I. chirurgická klinika Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně a LF MU

MUDr. Martin Rezler
Nemocnice České Budějovice, a.s., oddělení úrazové chirurgie

MUDr. Karel Rupert, Ph.D.
Chirurgická klinika Fakultní nemocnice Plzeň

MUDr. Matěj Rychlý
NH Hospital a.s.

MUDr. Marek Szkorupa, Ph.D.
I. chirurgická klinika Fakultní nemocnice Olomouc

MUDr. Milan Šír, Ph.D.
Klinika úrazové chirurgie a ortopedie Fakultní nemocnice Ostrava a LF OSU

doc. MUDr. Karel Šmejkal, Ph.D.
Chirurgická klinika LF UK a Fakultní nemocnice Hradec Králové

MUDr. Jiří Švec, Ph.D.
Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

doc. MUDr. Jan Trlica, Ph.D.
Chirurgická klinika LF UK a Fakultní nemocnice Hradec Králové

MUDr. Milan Urban
Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

MUDr. Pavol Vojtaník, Ph.D.
I. chirurgická klinika Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně a LF MU

MUDr. Adam Wechsler

I. chirurgická klinika Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně a LF MU

MUDr. Tomáš Zídek
Nemocnice České Budějovice, a.s., oddělení úrazové chirurgie

MUDr. Lukáš Žáčik
Fakultná nemocnica Trenčín, Klinka úrazovej chirurgie

9.00 – 14.00 hod **Registrace účastníků**

10.30 – 12.00 hod **Satelitní sympozium společnosti Medin, a.s.**
„Žeberní dlahy“
Předsednictvo: Chudáček J., Košábková B., Vyhnánková B.

12.00 – 13.00 hod **Oběd**

13.00 – 13.30 hod **Slavnostní zahájení**
Předsednictvo: Votava J., Widimský P., Moláček J., Pleva L., Džupa V., Šubrt Z., Gavlasová L.

Vzpomínka na doc. MUDr. Františka Vyhnánka, CSc. **10´**
Pleva L. (Ostrava)

13.30 – 15.20 hod **Přednáškový blok I.**
Poranění parenchymatózních orgánů a plic
Předsednictvo: Fichtl J., Oliverius M., Pleva L.

1. **Management of major liver injury** **30´**
   Peitzman A. (Pittsburgh, USA)
2. **Poranění jater, zkušenosti FN Plzeň: Je klasická tamponáda jater jedinou možností léčby či máme dnes i jiné bezpečné alternativy?** **10´**
   Fichtl J., Skalický T., Mach Ch., Moláček J. (Plzeň)
3. **Poranění pankreatu** **10´**
   Rupert K., Pálek R., Kural T., Liška V., Skalický T., Moláček J. (Plzeň)
4. **20 let zkušeností s operační léčbou poranění dutiny břišní** **10´**
   Šír M., Pleva L., Vávra P., Dostalík J., Klvaňa P., Jonszta T., Procházka V. (Ostrava)
5. **Tupá poranění průdušnice** **10´**
   Klein J., Žuffa P., Tolmáči B. (Zlín)
6. **Stabilizace hrudníku u traumat a rozsáhlých resekcí hrudní stěny** **10´**
   Reška M., Konečný J., Chovanec Z., Peštál A., Veverková L., Penka I. (Brno)
7. **Operační léčba traumatu hrudní stěny – proč, kdy a jak?** **10´**
   Pohnán R. (Praha)

Diskuze

15.20 – 15.40 hod **Coffee break / doprovodná výstava firem**

15.40 – 17.10 hod **Přednáškový blok II.**
Poranění cévního systému
Předsednictvo: Baláž P., Frank M., Moláček J.

8. **Vaskulární poranění z pohledu doporučení ESVS 2025** **10´**
   Baláž P. (Praha)
9. **Traumatologie cévního systému ve 21. století – pohled vysokoobjemového traumacentra** **10´**
   Moláček J. (Plzeň)

10. Management cévního poranění z pohledu úrazového chirurga 10´
Frank M., Šmejkal K., Trlica J. (Hradec Králové)

11. Endovascular Repair of Type-B Aortic Dissection Complicated by Complete Tear of The External Iliac Artery 10´
Novotny R., Kudla M., Kovac J., Juchelka J., Kostrouch D., Ruzicka P., Sutoris K., Pavlik M., Adla T., Fronek J., Janousek L. (Praha)

12. Mezioborová spolupráce traumacentra a komplexního kardiovaskulárního centra Nemocnice České Budějovice, a.s., u pacientů s poraněním srdce a cév, hrudní stěny a plic 10´
Rezler M., Kurfirst V., Rychlík J., Mokráček A., Kloub M. (České Budějovice)

13. Iatrogenní poranění po endovaskulárních výkonech a jejich management 10´
Pribula M., Baláž P. (Praha)

14. Poranění a. poplitea projektilem u ukrajinské dívky 10´
Jelínek P. (Ostrava)

Diskuze

17.10 – 17.30 hod Coffee break / doprovodná výstava firem

17.30 – 18.40 hod Přednáškový blok III.
Poranění humeru
Předsednictvo: Burget F., Frič V., Šmejkal K.

15. Význam artroskopie v akutním ošetření úrazu ramenního kloubu dospělých 10´
Vojtaník P. (Brno)

16. Srovnání výsledků reverzní náhrady ramena v plánované a akutní traumatologické indikaci 10´
Popelka O., Frič V., Marvan J., Luňáček L. (Praha)

17. Použití fibulárního alloštěpu při řešení poruchy hojení u zlomenin humeru – kazuistiky 10´
Šmejkal K. (Hradec Králové)

18. FRI při zlomeninách v oblasti ramenního pletence 10´
Zídek T., Kloub M., Doležalová Hrubá M. (České Budějovice)

19. Využití Masqueletovy techniky při řešení infikovaného pakloubu proximální diafýzy humeru 10´
Burget F., Kraus J. (Praha)

20. Septické komplikace reverzních náhrad ramenního kloubu 10´
Frič V., Popelka O., Marvan J., Luňáček L. (Praha)

Diskuze

20.30 – 24.00 hod Společenský večer

Klinika úrazové chirurgie a ortopedie
Fakultní nemocnice Ostrava a LF OSU

pořádá

XVII. Ostravské traumatologické dny

22. – 24. října 2025

Rožnov pod Radhoštěm,
Beskydský hotel RELAX

www.otod.cz

8.30 – 10.30 hod **Přednáškový blok IV.**
Sekce mladých traumatologů
Předsednictvo: Douša P., Džupa V., Šubrt Z.

21. Naše zkušenosti se stabilizací hrudní stěny při zlomeninách žeber 10´
Gregořík M., Chudáček J., Szkorupa M., Hanuliak J., Klos D. (Olomouc)

22. Miniinvazívne ošetrenie traumatického poranenia a. thoracica interna po tupom poranení hrudnej steny 10´
Žáčik L., Mišák M., Ridoško J. (Trenčín)

23. Ruptura jater při HELLP syndromu s následnou urgentní transplantací jater – kazuistika 10´
Wechsler A., Reška M., Týchová A., Vejmělek A., Ondrášek J., Penka I. (Brno)

24. Poranění tenkého střeva v rámci polytraumatu 10´
Kalivoda V., Šubrt Z. (Praha)

25. Poranění axilární tepny jako následek tupého poranění ramene 10´
Dobešová V., Uhrin A., Stankoviansky P., Pazour J. (Liberec)

26. Osteosyntéza pánvy komplikovaná iatrogenným krvácaním z ilickej žily 10´
Hrubovčák J., Jelínek P., Douša P., Martínek L., Ječmínek V., Bialy Ľ. (Ostrava)

27. Hematom m. iliopsoas – naše zkušenost 10´
Dupal T., Macák D., Marvan J. (Praha)

28. Porovnání metod osteosyntézy intrakapsulárních zlomenin krčku kosti stehenní pomocí FNS a DHS – prospektivní klinická studie 10´
Švec J., Skála-Rosenbaum J., Bartoška R. (Praha)

29. Patologické zlomeniny a ložiska proximálního femuru 10´
Urban M., Luňáček L., Skála-Rosenbaum J. (Praha)

30. Fázované ošetření otevřené multietážové zlomeniny bérce – kazuistika 10´
Rychlý M. (Hořovice)

31. Severe degloving injury – multidisciplinary burn care 10´
Awies M., Stonová C., Zajíček R. (Praha)

10.30 – 11.00 hod **Coffee break / doprovodná výstava firem**

11.00 – 12.30 hod **Přednáškový blok V.**
Multioborová spolupráce u traumat
Předsednictvo: Demel J., Pazour J., Trlica J.

