

VI. DĚČÍNSKÉ CHIRURGICKÉ DNY

SBORNÍK ABSTRAKT



Zámek Děčín, 30. - 31. 5. 2022

Pořadatel

Krajská zdravotní, a. s.

Oddělení konferenční a marketingové podpory, Sociální péče 3316/12 a, Ústí nad Labem

Odborný garant

MUDr. Jan Rejholec

Chirurgické oddělení Krajské zdravotní, a.s. - Nemocnice Děčín, o.z.

Obsah

1. Proč robotická chirurgie rekta	4
2. Robotická resekce presakrálního nádoru	4
3. Pravostranná robotická hemikolektomie - první zkušenosti	5
4. Vyžití miniinvazivní a robotické chirurgie v léčbě nádorů žaludku a jícnu.....	5
5. Postavení VATS v léčbě penetrujícího poranění prekordia	6
6. Nutriční podpora v miniinvazivní chirurgii	6
7. Nutriční péče při robotické chirurgii střeva.....	6
8. Domácí parenterální výživa	6
9. Biliodigestivní a gastrointestinální endoskopické anastomózy.....	7
10. Role endosona v drenáži pelvických abscesů.....	7
11. Endoskopické řešení ileosních stavů tlustého střeva	8
12. Nádory mimojaterních žlučových cest – možnosti multimodální léčby.....	8
13. Chirurgická léčba metastatického karcinomu pankreatu – stále ne?.....	8
14. Je změna přístupu v T1-2 karcinomu rekta aktuální?	8
15. Karcinom konečníku - co by měl chirurg vědět o neoadjuvantní léčbě.....	9
16. Laparoskopické operace nadledvinek.....	9
17. Doporučené postupy po chirurgickou léčbu hiátových hernií.....	9
18. Laparoskopické střevní resekce v Nemocnici Teplice, soubor 2017 - 2021.....	10
19. Laparoskopické operace pro kolorektální karcinom u obézních pacientů	10
20. Laparoskopie v chirurgii jater	11
21. Korekční osteotomie dlouhých kostí	11
22. Zlomeniny pylonu tibie, primární ošetření + timing.....	12
23. Volkmannova ischemická kontraktura a kompartment syndromu	12
24. Subtrochanterické zlomeniny femoru	12
25. Luxace česky, léčba a operační techniky	13
26. Dětské zlomeniny a jejich zvláštnosti v RTG diagnostice a klasifikaci	13
27. Oxyuriáza - běžný či raritní nález při laparoskopické appendektomii	14

28. Kardiak před operací - pohled kardiologa	14
29. Stomie - indikace a komplikace, kazuistiky z našeho pracoviště	15
30. Thyroidální chirurgie v Nemocnici Teplice, soubor 2017 – 2021	15
31. Značení intraabdominálních recidiv kolorektálního karcinomu magnetickým zrnem Magseed ®	15
32. Laparoskopická appendektomie v pokročilém těhotenství	16
33. Robotická chirurgie v ČR.....	16
34. Roboticky asistovaná chirurgie rekta po neoadjuvantní chemoradioterapii – krátkodobé sledování	16
35. Laparoskopické řešení uskřínutých kýl	17
36. Laparoskopické resekce žaludku	17
37. Laparoskopické appendektomie na našem pracovišti – 17ti letý soubor pacientů.....	18
38. Laparoskopické střevní resekce v Nemocnici Teplice soubor 2017 - 2021.....	18

1. Proč robotická chirurgie rekta

Rejholec J., Moravík J., Maleček R., Johanides O., Centrum robotické chirurgie Krajská zdravotní a.s.

Úvod: Otázky léčby karcinomu rekta v České republice mají velký praktický a společenský význam, neboť incidence tohoto onemocnění a s ní spojená úmrtnost v naší zemi nás řadí na jedno z čelních míst na světě. V současné době má chirurgie ve strategii onkologické léčby kolorektálního karcinomu zásadní postavení. Rozsah chirurgické resekce splňující onkologickou radikalitu prodělává v posledních letech takřka revoluční změny ve smyslu posunu k méně invazivním chirurgickým metodám. Po zavedení laparoskopie do léčby karcinomu rekta, s rozšířením robotického systému Da Vinci, se tato technologie stále více prosazuje v operativě pro karcinom rekta.

Metoda: Na vlastních zkušenostech a citacích literárních údajů prezentujeme výhody penetrace robotické chirurgie pro karcinom rekta.

Výsledky: Presentujeme zkušenosti s robotickou chirurgií rekta z vlastního souboru 450 operací, sdělujeme naše domněnky o výhodách, které robotická chirurgie rekta představuje, a dokládáme na literárních citacích.

Závěr: Počty robotických operací nejen pro karcinom rekta v celém světě prudce vzrůstají a překonávají původní počty urologické a gynekologické. Je to dáno rozšířením indikací nejen na rektum a zejména zlepšením mobility v dutině břišní se zavedením systém Da Vinci Xi. V České republice jednoznačně stoupají počty provedených resekcí rekta v souvislosti se zvýšením počtu instalovaných systémů, ale i nové operace, zejména pravostranné hemikolektomie. Toto vše je následkem poznání kvality a výhod robotické chirurgie aplikované v chirurgii rekta.

2. Robotická resekce presakrálního nádoru

Langer D., Kalvach J., Ryska M., Pohnán R., Chirurgická klinika 2. LF UK, ÚVN VFN Praha

Výskyt nádorů v presakrálním prostoru je relativně vzácný. Incidence je podle různých pramenů 1/40 000 hospitalizovaných pacientů. Klasifikace těchto lézí je založena na jejich biologickém chování (benigní nebo maligní) a původu (kongenitální a získané). Jedná se o širokou škálu expanzivně se chovajících útvarů. Vzhledem k anatomické lokalizaci jsou malé nádory často asymptomatické, což činí diagnostiku velmi problematickou a může docházet ke značnému zpoždění ve stanovení správné diagnózy. Klinické projevy způsobené většími tumory pak souvisí s jejich expanzivním či infiltrativním chováním. Typická je bolest dolní bederní páteře, kostrče a rekta, vylučovací obtíže, bolest propagující se do břišní oblasti, třísels i dolních končetin, většinou bez typické dermatomové charakteristiky. Vzácněji se může rozvinout i neurologický deficit. Přibližně 10 % presakrálních nádorů představují novotvary neurogenní. Ve většině případů (85 %) se jedná o nádory benigní povahy, které mají souvislost s presakrálními nervovými pleteněmi a typicky se vtlačují do sakrálních foramin. Kauzální terapeutickou modalitou symptomatických neurogenních nádorů v presakrálním prostoru je operační léčba. V písemnictví jsou zmínky o miniinvazivní chirurgické léčbě presakrálních nádorů chudé, resp. ve většině případů se jedná o kazuistická sdělení. Autoři prezentují kazuistiku roboticky asistované chirurgické léčby presakrálního tumoru u mladé ženy.

Podpořeno IP ZRO MO 1012

3. Pravostranná robotická hemikolektomie - první zkušenosti

Pazdírek F., Vjaclovský M., Bocková M., Chirurgická klinika 2. LF UK a FN Motol

Zavedení miniinvazivních přístupů do kolorektální chirurgie bylo jednoznačným přínosem. Pacientům celkově zkrátilo rekonvalescenci při zachování stejné onkologické radikality jako při otevřené operaci. Je možné volit mezi laparoskopickým a roboticky asistovaným přístupem.

