

# XXVII. PRAŽSKÉ CHIRURGICKÉ DNY 2024

---

18. – 19. dubna 2024

Programový sborník s abstrakty

O2 universum, Praha

**Pořadatel:**

I. chirurgická klinika  
1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy  
a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

**Organizátor:**

Congress Prague s.r.o.



ČESKÁ  
CHIRURGICKÁ  
SPOLEČNOST  
ČLS JEP

## PARTNEŘI A VYSTAVOVATELÉ

---

### GENERÁLNÍ PARTNER



### HLAVNÍ PARTNER

**Johnson & Johnson**

**Medtronic**

### PARTNER



### VYSTAVOVATELÉ

AKC konstrukce, s.r.o.

Aspironix s.r.o.

BIONIK Stapro Group s.r.o.

Bioster, a.s.

BIP Medical CZ, s.r.o.

B. Braun Medical s.r.o.

Chirurgické obory Praha

ConvaTec Česká republika s.r.o.

Essity Czech Republic s.r.o.

Fresenius Kabi s.r.o.

HARTMANN-RICO a.s.

Johnson & Johnson, s.r.o.

MAXIS a.s.

Medin a.s.

MEDKONSULT, s.r.o.

Medtronic Czechia s.r.o.

Olympus Czech Group, s.r.o.

Pascoe pharmazeutische Präparate GmbH.

PROMEDICA PRAHA GROUP, a.s.

LERAM pharmaceuticals s.r.o.

Lékaři bez hranic o.p.s.

SurgiCare s.r.o.

Teleflex Medical s.r.o.

We Make Media

### PODPORA KONGRESU

Baxter CZECH spol. s r.o.

WOLIP s.r.o.

Coloplast Czech s.r.o.

## ZÁKLADNÍ INFORMACE

---

### POŘADATEL:

I. chirurgická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

### VĚDECKÝ A ORGANIZAČNÍ VÝBOR:

prof. MUDr. Zdeněk Krška, DrSc.

předseda organizačního a vědeckého výboru

doc. MUDr. Jan Ulrych, Ph.D.

koordinátor odborného programu Sekce lékařů

PhDr. Dagmar Škochová, MBA

koordinátor odborného programu Sekce zdravotnických pracovníků nelékařských profesí

### ORGANIZÁTOR:

**Congress Prague s.r.o.**

Vyšehradská 430/41, 128 00 Praha 2

+420 241 445 759

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

[office@congressprague.cz](mailto:office@congressprague.cz)

## CERTIFIKÁTY

---

Účast na akci je zařazena do systému celoživotního vzdělávání dle Stavovského předpisu číslo 16 České lékařské komory. Registrovaní účastníci Pražských Chirurgických dnů 2024, kteří absolvují odborný program, obdrží certifikát se **12 kredity**, s platností pro EU, na svou elektronickou adresu do 14 dnů od skončení akce. Účast zdravotnických pracovníků v nelékařských profesích je hodnocena jako součást osobního vzdělávání a probíhá ve spolupráci s Českou asociací sester (ČAS) a Uníí fyzioterapeutů České republiky (UNIFY). Registrovaní účastníci obdrží certifikát o účasti na svou elektronickou adresu do 14 dnů od skončení akce.

## DOPROVODNÝ PROGRAM

---

**Společná večeře pořádaná Českou chirurgickou společností ČLS JEP 18. dubna**

Cena: 890 Kč

Vstup na základě předložení zakoupené vstupenky.

Společná večeře není součástí odborného programu kongresu. Pro účast na společné večeři je nezbytné zakoupit si vstupenku předem v rámci registrace nebo na místě v registračním centru kongresu do 18. dubna 12.00 hod. Počet vstupenek je limitován kapacitou společenských prostor v místě konání.

## PRAVIDLA PRO ÚČAST

---

- Vstup na kongres a doprovodnou výstavu firem je možný výlučně na základě platné registrace.
- Registrační průkaz obdrží každý registrovaný účastník při vstupu na kongres.
- V pracovní době kongresu je účastníkům k dispozici šatna s obsluhou.
- V mimopracovní době jsou kongresové sály uzavřeny. Nenechávejte v prostorách kongresových sálů, doprovodné výstavy apod. osobní věci. O2 universum, pořadatelé a organizátor kongresu nenesou odpovědnost za jejich poškození nebo ztrátu.
- Věci vnesené a používané v průběhu kongresu v prostorách O2 universu určených pro kongres nejsou předmětem pojištění.
- Účast na kongresu, činnost a pohyb ve vyhrazených kongresových prostorách nejsou předmětem pojištění osob.
- Ve všech prostorách vyhrazených pro kongres je přísný zákaz kouření. Prosíme, respektujte toto pravidlo.
- Bez výslovného souhlasu pořadatele nebo organizátora není v rámci prostor konání kongresu dovoleno pořizovat záznamy (zvukem, obrazem).

## ORIENTAČNÍ PLÁNEK DOPROVODNÉ VÝSTAVY PARTNERŮ

---

<b>PLOCHA</b>	<b>VYSTAVOVATEL</b>
1.	PROMEDICA PRAHA GROUP, a.s.
2.	Medtronic Czechia s.r.o.
3.	Johnson & Johnson, s.r.o.
4.	ConvaTec Česká republika s.r.o.
5.	Fresenius Kabi s.r.o.
6.	HARTMANN-RICO a.s.
7.	Essity Czech Republic s.r.o.
8.	SurgiCare s.r.o.
9.	MAXIS a.s.
10.	AKC konstrukce, s.r.o.
11.	BIP Medical CZ, s.r.o.
12.	Teleflex Medical s.r.o.
13.	Bioster, a.s.
14.	Lékaři bez hranic
15.	LERAM pharmaceuticals s.r.o.
16.	MEDKONSULT, s.r.o.
17.	We Make Media
18.	B. Braun Medical s.r.o.
19.	Chirurgické obory Praha s.r.o.
20.	Aspironix s.r.o.
21.	MEDIN a.s.
22.	Pascoe pharmazeutische Präparate GmbH.
23.	BIONIK Stapro Group s.r.o.
24.	OLYMPUS CZECH GROUP, S.R.O.





## Více než 30 let s Vámi

Promedica patří mezi nejvýznamnější české firmy v oblasti distribuce a logistiky ve zdravotnictví. Společnost vznikla v roce 1991 a od začátku staví výhradně na českém kapitálu. Jsme spolehlivým partnerem lékařům, zdravotníkům a dodavatelům v České republice. Naší vizí je pomáhat zdravotníkům lépe pečovat o pacienty, přinášet inovace do zdravotnictví a neustále zvyšovat standard a kvalitu oboru.

[www.promedica-praha.cz](http://www.promedica-praha.cz)



## Již 30 let zdokonalujeme umění přesnosti.

**Jediné, co významem převyšuje naši historii plnou inovací, je naše vize budoucnosti.**

Vaše neutuchající snaha o lepší výsledky pacientu nám byla vždy inspirací, a proto se HARMONIC™ i nadále vyvíjí s cílem poskytovat precizní disekci a multifunkčnost, která je nutná pro hladký průběh operace. Tešíme se na dalších 30 let spolupráce a odhodlání léčit.

### **Nůžky HARMONIC 1100 Ethicon Endo-Surgery**

Nůžky HARMONIC 1100, je indikován pro řezy v měkkých tkáních, když je potřeba kontrolovat krvácení a zajistit minimální termální zranění. Nástroj lze používat jako doplněk nebo náhradu za elektrochirurgii, lasery a ocelové skalpely během výkonů v rámci celkové obecné chirurgie, pediatrie, gynekologie, urologie, hrudní chirurgie a uzavírání a transekcce lymfatických cév. Nástroje umožňují koagulaci cév až do průměru 7 mm včetně, a to s využitím tlačítka energie s pokročilou hemostázou. Nástroj nůžky HARMONIC 1100 je sterilní nástroj pro použití u jediného pacienta, který lze použít pro rozříznutí, uchopení tkáně, koagulaci a fezální tkáně mezi čepeli a upínacím ramenem. Skládá se z ergonomické rukojeti s integrovaným ručním dílem a dvěma tlačítky pro napájení energie. Kontraindikace: Nástroje nejsou určeny pro řezání kostí a pro antikoncepční okluzi. Nežádoucí účinky: rizika spojená s ultrazvukovými zařízeními zahrnují potenciální krvácení nebo poranění tkáně mechanickým nebo termálním poškozením. Varování: minimálně invazivní procedury by měly provádět pouze osoby, které jsou odpovídajícím způsobem zaškoleny v technikách miniinvazivní chirurgie. Nástroj nůžky HARMONIC 1100 jsou určené výlučně pro použití se softwarem generátoru G11 (GEN11). Další důležité a doplňující informace naleznete v návodu k použití. Nůžky HARMONIC 1100 je zdravotnický prostředek.

## ETHICON

PART OF THE **Johnson & Johnson** FAMILY OF COMPANIES

## 30 LET TECHNOLOGIE HARMONIC™

Nejaktuálnější a úplné informace vždy najdete v návodu k použití / informacích pro uživatele, které jsou přiloženy k pomůcce.

Johnson & Johnson, s.r.o., Walterovo náměstí 329/1, 158 00 Praha 5, Česká republika  
[jnmedtech.com/en-EMEA](http://jnmedtech.com/en-EMEA)

© Ethicon Endo-Surgery (Europe) GmbH 2022, 256409-230815 CZ



THE  
FUTURE OF  
STAPLING  
IS IN YOUR  
HANDS.  
**TODAY.**

Signia™ Stapler  
The world's first  
smart stapler



# PROGRAM KONGRESU

Čtvrtek 18. dubna 2024

08:30	<b>Registrace</b>
09:30 – 10:00	<b>Občerstvení s nápoji</b>
10:00 – 10:20	<b>Zahájení kongresu</b>

## Hlavní kongresový sál C1

10:30 – 12:00	<b>BLOK I – CHIRURGIE PRO MALIGNÍ A BENIGNÍ ONEMOCNĚNÍ PRSU I (obecná témata)</b> Předsednictvo: Gatěk J., Bielčíková Z., Matějovská J. Sdělení: 13 + 2 min.
---------------	--

### **Centralizace onkochirurgické péče u pacientek s karcinomem prsu: využití dat jako nepodkročitelné minimum**

Bielčíková Z.<sup>1</sup>, Tichopád A.<sup>2</sup>, Gleb D.<sup>2</sup>, Rybář M.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Onkologická klinika VFN a 1.LF UK v Praze

<sup>2</sup>Katedra biomedicínské techniky, FBMI-ČVUT v Praze

<sup>3</sup>Kancelář zdravotního pojištění z.s. v Praze

### **Perličky z TNM – šokující rozptyl!?**

Mergancová J., Mergancová J., Dvořáková D., Šnáblová E., Hácová M.

Pardubická nemocnice, Nemocnice Pardubického kraje a.s., EUC Mamocentrum Pardubice

### **Mastektomie z pohledu plastického chirurga**

Matějovská J., Weisová M., Fajtová K., Šonková K.

Klinika plastické chirurgie, FN Bulovka, Praha

### **Benigní léze prsu či maligním tumor s vysokým rizikem generalizace**

Mach Ch.<sup>1</sup>, Zedníková I.<sup>1</sup>, Svoboda T.<sup>2</sup>, Kinkor Z.<sup>3</sup>, Skalický T.<sup>1</sup>, Moláček J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Chirurgická klinika Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Plzeň

<sup>2</sup>Onkologická a radioterapeutická klinika Lékařské fakulty UK a Fakultní nemocnice Plzeň

<sup>3</sup>Bioptická laboratoř, s.r.o., Plzeň

### **Chirurgická léčba idiopatické granulomatózní mastitidy**

Prokop J., Kubala O., Toman D.

Fakultní nemocnice Ostrava, chirurgická klinika

### **Prevence lymfedému po výkonech v axile**

Šimůnková E., Šuta Kimle K., Chrz K.

I. chirurgická klinika VFN, Praha

12:15 – 13:00	<b>Valná hromada ČCHS ČLS JEP</b>
---------------	-----------------------------------

13:00 – 14:00	<b>Oběd</b>
---------------	-------------

13:40 – 13:55	<b>FIREMNÍ SYMPOZIUM – PROMEDICA PRAHA GROUP, a.s.</b> <b>Intraop/Mobetron: Intraoperační elektronová radioterapie a</b> <b>CMR/Versius: Chirurgický robotický operační systém</b> Janda D., Božek K.
---------------	--

14:00 – 15:30

## **BLOK II – CHIRURGIE PRO MALIGNÍ A BENIGNÍ ONEMOCNĚNÍ PRSU II**

Předsednictvo: Gatěk J., Šuta Kimle K., Zedníková I.

Sdělení: 13 + 2 min.

### **Karcinom prsu 80+ a výkony v axile**

Gatěk J., Kosáč P., Zábojníková M., Vážan P., Petruš V., Ratajský M., Duben J.

EUC klinika Zlín

### **Biopsie sentinelové uzliny u pacientek po neoadjuvantní terapii pro karcinom mamy**

Gabrielová L., Zapletal O., Coufal O.

Masarykův onkologický ústav, Brno

### **Možnosti snížení operační radikality v axile u pacientek s karcinomem prsu po neoadjuvantní chemoterapii**

Zapletal O., Coufal O., Gabrielová L., Holánek M.

Masarykův onkologický ústav, Brno

### **Problematika a úskalí předoperační stereotaxe u zachovných výkonů pro karcinom prsu**

Zlámalová N., Vomáčková K., Řehulková A., Klos D.

I. chirurgická klinika FN Olomouc

### **Využití zrna Magseed® pro cílenou axilární disekci u pacientek s rakovinou prsu léčených neoadjuvantní chemoterapií**

Toman D.<sup>1,2</sup>, Kubala O.<sup>1,2</sup>, Prokop J.<sup>1,2</sup>, Kepičová M.<sup>1</sup>, Pernicová M.<sup>3</sup>, Martínek L.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Chirurgická klinika, Fakultní nemocnice Ostrava, Ostrava

<sup>2</sup>Lékařská fakulta, Ostravská univerzita, Ostrava

<sup>3</sup>Ústav radiodiagnostický, Fakultní nemocnice Ostrava, Ostrava

### **Značení nehmatných nádorů prsu – naše zkušenosti**

Zedníková I., Mach Ch., Soukupová V., Hlaváčková M., Pivovarčíková K.

Chirurgická klinika LF UK a FN v Plzni, přednosta prof. MUDr. Moláček J., Ph.D.

Klinika zobrazovacích metod FN Plzeň, přednosta prof. MUDr. Ferda J., Ph.D.

Šiklův patologicko-anatomický ústav FN Plzeň, přednosta prof. MUDr. Micha M.

15:30 – 15:50

### **Občerstvení s nápoji**

15:50 – 16:05

### **FIREMNÍ SYMPOZIUM – FIRMA ASPIRONIX s.r.o.**

**Lokalizace zhoubných nádorů prsu magnetickým zrnem Sirius**

**Pintuition – pilotní zkušenosti v ČR**

Žatecký J.

16:10 – 17:40

### **BLOK III – CHIRURGIE PRO MALIGNÍ A BENIGNÍ ONEMOCNĚNÍ PRSU III (generalizovaný a lokálně pokročilý karcinom prsu)**

Předsednictvo: Ulrych J., Liška V., Zimovjanová M.

Sdělení: 13 + 2 min.