32. Multioborová spolupráce při kultivaci traumasystému traumacentra FN Hradec Králové 10´
Trlica J., Dědek T., Kočí J., Šmejkal K., Frank M. (Hradec Králové)

33. ATLS protokol na ÚP a KÚCHO FNO 10´
Demel J., Bílek J., Douša P. (Ostrava)

34. Tragický rok 2008 – duben Vřesina, srpen Studénka – rozbor hromadných neštěstí 10´
Madeja R., Viskupič M., Měrka O., Douša P. (Ostrava)

35. Mezioborová spolupráce u penetrujícího poranění hrudníku roxorovou tyčí **10´**
Chudáček J., Kaláb M., Zborovjan P., Sychra P., Babuščák J., Klementová O. (Olomouc)

36. Multioborová spolupráce u iatrogenního poranění hrudní trachey **10´**
Szkorupa M., Chudáček J., Hanuliak J., Jakubec P., Šimek M., Šiška D., Klos D. (Olomouc)

37. Kombinované střelné poranění jako následek teroristického činu **10´**
Krejčí T., Pazdírek F., Drábek J., Stolz A. (Praha)

38. Polytrauma s míšní lézí – specifika multioborové péče s ohledem na přítomnost poranění míchy **10´**
Pazour J., Vimmerová I., Šrám J. (Liberec)

Diskuze

12.30 hod **Zakončení kongresu**
Předsednictvo: Douša P., Džupa V., Šubrt Z.

9.30 – 10.30 hod Přednáškový blok I.

Předsednictvo: Matyášková P., Řehová M., Trnková I.

Prodloužený cyklovíkend s kamarády – kazuistika *Švejcarová V. (Praha)*	**10´**
Management léčby bolesti u pacientů po operačním výkonu *Jančová K. (Praha)*	**10´**
Pohled na léčbu bolesti z praxe očima sestry APS *Šedivá P. (Praha)*	**10´**
Dvakrát humerus a co dál? *Řehová M., Martynková D. (Ostrava)*	**10´**
Roky na úrazovce *Tománková L., Málková I. (Praha)*	**10´**

Místo konání

Don Giovanni Hotel Praha, Vinohradská 2733/157a, 130 00 Praha 3

Registrační poplatky	**platba převodem**	**na místě**
Lékař	Kč 3 450,- / EUR 135,-	Kč 3 850,- / EUR 151,-
NLZP	Kč 2 850,- / EUR 112,-	Kč 3 250,- / EUR 135,-

V registračním poplatku je zahrnuto vstupné na kongres, občerstvení v průběhu akce, 1 x oběd, vstupenka na společenský večer, kongresové materiály a DPH.

Registrace účastníků

13. března 2025 9.00 – 14.00 hod

14. března 2025 8.30 – 10.00 hod

Registrující osoby Vám rádi zodpoví Vaše event. dotazy.

Oběd

Obědy formou buffet se vydávají v hotelové restauraci dne 13. března 2025 od 11.30 do 13.00 hod oproti stravenkám, které obdržíte při registraci. Cena oběda je zahrnuta v registračním poplatku.

Společenský večer

Společenský večer formou rautu se koná dne 13. března 2025 od 20.30 hod v hotelu Don Giovanni. Cena vstupenky je zahrnuta v registračním poplatku. Oblečení neformální.

Doprovodná výstava

Doprovodná výstava firem bude probíhat v těsné blízkosti přednáškového sálu.

V prostorách doprovodné výstavy bude umístěno občerstvení pro účastníky.

Akreditace

Kongres je zařazen v centrální evidenci vzdělávacích akcí České lékařské komory a je ohodnocen 10 kredity za účast. Certifikáty budou zaslány všem účastníkům e-mailem po ukončení akce do 3 pracovních dnů.

Informace pro přednášející

Audiovizuální technika

- Dataprojektor
- Notebook
- Bezdrátová myš včetně laserpointu
- Náhledový monitor

Techniku je možné si vyzkoušet před zahájením kongresu nebo v průběhu přestávek.

Technická obsluha bude k dispozici po celou dobu konání kongresu.

Prezentace

Prezentace, které od Vás převezme technik v přednáškovém sále, prosíme dodat na USB Flash disku.

SAVE THE DATE September 11.-12. 2025, Liberec - Registration open January 2025
ANNUAL MEETING OF THE CZECH SOCIETY FOR 3D PRINTING IN MEDICINE
3D
www.3Dmedicalprint.cz

Sborník přednášek

Abstrakta neprošla jazykovou úpravou.

NOVÁKOVY XXI. TRAUMATOLOGICKÉ DNY 2025

Národní kongres České společnosti pro úrazovou chirurgii s mezinárodní účastí.

S doprovodnou výstavou zdravotnické techniky a farmacie.

Brno, hotel International

17.–19. září 2025

Obsah

Management of major liver injury 21

Poranění jater, zkušenosti FN Plzeň: Je klasická tamponáda jater jedinou možností léčby či máme dnes i jiné bezpečné alternativy? 22

Poranění pankreatu 23

20 let zkušeností s operační léčbou poranění dutiny břišní 24

Tupá poranění průdušnice 25

Stabilizace hrudníku u traumat a rozsáhlých resekcí hrudní stěny 26

Operační léčba traumatu hrudní stěny – proč, kdy a jak? 27

Vaskulární poranění z pohledu doporučení ESVS 2025 28

Traumatologie cévního systému ve 21.století – pohled vysokoobjemového traumacentra 29

Management cévního poranění z pohledu úrazového chirurga 30

Endovascular Repair of Type-B Aortic Dissection Complicated by Complete Tear of The External Iliac Artery 31

Mezioborová spolupráce traumacentra a komplexního kardiovaskulárního centra Nemocnice České Budějovice, a.s. u pacientů s poraněním srdce a cév, hrudní stěny a plic 32

Iatrogénní poranění po endovaskulárních výkonech a jich managment 33

Poranění a. poplitea projektilem u ukrajinské dívky 34

Význam artroskopie v akutním ošetření úrazu ramenního kloubu dospělých 35

Srovnání výsledků reverzní náhrady ramena v plánované a akutní traumatologické indikaci 36

Použití fibulárního alloštěpu při řešení poruchy hojení u zlomenin humeru - kazuistiky 37

FRI při zlomeninách v oblasti ramenního pletence 38

Využití Masqueletovy techniky při řešení indikovaného pakloubu proximální diafýzy humeru 39

Septické komplikace reverzních náhrad ramenního kloubu 40

Naše zkušenosti se stabilizací hrudní stěny při zlomeninách žeber 41

Miniinvazívne ošetrenie traumatického poranenia a. thoracica interna po tupom poranení hrudnej steny 42

Ruptura jater při HELLP syndromu s následnou urgentní transplantací jater - kazuistika 43