Mezi hlavní technické výhody robotického systému ve srovnání s laparoskopií patří lepší vizualizace a větší rozsah pohybů operačními nástroji. V případě pravostranné hemikolektomie pro nádorové onemocnění je součástí operace provedení kompletní mezokolické excize – odstranění spádových lymfatických uzlin (CME). CME prodlužuje přežití pacientů a snižuje riziko lokální recidivy. CME je technika obtížná a její aplikace do laparoskopické chirurgie může vést k nárůstu počtu konverzí. Dalším důležitým aspektem je volba mezi extra a intrakorporální konstrukcí anastomózy. Z dostupných dat je patrné, že technika intrakorporální anastomózy přináší výhody, a to zejména rychlejší obnovu pasáže, nižší výskyt infekčních komplikací v ráně, kratší extrakční minilaparotomii a její libovolné umístění, tím i menší pooperační bolesti, nižší výskyt pooperačních insicionálních hernií. Jak CME, tak konstrukce intrakorporální anastomózy jsou technicky náročné. V případě laparoskopické operace mohou vést k nárůstu počtu konverzí. Díky výborné vizualizaci a ovladatelnosti robotického systému je aplikace těchto technik v robotické chirurgii snazší a riziko konverzí je významně sníženo. V naše pilotních souboru je presentováno 30 pacientů s nádory v pravé polovině tračnicku, u kterých byla provedena pravostranná či rozšířená pravostranná hemikolektomie s kompletní mezokolickou excizí a technikou intrakorporální anastomózy. Jsou hodnocena peroperační data (délka operace, krevní ztráta, počet konverzí), délka hospitalizace na JIP, celková délka hospitalizace, doba do obnovy pasáže, pooperační komplikace, počet odebraných lymfatických uzlin. Jsou také uvedeny náklady na robotickou operaci ve srovnání s laparoskopií.

4. Vyžití miniinvazivní a robotické chirurgie v léčbě nádorů žaludku a jícnu

Pohnán R., Langer D., Kalvach J., Pažin J., Hadač J., Ryska M., Chirurgická klinika 2. LF UK, ÚVN VFN Praha

Ezofagektomie a gastrektomie jsou principiálními léčebnými metodami v řešení nemetastazujících malignit jícnu a žaludku. U resekci jícnu i žaludku prokázaly videoasistované mininvazivní operační postupy chirurgickou i onkologickou bezpečnost a zároveň je jejich využití možné i v rámci multimodální léčby. Novou technologií v oblasti miniinvazivních operací horní části trávicí trubice jsou roboticky asistované chirurgické operace. Technické výhody robotických systémů kombinujících miniinvazivní chirurgické přístupy s možností víceprvkové artikulace robotických nástrojů v operačním poli vedou k celosvětové expanzi robotických center. Ve svém sdělení prezentujeme zkušenosti s využitím laparoskopických operací a s využitím robotického operačního systému v léčení nádorů foregut oblasti.

5. Postavení VATS v léčbě penetrujícího poranění prekordia

Pavlíková P., Malý V., Sochorová L., Oddělení hrudní chirurgie KZ, a.s. – Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.

VATS je v současné době stále více využívanou metodou při ošetření penetrujících traumat hrudníku u hemodynamicky stabilních pacientů, eventálně pacientů u kterých je možné hemodynamickou stabilitu zajistit. Nejčastější indikací VATS je hemotorax vzniklý poraněním plicního parenchymu, v druhé době nejčastěji retinovaný hemotorax nebo přetrvávající air - leak. Role VATS v evaluaci penetrujícího traumatu hrudníku s podezřením na poranění srdce, není ani v dnešní době rozvoje miniinvazivní chirurgie přesně definována. Autoři prezentují serii kazuistik tří pacientů s penetrujícím traumatem prekordia ošetřeným miniinvazivně s využitím VATS techniky.

6. Nutriční podpora v miniinvazivní chirurgii

Šerclová Z., Chirurgické oddělení, Nemocnice Hořovice

7. Nutriční péče při robotické chirurgii střeva

Teplan V., Chrobok J., Chirurgické oddělení, Nemocnice Na Homolce

Současná strategie bezpečné operace dle ESPEN směřuje k předoperačnímu vytvoření energetických zásob, které následně slouží k pooperačnímu hojení v době přechodného nedostatečného energetického příjmu. V kategorii pacientů s nádorovým onemocněním se zaměřujeme na krátkodobou nutriční přípravu v délce 7–10 dnů před plánovanou operací v podobě komplexního sippingu, večer a ráno před výkonem podáváme sacharidové isotonické roztoky. Od prvního pooperačního dne podáváme nutriční sipping s obohacením vlákniny a postupně zatěžujeme tekutou a kašovitou stravou s cílem k návratu k plnému nutričnímu příjmu s ponechaným sippingem na 2 - 3 týdny.

8. Domácí parenterální výživa

Tichý M., Gastroenterologické oddělení KZ, a.s. – Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.

Parenterální výživa v domácím sociálním prostředí (HPN) je indikována u pacientů s odpovídajícím sociálním zázemím, u nichž není možno dostatečnou nutriční a/nebo hydratační zajistit jinou cestou. Kandidáti této péče se rekrutují jak z okruhu onkologických, tak i neonkologických chorob vedoucích k anatomické ztrátě nebo funkčnímu vyřazení významné postpylorické části zažívacího traktu (GIT) se vznikem syndromu krátkého střeva (SBSy). A to dle povahy onemocnění buďto dočasného nebo i trvalého charakteru. K úspěšnému weaningu dochází obvykle v důsledku rekonstrukce GIT nebo adaptačním změnám v horizontu měsíců až let. V posledních několika letech lze zaznamenat i přínos léčby teduglutidem (Revestive, Gattex) vedoucím k růstu střevní sliznice a tím i zvětšení resorbční plochy.

Pacienty s HPN dle míry dependence je možno třídit dle revidované Pironiho klasifikace (Pironi et al.: Clinical classification of adult patients with chronic intestinal failure due to benign disease: An international multicenter cross-sectional survey, Clin Nutr. 2018 Apr;37(2):728-738), kde je zakomponována energetická potřeba (A-D) a potřebný objem tekutin (1-4). Trvalá výživová

dependence je zpravidla nutná při zachování méně, nežli 100 cm tenkých kliček spolu se ztrátou i střeva tlustého. Minimálně přechodnou, alespoň tekutinovo-minerálovou substitucí, vyžaduje většina proximálních a/nebo velkoodpadových stomií (high-output stoma) nereagujících na transit time modifikující léčbu. Centrum HPN se v ústecké nemocnici konstitovalo v roce 2005. Prošly ním desítky dospělých pacientů. Průměrný počet průběžně léčených pacientů je cca 15. Působnost je pro oblast Ústeckého kraje. Je navázaná spolupráce zejména s chirurgickými pracovišti v regionu, ale i s chirurgií IKEM a kanylačním centrem VFN Praha. Bezproblémový chod není možný bez součinnosti s proškolenými pracovníky agentur domácí péče, s kanylačními pracovníky jednotlivých nemocnic a ústavní lékárny.