### **Jaterní metastázy karcinomu prsu**

Liška V., Pálek R., Procházková K., Skalický T., Fichtl J., Mírka H., Brůha J., Zedníková I., Votavová M., Duras P., Moláček J.

Chirurgická klinika a Klinika zobrazovacích metod

## **Benefit jatrných resekcí u pacientek s jatrnými metastázami karcinomu prsu**

Ulrych J., Frýba V., Krška Z.

I. chirurgická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

## **Plicní metastázy karcinomu prsu – chirurgická léčba**

Jakubův M., Trča S., Černohorský S., Jírava D.

I. chirurgická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

## **Pohled onkologa na léčbu viscerálních metastáz karcinomu prsu**

Zimovjanová M.

Onkologická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

## **Karcinóm prsníka a resekcie hrudnej steny**

Lučenič M.<sup>1</sup>, Pálenčár D.<sup>2</sup>, Lauček P.<sup>1</sup>, Baláž R.<sup>1</sup>, Juhos P.<sup>1</sup>, Janík M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika hrudníkové chirurgie SZU a UN Bratislava

<sup>2</sup>Klinika plastickej a rekonštrukčnej chirurgie LFUK a UN Bratislava

## **Radioterapie po mastektomii: Komplikace a jejich léčba**

Šuta Kimle K., Šimůnková E., Schwarzbacherová I., Staňková Š.

Všeobecná Fakultní Nemocnice, Praha

## **Paralelní kongresový sál D9 – D10**

10:30 – 12:00

### **BLOK I: MODERNÍ TRENDY V HOJENÍ RAN**

Předsednictvo: Veverková L., Ulrych J.

#### **Role pokročilých technologií v hojení ran**

15 + 3 min.

Veverková L.<sup>1</sup>, Doležal P.<sup>2</sup>, Reška M.<sup>1</sup>, Vlček P.<sup>1</sup>, Žák J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>I. chirurgická klinika LF MU a Nemocnice u Sv. Anny, Brno

<sup>2</sup>Consulting s.r.o.

#### **Léčba defektů dolních končetin z pohledu cévního chirurga**

15 + 3 min.

Dvořáček L.

Vasmedic, Praha

#### **Hygiena rány**

15 + 3 min.

Černohorská J.

Dermal Centre Mělník

#### **Mají enzybiotiká budoucnost v terapii Staphylococcus aureus infikovaných kožných rán?**

13 + 2 min.

Makovický P.<sup>1,2</sup>, Kobzová Š.<sup>1</sup>, Lipový B.<sup>3</sup>, Jeklová E.<sup>1</sup>, Raška F.<sup>3</sup>, Makovická M.<sup>1,2</sup>, Norek A.<sup>1</sup>, Janda L.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Oddělení infekčních chorob a preventivní medicíny, Výzkumný ústav veterinárního lékařství, v.v.i. Brno

<sup>2</sup>Ústav histologie a embryologie, Lékařská fakulta, Ostravská Univerzita, Ostrava

<sup>3</sup>Klinika popálenin a plastické chirurgie, Lékařská fakulta, Masarykova Univerzita, Brno

#### **Nádorová kalcinóza jako příčina ulcerace bérce léčeného metodou NPWT – kazuistika**

13 + 2 min.

Hanslík T., Benej M., Berková A., Červeňák V., Chovanec Z., Křenek A., Prudius V., Peštál A., Veverková L., Penka I.

I. chirurgická klinika Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně

13:00 – 14:00

**Oběd**

14:00 – 15:30

## **BLOK II: ÚRAZOVÉ NPB**

Předsednictvo: Krška Z., Moláček J., Skalický T.

### **Úrazy břicha – co nás možná čeká?**

15 min.

Krška Z., Burget F.

I. chirurgická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

### **Traumatické náhlé příhody břišní – cesta od prof. Jiráska po současnost**

15 min.

Moláček J.

Chirurgická klinika LFUK a FN v Plzni

### **Velká jaterní resekce a její postavení v léčbě poranění jater**

13 + 2 min.

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

Chirurgická klinika LFUK a FN v Plzni

### **Poranění pankreatu**

13 + 2 min.

Rupert K., Pálek R., Kural T., Liška V., Skalický T., Moláček J.

CHK FN Plzeň, LF UK v Plzni

### **Aortální cross-clamping – život zachraňující manévr u břišního traumatu**

13 + 2 min.

Pastor J., Janák D.

FN Motol, Praha

### **Střelné poranění břicha plynovou pistolí (?)**

13 + 2 min.

Kadlecová N.

Chirurgická klinika Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha

15:30 – 15:50

## **Občerstvení s nápoji**

16:10 – 17:30

## **BLOK III: TRAUMATOLOGIE**

Předsednictvo: Kraus J., Langer D.

### **Policista jako důležitý článek řetězce přežití aneb co může policista udělat pro vás doktory?**

20 + 5 min.

Felcman V.

instruktor PČR

### **Střelba na FF UK – aktivace traumatického plánu na I. chirurgické klinice VFN**

15 + 2 min.

Kraus J.

I. chirurgická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

### **Pohled chirurga na střelecký útok v Praze 21. 12. 2023**

15 + 2 min.

Langer D., Hadač J., Pohnán R.

Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN, Praha

### **Zpráva o ošetření poraněných z FF UK v prosinci 2023**

15 + 2 min.

Horák P., Fulík J., Brabcová V.

Chirurgická klinika 1. LF UK a FN Bulovka, Praha

**Hlavní kongresový sál C1**

9:00 – 10:40

**BLOK IV: ONEMOCNĚNÍ PERITONEA – SOUČASNÉ MOŽNOSTI LÉČBY**

Předsednictvo: Hoskovec D., Bartoška P., Němec L.

**Karcinomatóza peritonea a intraperitoneální chemoterapie**

8 + 4 min.

Dytrych P., Hoskovec D.

I. chirurgická klinika VFN a 1. LF UK v Parze

**Karcinom ovaria a HIPEC – pro a proti**

16 + 6 min.

Klos D.<sup>1</sup>, Zikán M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>I. chirurgická klinika FN a LF UP v Olomouci

<sup>2</sup>Gynekologicko-porodnická klinika FNB a 1. LF UK v Praze

**Možnosti prevence nefrotoxického účinku cisplatinu při HIPEC solidních nádorů dutiny břišní**

8 + 4 min.

Klos D.

I. chirurgická klinika FN a LF UP v Olomouci

**Cytoredukční chirurgie + HIPEC jako zlatý standard při léčení peritoneálního pseudomyxomu a maligního mezoteliomu**

8 + 4 min.

Bartoška P., Antoš F., Holečková P.

Chirurgická klinika FN Praha Bulovka

**Maligní mezoteliom peritonea**

8 + 4 min.

Levý M., Mráček M., Šimša J.

Chirurgická klinika 1. LF UK a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha

**Možnosti chirurgické léčby peritoneálních metastáz kolorektálního karcinomu**

8 + 4 min.

Němec L.

Masarykův onkologický ústav, Brno

**PIPAC**

8 + 4 min.

Hoskovec D.

I. chirurgická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

10:40 – 11:00

**Občerstvení s nápoji**

11:00 – 12:15

**BLOK V: VARIA**

Předsednictvo: Krška Z., Klein J., Špaček M.

**Náhlé příhody hrudní**

12 + 2 min.

Klein J., Žuffa P., Tolmáči B., Sochorová D., Menšík P.

KNTB Zlín, a.s.

**Echinokokóza pečene – súčasť HPB chirurgie**

12 + 2 min.

Sirotnák M., Slobodník I.

Klinika transplantacej chirurgie SZU, FNŠP F.D.Roosevelta Banská Bystrica

**Využití ECMO v torakochirurgii – první zkušenosti** 12 + 2 min.

Rindoš R., Galliková Z., Kederová S., Bruncakova K., Smoleňák M.

II. Chirurgická klinika SZU, II.KAIM SZU, Fakultní nemocnice F. D. Roosevelta Banská Bystrica

**Chirurgická problematika metody ECMO** 12 + 2 min.

Špaček M.

II. chirurgická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

**Vlastní zkušenosti z mise MSF v Gaze** 15 min.

Lovětínská V.

Lékaři bez hranic

12:15 – 12:30

**Závěr kongresu**

12:30 – 13:30

**Oběd**

## POSTEROVÁ SEKCE

---

- 1. Wise pattern mastectomie aneb i onkochirurgie může být estetická**  
Valenta Michal
- 2. Ileus jako pozdní komplikace radioterapie? Kazuistika**  
Ochmanová Petra
- 3. Značení nehmavných tumorů prsu radioaktivním zrnem**  
Jágrová Klára
- 4. Co podáváme při transfúzi? aneb Složení transfúzních přípravků včera a dnes; kazuistika z chirurgické JIP – hypokalcémie po masivním převodu krevních derivátů**  
Fulík Jan
- 5. Úloha specialisty na chronické rány při léčbě lineární IgA bulózní dermatózy – kazuistika**  
Böhmová Jitka
- 6. Management axilárních uzlin u pacientek s karcinomem prsu**  
Vomáčková Katherine
- 7. Martorellův hypertenzní ischemický vřed – kazuistika**  
Reška Michal

# SEKCE ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ NELÉKAŘSKÝCH PROFESÍ

Čtvrtek 18. dubna 2024

09:30 – 10:00	<b>Občerstvení s nápoji</b>	
10:00 – 10:15	<b>Zahájení Pražských Chirurgických dnů</b>	
10:15 – 11:30	<b>I. PROGRAMOVÝ BLOK</b> Předsedající: Škochová D., Šimíková P.	
	<b>Endometrióza z pohledu nutričního terapeuta</b> Křížanová L.	15 minut
	<b>Úskalí v hojení ran</b> Dolejší L.	15 minut
	<b>Fournierova gangréna</b> Nováková Peršínová L.	15 minut
	<b>KPZ – Jak přežít v dnešní době</b> Janáčková L.	30 minut
11:30 – 12:00	<b>Přestávka</b>	
12:00 – 13:10	<b>II. PROGRAMOVÝ BLOK</b> Předsedající: Camprová P., Dolejší L.	
	<b>Využití přípravků na hojení ran ve stomické poradně</b> Fišerová D.	15 minut
	<b>Bezpečná aplikace cytostatik na úrovni 21. století</b> Janošková H.	25 minut
	<b>Stíny a radosti v práci stomické terénní sestry</b> Zachová V.	15 minut
	<b>Význam a specifika pohybové aktivity po chirurgické léčbě karcinomu prsu</b> Trodlarová M.	15 minut
13:10 – 14:10	<b>Oběd</b>	
14:10 – 15:40	<b>III. PROGRAMOVÝ BLOK</b> Předsedající: Michálková H., Janošková H.	
	<b>Jak prodlužovat zdravé roky života</b> Nejedlá M.	20 minut
	<b>Hodnocení geriatrického pacienta</b> Michálková H.	20 minut
	<b>Čeho se bojí lidi, když jdou na chirurgii?</b> Honzák R.	30 minut
	<b>Spirituální potřeby dnešního člověka v kontextu nemoci</b> Hájek M.	20 minut
15:40 – 16:00	<b>Diskuze, Závěr</b>	



9:00 – 10:00

**IV. PROGRAMOVÝ BLOK**

Předsedající: Camprová P., Brzicová V.

**Syndrom vyhoření v ošetrovatelských profesích**

Brzicová V.

15 minut

**Do Česka se vracejí některá stará infekční onemocnění**

Melicherčíková V.

20 minut

**Balzámy a rány. Z historie využití balzámů pro léčení ran**

Nesměrák K.

25 minut

10:00 – 10:30

**Občerstvení s nápoji**

10:30 – 12:00

**V. PROGRAMOVÝ BLOK**

Předsedající: Škochová D., Šimíková P.

**Potřeby změny ve zdravotně sociální oblasti**

**nejen u onkologicky nemocných**

Slavíková Š.

20 minut

**Ano, My můžeme. Stomie nás nezastaví. Je to jen detail!**

Michálková P.

15 minut

12:00 – 12:15

**Diskuze, Hodnocení**

12:15

**Závěr Pražských Chirurgických dnů**

12:15 – 13:30

**Oběd**

Problém s podtékáním?

**Vyřešeno.**

**EsteemBody™**



- ✓ Technologie chrání před podtékáním
- ✓ Přizpůsobí se křivkám těla i stomie
- ✓ Inovovaný tvar sáčku zabraňující prověšování sáčku



**Ideální**Kombinace



**AQUACEL Ag+Extra™**



**AQUACEL Foam™**

STŘEDNÍ EXSUDÁT



**ConvaMax™  
SUPERABSORBER**

VYSOKÝ EXSUDÁT



**convatec**

— forever caring —



**Hledáte smysluplnou práci ve zdravotnictví?  
U nás ji najdete!  
Rozšiřte řady pracovníků ve skupině Innova  
Healthcare.**

**Nabízíme:**

- pracovní úvazek dle dohody
- provoz 5 dní v týdnu bez nočních služeb
- nadstandardní mzdové ohodnocení a další motivační složky
- zázemí stabilní společnosti s přátelským kolektivem
- odbornou podporu týmu zkušených lékařů
- 5 týdnů dovolené, 3 sick days, systém firemních benefitů
- možnost multioborové spolupráce v rámci skupiny
- podpora celoživotního vzdělávání, kongresy, semináře atd.
- náborový příspěvek

**Aktuálně hledáme:**

- atestovaného **lékaře** se specializovanou způsobilostí v oboru **chirurgie**, případně i lékař po kmeni
- atestovaného **lékaře** se specializovanou způsobilostí v oboru **ortopedie**, případně i lékař po kmeni
- atestovaného **lékaře** se specializovanou způsobilostí v oboru **urologie**, případně i lékař po kmeni
- atestovaného **lékaře radiologa/sonografistu**

V případě zájmu nás kontaktujte na e-mailu: [kariera@innova-healthcare.cz](mailto:kariera@innova-healthcare.cz)

Více informací na: [www.i-hc.cz/kariera](http://www.i-hc.cz/kariera)



## DLAHA FIBULÁRNÍ DISTÁLNÍ II

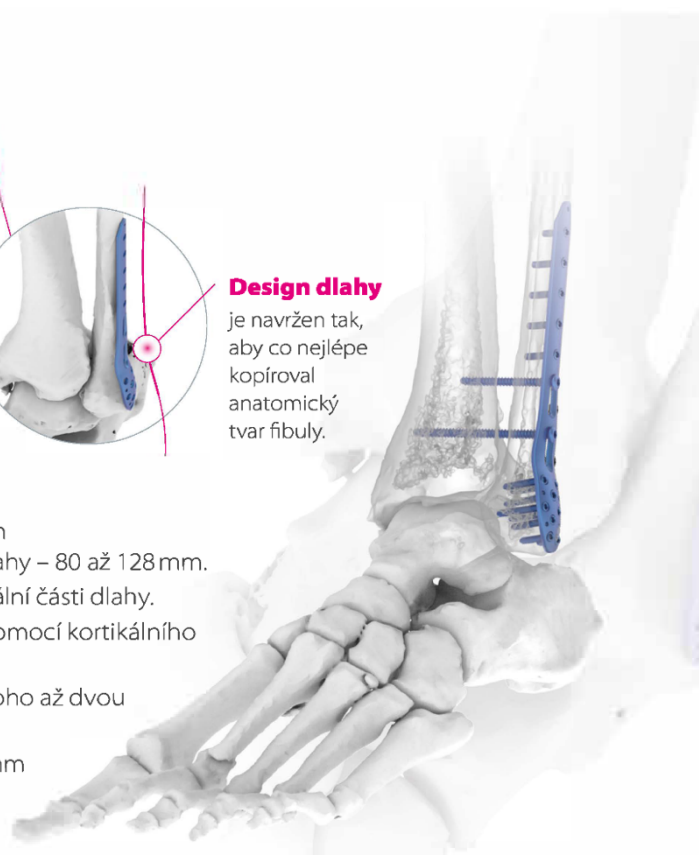
### VLASTNOSTI SYSTÉMU IMPLANTÁTU

- > Materiál: titanová slitina (ISO 5832-3).
- > Dvě varianty dlahy: pravá a levá.
- > Jeden až pět uzamykatelných šroubů Ø 2,7 mm v proximální části dlahy v závislosti na délce dlahy – 80 až 128 mm.
- > Sedm uzamykatelných šroubů Ø 2,7 mm v distální části dlahy.
- > Otvor pro peroperační provedení komprese pomocí kortikálního šroubu Ø 2,7 mm v distální části dlahy.
- > Integrita syndesmózy obnovena pomocí jednoho až dvou kortikálních šroubů Ø 3,5 mm.
- > Samostatně zavedené kortikální šrouby Ø 2,7 mm k provedení primární osteosyntézy.