Poranění tenkého střeva v rámci polytraumatu 44

Poranění axilární tepny jako následek tupého poranění ramene 45

Osteosyntéza pánvy komplikovaná iatrogenným krvácaním z ilickej žily 46

Hematom m. iliopsoas - naše zkušenost 47

Porovnání metod osteosyntézy intrakapsulárních zlomenin krčku kosti stehenní pomocí FNS a DHS – prospektivní klinická studie 48

Patologické zlomeniny a ložiska proximálního femuru 49

Kazuistika - Fázované ošetření otevřené multietážové zlomeniny bérce 50

Severe degloving injury – multidisciplinary burn care 51

Multioborová spolupráce při kultivaci traumasystému traumacentra FN Hradec Králové 52

ATLS protokol na UP a KÚCHO FNO 53

Tragický rok 2008–duben Vřesina, srpen Studénka – rozbor hromadných neštěstí 54

Mezioborová spolupráce u penetrujícího poranění hrudníku rotorovou tyčí 55

Multioborová spolupráce u iatrogenního poranění hrudní trachey 56

Kombinované střelné poranění jako následek teroristického činu 57

Polytrauma s míšní lézí – specifika multioborové péče s ohledem na přítomnost poranění míchy 58

Management of major liver injury
Peitzman A.

Poranění jater, zkušenosti FN Plzeň: Je klasická tamponáda jater jedinou možností léčby či máme dnes i jiné bezpečné alternativy?

Fichtl J., Skalický T., Mach Ch., Moláček J.

Chirurgická klinika Fakultní nemocnice Plzeň a LF UK

Úvod: Poranění jater představuje závažnou traumatologickou diagnózu. Tato nosologická jednotka má přes rychlý transport, kvalitní včasnou diagnostiku a moderní přístrojové vybavení, stále vysokou mortalitu (5-10%). Nejčastějšími příčinami vzniku jsou dopravní nehody, pády z výše a působení přímého násilí (např. kriminální trauma). Dalším možným mechanismem jsou tzv. sportovní traumata, tedy poranění jater způsobené při sportu. Incidence těchto poranění během let postupně narůstá. Pacienti s podezřením na poranění jater by měli být transportováni přednostně do traumatologických center.

Metodika: Retrospektivně jsme zhodnotili soubor hospitalizovaných pacientů na Chirurgické klinice Fakultní nemocnice Plzeň s traumaty jater. Sledovali jsme období posledních pěti let (2019-2024). Chceme prezentovat zejména nemocné, kteří byli léčeni operačně. Snahou je ukázat na mírnou změnu při našem postupu provádění tamponády jater v posledních letech.

Závěr: Diagnostika, léčba a základní ošetření poranění jater by měla spadat do znalostí všeobecného chirurga, přesto větší poranění (III. a více stupňů dle Moora) patří minimálně do traumatologických center, ideálně se zkušenostmi s jaterní chirurgií.

Poranění pankreatu

Rupert K., Pálek R., Kural T., Liška V., Skalický T., Moláček J.
Fakultní nemocnice Plzeň a LF UK

Úvod: Poranění pankreatu jsou poměrně vzácná a jejich diagnostika je mnohdy nesnadná. Zejména jejich pozdní odhalení a prodlení v zahájení adekvátní terapie pak může vést k progresi do závažného stavu s ohrožením života zraněného.

Metodika: Do souboru byli zařazeni pacienti s poraněním pankreatu v letech 2005-2023. Hodnocen byl mechanismus poranění, forma diagnostiky a její případné opoždění, závažnost poranění dle skórovacího systému AAST (American Association for Surgery of Trauma), léčba poranění a případné komplikace.

Výsledky: Za uvedené období bylo na pracovišti hospitalizováno 31 pacientů s prokázaným poraněním pankreatu (z toho 18 mužů a 13 žen), v 5 případech se jednalo o děti ve věku do 15 let Jasně dominovala tupá poranění (27), ke kterým nejčastěji vedly pády či dopravní nehody. Pouze ve 4 případech se jednalo o penetrující poranění. U většiny zraněných byla zaznamenána další sdružená poranění (25 pacientů) a pouze u 6 pacientů se jednalo o monotrauma pankreatu. U 11 pacientů bylo trauma pankreatu diagnostikováno déle než v den přijetí. Konzervativně bylo vyřešeno poranění u 16 pacientů, ovšem 9 z těchto pacientů podstoupilo laparotomii pro jiná sdružená poranění. Zbylých 15 pacientů bylo operováno pro poranění pankreatu a u 5 z nich byl nutný více než 1 operační zákrok. U žádného z pacientů nevedlo poranění pankreatu k úmrtí. Autoři uvádějí 3 kazuistiky poranění slinivky břišní, na kterých dokumentují diagnostické a léčebné postupy u těchto velmi závažných traumat.

Závěr: Na mortalitu tohoto onemocnění má vliv mnoho faktorů, především věk zraněného, závažnost poranění, délky šoku, eventuelní přidružená traumata, časnost stanovení diagnózy a správnost léčby.

Klíčová slova: poranění slinivky břišní – diagnostika - léčba

20 let zkušeností s operační léčbou poranění dutiny břišní

Šír M.[1,2], Pleva L.[1,2], Vávra P.[3], Dostalík J.[3], Klvaňa P.[5], Jonszta T.[4], Procházka V.[4]

Klinika úrazové chirurgie a ortopedie Fakultní nemocnice Ostrava a LF OU[1]

Ústav medicíny katastrof Lékařské fakulty Ostravské univerzity [2]

Chirurgická klinika Fakultní nemocnice Ostrava a LF OU[3]

Ústav radiodiagnostický Fakultní nemocnice Ostrava a LF OU[4]

Oddělení gastroenterologie, metabolismu a výživy Fakultní nemocnice Ostrava a LF OU[5]

Úvod: Na traumatologickém centru FN Ostrava jsme se od jeho založení věnovali kromě skeletální traumatologie i traumatologii dutiny břišní.

Cíl: Poukázat na rozvoj břišní traumatologie v posledních 2 dekádách s využíváním moderních metod DCS, léčby KS břicha, radiologických intervenčních metod, VAC terapie. Současně se i zmínit o rozsáhlé přednáškové činnosti ve spolupráci s doc. Františkem Vyhnánkem.

Metodika: Soubor téměř 600 operovaných pacientů pro poranění dutiny břišní operovaných v TC Ostrava. V souladu se zahraničními statistikami jsme nejčastěji ošetřovali poranění sleziny, jater a střev s jejími závěsy. Kazuistiky jednotlivých pacientů.

Tupá poranění průdušnice

Klein J., Žuffa P., Tolmáči B.
Krajská nemocnice T.Bati, a.s., Zlín
Fakultní nemocnice Olomouc

Tracheobronchiální poranění jsou vzácná, činí 1-3 % všech traumatických příhod. Přibližně ¾ penetrujících poranění se vyskytují v krční oblasti, obvykle s poraněním dalších struktur. Podobná procenta vykazují tupá poranění v blízkosti bifurkace průdušnice. Nepenetrující poranění mají 2 hlavní příčiny: direktní kompresi krčních struktur v horní hrudní apertuře a decelerační mechanismus v rámci vysokoenergetických úrazů manifestujících se při bifurkaci průdušnice. Spolupůsobí přitom přetlak v dýchacích cestách daný kompresí hrudníku. Poranění průdušnice se projevují ztrátou hlasu, huhňavostí, podkožním emfyzémem a hemoptýzou za progredující dušnosti. Při poranění hlavních bronchů intrapleurálně se přidává pneumotorax na postižené straně. S výjimkou drobných lacerací, které se prezentují nevelkým pneumomediastinem bez dalších symptomů, je typickým řešením lacerací či transsekcí chirurgická reparace defektu či ztrátového poranění s případným ošetřením okolních struktur. Autoři na vybraných případech komentují problematiku první pomoci, zajištění dýchacích cest, chirurgického přístupu, techniku vlastní reparace a možné komplikace.