Tato péče je hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění včetně léčiv, spotřebního zdravotnického materiálu a poskytnutí zdravotnické techniky (infuzní pumpy). Ústecké centrum disponuje a má se zdravotními pojišťovnami nasmlouváno i poskytování tzv. mobilní pumpy umožňující ještě lepší začlenění pacientů na HPN do běžných aktivit.

HPN přináší nejen možnost řešení závažné orgánové dysfunkce, ale napomáhá i k výraznému zlepšení kvality života takto postižených nemocných.

9. Biliodigestivní a gastrointestinální endoskopické anastomózy

Nosek V., Pintová J., Gastroenterologické oddělení, Nemocnice Jablonec n. N.

Terapeutická endosonografie posledních let umožňuje díky novým instrumentářiím pokročilé pankreatobiliární a gastrointestinální intervence včetně tvorby anastomóz. Vysoká technická a klinická úspěšnost těchto výkonů s přijatelnými procenty komplikací doplňuje přístupy perkutánní a chirurgické především v maligních indikacích. Autoři prezentují přehled všech typů prováděných anastomóz včetně vlastních výsledků.

10. Role endosona v drenáži pelvických abscesů

Mareš K., Interní oddělení, Nemocnice Na Homolce

Chirurgická drenáž pánevních abscesů je zlatým standardem. V průběhu posledních 30 let se uplatňují i drenáže pod CT, sono a endosonografickou kontrolou. Jednotlivé přístupy (transrektální, transvaginální, transgluteální) nemají vliv na klinický úspěch drenáže, jen transluminální mívají rychlejší hojení. Drénuje se pomocí plastických katetrů i metalických stentů. Malé abscesy (do 3cm) se mohou vyléčit pouze punkcí a odsátím obsahu. Před zákrokem jsou nutné korekce koagulopatie, trombocytopenie a preventivní podání širokospektrých ATB. Po zákroku vhodná korekce malnutrice, a v případě pacientů s GIT píštělemi je nutná parenterální výživa. Na klinický efekt (dobu ponechání drenáže) mají vliv hlavně užívání kortikosteroidů, komorbidit: malnutrice, DM, TBC, Crohnova choroba, předchozí radioterapie a chemoterapie, chron. ledvinové a jaterní (Child C) selhání a HIV. Co se týká typu vlastního abscesu, tak hojení je komplikované u abscesů vytvořených při malignitě, u komplexních (multilokulárních) abscesů, abscesů s píštělí a s kvasinkovou infekcí. Malé komplikace (zalomení, vypadnutí, ucpání katétru) jsou ve 3-13% - většinou postačí jeho výměna. Od roku 2011 jsme provedli 252 drenážních výkonů v různých etážích GIT. Z toho 11 perirektálních. Pokud je to technicky možné, dáváme přednost současnému zavedení double-pigtailové endoprotézy a výplachového katétru. Bližší viz přednáška.

11. Endoskopické řešení ileosních stavů tlustého střeva

Stehlík J., Gastroenterologické oddělení KZ, a.s. – Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.

12. Nádory mimojaterních žlučových cest – možnosti multimodální léčby

Třeška V., Skalický T., Liška V., Fichtl J., Chirurgická klinika, Fakultní nemocnice s poliklinikou Plzeň – Lochotín

Zhoubné nádory žlučových cest patří k velmi agresivním malignitám gastrointestinálního traktu se stoupající incidencí v populaci. K diagnostickým možnostem dnes patří CT, MRCP, ERCP, endoskopická USG a perkutánní transparietální cholangiografie. Jedinou radikální léčbou je chirurgická resekce, která je však možná jen u omezeného počtu případů vzhledem k pozdní diagnostice. V ostatních případech se pak jedná o léčbu endoskopickou (plastikové, metalické stenty) doplněnou onkologickou léčbou. V současné době přibývá nových miniinvazivních metod, jako jsou endoskopická radiofrekvenční ablace doplněná aplikací stentů a v neposlední řadě fotodynamická terapie. Bohužel u nemalého počtu nemocných vzhledem k pokročilosti procesu je možná jen onkologická nebo symptomatická léčba. Cílem sdělení bylo podat současné diagnostické a léčebné možnosti u nádorů mimojaterních žlučových cest a upozornit na některé komplikace především chirurgické léčby a možnosti jejich řešení.

13. Chirurgická léčba metastatického karcinomu pankreatu – stále ne?

Gürlich R., Chirurgická klinika, FN Královské Vinohrady, Praha

Autor v přehledovém sdělení prezentuje současné názory na možnost uplatnění chirurgického výkonu u metastatického adenokarcinomu pankreatu (mPDAC). V současnosti jsou publikované práce, které prezentují přínos v přežití po chirurgickém výkonu u m PDAC u selektované skupiny pacientů. V současnosti však neexistují prospektivní randomizované studie srovnávající přežití po chirurgickém výkonu u m PDAC. Na základě současných dat je možné uzavřít, že pouze u selektované skupiny pacientů je jaterní resekce u PDAC se synchronní/metachronní jaterní metastázou bezpečnou metodou a může prodloužit přežití u selektované skupiny pacientů. Kromě ostatních je základní podmínkou péče o tyto pacienty v pankreatochirurgickém centru. Pro čtvrté stádium PDAC nadále trvá indikace pouze systémové léčby.

14. Je změna přístupu v T1-2 karcinomu rekta aktuální?

Sákra L., Zachara M., Kubincová L., Chirurgické oddělení, Nemocnice Pardubice

Karcinom rekta stále představuje velký chirurgický problém. Chirurgové se snaží provést operaci nejenom onkologicky správně a radikálně, ale též tak, aby se pacient vyhnul provedení trvalé stomie. Toto představuje základní rozpor a problém v operativě rekta. Proto jsou hledány postupy a typy operací, který by byly schopny splnit jak onkologickou radikalitu, tak zachovat pacientovi dobrou kvalitu života. Sdělení se zamýšlí nad kontroverzním postupem u karcinomů rekta T1-2. Autoři navrhují a doporučují postup, který kombinuje klasickou předoperační neoadjuvantní léčbu s pouhou lokální excizí jizvy či zbylé části tumoru u té části pacientů, kde došlo k výrazné regresi tumoru po neoadjuvantní onkologické léčbě. Oprávněnost tohoto postupu dokladují na příkladech multicentrických randomizovaných studií. Sdělení si klade otázku, zda již nenastal čas změnit zavedená paradigmatu v léčbě karcinomu rekta.

15. Karcinom konečníku - co by měl chirurg vědět o neoadjuvantní léčbě

Martínek L., Chirurgická klinika, FN Ostrava

I když v současném písemnictví je publikováno široké spektrum neoadjuvantních postupů, lišících se strategií, pořadím jednotlivých modalit i časovými odstupy včetně použití cílené léčby či imunoterapie, nemáme zatím k dispozici robustní důkazy zlepšení onkologických výsledků ve srovnání se standardními postupy. Dokonalejší predikce vycházející z charakteristik nádoru a pacienta umožní spolehlivější výběr nejvhodnější modalit neoadjuvance a stane se předpokladem pro personalizaci onkologické léčby.