#### Design dlahy

je navržen tak, aby co nejlépe kopíroval anatomický tvar fibuly.



## ŠROUBY BEZHLOVIČKOVÉ KANYLOVANÉ

### VLASTNOSTI

- > Materiál: titanová slitina Ti6Al4V-ELI (ISO 5832-3).
- > Průměry: 2,5 mm; 3 mm; 4 mm
- > Varianty s dlouhým a krátkým závitem



**MEDIN, a. s.,**  
Vlachovická 619, 592 31 Nové Město na Moravě,  
Česká republika, tel: +420 566 684 327,  
fax: +420 566 684 384, prodej@medin.cz,

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



**OLYMPUS**



Curved Jaw,  
Single-Action

Curved Jaw,  
Double-Action

Straight Jaw,  
Double-Action

## POWERSEAL Sealers/Dividers

### Laparoscopic Portfolio

#### The Next Level of Advanced Bipolar Technology

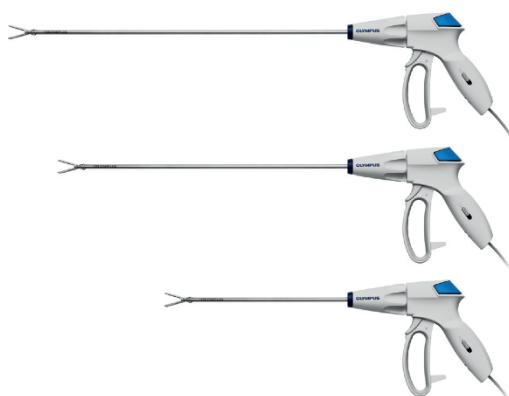
- Confident vessel sealing.
- Multifunctional design.
- Ergonomic comfort.

#### The Choice Is Yours

- Three different jaw styles.
- Three shaft lengths.
- One common handle design.

For more information, please visit

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



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

Evropská 16/176, 160 41 Praha 6 | tel. 221 985 211 | [www.olympus.cz](http://www.olympus.cz)  
zdravotnické přístroje: [info-MSD@olympus.cz](mailto:info-MSD@olympus.cz) | objednávky-MSD@olympus.cz | tel. 221 985 401  
servis ZT: [servis-MSD@olympus.cz](mailto:servis-MSD@olympus.cz) | tel. 221 985 400





## Výrazně lehčí léčba bolesti

**Diklofenak 75 mg & Orfenadrin 30 mg**  
Infuzní fixní kombinace

- ◆ **Jediná infuzní fixní kombinace** na léčbu bolesti<sup>1, 2, 3</sup>
- ◆ Díky kombinaci analgetického a myorelaxačního účinku **působí na různé typy bolesti**<sup>1, 3</sup>
- ◆ **Nižší riziko nežádoucích účinků** z důvodu krátkodobého infuzního podávání (5-7 dní) a nízké dávky účinných látek<sup>1, 3</sup>
- ◆ **Kompatibilita Neodolpasse®** s vybranou skupinou léků<sup>4, \*</sup>



**FRESENIUS  
KABI**

caring for life

**Zkrácený Souhrn údajů o přípravku Neodolpasse 75 mg/30 mg infuzní roztok. Složení:** Jedna lahev obsahuje: sodná sůl diklofenaku 75 mg, orfenadrin-citrát 30 mg. Obsahuje sodík 47,5 mmol (1,09 g) /250 ml. **Indikace:** k terapii akutní bolesti a zánětu u následujících stavů: vertebrogenní bolest včetně radikulární bolesti, bolest při revmatických onemocněních, postoperační bolest. **Dávkování:** Dospělí (od 18 let): obvyklá denní dávka je 250 ml infuzního roztoku, výjimečně je možné podat v jednom dni dvě 250 ml dávky (interval alespoň 8 hodin). Pacienti s poruchou funkce ledvin: Těmto pacientům má být podána nejnižší možná účinná dávka a renální funkce je třeba monitorovat. Pacienti s poruchou funkce jater: má být podána nejnižší možná účinná dávka a aktivitu jaterních enzymů je třeba monitorovat. Starší pacienti (ve věku 65 let nebo starší): podat nejnižší účinnou dávku, a to zejména u starších oslabených pacientů a u pacientů snízkou hmotností. **Způsob podání:** Intravenózní podání, do periferní žíly, po dobu 1,5 až 2 hod. Doba trvání léčby nemá překročit 7 dní. **Kontraindikace:** hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku; pacienti, u kterých kyselina acetylsalicylová nebo jiná NSAID vyvolávají astmatický záchvat, kopřivku nebo akutní rinitidu; aktivní gastrický nebo intestinální vřed, krvácení nebo perforace; anamnesticky rekurentní peptický vřed/hemoragie; gastrointestinální krvácení nebo perforace v souvislosti s předchozí léčbou NSAID v anamnéze; hematologická onemocnění; cerebrovaskulární krvácení; akutní těžká krvácení; stávající městnavé srdeční selhání (NYHA II-IV), ischemická choroba srdeční, periferní arteriální onemocnění a/nebo cerebrovaskulární onemocnění; těžká porucha funkce jater nebo ledvin; tachyarytmie; poslední trimestr těhotenství; děti a dospívající do 18 let; myasthenia gravis, bulbární paralýza; akutní kongestivní glaukom; stenózy gastrointestinálního traktu; megakolon, paralytický ileus; retence moči (adenom prostaty, hypertrofie prostaty, obstrukce hrdla močového měchýře); obecné kontraindikace infuzní terapie (např. hyperhydratace, městnavé srdeční selhání, porucha funkce ledvin, plicní edém, cerebrální edém). **Zvláštní upozornění:** diklofenak: Přečtěte si úplné znění Souhrnu údajů o přípravku pro informace o těchto upozorněních, která pojednávají o následujícím: o použití diklofenaku u těhotných a kojících žen; o současném podávání diklofenaku a systémových NSAID; o gastrointestinálních účincích; o použití u starších pacientů; o kardiovaskulárních a cerebrovaskulárních účincích; o účincích na kůži; o účincích na játra; o použití u pacientů s poruchou kardiovaskulárního systému, ledvin, elektrolytové rovnováhy, bilance tekutin; o hematologických účincích; o použití u pacientů s astmatem, hypersenzitivitou, poruchou imunitního systému; o možném maskování infekce diklofenakem; o dlouhodobém užívání vysokých dávek; o riziku poškození funkce ledvin; o nutnosti provádění laboratorních testů; o současném užívání antiidiabetik, diuretik a antikoagulancií. Nesteroidní antiflogistika včetně diklofenaku mohou být spojena se zvýšeným rizikem gastrointestinálního anastomotického leaku. Ve výjimečných případech se mohou vyskytnout alergické reakce včetně anafylaktických/anafylaktoidních reakcí bez předchozího vystavení léčivému přípravku. Hypersenzitivní reakce může rovněž přejít do Kounisova syndromu, což je závažná alergická reakce, která může vést k infarktu myokardu. Orfenadrin: Dlouhodobé podávání orfenadrinu může způsobit resistenci vůči léčbě. Přípravek Neodolpasse není indikován k dlouhodobé léčbě, a proto se tento účinek neočekává. Po intravenózním podání a rovněž předtím, než pacient opustí ordinaci, musí být u hypotonických pacientů kontrolován krevní tlak. Přípravek s vysokým obsahem sodíku: max. denní dávka tohoto přípravku odpovídá cca. 109% max. denní dávky sodíku doporučené WHO. **Interakce:** Diklofenak: jiná NSAID, kyselina acetylsalicylová, antiagregancia, antikoagulancia, srdeční glykosidy, ACE inhibitory, antagonisté angiotensinu II, furosemid a jiná kličková diuretika, antihypertenziva, diuretika, draslík šetřící diuretika, kortikosteroidy, selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, bisfosfonáty, pentoxifylin, alkohol, cyklosporin, triamteren, takrolimus, silné inhibitory CYP2C9, vorikonazol, moklobemid, kolestyramin, kolestipol, methotrexát, lithium, phenytoin, perorální antiidiabetika, chinolony, analoga prostaglandinů, zidovudin. Orfenadrin: amantadin, inhibitory MAO, chinidin, tricyklická antidepresiva, levodopa, trankvilizéry, dextropropoxyfen, thyroxin, chlorpromazin. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Během prvního a druhého trimestru nesmí být diklofenak podán, pokud to není zcela nezbytné, kontraindikováno během třetího trimestru těhotenství. Diklofenak neměl by se podávat během kojení. **Nežádoucí účinky – diklofenak:** gastrointestinální účinky (peptická ulcerace, perforace nebo gastrointestinální krvácení, některých případech fatální, nauzea, zvracení, průjem, křeče v břiše apod.), bolest hlavy, vertigo, vyrážka, exantém, bolest v místě vpichu, indurace v místě vpichu, iritace žily, tromboflebitida, přechodné zvýšení hladin transamináz. Zvýšené riziko arteriálních trombotických příhod spojené s užíváním diklofenaku, zejména ve vysokých dávkách (150 mg denně) a při dlouhodobé léčbě. Pacienti mají být poučeni, že je třeba přerušit léčbu diklofenakem a informovat okamžitě lékaře, jestliže se objeví následující příznaky potenciálně nebezpečných nežádoucích účinků. Kounisův syndrom, srdeční selhání, infarkt myokardu. **Orfenadrin:** Nastávají převážně v souvislosti s parasympatolytickým účinkem orfenadrinu. Častými nežádoucími účinky jsou únava, vertigo, poruchy vidění, nevolnost, nauzea. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte při teplotě do 25 °C. Uchovávejte lahev ve vnějším obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Fresenius Kabi s.r.o., Na Strži 1702/65, Nusle, 140 00 Praha 4, ČR. **Datum revize textu:** 9.11.2022 **Reg. číslo:** 29/423/99-C.

Výdej léčivého přípravku vázán na lékařský předpis. Není hrazen ze zdravotního pojištění při poskytování ambulantní zdravotní péče. **Předtím, než přípravek předepíšete, přečtěte si prosím úplné znění Souhrnu údajů o přípravku,** který naleznete na [www.sukl.cz](http://www.sukl.cz). Případné nežádoucí účinky prosím hlase na adresu: Státní ústav pro kontrolu léčiv, Šrobárova 48, 100 41, Praha 10, <https://nezadouciucinky.sukl.cz/>

**LITERATURA: 1.** CZ SPC léčivého přípravku Neodolpasse®, 11/2022. **2.** SÚKL CZ, [www.sukl.cz](http://www.sukl.cz). **3.** Vymazal T., Urbánek K. Léčba bolesti fixní kombinací orfenadrinu a diklofenaku; Klin Farmakol Farm 2018; 32(3): 26-33. **4.** Certificates of compatibility studies from Fresenius Kabi Austria Graz, 2013.

\* Kompatibilita směsí přípravku Neodolpasse například s metamizolem, dexamethasonem, prednisolonem, omeprazolem, lidokainem, ranitidinem, metoklopramidem nebo esomeprazolem. Kompatibilita je validní pouze pro určité definované směsné poměry. Informace o těchto směsných poměrech jsou k dispozici na vyžádání u držitele rozhodnutí o registraci. Kompatibilita musí být zkontrolována alespoň vizuálně (zrakem nespátřitelné chemické respektive terapeutické inkompatibility však nelze vyloučit).

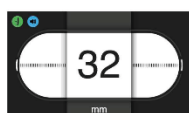
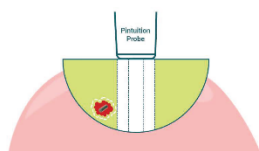
Tento materiál je určený pouze pro odborníky (osoby oprávněné předepisovat nebo vydávat léky).

# Snadná a přesná lokalizace zhoubných nádorů pomocí magnetického lokalizačního zrna

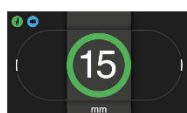
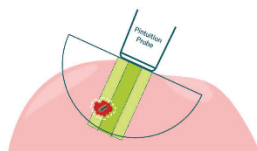
Sirius Pintuition® powered by  
**GPSDetect™**



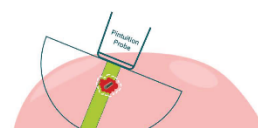
Sirius Pintuition díky systému GPSDetect a multisenzorové sondě poskytuje směrovou i distanční signalizaci v reálném čase pomocí zvukové a vizuální navigace pro bezkonkurenční přesnost pro snadnější a přesnější lokalizaci zhoubných nádorů.



Směrová navigace



Zacílení



TargetLOC™

sirius medical 

## Co o Sirius Pintuition říkají lékaři



"Pintuition je skutečná navigační technologie. Zatímco lokalizace udává směr, tento systém poskytuje vzdálenost, směr a přesnost. Je jednoduchý a intuitivní."

Barry Rosen, MD, FACS, breast surgical oncologist, Chicago.

**Jednoduché | Přesné | Rychlé**





### BLOK – CHIRURGIE PRO MALIGNÍ A BENIGNÍ ONEMOCNĚNÍ PRSU I

#### Centralizace onkochirurgické péče karcinomu prsu: využití dat jako nepodkročitelné minimum

---

Bielčíková Z.<sup>1</sup>, Tichopád A.<sup>2</sup>, Gleb D.<sup>2</sup>, Rybář M.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Onkologická klinika VFN a 1.LF UK v Praze

<sup>2</sup>Katedra biomedicínské techniky, FBMI-ČVUT v Praze

<sup>3</sup>Kancelář zdravotního pojištění z.s. v Praze

Východiska: Specializace chirurgů, práce multidisciplinárního týmu a centralizace onkochirurgické péče do vysoce-objemových center prokázaly v řadě zemí pozitivní přínos pro přežívání pacientek s karcinomem prsu. Vysoký objem operovaných případů může sloužit jako ukazatel kvality péče, nemůže být ale jediným ukazatelem.

Metody: Monitorace cesty pacienta za péčí je nástrojem pro sledování kvality poskytované péče. Analýza vlastních dat v centrech poskytujících péči stejně jako analýza dat národních jsou pro nastavení centralizace péče klíčové.