Stabilizace hrudníku u traumat a rozsáhlých resekcí hrudní stěny

Reška M., Konečný J., Chovanec Z., Peštál A., Veverková L., Penka I.
I. chirurgická klinika LF MU a Fakultní nemocnice u svaté Anny v Brně

Autoři prezentují svoje výsledky se stabilizací hrudní stěnu v akutních indikacích u traumat, dále u resekcí hrudní stěny u pacientů s onkologickou problematikou. V souboru jsou použity dlahy Matrix Rib, Stratos včetně nových implantátů s kloubovými adaptéry a samozřejmě inovované dlahy Medin.

Operační léčba traumatu hrudní stěny – proč, kdy a jak?

Pohnán R.
Ústřední vojenská nemocnice v Praze

Vaskulární poranění z pohledu doporučení ESVS 2025

Baláž P.

Cévní chirurgie, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Cévní poranění představují celosvětově významnou příčinu vysoké úrazové morbidity a mortality. Role cévních chirurgů, kteří by měli být nedílnou součástí komplexních traumacenter, je v léčbě těchto stavů klíčová. Příspěvek přináší nejzásadnější poznatky a doporučení Evropské cévní společnosti (ESVS) zaměřené na problematiku vaskulárních traumat v roce 2025.

Traumatologie cévního systému ve 21.století – pohled vysokoobjemového traumacentra

Moláček J. et al.

Chirurgická klinika LF a Fakultní nemocnice v Plzni

Autor prezentuje aktuální pohled na diagnostiku a léčbu poranění cévního systému pohledem traumacentra se spádem téměř 1 milion obyvatel. Zabývá se specifiky těchto závažných poranění i v kontextu nejnovějších doporučení.

Management cévního poranění z pohledu úrazového chirurga

Frank M., Šmejkal K., Trlica J.
Fakultní nemocnice Hradec Králové

Endovascular Repair of Type-B Aortic Dissection Complicated by Complete Tear of The External Iliac Artery

Novotný R., Kudla M., Kovac J., Juchelka J., Kostrouch D., Ruzicka P., Sutoris K., Pavlik M., Adla T., Fronek J., Janousek L.

Klinika transplantační chirurgie, Institut klinické a experimentální medicíny

Introduction: Endovascular repair is the treatment of choice for acuter type B aortic dissection. A constantly growing number of endovascular stent graft (SG) repairs in polymorbid patients results in more frequent serious periprocedural complications.

Case presentation: 74- years 74-year-old female patient was presented with a sudden acute onset of back pain. CTAG of the thoracic and abdominal aorta revealed a type-B aortic dissection from Th 5-6 to Th 12 with severe atherosclerotic infiltration of the iliac arteries. The patient was indicated for acute endovascular repair. Through the right common femoral artery (AFC), a first SG (Zenith Alpha 36/161) was implanted from the truncus coeliac upwards. A second SG was unable to pass through the iliac arteries. An angiography of the right iliac arteries revealed a leak into the right retroperitoneal space. The patient was hemodynamically stable. Therefore, a transfer to a hybrid OR was indicated with the sheet left intact in the right AFC. Under full anaesthesia, the common and external iliac arteries were dissected through right retroperitoneal access. The perioperative findings showed a complete tear of the right external iliac artery (AIE) compressed by the 18F sheet. After acute clamping of the EIA, a prosthetic AIE-AFC reconstruction was performed. Afterwards, a second SG (Zenith TX 2 40/117) was implanted through the prosthetic vascular reconstruction, ending just under the left subclavian artery. The postoperative period was complicated by the syndrome of incomplete transversal spine lesion and complicated healing of the wound in the right groin, requiring multiple VAC treatments. The patient was transferred to the Department of Neurology for further rehabilitation with good progress. After an 8-month follow-up, the patient could walk without assistance, and CTAG showed the good function of the SGs.

Conclusion: Endovascular SG repair of the thoracic aorta is an alternative to surgical repair, not without significant morbidity and mortality. Potentially lethal periprocedural complications may occur. Cooperation between interventional radiologists and cardiac and vascular surgeons is essential when tackling these complications.

Mezioborová spolupráce traumacentra a komplexního kardiovaskulárního centra Nemocnice České Budějovice, a.s. u pacientů s poraněním srdce a cév, hrudní stěny a plic

Rezler M.[1], Kurfirst V.[1], Rychlík J.[1], Mokráček A.[1], Kloub M.[2]

Oddělení kardiochirurgie, hrudní a cévní chirurgie, Nemocnice České Budějovice, a.s.[1]

Oddělení úrazové chirurgie, Nemocnice České Budějovice, a.s.[2]

Autoři ve svém sdělení prezentují a zdůrazňují úzkou spolupráci mezi Zdravotnickou záchrannou službou JIhočeského kraje (ZZS JčK), oddělením úrazové chirurgie (Traumacentrem) a oddělením kardiochirurgie, hrudní a cévní chirurgie (Komplexní kardiovaskulární centrum) při péči o úrazy s poraněním srdce, cév a hrudní stěny (plic). Tento koncept jednoznačně zlepšuje výsledky, snižuje morbiditu a mortalitu pacientů s těmito, často život ohrožujícími diagnózami. Prezentace je doplněna obrazovou dokumentací kazuistik.

Iatrogénní poranění po endovaskulárních výkonech a jich managment

Pribula M., Baláž P.

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Úvod: V posledních letech došlo k významnému nárůstu miniinvazivních endovaskulárních technik, s tím roste i počet asociovaných cévních komplikací. Bez ohledu na místo přístupu může dojít k arteriální perforaci nebo trombóze, která může ohrozit končetinu, respektive (resp.) může být fatální, pokud není management okamžitý. Včasné rozpoznání a rychlá léčba snižují morbiditu a mortalitu těchto komplikací.

Materiál a metody: Naše statistika vychází ze souboru pacientů hospitalizovaných na Oddělení cévní během pěti let. Podrobně analyzujeme druhy komplikací, způsob chirurgické léčby, potřebu léčby medikamentózně navozené hemoragické diatézy, morbiditu a mortalitu v daném souboru. Ze souboru byli vyloučeni pacienti, jejichž komplikace byly řešeny endovaskulárně.

Výsledky: Z celkového počtu 11 053 endovaskulárních arteriálních výkonů bylo zaznamenáno 71 komplikací, které byly řešeny chirurgicky.

Závěr: Angiochirurgická léčba komplikací představuje standardní postup. Terapie je však výrazně komplikována závažnými komorbiditami, pro které pacient podstoupil endovaskulární výkon, a současnou potřebou agresivní antiagregační medikace s iatrogenně navozenou hemoragickou diatézou.

Klíčová slova: endovaskulární terapie, komplikace, stenting, cévní poranění

Poranění a. poplitea projektilem u ukrajinské dívky

Jelínek P.
Chirurgická klinika Fakultní nemocnice Ostrava

Význam artroskopie v akutním ošetření úrazu ramenního kloubu dospělých

Vojtaník P.

I. chirurgická klinika Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně a LF MU

V přehledné přednášce autor ukazuje na jedinečnost Artroskopie v ošetření poranění jednotlivých částí ramenního kloubu z pohledu traumatu měkkého ramena způsobeného luxací v akutním období u dospělé populace.