16. Laparoskopické operace nadledvinek

Marko L., II. Chirurgická klinika, Fakultní nemocnice s poliklinikou Banská Bystrica

Úvod: Na OMICHE oddelení a následne na II. Chirurgickej klinike SZU vo FN sP FDR v Banskej Bystrici vykonávame kompletnú škálu pokročilých laparoskopických operácií vrátane laparoskopickej adrenalektómie. Prvú laparoskopickú adrenalektómiu sme vykonali v roku 1996, do roku 2006 sme vykonali 60 operácií, v období 2006 - 2021 sme vykonali 250 laparoskopických adrenalektómií.

Súbor pacientov: Zamerali sme sa na súbor pacientov za obdobie 2006 - 2021 - pravostrannú adrenalektómiu vykonali u 125 pacientov (51 %) a ľavostrannú u 122 pacientov (49 %). Z uvedeného počtu pacientov boli lézie v nadobličke hormonálne aktívne u 88 pacientov (18 x s feochromocytómom) a u 162 pacientov išlo o hormonálne inaktívne lézie. Priemerný vek bol 55 rokov.

Výsledok: Priemerný operačný čas (skin-to-skin) 71 minút (35 - 150 minút) - 70 minút pre pravostrannú a 73 pre ľavostrannú. V rokoch 2019-2021 sa OP čas znížil na priemerne 61 min. Závažné peroperačné komplikácie sme zaznamenali u 8 pacientov vľavo (krvácanie a poranenie pankreasu) a u 3 pacientov vpravo (poranenie duktus choledochus a krvácanie). Konverziu sme zaznamenali 3 x – 1 x vpravo pre poranenie duktus choledochus a 2 x vľavo pre poranenie chvosta pankreasu. Reoperáciu sme boli nútení vykonať u 5 pacientov pre pooperačný hematóm, resp. absces a pre potrebu revízie po poranení pankreasu. Priemerná doba hospitalizácie bola 4 dni (3 - 12 dní). Mortalitu sme nezaznamenali.

Záver: Laparoskopická adrenalektómia patrí medzi pokročilé miniinvazívne operácie. Výuková krivka je cca 50-60 operácií, pričom nie je podstatnejší rozdiel medzi pravostrannou a ľavostrannou adrenalektómiou. Po tomto počte operácií je operácia v rukách stabilného operačného tímu bezpečná, so všetkými benefitmi miniinvazívne operácie.

17. Doporučené postupy po chirurgickou liečbu hiátových hernií

Kasalický M., Koblihová E., Chirurgická klinika 2. LF UK, ÚVN VFN Praha

Vhľadom k faktu, že väčšina jedinců s menší hiátovou kýlou (HH) je asymptomatických není jejich incidence přesně známa. Různí autoři uvádějí na základě více či méně komparabilních studií incidenci HH v západní populaci mezi 25 – 50 %. Oproti tomu je celkem dobře zmapována současná prevalence gastroezofageálního refluxu (GERD), která je udávána v Evropě kolem 4-10 % a v Severní Americe 5-7 %. V některých studiích je ale udávána dokonce kolem 10 - 20 %.

Odhaduje se, že minimálně jednou za měsíc má příznaky pyrózy 20-40 % západní populace. Přesto je refluxní ezofagitida prokazatelně léčena jen u 5-10 % jedinců s gastroesofageálním refluxem (GER). V roce 2014 byla v Surgery Endoscopy publikována doporučení EAES k chirurgické léčbě GERD. K chirurgické léčbě GERD nebo HH jsou indikováni nemocní s jasnými symptomy onemocnění trvajících minimálně jeden rok, které jim dlouhodobě snižují kvalitu života nebo u kterých konzervativní léčba není efektivní. U nemocných s prokázaným Barrettovým jícnem je antirefluxní operace všeobecně doporučována pro její větší efektivitu ve srovnání s konzervativní léčbou. U HH je jednoznačnou indikací k operaci velikost hernie nad 6 cm i bez GE refluxu, respektive nad 3-6 cm v případě prokázaného GE refluxu. Před operací by měli mít všichni nemocní provedeno endoskopické vyšetření, esofageální manometrii s vysokým rozlišením (HREM) a pH-metrii. Dále pak RTG žaludku k vyloučení syndromu krátkého jícnu. Laparoskopická hiátoplastika a fundoplikace je v současnosti považována za téměř „zlatý standard“ u nemocných s GERD nebo se symptomatickou hiátovou kýlou. Recidivy po antirefluxních operacích jsou uváděny v horizontu 5 až 10 let od operace v rozmezí 12–25 % po axiálních HH a 12 až 59 % po kýlách paraesofageálních. V případě velkých HH (> 6 cm) je procento recidivy po primární operaci až 75 %. V od roku 2010 až 2021 bylo v ÚVN provedeno přes 400 operací pro HH nebo GERD. Procento recidiv za pětileté období bylo 14,7 %.

18. Laparoskopické střevní resekce v Nemocnici Teplice, soubor 2017 - 2021

Goffa S., Chirurgické oddělení KZ, a.s. – Nemocnice Teplice, o.z

19. Laparoskopické operace pro kolorektální karcinom u obézních pacientů

Moravík J., Chirurgické oddělení KZ, a.s. – Nemocnice Děčín, o.z.

Úvod: Dle WHO (World Health Organisation) má celosvětově v populaci nad 18 let 39 % lidí nadváhu a 13 % je klasifikováno jako obézních. Jako obezita je hodnocen BMI (Body mass index) nad 30. Morbidní obezita představuje BMI nad 50. Laparoskopické operace u obézních pacientů jsou obecně vnímány jako komplikovanější, obtížnější. Dle některých autorů je obezita vnímána jako relativní kontraindikace k provedení miniinvazivní operace. Jak v literatuře, tak v odborných kruzích se vede diskuze, zda-li obezita představuje rizikový faktor pro větší procento pooperačních komplikací po laparoskopických operacích.

Metoda: V úvodu přednášky přinášíme několik studií hodnotících obezitu a BMI jako prediktor případných komplikací po laparoskopicky provedených operacích kolorekta.

V druhé části již prezentujeme výsledky z našeho chirurgického oddělení nemocnice v Děčíně.

Výsledky: Prezentujeme soubor 357 pacientů za období 1. 1. 2014 až 31. 12. 2020, u kterých byla provedena elektivní resekce kolorekta na chirurgickém oddělení nemocnice v Děčíně. Jedná se o skupinu konsektivních operací. Inkluzním kritériem byl věk nad 18 let, elektivní resekční výkon na kolon a rektu. Do souboru nebyli zahrnuti pacienti operovaní na robotickém systému DaVinci. Průměrný BMI byl 27,4 s maximem 59. Z našeho souboru mělo nadváhu 38,4 % pacientů a obezitu 30,9 % pacientů. S BMI pod 30 bylo laparoskopicky odoperováno 81,4 % pacientů. V souboru obézních pacientů s BMI nad 30 to bylo 80,9 %. Median délky operace u neobézních byl 150 minut. V souboru obézních to bylo o 15 minut více. Pooperační komplikace v souboru obézních jsme zaznamenali u 42,1 % a u neobézních pouze 33,7 %.