Výsledky: Sdělení nabídne analytický pohled na problematiku centralizace onkochirurgické péče. V přednášce budou diskutovány indikátory kvality, jejím cílem bude rovněž vyvolání diskuse nad proměnnými, které mohou mít vliv na centralizaci.

Závěr: Analýza dat popisujících jednotlivé kroky v cestě pacienta za léčbou je klíčovým bodem v procesu optimalizace a zvyšování kvality péče o onkologicky nemocné.

Klíčová slova: karcinom prsu, cesta pacienta, onkochirurgie, centralizace péče, administrativní data plátců, indikátory kvality

#### Perličky z TNM – šokující rozptyl!?

---

Mergancová J., Mergancová J., Dvořáková D., Šnábllová E., Hácová M.

Pardubická nemocnice, Nemocnice Pardubického kraje a.s., EUC Mamocentrum Pardubice

V současné době personalizované medicíny dbáme na individuální léčebný přístup a bereme v úvahu celou škálu vlastností nádorového onemocnění i pacienta. Vedle celkového stavu pacienta, jeho kondice a přání hodnotíme nejen stádium onemocnění a histopatologickou povahu nádoru, ale i jeho genetický profil.

K určení anatomického stadia onemocnění (staging), klinického nebo histopatologického, používáme mezinárodní klasifikační systém TNM, který dle své definice slouží k řadě společných cílů, pomáhá při plánování léčby, poskytuje určité údaje o prognóze, pomáhá při hodnocení léčebných výsledků, usnadňuje výměnu informací mezi jednotlivými léčebnými centry, využívá se také pro vědecké a epidemiologické účely a mezinárodní srovnání.

Požadavek na zařazení pacientů do stadií dle stagingu je jasný. Metoda by měla být přesná a jednoznačná, tak aby se všichni lékaři kdekoli na světě na klasifikaci stadia shodli. Uvedeme příklady jednotlivých kazuistik, kde se lékaři z mamárních týmů z různých pracovišť ČR v klasifikaci významně liší nebo kde se nám zařazení dle stagingu nezdá jednoznačné.

Mastektomie z pohledu plastického chirurga - Matějovská J., Weisová M., Fajtová K., Šonková K.

## **Benigní léze prsu či maligním tumor s vysokým rizikem generalizace**

---

*Mach Ch.<sup>1</sup>, Zedníková I.<sup>1</sup>, Svoboda T.<sup>2</sup>, Kinkor Z.<sup>3</sup>, Skalický T.<sup>1</sup>, Moláček J.<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>Chirurgická klinika Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Plzeň*

*<sup>2</sup>Onkologická a radioterapeutická klinika Lékařské fakulty UK a Fakultní nemocnice Plzeň*

*<sup>3</sup>Bioptická laboratoř, s.r.o., Plzeň*

Úvod: Adenomyoepiteliom je vzácná benigní epitelová-myoeepitelová léze prsu avšak s rizikem malignizace v adenomyoepiteliom s karcinomem neboli v maligní adenomyoepiteliom. Skládá se z epiteliální a mezenchymální složky, obě tyto vrstvy mohou mít různý stupeň diferenciaci.

V literatuře jsou popsány maligní formy s metastázami do lymfatických uzlin, plic, mozku, jater, kostí, kůže či ledvin. Pro správně zvolený postup léčby nádoru prsu je klíčová diagnostika. Spolu se zobrazovacími metodami, mamografií, sonografií a v neposlední řadě magnetickou rezonancí, je v případě podezření na adenomyoepiteliom prsu nezbytné provést bioptické vyšetření k potvrzení nálezu, neboť diferenciální diagnostika je rozsáhlá. V případě potvrzení diagnózy by zde měla být indikace k chirurgické excizi, neboť v terénu benigní léze se již může nacházet maligní varianta tumoru, který nemusí být v histologickém vzorku zachycen. Pro definitivní stanovení diagnózy je nezbytné kompletní odstranění a histologické zpracování tumoru s imunohistochemickým vyšetřením.

Kazuistika: V naší kazuistice prezentujeme případ 60leté pacientky, která byla vyšetřena v mamologické poradně pro progresi formace v pravém prsu. Ultrasonograficky se nález jevil jako cystický tumor nejasné etiologie. Dle doporučení bylo provedeno bioptické vyšetření se závěrem: Adenomyoepiteliom nejistého biologického významu. Pacientka byla indikována k excizi ložiska. Vzhledem k benigní povaze tumoru, dle všech dostupných vyšetření, nebyl na základě multioborového kolektivu doporučen současný výkon v axile. Z definitivní histologie byl tumor hodnocen jako maligní adenomyoepiteliom. Navrhovanou mastektomií pacientka odmítla a podstoupila onkology indikovanou adjuvantní radioterapii prsu. Pacientka je nyní 18 měsíců po operačním výkonu bez známé recidivy či vzdálených metastáz a nadále dispenzarizována.

Závěr: Adenomyoepiteliom je benigní tumor z myoeepiteliálních buněk, který však může měnit biologickou povahu, malignizovat a následně generalizovat a změnit tak značně prognózu pacienta. Diagnostika je obtížná, avšak zásadní pro správné určení histologické povahy léze, neboť významně mění strategii léčby. Při určení diagnózy a to i v benigní variantě, je proto nutné vždy doporučit chirurgickou excizi nádoru. Maligní adenomyoepiteliom je vzácné a velice závažné onemocnění, ale zatím bez přesného managementu léčby, především stran onkologické terapie.

Výzkum byl podpořen v rámci projektu GAUK 2022-2024 (projekt č. 440122).

## **Chirurgická léčba idiopatické granulomatózní mastitidy**

---

*Prokop J., Kubala O., Toman D.*

*Fakultní nemocnice Ostrava, chirurgická klinika*

Idiopatická granulomatózní mastitida (IGM) je vzácné neinfekční benigní zánětlivé onemocnění prsu, které bylo poprvé popsáno Kesslerem a Wollochem v roce 1972. Incidence výskytu se pohybuje kolem 2% u benigních onemocnění prsu. Klinicky se může projevat jako jednostranná, většinou bolestivá, zvětšující se zánětlivá rezistence prsu. Pro hodnocení IGM je nejužitečnější diagnostickou metodou klinický průběh a sonografie. Určit definitivní diagnózu zatím nelze bez užití biopsie. Histologickými nálezy je IGM charakterizována nekaseifikujícími granulomy, často ve spojení s tvorbou sterilních mikroabscesů a píští. Pokud jde o preferenci léčby, existuje značná heterogenita, což může vysvětlit vysokou míru recidivy, která se blíží až k 50%. Ve světě jsou diskutovány 2 možnosti léčby: konzervativní strategie zahrnující medikamentózní terapii kortikosteroidy proti chirurgickému přístupu ve smyslu resekcce postižené části tkáně prsu. Operační přístup k IGM vyžaduje dostatečnou radikalitu a předpokládá znalosti v oblasti rekonstrukční chirurgie prsu, podobně jako při onkochirurgických záchovných operacích prsu.

Pro léčbu je zásadní zhodnocení anamnézy nemoci a jejího histologického obrazu. Záměna s chronickou periduktální mastitidou s následnou tvorbou granulomů může být velmi častá. Nález osídlení infekcí IGM nevylučuje, většinou se jedná o sekundární kontaminaci chronicky probíhajícího zánětu.

Za období 2015-2022 bylo v naší režii léčeno 11 případů onemocnění IGM ve věku 34-54 let. Primární léčba ve 4 případech byla konzervativní s empirickou antibiotickou a kortikoidní terapií, která ale nevedla k úspěchu. U těchto pacientek došlo k recidivě zánětu. Po domluvě s pacientkami jsme přistoupili k operačnímu řešení a resekci postižené části prsu, v jednom případě pak proběhla bilaterální mastektomie na jiném pracovišti s rekonstrukcí prsů v jedné době. U jedné pacientky došlo k vyhojení po chirurgickém derivačním výkonu a následné aplikaci kortikoidů. 5 pacientek bylo pouze operováno s dobrým výsledkem. 1x se jednalo o bilaterální nález nemoci IGM.

## **Prevence lymfedému po výkonech v axile**

---

*Šimůnková E., Šuta Kimle K., Chrz K.  
I. chirurgická klinika VFN, Praha*

Lymfedém je problematikou, která se u karcinomu prsu nachází na průsečíku zájmu minimálně tří oborů, a to klinických onkologů, radiačních onkologů a chirurgů.

Na výkony v axile již nenahlíží jako na výkony kurativní, ale jako na výkony stagingové, v krajním případě jako na výkony zabraňující lokoregionálnímu šíření. Vzhledem k stále se rozvíjejícím metodám systémové léčby a radioterapie si můžeme dovolit být méně radikální. Nicméně i přes to, že riziko vzniku lymfedému z těchto důvodů klesá, je stále nutné vést ho v patrnosti a provádět dostatečnou edukaci pacientek v této problematice, tak aby v ideálním případě k rozvoji lymfedému vůbec nedošlo.

V našem sdělení bychom chtěli obsáhnout doporučení týkající se perioperační fyzioterapie a sportovních doporučení. Dále doporučení kožní, možnosti podpůrné léčby fyzikální a medikamentózní. V závěru bychom se chtěli zmínit i o nutnosti prevence dalších možných komplikací souvisejících s výkony v axile.

## **BLOK – CHIRURGIE PRO MALIGNÍ A BENIGNÍ ONEMOCNĚNÍ PRSU II**

### **Karcinom prsu 80+ a výkony v axile**

---

*Gatěk J., Kosáč P., Zábojníková M., Vážan P., Petrů V., Ratajský M., Duben J.  
EUC klinika Zlín*

Úvod: S narůstajícím věkem se zvyšuje riziko vzniku rakoviny prsu. Cílem naší retrospektivní studie bylo zjistit v jakém rozsahu je indikována léčba s ohledem na rozsah chirurgického výkonu v axile.

Metoda: V letech 2017 až 2021 bylo na chirurgickém oddělení EUC kliniky (dříve nemocnice Atlas) operováno pro karcinom prsu 834. Ze souboru všech pacientek bylo do retrospektivní studie zařazeno 98 žen. Dvakrát se jednalo o oboustranný karcinom. V sestavě jsou dva muži. Celkem bylo 102 karcinomů prsu u pacientů starších 80 a více roků.

Výsledky: Počet konzervativních výkonů na prsu byl 63x. V axile převažovala biopsie sentinelové uzliny (65x), která byla doplněna disekcí axily (ALDN) 13x. Primární disekce axily byla 15x. Bez výkonu v axile bylo 23 pacientů. Negativní axilární uzliny byly 58x. Lokální recidivy se vyskytly 2x stejně jako regionální recidivy. Zemřelo 37 pacientů, z toho na karcinom prsu 10 žen.

Závěr: U pacientů 80 roků a více převažují subtypy Luminal A, B s malým potenciálem metastazovat do uzlin a z toho bychom měly vycházet při stanovení léčebného plánu.

## **Biopsie sentinelové uzliny u pacientek po neoadjuvantní terapii pro karcinom mamy**

---

*Gabrielová L., Zapletal O., Coufal O.*

*Masarykův onkologický ústav, Brno*

Úvod a cíl: Cílená axilární disekce a biopsie sentinelové uzliny u pacientek s karcinomem prsu po neoadjuvantní terapii (NAT) jsou aktuálním tématem vzhledem k tendenci minimalizace rozsahu operačních výkonů na spádových uzlinách. U pacientek, které v době diagnózy nemají dle klinického a ultrasonografického vyšetření podezření na postižení uzlin (cN0) a absolvují NAT, vzniká otázka, zda je vůbec nutné na spádových uzlinách po NAT chirurgicky zasahovat. Cílem naší práce bylo zjistit, jestli by u některé podskupiny pacientek nemohl být výkon na uzlinách zcela vynechán.

Metody: V databázi MOÚ byly retrospektivně vyhledány pacientky, které absolvovaly neoadjuvantní terapii při cN0 a v rámci operační terapie po NAT podstoupily biopsii sentinelové uzliny. Sledovali jsme úspěšnost detekce sentinelové uzliny po NAT, metodu detekce, četnost záchytu pozitivní sentinelové uzliny a možné faktory, které by mohly s histopatologickým postižením sentinelové uzliny souviset.

Výsledky: Za období 2020-2023 podstoupilo sentinelovou biopsii po NAT pro karcinom mamy při cN0 129 pacientek. Operačním výkonem na prsu byla v 78 případech parciální a v 51 případech totální mastektomie. V rámci ultrasonografického přešetření po NAT byly vždy uzliny popsány jako fyziologické, v jednom případě byla uzlina klinicky hmatná. Alespoň jednu sentinelovou uzlinu se podařilo detekovat ve všech případech, u 122 pacientek pomocí lymfoscintigrafie, u 7 pacientek kombinovanou metodou s použitím patentní modři. Počet sentinelových uzlin byl 1 – 6, medián 1. Uzlinové postižení v definitivním histologickém vyšetření bylo nalezeno u 10 pacientek ve sledovaném souboru. Nález uzlinových metastáz se vyskytl u karcinomů různých fenotypů – 4x HER 2 pozitivní, 4x triple negativní a 2x Her 2 negativní luminal B. V 6 případech byla doplněna disekce axily, ve 4 případech adjuvantní radioterapie. Ke kompletní patologické regresi primárního nádoru po NAT došlo u 53 pacientek, z nichž pouze u jedné byla uzlina postižena metastázou (1,9 %). U 66 pacientek, kde ke kompletní histopatologické regresi primárního nádoru nedošlo, bylo uzlinové postižení zjištěno v 9 případech (13,6 %). Samostatně jsme hodnotili skupinu 32 pacientek s iniciálně klinicky suspektní, ale dle core-cut biopsie negativní uzlinou. Výkonem v axile zde byla biopsie sentinelové uzliny a odstranění původně suspektní uzliny označené klipem. Tři pacientky (9,4 %) měly v definitivní histologii nález uzlinového postižení, ve dvou případech byla doplněna disekce axily, u jedné pacientky pouze adjuvantní RT.

Závěr: Biopsie sentinelové uzliny u pacientek po neoadjuvantní terapii s iniciálně klinicky negativními uzlinami v našem souboru zachytila uzlinové postižení souhrnně v 8 % případů. Postižení sentinelové uzliny bylo ve skupině pacientek s kompletní histopatologickou regresi nádoru sice ojedinělé, ale i takový případ se vyskytl. V naší studii se tedy nepodařilo identifikovat podskupinu pacientek, u nichž by mohl být výkon na uzlinách bezpečně vynechán.

## **Možnosti snížení operační radikality v axile u pacientek s karcinomem prsu po neoadjuvantní chemoterapii**

---

*Zapletal O., Coufal O., Gabrielová L., Holánek M.*

*Masarykův onkologický ústav, Brno*

Úvod: U některých pacientek s karcinomem prsu po neoadjuvantní systémové léčbě (NAT) je indikována disekce axily a přitom následné histopatologické vyšetření disekátu ukáže úplnou uzlinovou regresi (ypN0). Toto může představovat zbytečnou chirurgickou radikality s rizikem dlouhodobých nežádoucích účinků. Prakticky všechny tyto pacientky budou mít adjuvantní radioterapii na oblast uzlin, tedy léčebný význam axilární disekce v této situaci je značně nejistý. Cílem naší práce je retrospektivní vyhledání a analýza důvodů indikace disekce axily u těchto pacientek a zamyšlení se nad možnostmi, zda a jak by bylo možné se v těchto případech axilární disekci vyhnout.