Srovnání výsledků reverzní náhrady ramena v plánované a akutní traumatologické indikaci

Popelka O., Frič V., Marvan J., Luňáček L.
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Použití fibulárního alloštěpu při řešení poruchy hojení u zlomenin humeru - kazuistiky

Šmejkal K.
Chirurgická klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové
Vojenská Lékařská Fakulta, Univerzita Obrany

Autoři prezentují tři kazuistiky možného řešení poruchy hojení u zlomenin pažní kosti s použití alloštěpu fibuly při dlahové osteosyntéze.

FRI při zlomeninách v oblasti ramenního pletence

Zídek T., Kloub M., Doležalová Hrubá M.
Nemocnice České Budějovice, Oddělení úrazové chiirurgie

Přednáška se zaměřuje na infekce spojené se zlomeninami (FRI - Fracture-Related Infection) v oblasti ramenního pletence, jejich diagnostiku, léčebné strategie a přehled klinických kazuistik z Traumacentra České Budějovice. V období 2019–2024 jsme analyzovali více než 30 případů FRI v oblasti ramenního pletence z celkového počtu přes 200 diagnostikovaných FRI ve všech oblastech zlomenin. Efektivní diagnostika FRI vyžaduje sjednocení terminologie a přesná diagnostická kritéria, která zahrnují suggestivní i konfirmační příznaky. Stabilita fraktury hraje klíčovou roli při rozhodování o retenci, extrakci nebo výměně implantátu. Chirurgické metody, jako jsou debridement a použití systémových i lokálních antibiotik, tvoří zásadní součást léčby. Prezentované kazuistiky ukazují praktické přístupy k řešení FRI v různých klinických situacích a zdůrazňují význam multidisciplinární spolupráce. Úspěch léčby závisí na individuálním přístupu a spolupráci pacienta.

Využití Masqueletovy techniky při řešení indikovaného pakloubu proximální diafýzy humeru

Burget F., Kraus J.

I. Chirurgická klinika-klinika hrudní, břišní a úrazové chirurgie 1.LFUK a VFN v Praze

Autoři prezentují zajímavou kazuistiku- 63. letého kolegy internisty v těžkém septickém stavu, kde jsme v prosinci 2022 na našem pracovišti provedli incizi abscesu paže. V roce 2021 utrpěl tříštivou zlomeninu proximální části pažní kosti řešenou nitrodřeňovou osteosyntézou na jiném pracovišti . Pro selhání osteosyntéze byla provedena reoperace s následnou infekční komplikaci. Opakovaně iniciovány abscesy v místě zlomeniny. Stav komplikován celkově nedobrým interním stavem (DM , ICHS , těžký kuřák). Při poslední kontrole na tzv. vyšším pracovišti navržena exartikulace v ramenním kloubu jako kauzální řešení infekce. Pacienta jsme převzali do péče a po zaléčení těžké sepse bylo přikročeno k pokusu o záchranu končetiny pomocí dvoufázové Masqueletovy techniky. Pokus byl korunován úspěchem, kdy po dvou letech se pakloub prohojil bez zn. infektu s poměrně dobrým rozsahem pohybu v ramenním kloubu.

Septické komplikace reverzních náhrad ramenního kloubu

Frič V., Popelka O., Marvan J., Luňáček L.
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Naše zkušenosti se stabilizací hrudní stěny při zlomeninách žeber

Gregořík M., Chudáček J., Szkorupa M., Hanuliak J., Klos D.
Chirurgická klinika Fakultní nemocnice Olomouc a LF UP

Úvod: Fraktury žeber se vyskytují u 10-40 % všech pacientů s tupým poraněním hrudníku. Izolované faktury žeber jsou většinou léčeny konzervativně a nevyžadují většinou hospitalizaci, ovšem sériové a blokové faktury žeber jsou k hospitalizaci indikovány. Správná rozvaha a brzká intervence jsou klíčové pro nekomplikovaný průběh léčby a snížení morbidity a mortality.

Cíle: Vyhodnocení našich zkušeností se stabilizací hrudní stěny při zlomeninách žeber u tupých poranění hrudníku.

Metodika: Do souboru byli zařazeni pacienti se sériovými, blokovými frakturami žeber a pacienti s nestabilní hrudní stěnou. Sledované parametry byly:operační výkon, použitých dlah, pooperační komplikace, mortalita. Sběr dat byl za období od 1.1.2019 do 31.12.2024.

Výsledky: Byl vyhodnocen soubor 51 pacientů. Nejčastější indikací k operaci byly vícečetné fraktury žeber s významnou defigurací hrudní stěny s hrozícím nebo přítomným poraněním nitrohrudních orgánů, přítomným hemotoraxem nebo pneumotoraxem.

Závěr: Správná a včasně indikovaná stabilizace hrudní stěny může být pro pacienty velkým přínosem. Stabilizace hrudní stěny je bezpečná metoda s minimem komplikací a nízkou mortalitou. Nutná je multioborová spolupráce.

Miniinvazívne ošetrenie traumatického poranenia a. thoracica interna po tupom poranení hrudnej steny

Žáčik L., Mišák M., Ridoško J.

Klinika úrazovej chirurgie Fakultná nemocnicaTrenčín

Traumatické poranenie a. thoracica interna po tupom poranení hrudnej steny je veľmi zriedkavé poranenie. Okrem toho, že je to veľmi zriedkavé poranenie, je aj závažné, o čom svedčí fakt, že približne 45-55 % pacientov prichádza v hemoragickom šoku. Najčastejšou príčinou poranenia sú dopravné nehody áut a motoriek, na druhom mieste sú pády z výšky. Literatúra uvádza, že predominantne sa poranenie vyskytuje u mužov a najviac poranená býva ľavá strana hrudníka. Medzi základné klinické príznaky poranenia býva bolesť na prednej strane hrudníka tlakového charakteru, sufúzie, dyspnoe, podkožný emfyzém, krepitus, prominencia hrudnej steny. Veľmi často bývajú združené poranenia rebier, sterna, kľučnej kosti, poranenie pleury s výskytom pneumothoraxu alebo hemothoraxu. Odporúčanou a preferovanou diagnostickou metódou je CT angio vyšetrenie s 96 % senzitivitou a 99 % špecificitou. V našej prednáške prezentujeme dvoch pacientov, obidvaja boli mužského pohlavia, mechanizmus úrazu bol pád z výšky. Prvý pacient s polytraumatizmom, mal bilaterálne poranenie a. thoracica interna. Druhý pacient mal poranenú pravú a. thoracica interna. U obidvoch pacientov sme zvolili spôsob ošetrenia intervenčným výkonom – transkatétrovou embolizáciou v spolupráci s intervenčným rádiológom. U obidvoch pacientov bola zaznamenaná 100 % úspešnosť s overením aj na kontrolnom CT, ktoré nepotvrdilo ďalšiu extravazáciu. O tom, že embolizácia je preferovanou metódou pri danom poranení, potvrdzuje aj literatúra. Endovaskulárna embolizácia je odporúčanou liečbou s vysokou presnosťou, nízkymi komplikáciami a minimálnym ischemickým poškodením

Ruptura jater při HELLP syndromu s následnou urgentní transplantací jater - kazuistika

Wechsler A., Reška M., Týchová A., Vejmělek A., Ondrášek J., Penka I.

I. chirurgická klinika LF MU a Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně

HELLP syndrom je vzácná, ale život ohrožující komplikace těhotenství. Predikce tohoto stavu je v současnosti velmi obtížná. Mezi nejčastější příčiny mortality spojené s tímto syndromem patří krvácení do centrálního nervového systému, zástava oběhu, diseminovaná intravaskulární koagulace (DIC) a ruptura jater. Patogeneze onemocnění zůstává dosud nejasná.