Závěr: Větší množství viscerálního tuku určitě přináší technickou obtížnost provedení laparoskopické kolorektální operace u obézních pacientů. Mininvazivní operace jsou však i u obézních pacientů bezpečně proveditelné i za cenu lehce delšího operačního času. Důležitým faktorem je již předoperační příprava a plánování ve spolupráci s anestezií, aby se předešlo případným nepředvídatelným komplikacím při úvodu do anestezie, intubaci a následné ventilaci, zejména morbidně obézních pacientů.

20. Laparoskopie v chirurgii jater

Johanides O., Maleček R., Chirurgické oddělení KZ, a.s. – Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.

Laparoskopie získala během několika dekád rovnocenné postavení v řešení benigních i maligních onemocnění dutiny břišní v porovnání s otevřenou chirurgií. Přináší s sebou řadu dokumentovaných výhod spojených s miniinvazivní povahou výkonu. Onkologické výsledky jsou srovnatelné s otevřenou chirurgií. V oblasti chirurgie jater se pozvolna prosazuje laparoskopie jako rovnocenná metoda v řešení benigních i maligních lézí. V našem příspěvku prezentujeme naše prvotní zkušenosti s řešením benigních lézí jater. Kazuistky dokumentují řešení jaterní cysty, klínovitou resekci jaterní metastázy při selhání jiných metod odběru biopsie a neanatomickou resekci jater pro benigní lézi levého laloku. Výkony proběhly ve srovnatelném operačním čase bez perioperačních nebo pooperačních komplikací. Pacienti výkony velmi dobře tolerovali a byli dimittováni po krátké době hospitalizace.

21. Korekční osteotomie dlouhých kostí

Mišičko R., Klinika úrazové chirurgie FZS UJEP v Ústí nad Labem a KZ, a.s. – Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.

Úvod: Napravení fyziologické osy dlouhých kostí po traumatech je základním předpokladem pro dobrý funkční výsledek. V opačném případě dochází k časným nebo pozdním komplikacím, jejichž řešení je často nesnadné a výrazně prodlužující celkovou léčbu.

Metodika: Retrospektivní zhodnocení souboru pacientů s poúrazovou deformitou dlouhých kostí. Na kazuistiky orientovaná práce.

Výsledky: Soubor 10 pacientů s klinickými a funkčními potížemi při různých stupních deformit, od jednorovinné po multiplanární, kteří podstoupili korekční osteotomii. Celkové výsledky se lišily v závislosti na lokalizaci - horní nebo dolní končetina. Ke zhojení došlo v 9-ti případech se zlepšením funkčního stavu, jedna infekční komplikace vedla k nutnosti amputace v bérce.

Závěr: Cílem léčby každého pacienta se zlomeninou je časná plná funkční obnova postižené končetiny. Riziko poúrazové deformity snižujeme dobrou repozicí a výběrem správné operační techniky. V případech zhojení v nesprávném postavení máme možnost nápravy pomocí různých technik korekční osteotomie. Nutný je správný výběr pacienta, který bude profitovat z těchto rekonstrukčních výkonů.

22. Zlomeniny pylonu tibie, primární ošetření + timing

Koptiš S., Klinika úrazové chirurgie FZS UJEP v Ústí nad Labem a KZ, a.s. – Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.

klíčová slova: zlomeniny pylonu tibie – primární ošetření – timing

Zlomeniny pylonu tibie patří mezi méně častá poranění, v celkovém počtu tvoří přibližně až 10% všech zlomenin na holenní kosti, avšak méně než 1% ze všech poranění dolní končetiny. Jedná se ve většině případů o intraartikulární zlomeniny dolního konce tibie (až v 85% s přidružením poraněním fibuly) a vznikají jak nízkoenergetickým, tak častěji vysokoenergetickým násilím v axiální ose končetiny. Často jsou komplikovány přidruženým poraněním měkkých tkání, jejichž stav rozhoduje nejen o operačním přístupu, ale i o celkovému přístupu k poranění. Správné primární ošetření těchto poranění je klíčové pro následný management poranění a zároveň snižuje riziko časných komplikací, ze kterých je nejvíce obávanou akutní compartment syndrom. V dnešní době je již standardem zevní fixace končetiny a každý chirurg by měl být schopný ji provést společně s primární repozicí zlomeniny. Definitivní ošetření záleží na stavu měkkých tkání a patří do rukou zkušeného traumatologa, proto je i nezbytné správné načasování výkonů a vzájemná spolupráce mezi jednotlivými pracovišti. V krátké kazuistice bude předvedeno, jak v ideálním případě vypadá správné ošetření se zaměřením na možné časné komplikace a na co myslet při prvotním ošetřování těchto poranění.

23. Volkmannova ischemická kontraktura a kompartment syndromu

Kunc V., Klinika úrazové chirurgie FZS UJEP v Ústí nad a KZ, a.s. – Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.

Volkmannova ischemická kontraktura (VIC) je v našich podmínkách velmi vzácnou jednotkou zmiňovanou především jako následek kompartment syndromu při suprakondylárních zlomeninách distální části kosti pažní. Naše analýza z dat nepálské nemocnice Hospital & Rehabilitation Centre for Disabled Children ukazuje, že v rozvojových zemích je tato jednotka sále problematická. Prezentujeme vzorek složený z 47 pacientů nasbíraný v průběhu pěti let mezi 2013 a 2018 jedním chirurgem. Iatrogeně - včetně neodborného ošetření rodinnými příslušníky vzniklo 94% VIC. Dva z těchto případů pramenili z přesvědčení, že vhodnou léčbou hadího uštknutí je aplikace co možná nejtěsnější bandáže. V rámci současného sdělení se zaměříme na zkušenosti s léčbou této jednotky nasbírané v průběhu let a možnosti léčby dle jednotlivých stádií Tsugeho klasifikace počínajíc těmi nejmírnějšími řešenými různými formami konzervativní terapie k závažným stavům vyžadujícím komplexní chirurgickou intervenci.

24. Subtrochanterické zlomeniny femoru

Mišičko R., Klinika úrazové chirurgie FZS UJEP v Ústí nad Labem a KZ, a.s. – Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.

Úvod: Specifické anatomické poměry v subtrochanterické oblasti stehenní kosti způsobují, že zlomeniny v těchto místech jsou často výrazně dislokované tahem velkých svalů. Jejich repozice a stabilní fixace je nesnadná a bývá zdrojem častějších komplikací ve smyslu prodlouženého hojení, pakloubu nebo selhání osteosyntézy.

Metodika: Prezentace se zaměřuje na retrospektivní soubor pacientů se zlomeninou stehenní kosti v subtrochanterické oblasti ošetřených v traumacentru v Ústí nad Labem, u kterých bylo hojení komplikováno selháním osteosyntézy. Zabývá se rozbohem příčin těchto komplikací a úskalím jejich řešení.

Výsledky: Všech 10 pacientů s komplikovanou subtrochanterickou zlomeninou vyžadovalo reoperaci s dodatečnou úpravou osteosyntézy. U dvou pacientů došlo ke zlomení implantátu, tři pacienti vyžadovali více než 1 reoperaci.