Metody: Nejprve byly vyhledány pacientky s karcinomem prsu operované v MOU a předléčené NAT v období let 2020 - 2023. Z této skupiny byly vyhledány pacientky indikované ihned po NAT k disekci axily. Následně byly vybrány případy, u kterých histopatologické vyšetření operačního resektátu konstatovalo uzlinovou regresi (ypN0). Poté byly doplněny další histopatologické charakteristiky a zjištěny důvody pro axilární disekci.

Výsledky: V období 2020 – 2023 bylo v MOU operováno 560 pacientek po NAC, s toho u 119 pacientek byla primárně provedena disekce axily, z čehož ve 44 případech histopatologické vyšetření konstatovalo uzlinovou regresi (ypN0). Nejčastější důvody disekce byly: inflamatorní karcinom, přetrvávající patologické lymfatické uzliny dle ultrasonografie, lokálně pokročilé onemocnění či kontraindikace adjuvantní RT. V příspěvku budou jednotlivé kategorie prezentovány a podrobněji rozvedeny.

Závěr: Současným trendem v mamární chirurgii je snižování chirurgické radikality, zejména v axile. Naše retrospektivní studie upozorňuje na vybrané skupiny pacientek, které mohou být v oblasti axily i v dnešní době nadléčovány.

## **Problematika a úskalí předoperační stereotaxe u zachovných výkonů pro karcinom prsu**

---

Zlámalová N., Vomáčková K., Řehulková A., Klos D.

I.Chirurgická klinika FN Olomouc

Stereotaxe je nedílnou součástí operativy pro nádorové onemocnění prsu. Bez ní by velmi obtížně chirurg hledal patologické léze, pokud by nebyly klinicky hmatné. Cílem stereotaxe je dosáhnout jistoty v odstranění cílené prsní patologie. Díky digitalizaci a také postupem času dochází k rozvoji stereotaktických dovedností radiologů, od frankového vodiče až po navigaci pomocí radioaktivního zrna. Jednotlivé metody stereotaxe nicméně nemusí korelovat vždy s manuální dovedností operátora či radiologa nebo pro chirurga nejsou nejpříhodnější. Dnes také musíme zvažovat ekonomické aspekty daných metod a navigačních „značek“ ale zároveň se také musíme zamýšlet nad psychickou a fyzickou zátěží pacientky vystavené opakovaně biopsii prsu či axilárních uzlin. Ne každý radiolog vidí to, co chce vidět chirurg. Navíc jednotlivé metodiky přinášejí s sebou nezbytnost určitého cviku a zručnosti na obou stranách a daný learning curve je u každého jiný. Na jednotlivých případech dokladujeme, jak může dojít k omylu a jak se chybám snažíme vyhybat na našem pracovišti.

## **Využití zrna Magseed® pro cílenou axilární disekci u pacientek s rakovinou prsu léčených neoadjuvantní chemoterapií**

---

Toman D<sup>1,2</sup>, Kubala O<sup>1,2</sup>, Prokop J<sup>1,2</sup>, Kepičová M<sup>1</sup>, Pernicová M<sup>3</sup>, Martínek L<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Chirurgická klinika, Fakultní nemocnice Ostrava, Ostrava

<sup>2</sup>Lékařská fakulta, Ostravská univerzita, Ostrava

<sup>3</sup>Ústav radiodiagnostický, Fakultní nemocnice Ostrava, Ostrava

Úvod: Cílená axilární disekce (TAD) byla zavedena ke zlepšení axilárního stagingu u pacientek s karcinomem prsu po neoadjuvantní chemoterapii (NOAC). TAD sestává z biopsie sentinelové lymfatické uzliny a odstranění zpočátku metastatické axilární lymfatické uzliny. Metastatická lymfatická uzlina je verifikována core-cut biopsií a označena před NOAC markerem usnadňujícím následnou chirurgickou exstirpaci z důvodu možné regrese lymfatické uzliny po NOAC. Prezentujeme soubor pacientek, které podstoupily TAD na našem pracovišti v letech 2019-2022.

Metodika: Každá pacientka byla diskutována osobně multidisciplinárním týmem. Karcinom prsu byl potvrzen biopsií, metastáza axilární lymfatické uzliny potvrzená core-cut biopsií, indikace k NOAC, označení lymfatické uzliny magnetickým zrnem Magseed. Po NOAC multidisciplinární tým opět diskutoval nález pacientky s informacemi o re-stagingu a indikoval operaci nádoru prsu, a to prs zachovný výkon nebo mastektomie, a výkon v axile ve formě TAD.

Výsledky: V letech 2019 až 2022 bylo na našem pracovišti odoperováno celkem 35 pacientek s provedením TAD. Nebyla zaznamenána žádná komplikace při zavedení nebo detekci označené uzliny. U 7/35 (20,0 %) byla provedena mastektomie, u 28/35 (80,0 %) byl proveden prs zachovný výkon. Falešná negativita sentinelové lymfatické uzliny byla pozorována u 3/35 (8,6 %) pacientek. Průměrná doba od zavedení Magseedu do operačního řešení byla 188,5 dne s maximem 215 dní.

Závěr: TAD s vysokou mírou identifikace metastatické uzliny je trendem v mamární onkochirurgii. Předoperační označení metastatické uzliny je nutné pro zvýšení míry detekce a optimalizaci výsledků léčby. Redukce rozsáhlých výkonů v axile je spojena s menší morbiditou ve srovnání s disekcí axilárních lymfatických uzlin hlavně se sníženým rizikem rozvoje lymfedému paže.

## **Značení nehmavných nádorů prsu – naše zkušenosti**

---

*Zedníková I., Mach Ch., Soukupová V., Hlaváčková M., Pivovarčíková K.*

*Chirurgická klinika LF UK a FN v Plzni, přednosta Prof.MUDr.J.Moláček,Ph.D. Klinika zobrazovacích metod FN Plzeň, přednosta Prof.MUDr.J.Ferda,Ph.D. Šiklův patologicko-anatomický ústav FN Plzeň, přednosta Prof.MUDr.M.Michal*

Východiska: Díky mamografickému screeningu a neoadjuvantní chemoterapii stále narůstá počet operovaných žen s nehmavnými nádory prsu. Tyto nádory je třeba před operací označit. Existuje několik metod značení nehmavných lézí v prsu a je třeba vybrat vždy tu nejlepší pro konkrétní pacientku.

Metody: Nejjednodušší metodou je označení průměru léze fixou na kůži. To je vhodné u malých prsů a ve vnitřních kvadrantech prsu. Další osvědčený způsob značení je vodícím drátkem, tzv. Frankův vodič. Ten se zavádí pod sonografickou kontrolou a jeho kotvička se rozvíjí těsně za tumorem, nebo stereotakticky, kdy se kotvička rozvíjí v blízkosti klipu po předchozí punkční biopsii. Nejnovější metodou je značení radioaktivním jodovým zrnem, které používáme na našem pracovišti od ledna 2023. Zrno se zavádí jehlou stejným způsobem jako vodící drátek a detekuje se během operace pomocí gama sondy používané běžně k detekci sentinelové uzliny. Přítomnost jodového zrna v preparátu ověříme gama sondou a vhodný je také peroperační mamografický snímek resekátu. Patolog při zpracování vzorku zrno z preparátu vyjme a skladuje jako radioaktivní odpad.

Soubor pacientek: V období 1.1.2023 – 31.12.2023 jsme na Chirurgické klinice FN Plzeň Lochotín provedli 299 plánovaných operací pro nádory prsu, z toho ve 104 případech bylo nutné značení nehmavného nádoru. V 82 případech se jednalo o invazivní karcinom, 14x DCIS, 5x intraduktální papilom, 2x ložisko atypické duktální hyperplazie a 1x radiální jizvu.

Výsledky: V 54 případech bylo využito značení vodícím drátkem, u 36 pacientek stačilo značení fixou na kůži a metodu značení jodovým zrnem jsme použili 14x.

Závěr: Každá metoda značení nehmavných lézí má svoje výhody i limity. Značení fixou na kůži je zcela neinvazivní, nezatěžuje pacientku, ale je vhodné pouze u malých prsů. Vodící drátek operátora navede přímo k tumoru, ale při stereotaktickém zavádění drátku může být kanál v prsu dosti dlouhý a dochází k zbytečně velkým excizím okolní žlázy. Při manipulaci může také dojít k nechtěné dislokaci drátku. Toto u jodového zrna odpadá. Gama sondou zacílíme přesné místo uložení zrna v prsu, velikost preparátu je tedy menší. Nevýhodou je pouze vyšší cena této metody značení.

## **BLOK – CHIRURGIE PRO MALIGNÍ A BENIGNÍ ONEMOCNĚNÍ PRSU III (generalizovaný a lokálně pokročilý karcinom prsu)**

### **Jaterní metastázy karcinomu prsu**

---

*Liška V., Pálek R., Procházková K., Skalický T., Fichtl J., Mírka H., Brůha J., Zedníková I.,*

*Votavová M., Duras P., Moláček J.*

*Chirurgická klinika a Klinika zobrazovacích metod*

Úvod: Metastatický proces jater je závažnou součástí klinického průběhu generalizovaného karcinomu prsu. Zaznamenaný úspěch léčby tohoto onemocnění je spojen zejména s rozvojem možností onkologické farmakologie. I přes systémový charakter tohoto onemocnění je možné ovlivnit chirurgickou a radiointervenční léčbou průběh onemocnění. Zejména, pokud se jedná o residuální nemoc. Cílem autorů bylo v rámci multioborové spolupráce upozornit na možnosti invazivní léčby a zejména na její načasování a strategii.

Metodika: V letech 2020-2019 byla na Chirurgické klinice FN Plzeň provedena chirurgická nebo intervenční léčba u 27 pacientek s metastázami karcinomu prsu do jater. Samotnou resekci jater podstoupilo 11 pacientek, RFA 12 pacientek, kombinaci resekčního výkonu a RFA 4 pacientky. Ve většině případů byly přítomny vícečetné metastázy (18 pacientek) oproti solitárním metastázám (12 pacientek). Vyhodnoceno bylo kromě druhu léčby také bezpříznakové přežití a celkové přežití a tato data pak byla porovnána. V přednášce se zabývá dále strategií léčby, timingem, dalšími možnostmi nefarmakologické léčby například transarteriální chemoembolizací.

Výsledky: Nejdélší bezpříznakové přežití vykazovala skupina pacientek, kde byl proveden samotný resekční výkon, kratší pak bylo pro skupinu léčenou RFA a nejkratší u skupiny léčené kombinací resekčního výkonu a RFA. Bezpříznakové přežití bylo rovněž delší u pacientek se solitárními jaterními metastázami oproti pacientkám s vícečetnými metastázami. Rozdíl v celkovém přežití však mezi těmito skupinami nebyl signifikantní. Celkové přežití bylo delší u pacientek, které podstoupily více resekčních výkonů.

Diskuze: Metastázy karcinomu prsu do jater jsou specifické, často spojené i s makroskopicky patrným extrahepatálním postižením při systémové nemoci nebo i předpokládanou mikrometastatickou nemocí. Nejhorší přežití u kombinovaného výkonu – resekce a RFA, předpokládáme spíše jako korelaci s vícečetným metastatickým postižením. Vlastní strategie léčby je možná jen ve společném rozhodnutí multioborového onkochirurgického týmu při zhodnocení všech navržených modalit léčby a jejich timingem. Vše v plné individualizaci zhodnocení rizik a přínosů.

Závěr: Chirurgické a radiointervenční možnosti léčby by neměly být opomenuty u žádné pacientky s metastatickým procesem jater prsní etiologie. Konzultace je možná i v případě limitovaného extrahepatického postižení.

Práce byla podpořena z výzkumného projektu Cooperatio Surgery.

### **Benefit jaterních resekcí u pacientek s jaterními metastázami karcinomu prsu**

---

*Ulrych J., Frýba V., Krška Z.*

*I. chirurgická klinika VFN a 1. LF UK v Praze*

Úvod: Resekce jaterních metastáz kolorektálních karcinomů a neuroendokrinních nádorů je v současnosti považována za standardní léčebnou metodu, která přináší pacientům jednoznačný onkologický benefit (DFS, OS). Role chirurgie v léčbě ne-kolorektálních a ne-neuroendokrinních jaterních metastáz není zatím jasně definována. Jedná se o velmi heterogenní skupinu, která zahrnuje různé primární malignity s rozdílnou prognózou. Indikace k resekci jater jsou u těchto pacientů obvykle založeny na podobných kritériích jako u kolorektálních jaterních metastáz. Výsledky chirurgické léčby však nejsou srovnatelné vzhledem k odlišnému typu šíření tumoru a rozdílným biologickým charakteristikám nádorů. V předkládané prezentaci jsme se zaměřili na význam a problematiku chirurgické léčby jaterních metastáz karcinomu prsu.

Metodika: Provedli jsme retrospektivní analýzu pacientek, které podstoupily jaterní resekci metastázy karcinomu prsu na 1. chirurgické klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze v období 2013 - 2023.

Výsledky: Ve sledovaném období jsme operovali 12 pacientů/ek s jaterními metastázami karcinomu prsu. Jednalo se o 11 žen a 1 muže, průměrný věk byl 60 let (38 – 70 let). Většinou to byly metachronní metastázy (83 %) a jen vzácněji synchronní metastázy (17 %). Na předoperačním zobrazovacím vyšetření byla diagnostikována solitární jaterní metastáza u 10 pacientů/ek,  $\geq 2$  jaterní metastázy u 2 pacientek. V průběhu operace byl u 3 pacientek nalezen větší počet jaterních metastáz, než odpovídalo předoperačnímu zobrazovacímu vyšetření. Medián intervalu mezi operací primárního tumoru prsu a operací jaterní metastázy byl 5 let. Recidiva karcinomu prsu i po jaterní resekci byla častá (58 %, resp. 78 %).

Závěr: Chirurgická léčba jaterních metastáz u pacientek s generalizovaným karcinomem prsu je velmi specifickou problematikou. U přísně selektovaných pacientek s oligometastatickým jaterním postižením lze totiž očekávat klinický benefit jaterní resekce. V rámci multioborového indikačního týmu je tak na chirurgovi, aby posoudil možnosti a rizika jaterní resekce a na onkologovi, aby posoudil případný onkologický benefit operačního výkonu, a to vždy u konkrétní pacientky.

Práce vznikla za podpory výzkumného projektu Cooperatio Surgery.

## **Plicní metastázy karcinomu prsu – chirurgická léčba**

---

*Jakubův M., Trča S., Černohorský S., Jířava D.*

*I. chirurgická klinika VFN a 1. LF UK v Praze*

Sdělení se zabývá plicními metastázami z pohledu chirurga. Indikací k chirurgické léčbě. Předoperačním vyšetřením. Volbou chirurgického přístupu s preferencí méně invazivních přístupů VTS a VATS. Pooperačním průběhu nemocných a přínosu chirurgické léčby.

Vzhledem k velikosti a perifernímu uložení bývá často problematická diagnostika plicních rezistencí nechirurgickou cestou. Jako hlavní přínos považuji možnost řádného histologického vyšetření s možností zaměření onkologické terapie a diagnostiku v případě nádorových multiplicit. Vzhledem k přednostnímu využívání méně invazivních metod i rychlejší rekonvalescence s minimem komplikací. Při preferenci neanatomických resekcí bývá v případě potřeby možné chirurgickou léčbu opakovat.