V této kazuistice prezentujeme případ mladé těhotné pacientky ve třetím trimestru gravidity, která pro kolapsový stav a bradykardii plodu podstoupila ukončení těhotenství císařským řezem. Během operace bylo zjištěno hemoperitoneum způsobené rupturou jater v důsledku HELLP syndromu. Pacientka následně podstoupila embolizaci jaterní tepny a akutní břišní tamponádu laparotomií. Opakované chirurgické revize jater vedly ke stabilizaci jejího klinického stavu a zlepšení laboratorních hodnot, přesto bylo rozhodnuto o indikaci k akutní transplantaci jater.

Tento případ ilustruje složitost rozhodování mezi definitivním operačním řešením a transplantací jater v kontextu závažného HELLP syndromu. Rozhodnutí o volbě optimální terapeutické strategie bylo náročné a vyžadovalo multidisciplinární přístup, přičemž faktory jako stabilita pacienta, rozsah poškození jater a celkový klinický obraz hrály klíčovou roli.

Poranění tenkého střeva v rámci polytraumatu

Kalivoda V., Šubrt Z.
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Poranění axilární tepny jako následek tupého poranění ramene

Dobešová V., Uhrin A., Stankoviansky P., Pazour J.

Traumatologicko-ortopedické centrum se spinální jednotkou, Krajská nemocnice Liberec, a.s.

Léze axilární tepny patří mezi vzácná poranění, častěji se vyskytující u vysokoenergetických úrazů a penetrujících poranění. Avšak ještě raritnější jsou poranění axilární tepny způsobená tupým mechanismem, které mohou vést ke stejně závažným následkům. Sdělením naší prezentace je soubor kazuistik pacientů s tupým poraněním axilární tepny léčených na našem pracovišti. S cílem poukázat na důležitost provedení základních vyšetřovacích metod, zejména důkladného klinického vyšetření pacienta.

Osteosyntéza panvy komplikovaná iatrogenným krvácaním z ilickej žily

Hrubovčák J., Jelínek P., Douša P., Martínek L., Ječmínek V., Bialy Ľ.
Chirurgická klinika Fakultní nemocnice Ostrava
Klinika úrazové chirurgie a ortopedie Fakultní nemocnice Ostrava

Hematom m. iliopsoas - naše zkušenost

Dupal T., Marvan J., Macák D.

Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Autoři referují diagnostiku a léčbu intramuskulárního hematomu m. iliopsoas. Toto vzácné onemocnění zaznamenali v roce 2022 u pěti pacientů (tři ženy, dva muži) ve věku 31 až 89 let.

Na vzniku hematomu se podílely tyto faktory: na antikoagulační terapii byli čtyři pacienti, čtyři pacienti prodělali minimální trauma (prostý pád) spojený u dvou s osteoporotickou zlomeninou (jednou sakrum, jednou lopata kyčelní kosti).

Klinicky se stav projevil narůstající bolestí v hloubce příslušné hemipelvis a v třísle s propagací do přední plochy horní části stehna s antalgickým semiflekčním postavením kyčelního kloubu. Diagnózu potvrdilo CT vyšetření.

Čtyři pacienti byli revidovaní z horního okna Letournelova přístupu, po evakuaci hematomu došlo k rychlé úlevě od bolestí. Jedna pacientka s osteoporotickou zlomeninou sakra nebyla z důvodu závažných interních komorbidit operovaná, u ní došlo ke spontánní resorpci hematomu, ale v důsledku trvalé warfarinizace se po 6 měsících objevil spontánní hematom v malé pánvi pararektálně.

Vzhledem k rychlé úlevě od imobilizující bolesti autoři doporučují u intramuskulárního hematomu m. iliopsoas aktivní přístup.

Porovnání metod osteosyntézy intrakapsulárních zlomenin krčku kosti stehenní pomocí FNS a DHS – prospektivní klinická studie

Švec J., Skála-Rosenbaum J., Bartoška R.
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Patologické zlomeniny a ložiska proximálního femuru

Urban M.
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Cílem přednášky je referovat o incidenci jednotlivých primárních malignit metastazujících do oblasti proximálního femuru, zhodnotit lokalizaci ložisek a zlomenin, porovnat výsledky zvolené operační terapie, dobu přežití pacientů a pooperační komplikace.

Retrospektivně jsme zhodnotili soubor pacientů operovaných od roku 2012 do roku 2021. Do studie bylo zařazeno 45 pacientů (24 žen a 21 mužů) s patologickým ložiskem či patologickou zlomeninou v oblasti proximálního femuru. U pacientů jsme sledovali jejich funkční vývoj pomocí Karnofskyho skóre a dobu přežití.

Nejčastější primární malignitou byl mnohočetný myelom v 10 případech (22 %), následován sedmi případy (16 %) karcinomu prsu a plic, u 6 pacientů (13 %) se jednalo o světlobuněčný karcinom ledviny.

Osteosyntézu jsme provedli v 15 případech (33 %). Resekci nádorového ložiska s implantací kloubní náhrady jsme provedli u 29 pacientů (64 %). Jeden pacient byl léčen perkutánní femoroplastikou. Z celkem 45 pacientů se méně než třech měsíců dožilo deset pacientů (22 %). Více než roční přežití jsme zaznamenali u 21 pacientů (47 %). V souboru došlo k sedmi komplikacím u šesti pacientů (15 %).

Závěrem lze konstatovat, že u pacientů s patologickým ložiskem proximálního femuru zvýší operační léčba kvalitu života, ať už při volbě osteosyntézy nebo kloubní náhrady, přičemž profylaktický výkon před zlomeninou bývá spojován s lepší prognózou. Osteosyntéza je jako méně invazivní výkon s menší krevní ztrátou indikována u paliativní terapie pacientů s limitovanou očekávanou dobou přežití či u pacientů s prognózou zhojení ložiska. Rekonstrukce kloubu endoprotézou je indikována u pacientů s lepší prognózou či u ložisek vylučujících bezpečnou osteosyntézu. Naše studie potvrdila dobré výsledky při použití necementované revizní femorální komponenty.

Kazuistika - Fázované ošetření otevřené multietážové zlomeniny bérce

Rychlý M.

Nemocnice Hořovice - Chirurgické oddělení

Přednáška ukazuje postup ošetření na úrovni okresní nemocnice u pacienta po dopravní nehodě ze zahraničí, kdy došlo k multietážové otevřené zlomenině levého bérce, zlomenině patelly vlevo a zlomenina pravého klíčku. Hospitalizován na našem pracovišti 21.6.-26.7.2024, postupně řešeny jednotlivé zlomeniny a poranění měkkých tkání i s využitím podtlakového krytí.

Severe degloving injury – multidisciplinary burn care

Awies M., Stonová C., Zajíček R.
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Introduction

Degloving injruy also referred as avulsion injuries, are severe traumatic wounds characterised by the seperation of the skin and subcutaneous tissue from the underlying fascia, resulting in extensive tissue damage. Typically, avulsion injuries occur as a result of high velocity trauma such as motor vehicle accidents which if not managed properly can lead to high mortality rates. During such trauma, blood vessels supplying the affected area are avulsed leading to necrosis of the skin.

This lecture will explore a particular case of a young lady with a hereditary X-linked sensory and motor peripheral neuropathy CMTX1 (Charcot Marie tooth disease) characterised by slow and progressive muscle weakness and atrophy, and will assess the initial injury evaluation and the surgical interventions performed.

Case report

37 year old female sustained severe injuries in a high energy trauma following a bus accident on 26.3.2024. The patient was primarily transported to the trauma centre at FNKV where her injuries were initially evaluated and internal injuries were detected by computer tomography examination. Upon her admission the patient was on intubated and on artificial ventilation, central venous line was inserted, empiric antibiotic administration, and overall the patient was hemodynamically stabilised.