Závěr: Ošetření subtrochanterických zlomenin stehenní kosti zůstává výzvou i pro zkušené traumatology. Technické nedostatky osteosyntézy vedou ke komplikacím s výrazným dopadem na morbiditu a mortalitu pacientů.

25. Luxace čěšky, léčba a operační techniky

Neckář P., Riegl J., Ortopedické oddělení KZ, a.s. – Nemocnice Teplice, o.z.

Luxace čěšky patří mezi méně častá poranění kolenního kloubu, tvoří cca 2 % - 3 % všech poranění kolenního kloubu. Pacienti přicházejí do nemocnice k ošetření buď ve fázi po spontánní repozici nebo s dislokovanou čěškou nejčastěji laterálně od kondylu femuru. V rámci primárního ošetření je prvořadě provedení repozice a posouzení míry poranění kolenního kloubu po tomto traumatu. Toto poranění může vést k vytvoření chronické nestability pately, bolesti, snížení sportovní aktivity a rozvoji femoropatelní artrózy. Recidiva sub/luxace je uváděna až u 40-50% pacientů. Častější je u dvou skupin pacientů. První skupinu tvoří pacienti mladších 20 let. Druhou skupinu tvoří pacienti s anatomickou dispozicí k sub/luxaci na podkladě dysplazie patelního sulku a tvaru čěšky, respektive deformitou osy končetiny. Chondrální, resp. osteochondrální a vážné měkkotkáňové poranění (lig. femoropatellare mediale, med. vastu, adduktorové skupiny) mohou být přidruženy k první epizodě takového traumatu. Včasné rozpoznání vážného stavu by mělo vést k indikaci primárního rekonstrukčního operačního výkonu zejména u mladším a sportovně aktivních pacientů. Jinak je první epizoda luxace čěšky léčena konzervativně. Chronická nestabilita čěšky vzniká na podkladě zmíněného nerozpoznaného poranění nebo na podkladě rizikových faktorů pacienta. Mezi tyto predispoziční faktory patří: osová abnormalita dolní končetiny, hypermobilita, rodinná anamnéza nestability čěšky. V případě chronické nestability je nutné adresně zasáhnout nejen v místě primárního poranění, ale také v místě osové deformity končetiny. Tato léčba a operační výkony patří do péče ortopeda. Na našem oddělení preferujeme neoperativní léčbu první traumatické dislokace čěšky vyjma situace, kdy je přidružena jedna z následujících situací: 1. evidentní klinická a na zobrazovacích metodách potvrzená chondrální nebo osteochondrální zlomenina, 2. klinicky evidentní a na zobrazovacích metodách prokázaná výrazná, dislokovaná disrupce MPFL-Vastus medialis, 3. selhání konzervativní terapie zejména u pacientů s predispozičními faktory anebo 4. recidivující dislokace čěšky.

26. Dětské zlomeniny a jejich zvláštnosti v RTG diagnostice a klasifikaci

Konečný M., Oddělení dětské chirurgie KZ, a.s. – Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.

Přednáška pojednává přehledně o klasifikaci zlomenin typických pro dětský věk. Ukazuje i úskalí nejen v jejich diagnostice, ale zároveň i léčbě těchto zlomenin.

27. Oxyuriaza - běžný či raritní nález při laparoskopické appendektomii

Tekula T., Sedlačko T., Konečný M., Oddělení dětské chirurgie KZ, a.s. – Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.

Naše videokazuistika je stručným seznámením s problematikou oxyuriázy při akutní apendicitidě. Prezentace zahrnuje základní poznatky o parazitech a výskyt tohoto onemocnění ve světě. Dále naší zkušenost s patogenem, diagnostiku a léčbu. Na videu je zachycený zřídka nález při poměrně běžné laparoskopické appendektomii.

28. Kardiak před operací - pohled kardiologa

Novák A., Interní oddělení KZ, a.s. – Nemocnice Děčín, o.z.

Díky současné kardiologické péči je možné nemocným prodloužit život o 10 až 25 let, často se dožijí i „svého“ nádoru a jsou poté operováni nejmodernějšími technikami. Pro dobrý výsledek operace je nutná nejen kvalitní pooperační péče ale i pečlivé předoperační vyšetření. To by mělo eliminovat perioperační rizika komplikací již známých komorbidit a odhalit také i zatím neznámou a nebezpečnou komorbiditu. Tou je ischemie myokardu, (u diabetiků často nemá, bez stenokardií) významná stenóza karotidy, arytmogenní nestabilita, srdeční vada, plicní embolie a srdeční slabost.

Ischemie myokardu vyžaduje koronarografii a obvykle katérovou revaskularizace. V případě implantace lékového stentu následuje ale indikace duální antiagregační léčby, minimálně půl roku, která významně zvyšuje riziko perioperačních krvácení. Často operace spěchá, například nádor! Pak je výhodnější implantovat kovový nelékový stent, zde je indikace duální antiagregační léčby jeden měsíc. Významnou stenózu karotidy je nutno také řešit nejprve revaskularizací před plánovanou operací. Riziko maligní arytmie implantací kardiostimulátoru - defibrilátoru. Pacienta se srdeční slabostí je možno moderní farmakologickou léčbou dobře zkompenzovat, event. doplnit i přístrojovou, implantace biventrikulární stimulace při dyssynchronii levé komory, mitraklipu při těžké mitrální insuficienci. Po ruce máme také jednoduché laboratorní markery. Vždy kreatininem hodnotíme funkci ledvin, glykosylovaný hemoglobin ukazuje na dlouhodobou kompenzaci diabetika, hodnoty nad 60 mg/ml jsou méně příznivé. Jednoduchý marker NT-pro BNP téměř lineárně koreluje se stupněm srdeční slabosti, hodnoty nad 6000 pg/ml signalizují chronickou srdeční slabost, hodnoty nad 2000 pg/ml riziko probíhající akutní srdeční slabosti. Pacienti s chronickou fibrilací síní nebo renální insuficiencí mívají NT-pro BNP vždy vyšší, zpravidla nad 1000 pg/ml. I pacient s těžším stupněm srdeční slabosti může mít lehce zvýšený troponin a neznamena to akutní infarkt myokardu. Pacient se závažnou plicní embolií a následnou diagnózou maligního nádoru může být časně operován po zaléčení antikoagulační léčbou frakcionovaným heparinem. Je-li riziko recidivy embolie vysoké pak je zajištěn předoperačně kaválním filtrem.

Perioperační farmakologická léčba kardiaka má svá pravidla. Antihypertenziva nevysazujeme, perioperačně kromě diuretik. Vždy ponecháme perioperačně hypolipidemika. U diabetika vysazujeme 3 dny před operací metformin. Nekumarinová antikoagulantia (NOAC) - dabigatran vysazujeme jeden den před operací, v případě větší operace a snížené funkce ledvin ho vysazujeme 2-3 dny před operací, podobně postupujeme i u xabanů (apixaban, rivaroxaban, edoxaban). Dabigatran má jako jediný v praxi dostupné iv. antidotum Praxbind. Po jeho podání je možno operovat bez odkladu. U xabanů je nutno akutní výkon odložit o 12-24 hod. Používání těchto nekumarinových antikoagulantí v praxi je stále častější, pro narůstající prevalenci

fibrilace síní. Účinek NOAC trvá na rozdíl od warfarinu jen 12-24 hod, důležité je tedy zjistit před akutní operací dobu posledního požití. NOAC mají minimum interakcí, jsou bezpečnější než warfarin zvláště díky snížení výskytu mozkového krvácení. Redukované dávky, dabigatran 110 mg 2x1, apixaban 2,5 mg 2x1, rivaroxaban 15 mg 1xdenně a edoxaban 30 mg 1 x denně používáme u starších 80 let a u pacientů se sníženou funkcí ledvin. Účinek dabigatranu lze hodnotit z hladiny APTT, přesnější je Hemoclot ,určí hladinu dabigatranu. U xabanů nelze použít Quick ani APTT. Jen pro Warfarin používáme INR.