## **Chirurgická léčba metastáz karcinomu prsu: Pohled onkologa**

---

*Zimovjanová M.*

*Onkologická klinika VFN a 1.LF UK Praha*

Pokroky v systémové léčbě karcinomu prsu jsou v posledních letech velmi významné a zlepšují prognózu pacientek s metastatickým onemocněním. Přesto však zůstává lokální léčba metastáz (chirurgie, radioterapie) součástí multidisciplinárního přístupu k této nemoci. Primárním cílem chirurgické léčby metastáz je odstranit nádorové ložisko s minimálním poškozením okolních tkání a maximalizovat zachování funkce postiženého orgánu včetně dosažení kontroly nemoci a prodloužení přežití. Důkladné předoperační vyhodnocení nálezů pomocí CT/ PET-CT a integrace s dalšími terapeutickými modalitami jsou klíčové pro dosažení optimálních léčebných výsledků.

Rozhodnutí o chirurgické léčbě metastáz karcinomu prsu by mělo být individuální a zohledňovat řadu faktorů.

1. Rozsah metastatického postižení: Počet a velikost metastáz, lokalizace a jejich vztah k okolním strukturám. Z lokální léčby profitují převážně nemocné s oligometastatickým onemocněním (OMBC) - s počtem metastatických lézí 1-5.

2. Celkový zdravotní stav nemocné: Zdravotní stav pacientky, věk, komorbidity a schopnost zvládnout chirurgický zákrok a následnou léčbu jsou důležité při rozhodování o vhodnosti operační léčby.



3.Symptomatické metastázy: Pokud jsou metastázy spojené se symptomy, jako je bolest nebo obstrukce orgánů, může být chirurgie použita k úlevě od těchto obtíží.

4.Odpověď na předchozí léčbu: Odpověď pacientky na předchozí léčbu, včetně hormonální terapie, cílené terapie nebo chemoterapie, může také ovlivnit rozhodnutí o chirurgické léčbě.

Očekávaný přínos odstranění metastáz musí být pečlivě zváženo vzhledem k možným chirurgickým rizikům a komplikacím.

Závěr: Chirurgická léčba metastáz karcinomu prsu může přinést významné klinické výhody u vybraných nemocných. Je však důležité, aby rozhodnutí o chirurgické léčbě bylo individuální a založené na důkladném vyhodnocení každého jednotlivého případu. Spolupráce multidisciplinárního týmu zahrnujícího chirurgy, onkology, radioterapeuty a další odborníky je klíčová pro optimalizaci léčebného plánu a maximalizaci výsledků u pacientek s metastatickým karcinomem prsu.

## Karcinóm prsníka a resekcie hrudnej steny

Lučenič M. <sup>1</sup>, Pálenčár D. <sup>2</sup>, Lauček P. <sup>1</sup>, Baláž R. <sup>1</sup>, Juhos P. <sup>1</sup>, Janík M. <sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika hrudníkové chirurgie SZU a UN Bratislava

<sup>2</sup>Klinika plastickej a rekonštrukčnej chirurgie LFUK a UN Bratislava

Úvod: Pod pojmom resekcia hrudnej steny rozumieme každý výkon, pri ktorom hrudníkový chirurg odstraňuje spolu s nálezom, aj skelet hrudnej steny. Resekciu hrudnej steny indikujeme u onkologických pacientov väčšinou ako kuratívny výkon, ale pri zriedkavých nálezoch ložiskového procesu s ulceróznym rozpadom môžeme uvažovať aj o výkone paliatívnom. Jednou z najčastejších indikácií na resekciu hrudnej steny býva niektorá z foriem progresie karcinómu prsníka, alebo následky jeho liečby (osteorádionekróza, postradiačný sarkóm).

Metódy: V období od 06/2006 do 02/2024 na KHCH SZU a UNB podstúpilo resekciu hrudnej steny 140 pacientov. Najčastejšou indikáciou bol karcinóm prsníka a komplikácie jeho liečby u 30 (21,43%) pacientiek. Autori retrospektívne vyhodnotili krátkodobé výsledky operačnej liečby v tejto skupine pacientiek.

Výsledky: Demografické údaje, údaje o type ochorenia, operačné dáta ako trvanie operačného výkonu, rozsah resekcie, typ použitého implantátu a iné pridružené výkony sú uvedené v tabuľke.

Záver: Resekcia hrudnej steny patrí medzi technicky náročnejšie výkony. V uvedených indikačných kritériách môžeme na základe výsledkov retrospektívnej analýzy považovať za efektívny a bezpečný operačný výkon zaťažený pomerne nízkym počtom komplikácií. Vzhľadom na charakter ochorenia je potrebné o indikácii operačného výkonu rozhodnúť u každého pacienta na multiodborovom konzíliu. Samotný operačný výkon si vyžaduje medziodborovú spoluprácu hrudníkového chirurga, intenzivistu, plastického chirurga a fyzioterapeuta.

<b>Počet pacientov (n)</b>	30
<b>Vek (medián, IQR)</b>	56 (62; 46)
<b>Typ ochorenia</b>	
Ca prsníka	30
Osteorádionekróza	2
Postradiačný angiosarkóm hrudnej steny	1
<b>Trvanie operačného výkonu (medián, IQR)</b>	155 (260; 111)
<b>Pooperačná hospitalizácia (medián, IQR)</b>	6 (7;4)

<b>Rozsah resekcie</b>	
2 rebrá	5 (16,7%)
3 a viac	8 (26,7%)
Sternum	14 (46,7%)
Sternum a rebrá	3 (10,0%)
<b>Typ stabilizácie</b>	
MESH	16 (53,3%)
MESH a MatrixRib	10 (33,3%)
Sandwich	1 (3,3%)
Titánová náhrada sterna	3 (10%)
<b>Iný pridružený výkon</b>	
Resekcia pľúcneho parenchýmu	4 (13,3%)
Muskuloplastika	8 (26,7%)
Plikácia bránice	2 (6,6%)
Hemilaminektómia	1 (3,3%)
<b>Komplikácie n (%)</b>	5 (16,7%)
<b>Reoperácia n (%)</b>	1 (3,3%)
<b>Rehospitalizácia n (%)</b>	1 (3,3%)

Tab. Prehľad demografických údajov, operačných charakteristík a komplikácií

## Radioterapie po mastektomii: Komplikace a jejich léčba

Šuta Kimle K., Šimůnková E., Schwarzbacherová I., Staňková Š.  
Všeobecná Fakultní Nemocnice, Praha

U pacientek léčených s karcinomem prsu je v dnešní době je trend ústupu od radikálních chirurgických výkonů a doplnění prs zachovných výkonů o radioterapii. Stále se ale v praxi potkáváme s pacientkami, u kterých je nutné provést ablaci prsu. Radioterapie má své zastoupení i po mastektomii s cílem snížit riziko lokální rekurence nádorového onemocnění. Aktuální NCCN guidelines doporučují zvažování tzv. radioterapie po mastektomii (PMRT) u pacientek při uzlinovém postižení, tumoru > 5 cm, pozitivních či blízkých okrajů (preferovaná je reexcize), centrálního či mediálního tumoru >2 cm s dalšími rizikovými faktory (extenzivní lymfovaskulární invaze, nízký věk). [1]

I přes jednoznačný přínos radioterapie v multimodální léčbě karcinomu prsu, ale je nutné mít na paměti i její nežádoucí účinky. Komplikace se mohou objevit časně i pozdě, mnoho let po ukončení léčby. [2] Kožní toxicita, edém měkkých tkání a mírná tuková nekróza jsou poměrně běžné. Symptomatické poškození hrudní stěny s brzkým vznikem defektů kůže můžou profitovat z konzervativní léčby v hyperbarické kyslíkové komoře. Osteoradionekróza (ORN) hrudní stěny je při použití standardních dávek radioterapie vzácná. Závažná forma se projevuje jako pomalu se rozvíjející a zhoršující ulcerace různé velikosti zájímavající celou šíří hrudní stěny a můžou

je doprovázen patologické fraktury žeber. Tyto defekty často doprovází sekundární infekce a defekty v čase progredují. [3]

V případě ulcerace je doporučena biopsie z ložiska: excize z okrajů nebo core-cut k vyloučení recidivy karcinomu prsu. Zobrazovací metody jako CT nebo PET-CT diagnostiku doplňují ale karcinom od poradiační komplikace samy neodliší. Znat přesnou diagnózu je nutné kvůli plánování další léčby (např. systémová léčba jako první modalita při recidivě karcinomu prsu, velikost chirurgických okrajů). [3]

Hlavními cíli léčby post-radiačních defektů je eliminace infekce, chirurgické odstranění poškozené tkáně, navrácení stability hrudní stěny v případě ORN. [4] Debridement může být proveden enzymaticky či chirurgicky, lze použít i vakuovou podtlakovou terapii. Před rekonstrukčním chirurgickým výkonem s rekonstrukcí hrudní stěny by měla být bakteriální nálož eliminována na možné minimum, v případě potřeby také intravenózně podávanými antibiotiky. [3]

Definitivní chirurgické řešení by mělo být realizováno ve spolupráci s plastickým chirurgem a hrudním chirurgem v případě přítomnosti ORN. [5] Resekce do zdravé tkáně je krucální a použití rotačních myokutánních laloků je jedním z nejčastějších způsobů krytí defektu. Další alternativou je použití laloku omenta. Jeho nevýhodou je ale nutnost intraabdominálního přístupu a inferiorní kosmetický výsledek v porovnání s lalokovou plastikou. [2,6]

V naší prezentaci se budeme věnovat možnostem diagnostiky a léčby poradiačních komplikací u pacientek s karcinomem prsu s prezentací kazuistik pacientek léčených ve VFN.

Citace.

1. Gradishar WJ, Moran MS, Abraham J, et al. Breast Cancer, Version 3.2022, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2022 Jun;20(6):691-722
2. Hussein A, Boutros, R, Saber, . (2019) Management of Post-Mastectomy Radio-Necrotic Ulcers & Osteoradionecrosis. Journal of Cancer Therapy, 10, 433-441.
3. Raz DJ, Clancy SL, Erhunmwunsee LJ. Surgical Management of the Radiated Chest Wall and Its Complications. Thorac Surg Clin. 2017 May;27(2):171-179.
4. Siegel HJ, Long JL, Watson KM, Fiveash JB. Vacuum-assisted closure for radiation-associated wound complications. Journal of surgical oncology. 2007; 96(7):575-582.
5. Billington A, Dayicioglu D, Smith P, Kiluk J. Review of Procedures for Reconstruction of Soft Tissue Chest Wall Defects Following Advanced Breast Malignancies. Cancer Control. 2019 Jan-Dec;26(1).
6. Fujioka M. Surgical Reconstruction of Radiation Injuries. Adv Wound Care (New Rochelle). 2014 Jan 1;3(1):25-37. doi: 10.1089/wound.2012.0405.

## **BLOK – MODERNÍ TRENDY V HOJENÍ RAN**

### **Role pokročilých technologií v hojení ran**

---

Veverková L.<sup>1</sup>, Doležal P.<sup>2</sup>, Reška M.<sup>1</sup>, Vlček P.<sup>1</sup>, Žák J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>I. chirurgická klinika. LF MU a Nemocnice u Sv. Anny, Brno

<sup>2</sup>Consulting s.r.o.

V roce 1948 definovala Světová zdravotnická organizace zdraví jako "stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, a nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo vady". Od té doby se tato definice nezměnila. Definice platí stále platí, stejně tak pro lidi s chronickými ranami, jako pro lidi s chronickými poraněními stejně jako pro běžnou populaci.

V celosvětovém měřítku se zátěž chronickými onemocněními zvyšuje, přičemž existují značné rozdíly mezi jednotlivými zeměmi, věkovými skupinami a socioekonomickým postavením. Zdravotní stav občanů Evropské unie (EU) shrnula Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) ve své nejnovější zprávě Health at a Glance. Zdravotní stav osob s chronickými ranami nebo osob, které jsou ranami ohroženy, je důležité pochopit, aby bylo možné vypracovat intervence pro prevenci a léčbu s ohledem a s cílem zlepšit život lidí postižených ranami.

Obecná doporučení v péči o rány nejsou univerzálním řešením, ale vyplývají ze skutečností, že je třeba zvážit úpravy léčby na základě individuálních potřeb a okolností každého konkrétního pacienta. U některých skupin, jako jsou starší dospělí, imunokompromitovaní nemocní, a pacienti s nízkým socioekonomickým statutem je vyšší riziko vzniku komplikací a špatného hojení rány. Musíme si být vědomi specifických potřeb těchto skupin obyvatelstva, abychom podpořili lepší výsledky léčby ran.

Integrace technologického pokroku s porozuměním složitých buněčných a biochemických procesů a mechanismů hojení ran vedlo k vývoji pokročilých technologií hojení ran, jako jsou např. bioinženýrské ekvivalenty tkáně, podtlaková léčba (NPWT) a hyperbarická oxygenoterapie.

Tkáňové inženýrství způsobilo revoluci v transplantaci kůže od původních autotransplantátů a alotransplantátů k biosyntetickým transplantátům. Autogenní a neautogenní kožní štěpy, které se běžně používají k hojení kožních ulcerací, mohou být spojeny s řadou omezeními, jako je riziko imunitní reakce, infekce riziko vzniku bolesti, zjizvení, infekce a/nebo opožděné hojení. Potřeba snadno dostupné neantigenní tkáně vedla k vývoji kultivaci lidských tkání pro transplantace.

Tyto pokročilé terapie zahrnují kultivované štěpy, autologní/alogenní kompozity, acelulární keratininové štěpy kolagenové matrice a buněčné matrice. Řada produktů je komerčně dostupných a mnoho dalších je ve stádiu vývoje. Mezi ty, které jsou v současné době k dispozici, např. AMNIODERM®. Jedná se o přípravek z lidské amniové membrány, speciálně upravený ke krytí chronické rány. Jde o transplantát, jehož aplikaci lze provádět i ambulantně. Dobré zkušenosti v léčbě defektu tímto přípravkem jsou zejména v terapii diabetických defektů na dolní končetině. Včasné zhojení ulcerací má zásadní význam v prevenci amputací a zachování končetin.

Od zavedení ve Spojených státech v roce 1997 se podtlaková terapie (NPWT) nebo vakuově asistovaný uzávěr rány, stala běžně používanou možností léčby v oblasti terapie komplikovaných ran v různých medicínských oborech.. Předkládáme zkušenosti z léčby v oblasti hojení ran pomocí podtlakové terapie a výsledky statistické analýzy u 692 nemocných za období 2011–2023. V kombinaci s klinickými údaji naše analýzy poskytují přesvědčivé důkazy o tom, že vhodné použití NPWT je důležité, účinné a nákladově efektivní u vybraných ran, a to jak u hospitalizovaných nemocných, tak i v ambulantní péči.

Hyperbarický kyslík (HBO) je již dlouho považována za možnou léčbu u komplikovaných nehojících se vředů. Kyslík stimuluje angiogenezi, fibroblasty a leukocyty a normalizuje kožní mikrovaskulární funkce.

Klinicky bylo prokázáno, že HBO zlepšuje transkutánní pO<sub>2</sub> v končetinách u některých pacientů s ischemickými vředy. V současné době je HBO možností, která může zlepšit končetinu u omezené skupiny pacientů s komplikovaným onemocněním ischemických a diabetických vředů na končetinách.