CT imaging revealed multiple internal injuries that required multidisciplinary team effort to treat. After postoperative stabilisation, the patient was transferred on 9.4.2024 to the Burn center FNKV where the patient underwent debridement and necrectomy of necrotic tissues, application of negative pressure wound therapy, and after the soft tissue bed was prepared, the patient underwent a two phase skin grafting process, with the use of biological(autografts) and synthetic (polyurethane based dermal substite) coverings.

Conclusion

Avulsion injuries cause extensive damage to the soft tissues, that require immediate diagnosisband treatment. A common misconception is that the avulsed soft tissue must be sutured back tobits place. But from experience, however, overtime, the sutured area will gradually become necroticband become a source of infection. Therefore, to improve patient outcomes and prevent treatmentbdelays, radical necrectomy should be performed, infection control, and the application of negativebpressure therapy is advantageous in preperation for tissue grafts. Keeping in mind that for optimalbrecovery, physiotherapy and psychologic counselling should integrated in the treatment plan.

Multioborová spolupráce při kultivaci traumasystému traumacentra FN Hradec Králové

Trlica J., Dědek T., Kočí J., Šmejkal K., Frank M.

Chirurgická klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové

Úvod: Traumasystém traumacentra (TC) FNHK se kultivuje od přelomu tisíciletí a pro jeho správné fungování je nutná spolupráce nejen s přednemocniční péči, ale i s řadou oborů v rámci nemocnice.

Materiál: Trauma systémem rozumíme souhrn všech činností, které mají vztah k péči o poraněné pacienty. Toto zahrnuje složku legislativní – vyhláška Ministerstva zdravotnictví o centrové péči v oblasti traumatologie – a složku výkonnou, kam řadíme přednemocniční péči, časnou nemocniční (urgentní příjem), intenzivní péči včetně neodkladné operativy, standardní lůžkovou péči s následnou (rekonstrukční) operativou a v neposlední řadě i akutní rehabilitační péči.

Diskuze: V přednemocniční fázi je potřeba se zaměřit na problematiku času přednemocniční etapy s nutností snížit čas posádek na místě, případně včas aktivovat Leteckou záchrannou službu a včasnou komunikace s TC a aktivaci traumatýmu. V nemocniční fázi je nutná včasná diagnostika na urgentním příjmu a dodržování zásad ATLS protokolu, resp. Damage Control Surgery a kontinuální vzdělávání v těchto technikách.

Závěr: Budování trauma systému v regionu je dlouhodobá záležitost. Je nutná kvalitní spolupráce s přednemocniční péčí, dokonalá komunikace s urgentním příjmem, standardizovaná protokolární péče o pacienty v nemocnici a propracovaná metodika sledování komplikací s jejich vyhodnocováním a zpětnou aplikací do rutinní praxe.

ATLS protokol na UP a KÚCHO FNO

Demel J., Bílek J., Douša P.

Klinika úrazové chirurgie a ortopedie Fakultní nemocnice Ostrava a LF OU

Traumacentrum FNO je instituce poskytující primární péči o polytraumatizované a těžce raněné ze spádové oblasti 1.5 mil. obyvatel. ATLS kurzy se zavedly v ČR v roce 2011, kdy bylo vyškoleno prvních 16 českých lektorů. Postupně pronikl koncept ATLS i do traumacentra FNO. Autoři na kazuistice prezentují postupy ATLS v korelaci se specifickými podmínkami traumacentra MSK. Jedná se o případ mladého muže, který skočil z 11. patra, přičemž utrpěl jak končetinové, tak viscerální trauma. Na kasuistice je demonstrován postup přednemocniční péče i péče na urgentním příjmu dle ATLS a také přístup „apropriate care" ve vzájemné multidisciplinární spolupráci.

Tragický rok 2008–duben Vřesina, srpen Studénka – rozbor hromadných neštěstí

Madeja R., Viskupič M., Měrka O., Douša P.

Klinika úrazové chirurgie a ortopedie Fakultní nemocnice Ostrava a LF OU

Úvod: Hromadné neštěstí je taková urgentní situace, kdy je třeba ošetřit velké množství postižených a záchranné služby pracují na mezích svých kapacit. V nemocnicích jsou aktivovány traumaplány. Dochází k tomu zejména při železničních nebo leteckých nehodách, hromadných dopravních nehodách nebo teroristických útocích. Při hromadném neštěstí jsou aktivovány složky integrovaného záchranného systému (IZS). IZS zabezpečuje koordinovaný postup záchranných, pohotovostních a jiných složek státní správy a samosprávy při odstraňování důsledku hromadných neštěstí a katastrof.

Materiál a metoda: Z dostupné zdravotnické dokumentace byly extrahovány data z obou události. Byl dohledán celkový počet zraněných a také jednotlivé počty zraněných dle triage. Byly dohledány jednotlivé diagnózy poranění a jejích výskyt byl statisticky zpracován. S dokumentace přednemocniční péče byly dohledány jednotlivé časy určující sled události při řešení těchto hromadných neštěstí.

Výsledky: Při vlakovém neštěstí v přednemocniční péči lékařské týmy zaevidovaly a protřídily 41 pacientů. Z toho počtu zahynuly 4 ženy a 2 muži v troskách vlakové soupravy, 35 zraněných odesláno do 9 nemocnic. Celkový počet zraněných byl 69. Doba zásahu IZS od nahlášení do transportu posledního pacienta na místě neštěstí byla 108 minut. Při srážce dvou tramvají bylo na místě vytříděno 39 zraněných, z toho 13 těžce v kategorii P1, na místě byli 2 zemřelí. Doba zásahu IZS na místě neštěstí byla 218 minut.

Závěr: Během popsaných hromadných neštěstí bylo v obou případech zajištěno rychlé třídění a transport nemocných do nemocnic, kde byly provedeny nezbytné urgentní operace. Na událostech spolupracovaly všechny složky IZS, jejich efektivní spolupráce měla zásadní vliv na rychlost provedení zásahu. Ukončení záchranných prací bylo kratší při vlakovém neštěstí, ačkoliv bylo toto neštěstí vzdálenější od nemocnic ale s lepší terénní dostupnosti.

Mezioborová spolupráce u penetrujícího poranění hrudníku rotorovou tyčí

Chudáček J.[1], Kaláb M.[2], Zborovjan P.[3], Sychra P.[4], Babuščák J.[5], Klementová O.[6]
Chirurgická klinika LF UP a Fakultní nemocnice Olomouc

Úvod: Penetrující poranění hrudníku je téměř vždy život ohrožující stav, s poměrně vysokou mortalitou, pokud nedojde k adekvátnímu ošetření. Naprosto nezbytná je mezioborová spolupráce mezi hrudním chirurgem, kardiochirurgem a traumatologem, zejména při zasažení více hrudních kompartmentů.

Metodika: V tomto sdělení představujeme případ pacienta s raritním typem penetrujícího poranění hrudníku roxorem po pádu ze stromu při sběru třešní.