29. Stomie - indikace a komplikace, kazuistiky z našeho pracoviště

Rampino Víznerová D., Jakeš P., Chirurgické oddělení, Nemocnice Roudnice nad Labem, Hrubec M., Chirurgická ambulance Lysá nad Labem

Cílem této prezentace je shrnout stále aktuální indikace k vyvedení stomie, jejich správné vyšití, časté komplikace, zejména kýly (parastomální i poststomální), kožní peristomální komplikace, prolapsy a další. Práce zmiňuje prevenci komplikací, jejich časně rozpoznání a léčbu. Součástí textu je i statistika z vlastního (malého) pracoviště a kazuistiky.

30. Thyroidální chirurgie v Nemocnici Teplice, soubor 2017 – 2021

Sessek M., Chirurgické oddělení KZ, a.s. – Nemocnice Teplice, o.z.

V naší přednášce prezentujeme výsledky souboru operací štítné žlázy a příštítných tělísek za období 2017-2022.

31. Značení intraabdominálních recidiv kolorektálního karcinomu magnetickým zrnem Magseed ®

Toman D., Martínek L., Kubala O., Foltys A., Guňková P., Chirurgická klinika, FN Ostrava

Peroperační lokalizace a chirurgické odstranění intraabdominálních lokálních recidiv může být technicky obtížné, protože recidivující léze mohou být malé a lokalizované v relativně obtížně přístupných oblastech nebo obklopené nekrotickou, tukovou či jinou tkání. V důsledku toho nejsou snadno viditelné ani hmatatelné. Přesná lokalizace je důležitá, protože resekce recidiv může zlepšit přežití, a naopak nepřesné zaměření léze může vést buď k nedostatečné excizi se zvýšeným rizikem recidivy, nebo k nadměrnému odstranění zdravé tkáně. Lokalizace a chirurgické řešení u nehmavných lézí prsu, plicních uzlů a jiných malých útvarů v jiných částech těla se často provádí předoperačním označením za pomoci drátku, pomocí harpunové techniky, či nově i za pomoci magnetického zrna Magseed. Použití techniky značení za pomoci magnetického zrna s následnou detekcí za pomoci systému SENTIMAG v případě intraabdominálních lokálních recidiv kolorektálního nebylo doposud publikováno. Dle našich zkušeností se jedná o proveditelnou a bezpečnou techniku, zvláště když jsou anatomické poměry po operacích v dutině břišní změněny. Uvádíme naše zkušenosti u 3 pacientů s intraabdominálními lokálními recidivami označenými magnetickým zrnem a následně chirurgicky resekovanými. U všech pacientů byla provedena předoperačně počítačová tomografie (CT) hrudníku a břicha a/nebo pozitronová emisní tomografie k vyloučení diseminovaného onemocnění. Umístění magnetického zrna pod CT kontrolou, po obdržení písemného souhlasu pacientů, bylo provedeno den před plánovaným výkonem. Chirurgická exstirpace lézí proběhla bez komplikací u každého pacienta. Resekce byla ve všech případech

kompletní a kurativní. Značení intraabdominálních lokálních recidiv za pomoci magnetického zrna Magseed je proveditelnou a užitečnou technikou. Umožní bezpečnou přímou lokalizaci léze s možností racionální a úplné resekce ložiska s potenciálem zlepšení prognózy a přežití.

32. Laparoskopická appendektomie v pokročilém těhotenství

Koscelanský J., Chirurgické oddělení KZ, a.s. – Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.

Akutní appendicitída je nejčastější chirurg. onemocnění v těhotenství, které se obtížně a často opožděně diagnostikuje. Dochází zde častěji k perforaci střeva než u zbytku populace což může vést k potratu a předčasnému porodu. Proto je zde důležitá časná diagnóza a operace – appendektomie, kterou (podobně jako u ostatních pacientů) lze provádět otevřeně nebo laparoskopicky. Zatímco dle obecního konsenzu LAPPE je vhodná metoda v 1. a 2. trimestru, LAPPE v 3. trimestru je diskutované a kontroverzní téma. Původně bylo LAPPE kontraindikované v 3. trimestru. Dle recentních studií ale není rozdíl ve výskytu těhotenských komplikací mezi LAPPE a APPE, zatímco u LAPPE je nižší výskyt chirurg. komplikací. Proto v současnosti je LAPPE považována za vhodný operační přístup i v 3. trimestru za předpokladu laparoskopické erudice operátora i pracoviště. Naše zkušenosti a výsledky tento závěr podporují.

33. Robotická chirurgie v ČR

Benčurik V., Chirurgické oddělení, Nemocnice Nový Jičín

Prednáška hovoří o výhodách robotiky a o rozvoji miniinvazivní kolorektální chirurgie České republiky. Popisuje její vývoj a současný stav v ČR a na Slovensku. Podrobně analyzuje vývoj robotické chirurgie centra v Novom Jičíně v jednotlivých chirurgických disciplínách. Autor přináší výsledky analýzy porovnání robotického a laparoskopického přístupu léčby karcinomu rektu z onkologického centra v Novom Jičíně. Hodnotí jednotlivé parametry statistické analýzy. Více viz článok Rozhl. v chirurgii č. 11/2021 Resekce rektu s totální excizí mesorekta - laparoskopický verus robotický přístup. V závěru hodnotí porovnání dopadu robotické chirurgie na náklady spojené s léčbou a komplikacemi a porovnává dlouhodobé výsledky mezi otevřeným, laparoskopickým a robotickým přístupem operační léčby karcinomu rektu.

34. Roboticky asistovaná chirurgie rektu po neoadjuvantní chemoradioterapii – krátkodobé sledování

Šefr R., Fiala L., Ondrák M., Silák J., Sládek F., Klinika operační onkologie, Masarykův onkologický ústav, Brno

Úvod: neoadjuvantní chemoradioterapie pro lokálně pokročilý karcinom rektu je více než dvě dekády užívanou variantou léčby před chirurgickou intervencí. V současné době je k dispozici řada modifikací a režimů této léčby. Roboticky asistovaná resekce rektu pro karcinom je ve světě i u nás již zavedenou modalitou, od níž je očekávána nižší pooperační morbidita, zkrácení hospitalizace, při dostatečné onkologické radikalitě. Literární údaje však stále nejsou dostatečné.

Metoda: metodou retrospektivní studie byl analyzován soubor nemocných podstupivších roboticky asistovanou resekci nebo amputaci rektu po různých modalitách neoadjuvantní terapie.