Pokročilé metody hojení ran, pokud jsou vhodně použity, jsou nezbytnou a důležitou součástí algoritmu léčby rány a působí synergicky se standardními režimy péče o pacienta a ránou.

## **Majú enzybiotiká budúcnosť v terapii *Staphylococcus aureus* infikovaných kožných rán?**

---

Makovický P.<sup>1,2</sup>, Kobzová Š.<sup>1</sup>, Lipový B.<sup>3</sup>, Jeklová E.<sup>1</sup>, Raška F.<sup>3</sup>, Makovická M.<sup>1,2</sup>, Norek A.<sup>1</sup>, Janda L.<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Oddělení infekčních chorob a preventivní medicíny, Výzkumný ústav veterinárního lékařství, v.v.i. Brno.

<sup>2</sup>Ústav histologie a embryologie, Lékařská fakulta, Ostravská Univerzita, Ostrava.

<sup>3</sup>Klinika popálenin a plastické chirurgie, Lékařská fakulta, Masarykova Univerzita, Brno.

\*[lubomir.janda@vri.cz](mailto:lubomir.janda@vri.cz)

Úvod. Perzistující bakteriální infekce kůže a měkkých tkání po invazivních zákrocích v nemocničním prostředí sú vážnym problémom všeobecnej, ale aj estetickej chirurgie najmä v čase zvyšujúcich sa rezistencii u obzvlášť nebezpečných patogénov. Jednou z možností manažmentu zvyšujúcej sa rezistencie *S. aureus*, je aplikácia antibakteriálnych enzýmov v podobe enzybiotík. Cieľom našej práce je overiť význam enzybiotík na báze hydrogélu s lyzostatínom, potom hydrogélu s lyzostatínom a endolyzínom v terapii *S. aureus* infikovaných kožných rán na experimentálnom modeli prasiat.

Materiál a metódy. Do pokusu boli zaradené dve prasatá, ktorým boli na chrbtovej oblasti vyrezané rany (10 rán/1 ošipaná) o veľkosti 5x5 cm s 2 cm odstupmi. Rany boli infikované Methicilín (Oxacilín) a Amoxicilín rezistentným kmeňom ST22 *S. aureus* baktérie. Experimentálne skupiny pozostávali z jednotlivých rán, ktoré boli infikované ST22 *S. aureus* MRSA v koncentrácii 2x10<sup>9</sup> CFU/ml. Následne boli na štvrtý, siedmy, jedenásty a štrnásty deň odoberané vzorky z jednotlivých rán. Materiál bol spracovaný štandardnou histologickou technikou formou parafínových bločkov a rezy boli farbené hematoxylínom-eozínom. Histologicky boli identifikované zmeny v epiderme, derme a hypoderme aj s jednotlivými parametrami, vrátane kvantitatívne vyčíslených klasifikačných indexov.

Výsledky. Terapeutický efekt sa prejavil v rámci epidermis, šírky epidermis a povrchového keratínu. Liečebný efekt sa neprejavil, ale má pozitívnu tendenciu u dermy, edému dermy, nekrózy dermy a nekrózy hypodermis. Nulový efekt bol zaznamenaný na chrástách, reepitelizácii a zápale dermy. Viac negatívna tendencia sa prejavila pri fibróze dermy a negatívne sa efekt prejavil v rámci fibrózy hypodermis.

Záver. V rámci overenia použitia enzybiotík na báze hydrogélu s lyzostatínom a endolyzínom bolo pomocou klasickej histológie overené, že zmes enzýmov má terapeutický efekt *S. aureus* infikované rany.

Podakovanie. Tento výskum bol podporený Ministerstvom zdravotníctva Českej republiky AZV NV19-05-00214 a NU22-05-00475. Všetky práva vyhradené.

## **Nádorová kalcinóza jako příčina ulcerace bérce léčeného metodou NPWT - kazuistika**

---

Hanslík T., Benej M., Berková A., Červeňák V., Chovanec Z., Křenek A., Prudius V., Peštál A., Veverková L., Penka I.

I. chirurgická klinika Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně

Tumorózní kalcinóza patří mezi neobvyklé, ale závažné komplikace hemodialyzační terapie. U renálně selhávajících pacientů dochází ke vzniku hyperkalcémie, hyperfosfatémie a terciální hyperparatyreóze, které mají za následek vysrážení vápenatých solí se vznikem extraskeletálních kalcifikací. Dochází k ukládání nerozpustných sloučenin vápníku a fosforu v měkkých tkáních a v kůži. Chronický zánět a následná aktivace makrofágů způsobují devitalizaci tkáně se vznikem nekrotických a ulcerací kůže. Na vzniku ulcerace má podíl i kalcifylaxe, při které dochází k ukládání vápenatých solí ve stěnách arteriol, což vede ke vzniku ischemie a nekrotických. Ischemické komplikace a ulcerace kůže v rámci nádorové kalcinózy se vyskytuje u 1 – 4 % dialyzovaných pacientů, přičemž se výskyt zvyšuje s délkou trvání dialýzy.

Rozlišují se tři typy tumorózní kalcinózy, primární normofosfatemická, primární hyperfosfatemická a sekundární hyperfosfatemická. Dle jiného dělení sporadická, familiární a sekundární.

Mezi příznaky onemocnění patří snížená pohyblivost a bolestivost kloubů. Mezi nejčastější lokalizace výskytu tumorózní kalcinózy patří měkké tkáně na horní končetině, převážně v oblasti ramene a lokte. Na dolních

končetinách postihuje především oblast kyčelního kloubu. Vzácněji dochází k postižení páteře, popliteální oblasti, temporomandibulárního kloubu, metakarpů a metatarzů.

Diagnostika je založena hlavně na laboratorních a zobrazovacích metodách.

Léčba je zejména farmakologická, chirurgická léčba je spíše paliativní a je zatížena komplikacemi. V případě sekundární nebo terciární hyperparatyreózy může být zvažována subtotální nebo totální paratyreoidektomie, lze také zvážit transplantaci ledvin.

Autoři prostřednictvím kazuistiky prezentují tuto vzácnou komplikaci hemodialyzační terapie, kdy došlo k tvorbě rozsáhlé ulcerace bérce a abscesu stehna léčeného metodou NPWT (negative pressure wound therapy).

## **BLOK – ÚRAZOVÉ NPB**

### **Úrazy břicha – co nás možná čeká?**

---

*Krška Z., Burget F.*

*I. chirurgická klinika VFN a 1. LF UK v Praze*

Ještě před tragickými událostmi v prosinci 2023 na Filosofické fakultě v Praze byla tato rizika vnímána často jen jako iluzorní a větší diskuze by mohla být vysvětlována i jako šíření poplašné zprávy. Autoři poukazují na situaci v JAR, která patří svojí kriminalitou k negativním světovým špičkám s velmi závažnou časovou progresí. Aktuálně je v JAR nejvyšší kriminalita na světě

- každých 25 minut vražda
- za den zabito minimálně 56 lidí
- více než 20 000 vražd za rok (ČR 150 vražd)
- každých 115 minut znásilnění, tedy více než 4500 ročně (ČR 480-670)
- vyšetřeny 2 zločiny z 10
- obrovská korupce systému
- „X“ policejních ředitelů odvoláno a odsouzeno za korupci, souzen i prezident.

K hlavním příčinám patří : Nekontrolovaná imigrace z okolních zemích

- Kolik je lidí v ghétech ???
- Války gangů např. o dopravu (minibusy- hlavní dopravní prostředek)
- !! Rasová diskriminace“naruby“ !!
- Snahy vlády o „narovnání“ ekonomické situace mezi chudými a bohatými selhaly.....
- Emigrace afrikánců ze země... (Mauritius, Evropa, severní Amerika....)
- Brutální vraždy tisíců bílých farmářů od r. 1994 (konec apartheidu)
- Vliv neziskových „humanitárních“ organizací je velmi slušně řečeno kontroverzní.

Aktuálně v okolních zemích, dle ověřených informací, dochází k nebyvalému nárůstu závažné kriminality (především SRN) s vysokým podílem imigrantů. Při duševní úrovni a neschopnosti politiků toto řešit je jen otázkou kdy se tento jev přenesení i do ČR.

### **Velká jaterní resekce a její postavení v léčbě poranění jater**

---

*Skalický T., Fichtl J., Mach Ch., Liška V., Moláček J.*

*Chirurgická klinika LFUK a FN v Plzni, Plzeň*

Poranění jater je i dnes závažné poranění, které může skončit úmrtím pacienta. Velkou část poranění jater nižších stupňů dnes zvládneme konzervativně. Jen asi 28% si vyžádá operační zákrok. U těžších poranění je pak nejčastějším typem výkonu jaterní tamponáda a nebo defitivní ošetření koagulačními metodami. Malá část však musí být akutně operována a zastavení krvácení pak dosahujeme odstraněním poraněného parenchymu jater v RC linii. Na kazuistice chceme demonstrovat takovýto postup u poranění pravého laloku jater u mladého pacienta po pádu na elektrokoloběžce.

## **Poranění pankreatu**

---

*Rupert K., Pálek R., Kural T., Liška V., Skalický T., Moláček J.  
CHK FN Plzeň, LF UK v Plzni, Plzeň*

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. Zbýlých 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

## **Aortální cross-clamping – život zachraňující manévry u břišního traumatu**

---

*Pastor J., Janák D.  
FN Motol, Praha*

Prioritou chirurgického řešení břišních traumat je zástava krvácení. V případě mnohačetných orgánových poranění nebo masivního krvácení do dutiny břišní je dle zásad damage control surgery (DCS) nutné provést dočasnou hemostázu přímou manuální kompresí, tamponádou rouškami, cévní obturací zevní (komprese, cévní svorka) nebo vnitřní (Fogartyho katetr). Dočasná hemostáza umožní exploraci břišní dutiny se zjištěním všech přítomných poranění. Poté se rozhoduje o dalším postupu (definitivní reparace nebo dočasné řešení v rámci etapového ošetření při DCS). Jednou z možností, jak velmi rychle a efektivně dočasně zastavit masivní krvácení do břišní dutiny je naložení cévní svorky na supraceliakální břišní aortu. Tento manévry je i v cévní chirurgii používaný poměrně vzácně a není příliš znám všobecným chirurgům, kteří traumata břicha řeší primárně. Autoři ve svém sdělení popisují techniku provedení tohoto manévru na podkladě anatomie příslušné oblasti, diskutují jeho indikace a patofyziologické důsledky. Na závěr je přednáška doplněna krátkou kazuistikou dokládající možnost použití aortálního cross-clamingu i u neúrazových NPB (masivní krvácení do GITu).

## **Střelné poranění břicha plynovou pistolí (?)**

---

*Kadlecová N.  
Chirurgická klinika Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha*

Úvod: Střelné poranění dutiny břišní radíme, spolu s bodným poraněním, k penetrujícím poraněním a tím tak k velmi závažným náhlým příhodám břišním. Frekvence těchto poranění je doménou válečné chirurgie, nicméně stoupá v současné době i v našich podmínkách, mimo válečné území. V případě obou uvedených poranění je za účelem zhodnocení poškození nitrobřišních orgánů většinou indikován akutní chirurgický výkon, zejména pak u

poranění střelných. Diagnostika takového druhu poranění zahrnuje anamnestické údaje, fyzikální vyšetření a také, pokud to stav postiženého umožňuje, zobrazovací metody, především CT. Operační revize je indikována neodkladně, v popředí i nadále stojí otevřený přístup, ale postupně se s rozvíjejícími se technikami uplatňuje i laparoskopie.

Kazuistika: Příklad střelného poranění je prezentován kazuistikou mladého, 38letého muže, přicházejícího do chirurgické ambulance z domova. Na základě anamnézy a celkového stavu pacienta ukazuje, mimo jiné, že zjištěné informace, zdravotní stav a v našem případě i klinický nález na břicho, nemusí vždy korelovat s nálezem peroperačním.

Klíčová slova: střelné poranění – plynová pistole – játra – hemoperitoneum

## **BLOK – TRAUMATOLOGIE**

### **Střelba na FF UK – aktivace traumatického plánu na I. chirurgické klinice VFN**

---

*Kraus J.*

*I. chirurgická klinika VFN a 1. LF UK v Praze*

Dne 21.12. 2023 15.28 hod byl aktivován traumaplán VFN v souvislosti se střelbou na Filozofické fakultě v Palachově ulici v Praze. Aktivace proběhla bez komplikací a i díky příznivé denní, době kdy většina personálu ještě byla na pracovišti se prakticky okamžitě shromáždil kompletní trauma team. Aktivace pomocí svolávací SMS je velmi efektivní a okamžitě odpověděla většina obeslaných. Přivezena jedna poraněná v kategorii „zelená“ s drobnou tržnou ranou na L lokti. Po ošetření propuštěna do domácí péče. Další pacient avizován jako kategorie „žlutá“ se však během vyšetření zhoršil překlasifikován na kategorii „červená“, a urgentně transportován přes CT na op. sál kam dorazil za 20 min po přijetí. Zjištěn zástřel pánve s poraněním L kyčelního kloubu a masivním krvácením. Provedena revize dutiny břišní s tamponádou pánve. Zrevidován vstřel na přední straně stehna, z podkoží při sakrální kosti odstraněn kovový projektil. Tříštivá zlomenina trochanterického masivu a krčku stabilizována pomocí ZF. Poranění lze klasifikovat jako velmi závažné až kritické. Traumaplán byl ukončen 17.13 hod.

### **Pohled chirurga na střelecký útok v Praze 21. 12. 2023**

---

*Langer D., Hadač J., Pohnán R.*

*Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN, Praha*

Autoři prezentují případy třech nemocných se střelným poraněním, kteří byli po útoku střelce na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy dne 21. 12. 2023 přivezeni na Emergentní oddělení ÚVN v Praze. Podrobně je referován diagnosticko-terapeutický proces u mladé ženy s dvoudutinovým traumatem. V diskuzi je nastíněna možnost opakovaného útoku v kterémkoliv regionu ČR zasluhující pozornost většiny ústavních chirurgických pracovišť.

### **Zpráva o ošetření poraněných z FF UK v prosinci 2023**

---

*Horák P., Fulík J., Brabcová V.*

*Chirurgická klinika 1. LF UK a FN Bulovka, Praha*

Hromadná střelba je v naší zemi bohužel ojedinělou nešťastnou událostí. S ohledem na výjimečnost události si dovoluujeme prezentovat podíl naší instituce na ošetření raněných. Vzhledem k nejasnosti o celkovém počtu raněných a k závažnosti útoku byl aktivován traumatologický plán FN Bulovka. V první fázi byly připraveny 2 operační týmy chirurgické a 1 ortopedický. Ošetřeny byly celkem 3 poraněné osoby, z toho 2 byly vstupní triáží hodnoceny jako stav ohrožující život. 2 utrpěly vícečetná střelná poranění končetin a pánve s nutností operační



revize, 1 nemocná po skoku z výšky utrpěla sdružené poranění se zlomeninami horních i dolních končetin a obratlů. V péči o nemocné byl kromě chirurgické péče kladen důraz na řešení závažného psychického traumatu. Hospitalizace trvala 2-12 dní. Závažné chirurgické komplikace jsme nezaznamenali. 1 nemocná se střelným poraněním pánve byla propuštěna s přetrvávající parézou nervus peroneus, která již během hospitalizace začala mírně ustupovat. Součástí plánu další ambulantní péče byla rehabilitace a u všech zraněných i pokračující psychologická léčba. Na konferenci budeme referovat stav nemocných 4 měsíce od úrazu.