Výsledky: Muž, 58 let, po pádu z výšky asi 3 metrů na roxorovou tyč o průměru 2,5 cm, použitou k navázání rajčat na záhonu. Místem vstupu byl pravý hemitorax v blízkosti střední axilární čáry, výstupem pak levá axila při vertikálním průběhu roxorové tyče. Pacient byl po celou dobu při vědomí, do příjezdu záchranných složek fixován v poloze po pádu. Přednemocniční péče zahrnovala zkrácení tyče, stabilizaci pacienta, napojení na UPV a převoz na urgentní příjem. Traumatologem zavedena drenáž oboustranného PNO. Dle CT tyč procházela transverzálně zprava, z III. mezižebří do pravé pleury, skrze perikard pod aortou do levé pleury, výstup ve III.mezižebří vlevo. Na kardiochirurgickém sále zajištěny cévní vstupy z třísla a pohotovostně připraven mimotělní oběh. Ve spolupráci hrudního chirurga a kardiochirurga, při nevýtěžnosti úvodní videotorakoskopie, byla zvolena bilaterální sternotorakotomie („clamshell"). Byla zjištěna lacerace horních laloků obou plic, v těsném sousedství plicních hilů průnik perikardem. Tyč těsně naléhala na zadní stěnu aorty v oblasti přechodu do oblouku, bez známek disekce a krvácení. Peroperačně a gastrofibroskopií potvrzena kontuze stěny jícnu ve vzdálenosti 25 cm od řezáků, perforace byla vyloučena. Po šetrné extrakci tyče sutura plic, perikardu. Kontrola krvácení, drenáž a uzávěr rány s AO osteosyntézou III.-IV žebra vpravo (dlahy Medin) a sterna (dlahy Synthes). Extubace 2. pooperační den, po kombinované ATB terapii došlo k regresi zánětlivých parametrů. Překlad na standardní oddělení 5. a dimise 14. den. Počet spolupracujících oborů – 8 (včetně vstupních CT a ECHO vyšetření). Aktivní personál (lékařský i nelékařský) na sále během výkonu – 15 osob.

Závěr: Naše kazuistické sdělení poukazuje na nesmírně důležitou mezioborovou spolupráci a nutnost centralizace závažných poranění do komplexních traumacenter. V neposlední řadě je také nezbytná notná dávka štěstí a umění nemocného se „dobře napíchnout."

Multioborová spolupráce u iatrogenního poranění hrudní trachey

Szkorupa M., Chudáček J., Hanuliak J., Jakubec P., Šimek M., Šiška D., Klos D.
Chirurgická klinika Fakultní nemocnice Olomouc a LF UP

Úvod: Tracheobronchiální poranění jsou poměrně vzácná, ale život ohrožující komplikací, vyskytující se nejčastěji při akutních orotracheálních intubacích, méně pak při endoskopické instrumentaci (bronchoskopie, esofagoskopie). Incidence poranění u orotracheální intubace se pohybuje v rozmezí 0,05-0,37 % všech intubací, u jiné příčiny je mnohem nižší. Většina tracheálních lézí se vyskytuje na zadní, membranozní části průdušnice. Rozsah poranění, klinické projevy a stav pacienta určují terapeutické možnosti, které mohou zahrnovat konzervativní přístup u pacientů s poraněním do 2 cm délky nebo bez postižení celé tloušťky trachey a je umístěna v horních 2/3 trachey. Stejně tak lze tento postup indikovat k pacientů s vyšším PS resp. vysokým operačním rizikem ASA. Chirurgická reparace poranění trachey je indikována u rozsáhlejších poranění a operační přístup zavisí především od lokalizace a rozsahu poranění a zahrnuje možnosti od miniinvazivního řešení až po klasické přístupy z torakotomie či sternotomie. Specifikem těchto poranění je složitější anesteziologický management se zajištěním dýchacích cest tak, aby byla zajištěna dostatečná oxygenace, a zároveň, aby měl chirurg dostatečný přístup k řešení poranění. Tohle nebývá problém při poranění cervikální části trachey, kdy lze zvolit intubaci z operačního pole, vysokofrekvenční tryskovou ventilaci či ventilaci s apnoickými pauzami. Větší úskalí představuje poranění hrudní trachey, kde je manipulace v operačním poli složitější, zejména pokud je nutná rekonstrukce trachey. Lze volit jednostrannou ventilaci nebo JET ventilaci (pokud je na pracovišti přítomna) a v posledních letech se stále více využívá možnost extrakorporální membránové oxygenace, která poskytuje dobrou a bezpečnou podporu respiračních funkcí pacienta u složitějších rekonstrukcí.

Kazuistika: autoři předkládají případ 41-leté pacientky, která podstoupila bronchoskopický výkon pro původně benigně vypadající tumor hrudní části trachey, při kterém došlo k ventilační krizi a obtížné exstirpaci tumoru s lacerací hrudní části trachey vlevo zahrnující nejen membranozní,ale i chrupavčitou část trachey v rozsahu dvou prstenců, takže vznikl rozsáhlý defekt. Došlo ke vzniku masivního podkožního emfyzému, rozsáhlému pneumomediastinu a kardiorespirační instabilitě. Pacientku se podařilo zaintubovat s překrytím místa poranění, stabilizovat a byla indikována akutně na operační sál. Výkon byl proveden na VV ECMO podpoře přístupem ze sternotomie. Poranění bylo lokalizováno cca 1 cm nad karinou, délky 3 cm s lacerací přes 2 tracheální prstence. Bylo nutno provést resekci postiženého úseku s anastomozou end to end pokračujícím stehem. Pacientka byla po výkonu časně extubována, ECMO podpora ukončena následující den. Další hospitalizace byla bez komplikací, pacientka byla propuštěna 6. den od operace. Kontrolní bronchoskopické vyšetření s odstupem 6 týdnů ukázalo normální průsvit trachey s drobnými grannulacemi v místě anastomozy. Histologické vyšetření tumoru prokázalo překvapivě mukoepidermoidní low grade karcinom, resekát trachey bez patologického nálezu bez známek infiltrace tumorem. Pacientka je dále sledována pneumoonkologem.

Závěr: ECMO (extrakorporální memránová oxagenace) je v současnosti stále častěji využívána při složitých rekonstrukčních výkonech v oblasti tracheální chirugie. Poskytuje adekvátní zajištění pacienta z hlediska respirační podpory pacienta a zároveň umožňuje chirurgovi provádět složitejší výkony na magistrálních dýchacích cestách bez omezení kanylou v operačním poli. Management mimotělní podpory je dnes podrobně zpracován a minimalizuje výskyt komplikací.

Kombinované střelné poranění jako následek teroristického činu

Krejčí T.[1], Pazdírek F.[1], Drábek J.[2], Stolz A.

Chirurgická klinika 2. LF UK a Fakultní nemocnice v Motole[1]

Interní klinika 2. LF UK a Fakultní nemocnice v Motole[2]

Po střelbě na Filozofické fakultě 21. 12. 2023 bylo do FN Motol transportováno sedm pacientů během 49 minut z toho první čtyři s „Prioritou 1" a vícečetnými střelnými poraněními během prvních 21 minut. Jednalo se o pacienty s průstřelem Th páteře, femorální tepny, měkkých tkání, končetin, jater i plic.

Prvním cílem sdělení je postihnout některé momenty skutečné triáže, vstupního vyšetření , ošetření a následné mezioborové distribuce pacientů z urgentního příjmu.

V druhé části sdělení se autoři zabývají řešením střelného poranění konkrétní pacientky, která byla ošetřena v režii Chirurgické kliniky 2. LF UK se sedmi střelnými ranami.

Pravidelný nácvik traumaplánu ve fakultní nemocnici je efektivní a nutnou součástí provozu urgentního příjmu. V reálné situaci pomáhá zvládnutí urgentního ošetření kumulovaných poranění v krátkém čase a v mezioborové spolupráci.

Polytrauma s míšní lézí – specifika multioborové péče s ohledem na přítomnost poranění míchy

Pazour J., Vimmerová I., Šrám J.

Traumatologicko-ortopedické centrum se spinální jednotkou, Krajská nemocnice Liberec, a.s.

Poranění páteře provázené poškozením míchy lze považovat z pohledu dlouhodobého ovlivnění kvality života za jedno z nejzávažnějších poranění. Nezřídka je poranění páteře součástí sdruženého poranění či polytraumatu, což dále komplikuje léčebný proces. Cílem prezentace je ukázat, že vysoká úroveň multioborové spolupráce může vést k překvapivě dobrým funkčním výsledkům i u pacientů, u kterých se zpočátku prognóza jeví jako velmi nepříznivá.