Výsledky: za období 2018-2021 bylo jedním chirurgickým týmem operováno celkem 107 pacientů. Z toho po neoadjuvantní chemoradioterapii 52 nemocných. Bylo provedeno 96 kontinentních resekcí a 10 operací sec. Miles, 1x resekce sec. Hartmann. Dvě operace byly konvertovány na otevřené. Lokální recidiva onemocnění nebyla dosud zaznamenána u žádného pacienta, u 3 pacientů byly řešeny synchronní jaterní metastázy.

Závěr: robotická chirurgie se jeví minimálně ekvivalentní dosavadním chirurgickým modalitám co do výskytu relapsu onemocnění v krátkodobém sledování.

35. Laparoskopické řešení uskřínutých kýl

Davídková F., Rejholec J., Chirurgické oddělení KZ, a.s. – Nemocnice Děčín, o.z.

Úvod: Uskřínutá tříselná kýla je jednou z akutních náhlých příhod břišních, se kterou se běžně setkáváme. Jde o problém, jež je třeba řešit i ve službách, týká se tedy každého břišního chirurga. Laparoskopický přístup je nejen možný, ale i výhodný. Například lepší přehlednost dutiny břišní může pomoci při diagnostické nejistotě a pacienta ušetřit rozsáhlé laparotomie.

Metody: V našem sdělení prezentujeme tři případy onemocnění dutiny břišní. Dva případy akutní, s nejasnou pracovní diagnózou. Třetí případ s překvapivým nálezem během plánované laparoskopické operace tříselné kýly.

Výsledky: U prvního z pacientů byla diagnostická nejistota bylo pomýšleno na uskřínutou tříselnou kýlu. Během laparoskopické operace byla zjištěna akutní apendicitis s apendixem vtaženým do tříselné kýly - tedy Amyandova kýla. V druhém případě šlo o uskřínutí objemné části omenta v tříselné kýle. I tuto operaci bylo možno řešit laparoskopicky. Třetí případ byl naopak překvapením u pacienta indikovaného k plánované operaci tříselné kýly, kdy obsahem ireponibilní kýly byl tumor sigmoidu.

Závěr: Prezentované kazuistiky dokládají přínos laparoskopického přístupu i u náhlé příhody břišní, jako je uskřínutá tříselná kýla, právě vzhledem k tomu, že může dojít k ne zcela přesné pracovní diagnóze a lepší přehlednost dutiny břišní daná laparoskopii je s výhodou. A též ukážeme, že i ireponibilní kýla je laparoskopicky řešitelná bez větších potíží.

36. Laparoskopické resekce žaludku

Moravík J., Rejholec J., Chirurgické oddělení KZ, a.s. – Nemocnice Děčín, o.z.

Resekce žaludku pro nádorová onemocnění jsou nejčastěji z indikace pro adenokarcinom nebo gastrointestinální stromální tumor (GIST). Tyto operace mohou být prováděny klasicky z laparotomie, nebo pomocí miniinvazivních technik. K miniinvazivním operacím řadíme operace provedené kompletně laparoskopicky, nebo laparoskopické s následnou konstrukcí anastomóz otevřeným přístupem. Další možností jsou samozřejmě také výkony na robotickém systému Da Vinci a v neposlední řadě v indikovaných případech zákroky endoskopické nebo endoskopicky asistované.

Metoda: V úvodu přednášky přinášíme aktuální National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Guidelines, verze 2.2022, publikované 11. ledna 2022 pro karcinom žaludku a GIST žaludku. V druhé části již prezentujeme výsledky z našeho chirurgického oddělení nemocnice v Děčíně.

Výsledky: Prezентujeme soubor 16 pacientů za období 1. 1. 2016 až 31. 12. 2020, u kterých bylo provedeno 17 operací pro nádorové onemocnění žaludku na chirurgickém oddělení nemocnice v Děčíně. Z uvedeného souboru byla provedena 4x subtotální gastrektomie kompletně laparoskopicky, 2x totální gastrektomie kompletně laparoskopicky, 3x totální gastrektomie laparoskopicky s následnou konstrukcí anastomóz klasicky, 3x laparoskopická wedge resekce. U dvou pacientů byla nutná konverze na klasickou operaci a u 3 pacientů byl nález inoperabilní. Ve 4 případech byla použita perioperační endoskopie. Pouze v 1 případě jsme zaznamenali leak na anastomóze a pouze u jednoho pacienta byla nutná reoperace. Žádný z pacientů nám nezemřel v pooperačním období. Histologicky v resekátu byl u 10 pacientů adenokarcinom u 2 GIST a v jednom případě se jednalo o vřetenobuněčný sarkom.

Závěr: Počty operací žaludku pro nádorová onemocnění obecně klesají s klesající incidencí adenokarcinomu žaludku. Miniinvazivní operace jsou bezpečně proveditelné se stejnými onkologickými výsledky. Přidanou hodnotu přináší miniinvazivně provedená operace hlavně v časném pooperačním období, jak je známo z větších souborů pacientů odoperovaných pro kolorektální karcinom. Do budoucna zůstává otázkou nucená či přirozená centralizace operací žaludku.

37. Laparoskopické appendektomie na našem pracovišti – 17ti letý soubor pacientů

Hudák A., Rejholec J., Moravík J., Chirurgické oddělení KZ, a.s. – Nemocnice Děčín, o.z.

Appendektomie – otevřená či laparoskopická – je jednou z nejčastějších chirurgických operací. Laparoskopie, jak již bylo studii prokázáno, přináší ve srovnání s klasickou metodou výhodu menšího počtu raných komplikací a nezvyšuje riziko komplikací intra-abdominálních. Cílem této statistické studie je sledování vývoje v uplatnění laparoskopie na našem pracovišti během 17ti let a posouzení per-operačních a pooperačních komplikací u laparoskopických výkonů.

38. Laparoskopické střevní resekce v Nemocnici Teplice soubor 2017 - 2021

Goffa S., Chirurgické oddělení KZ, a.s. – Nemocnice Teplice, o.z

POZNÁMKY

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Všechna práva vyhrazena. Tato publikace, ani její část, nesmí být reprodukována, uschována v rešeršním systému nebo přenášena jakýmkoliv způsobem (včetně mechanického, elektronického, fotografického či jiného záznamu) bez písemného souhlasu jednotlivých autorů. Autoři sborníku, pokud citují cizí zdroje, odpovídají za dodržování autorských práv z toho vyplývajících. Sazba byla provedena ze zaslaných dokumentů dodaných autory jednotlivých příspěvků, které byly předneseny na konferenci VI. Děčínské chirurgické dny. Vydavatel nenese odpovědnost za údaje a názory autorů jednotlivých příspěvků.

Název: VI. Děčínské chirurgické dny 2022

Podnázev: Sborník abstrakt

Autor: kolektiv autorů

Editor: MUDr. Jan Rejholec

Vydavatel: Krajská zdravotní, a.s., Sociální péče 3316/12A, 401 13 Ústí nad Labem

Grafická úprava, tisk a zpracování: Vzdělávací institut Krajské zdravotní, a.s.

Měsíc/rok vydání: květen 2022

Pořadí vydání: 1

ISBN: 978-80-907370-9-9