## **BLOK – ONEMOCNĚNÍ PERITONEA – SOUČASNÉ MOŽNOSTI LÉČBY**

### **Možnosti prevence nefrotoxického účinku cisplatinu při HIPEC solidních nádorů dutiny břišní**

---

*Klos D.*

*I. chirurgická klinika FN a LF UP v Olomouci*

Hypertermická intraperitoneální chemoterapie (HIPEC), resp. hypertermická intratorakální chemoterapie (HITHOC), je léčebná metoda používaná v léčbě pokročilých malignit peritoneálního (pleurálního) povrchu. Tato kombinovaná léčba je pokládána za standard léčby u pseudomyxomu peritonea, maligního mezotheliomu pobříšnice a maligního mezotheliomu pleury. U těchto diagnóz je schopna navodit dlouhodobé bezpříznakové období a dlouhodobé přežívání. Velmi významný přínos této kombinované léčby byl popsán také u peritoneálního rozsevu kolorektálního karcinomu, karcinomu žaludku a ovariálního karcinomu. Mezi nejobávanější komplikace HIPEC a HITHOC s použitím cisplatinu je její nefrotoxický účinek vedoucí k akutnímu renálnímu selhání v pooperačním období a to zejména u pacientů, jež byly platinovými preparáty předléčeni v rámci neoadjuvantní chemoterapie.

Mechanismus nefrotoxicity cisplatinu je multifaktoriální a může souviset s již existujícími stavy, ztrátou krve, stavem hydratace a intraoperačním podáváním tekutin. Cisplatinu může také způsobit přímou nefrotoxicitu, protože se hromadí v ledvinových epiteliálních buňkách, což vede k poškození DNA a uvolnění molekulárních vzorů souvisejících s poškozením (DAMPs). Mezi základní preparáty, které chrání ledviny před toxickým účinkem cisplatinu je thiosíran sodný, který je v podmínkách České republiky zatím využíván jen jako antidotum při otravách kyanovodíkem, otravy yperitem, předávkování cisplatinou intravenózně a přísada do roztoků na výplach žaludků. Jeho užití je tak doporučováno na základě konzultace s toxikologickým střediskem. V českém písemnictví není dosud zmínka o tom, že by thiosíran sodný byl standardně používán jako nefroprotektivní prostředek během intraperitoneálního či intrathorakálního podání při HIPEC/HITHOC.

Cílem práce je analýza rizik intraperitoneálního použití cisplatinu během HIPEC a možnosti prevence poškození ledvin během této terapie a to na základě analýzy současných důkazů v literatuře a zkušeností z vlastního souboru.

### **Cytoredukční chirurgie + HIPEC jako zlatý standard při léčení peritoneálního pseudomyxomu a maligního mezoteliomu**

---

*Bartoška P., Antoš F., Holečková P.*

*Chirurgická klinika FN Praha Bulovka*

V léčení vzácných peritoneálních malignit není v lékařské veřejnosti v rámci ČR stále ještě dostatečné povědomí o spektru terapeutických možností, kterých lze využít. V posledních desetiletích se vyvinuly a postupně i ustálily názory na možnou aplikaci cytoredukční chirurgie (CRS) v kombinaci s hypertermickou intraperitoneální peroperační chemoterapií (HIPEC) u řady nitrobříšních malignit. Za zlatý standard v léčení touto metodou lze označit využití při diagnózách peritoneálního pseudomyxomu a maligního mezoteliomu. Metodika se pozitivně uplatňuje v případech kolorektálního karcinomu, primárního karcinomu peritonea a karcinomu ovaria, zatímco při nádorech žaludku ev. pankreatu jsou výsledky léčení podstatně horší. Zkušenosti z téměř 25leté praxe

chirurgické kliniky FN Bulovka v léčení pseudomyxomů a mezoteliomů budou prezentovány jako podpora pro uplatňování metodiky jako zlatého standardu.

## **Maligní mezoteliom peritonea**

---

*Levý M., Mráček M., Šimša J.*

*Chirurgická klinika 1.LF UK a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha*

Úvod: Maligní mezoteliom je vysoce maligní onemocnění. Objevuje se nejčastěji na serózách pleury, dále na peritoneu, perikardu a na tunica vaginalis testis. Peritoneální varianta zahrnuje 10–15 % všech mezoteliomů (MPM).

Cílem přednášky je prezentovat doporučené postupy léčby (PSOGI/EURACAN, Chicago Consensus Working group). U vybraných pacientů je doporučována kombinovaná léčba cytoreduktivní chirurgie (CRS) a hypertermické perioperační chemoterapie (HIPEC), chemoterapie samotná vykazuje nedostatečnou účinnost.

Patogeneze: Patogeneze mezoteliomů je jednoznačně spojena s industriálními vlivy, jako nejvýraznější faktor vzniku mezoteliomu je udáván azbest. Dosud valná většina výzkumu tohoto onemocnění byla prováděna na pleurální variantě a byť vyvolávající faktory pleurální i peritoneální varianty mezoteliomu jsou obdobné, zdá se, že molekulární patogeneze a genová exprese jsou u obou onemocnění odlišné. Onemocnění bývá většinou difuzního typu, metastazování do uzlin není časté a vzdálené metastázy jsou – s výjimkou pleurálního postižení – vzácné. Diagnosticky se uplatňuje nejvíce CT a MRI. Nejsou známy žádné specifické nádorové markery pro toto onemocnění, stadijový systém je stále ve vývoji.

Klasifikace: Obvykle je maligní peritoneální mezoteliom charakterizován stovkami až tisíci nádorovými noduly různé velikosti a konzistence, které mohou splývat do rozsáhlých nádorových infiltrátů nahrazujících omentum, obkružujících střevní kličky nebo mohou invadovat do okolních orgánů. Histologické vyšetření rozlišuje 3 subtypy: epiteloidní, sakromatoidní a smíšený.

Epiteloidní maligní mezoteliom se skládá z buněk připomínajících normální mezotel. Infiltruje submezotelovou pojivovou tkáň, tuk, nebo i svalovou vrstvu.

Sarkomatoidní maligní mezoteliom, který je v dutině břišní méně častý, se skládá z větvenitých buněk. Smíšený či bifázický maligní mezoteliom je složen z obou typů buněk, které musí být zastoupeny minimálně v 10 % všech buněk tumoru. Obecně platí horší prognóza pacientů se sarkomatoidní formou.

Léčba: U vybraných pacientů je doporučována kombinovaná léčba: cytoreduktivní chirurgie (CRS) a hypertermická perioperační Chemoterapie (HIPEC).

Chemoterapie samotná vykazuje nedostatečnou účinnost. Obvykle se využívají kombinace Pemetrexed + Karboplatina; Pemetrexed + cisplatina + bevacizumab nebo Pemetrexed + gemcitabin či Cisplatina + irinotecan. Chemoterapie zůstává jedinou léčebnou možností u pacientů, kteří nemohou být indikováni ke kombinované chirurgické léčbě. V posledních letech je využívána i imunoterapie: Tremelimumab (monoklonální protilátka CTLA-4), Avelumab, Pembrolizumab, Durvalumab, Atezolizumab (monoklonální protilátka PD-L1).

## **Možnosti chirurgické léčby peritoneálních metastáz kolorektálního karcinomu**

---

*Němec L.*

*Masarykův onkologický ústav, Brno*

Pobříšnice je po játrech druhým nejčastějším místem výskytu metastáz kolorektálního karcinomu, u poloviny pacientů ve IV. stadiu tohoto onemocnění je přitom prvním a jediným místem metastazování. Synchronní výskyt peritoneálních metastáz kolorektálního karcinomu je 5-10%, u dalších 4-19 % pacientů se karcinomatóza pobříšnice objeví metachronně. U neléčených nemocných medián přežití obvykle nepřevyšuje 6 měsíců, při léčbě paliativní systémovou chemoterapií je to okolo 16 měsíců.

Asi u čtvrtiny nemocných s peritoneálními metastázami kolorektálního karcinomu může radikální cytoredukce v kombinaci s HIPEC (Hypertermická intraperitoneální chemoterapie) medián přežití významně prodloužit na více než 40 měsíců, při akceptovatelné pooperační morbiditě i mortalitě.

Organizace PSOGI (The Peritoneal Surface Oncology Group International) tuto léčbu u malého a středního metastatického postižení pobřišnice doporučuje jako terapeutický standard, vedle ESSO (European Society of Surgical Oncology) ji akceptuje i ESMO (European Society for Medical Oncology) a NCCN (National Comprehensive Cancer Network). Cytoredukce + HIPEC se tak staly součástí terapeutických protokolů léčby metastazujícího kolorektálního karcinomu v mnoha zemích světa.

## **PIPAC – první zkušenosti s novou metodou intraabdominální aplikace chemoterapie**

---

*Hoskovec D., Vočka M., Krška Z., Dytrych P.*

*1. chirurgická klinika 1. LF UK a VFN, Praha*

Úvod: PIPAC (Pressurized intraperitoneal aerosol chemotherapy) je relativně novou technikou k intraperitoneální aplikaci chemoterapie. Hlavní indikací je peritoneální rozsev nádoru, kde nelze použít metodu cytoreduktivní chirurgie + HIPEC. Jde především o paliativní přístup, ale má určitý terapeutický (neoadjuvantní) potenciál.

Pacienti a metoda: Od roku 2020 jsme PIPAC aplikovali u 41 pacientů a celkem šlo o 100 operací. Ošetřeno bylo 19 mužů a 22 žen. Nejčastější indikací byl rozsev kolorektálního karcinomu (17x), karcinomu žaludku (10x), serózního karcinomu peritonea/ovaria (6x) a epiteloidního mesoteliomu (5x). Raritní byl karcinom žlučníku (2x) a NET (1 pacient). Jako chemoterapii používáme cisplatinu v kombinaci s doxorubicinem u většiny indikací, u kolorektálního karcinomu aplikujeme oxaliplatinu a u serózního karcinomu používáme karboxyplatinu.

Interval mezi jednotlivými aplikacemi je 6 týdnů (+- 1 týden).

Efekt hodnotíme podle rozsahu postižení peritonea (Peritoneal cancer index, případně jeho zjednodušená verze sPCI), skóre regrese (PRGS), případně přítomnosti a množství ascitu a cytologického nálezu. Ve všech případech provádíme fotodokumentaci.

Výsledky: PIPAC je dobře tolerovanou procedurou s krátkou dobu hospitalizace (2 – 3 dny). Zaznamenali jsme dvě vážné komplikace – perforaci střeva vyžadující operační revizi a septickou reakci vyžadující pobyt na JIP, ATB a volumoterapii. U tohoto nemocného se později objevil nitrobřišní absces. Důvodem k ukončení léčby byla nejčastěji progresse onemocnění (13x), ztráta distribučního prostoru (7x), neefektivita léčby (6x), onkologická kontraindikace (2x), perforace střeva (1x) a revize pro ileus mezi aplikacemi (1x). Dva pacienti odmítli pokračovat v léčbě. U jednoho nemocného došlo k histologické regresi onemocnění, pět bylo indikováno k CRS + HIPEC. Tři nemocní pokračují v léčbě.

Závěr: PIPAC je jednoduchá a dobře tolerovaná technika aplikace intraperitoneální terapie. U tří nemocných (8 %) jsme pozorovali efekt vedoucí ke změně terapie.

Podpořeno MZ ČR – RVO-VFN64165

Podpořeno programem Cooperatio, Abdominal Surgery

### Náhlé příhody hrudní

---

*Klein J., Žuffa P., Tolmáči B., Sochorová D., Menšík P.  
KNTB Zlín, a.s.*

Hrudník může být poraněn v široké škále od nezávažných zhmoždění hrudní stěny až po život ohrožující poranění nitrohrudních orgánů. Poranění hrudníku spolu s kraniocerebrálním faktorem determinuje prognózu polytraumatizovaných nemocných. Naprostá většina úrazů hrudníku je dopravních (70-80 %), tupé poranění je příčinou úmrtí asi 25 % hospitalizovaných nemocných, u polytraumat je toto procento ještě vyšší. Tupá poranění mají dvoj až trojnásobně vyšší mortalitu, než poranění otevřená. Symptomatologie náhlých příhod hrudních, nejen úrazových, může být minimální, ale také velmi dramatická, a posun mezi těmito krajními polohami se může odehrát ve velmi krátkém čase bez možnosti sekundárního transportu. Urgentní opatření musí směřovat k zabránění šoku či případné resuscitaci, k rychlému stanovení diagnózy a naplánování správné sekvence terapeutických výkonů. Předpokladem úspěchu je prevence časně mortality, zvládnutí hrozících komplikací s cílem návratu nemocného do předchorobného stavu. Protože se s takovými pacienty setkáváme nejen ve specializovaných traumacentrech, ale také ve všech akutních nemocnicích s urgentním příjmem, vnímáme dostupnost hrudního chirurga jako kruciólní otázku ve fungování pracovišť alespoň se statutem traumacentra. Jakým způsobem lze ale získat, vychovat a udržet odborníka za situace, kdy má být elektivní onkochirurgická operativa koncentrována po pouhých osmi pneumoonkocenter, je necentrovým nemocnicím nesoucím tento kříž velkou záhadou.

Autoři na příkladu vybraných kazuistik penetrujících, nepenetrujících a neúrazových náhlých příhod hrudních demonstrují úskalí diagnostiky, terapie a následné péče u povětšinou netransportovatelných nemocných.

### Echinokokóza pečene – súčasť HPB chirurgie

---

*Sirotňák M., Slobodník I.  
Klinika transplantáčnej chirurgie SZU, FNŠP F.D.Roosevelta Banská Bystrica*

Echinokokóza (hydatidová choroba) je rozšírené zoonotické parazitárne ochorenie spôsobené pásomnicou, ktorá infikuje veľké množstvo voľne žijúcich a domácich zvierat a ľudí, pričom z larválneho štádia ochorenia sa vyvinie hydatidová cysta. Postihuje najčastejšie pečeň, menej často pľúca, mozog, obličky, srdce a slezinu. Cystická echinokokóza (CE) a alveolárna echinokokóza (AE) sú dva najčastejšie druhy, ktoré spôsobujú chronické, komplexné a zanedbávané ochorenia.

Cysty môžu zostať asymptomatické roky, ale s pribúdajúcim časom môžu vzniknúť rôzne symptómy a u tretiny pacientov hrozia komplikácie, od tých ľahko zvládnuteľných až po veľmi závažné. Liečba echinokokovej cysty pečene sa líši od medikamentóznej terapie cez perkutánne drenážne intervencie až po chirurgický zákrok. Chirurgia však zostáva jedinou definitívnou liečebnou modalitou u veľkých, aktívnych, symptomatických alebo komplikovaných lézií. Chirurgický manažment, aj v pokročilých štádiách ochorenia, sa postupne vyvinul z otvoreného prístupu na miniinvazívny.

Napriek veľkému pokroku a znalostiam v problematike echinokokózy a pečeneovej chirurgie, naďalej platí, že operácie by mali byť vykonávané na chirurgických pracoviskách adekvátne vyškoleným personálom s odpovedajúcou prístrojovou technikou a multidisciplinárnym prístupom.

Kľúčové slová: Hydatidová choroba pečene, Alveolárna echinokokóza, Cystická echinokokóza, Echinokokóza, Echinococcus granulosus, Echinococcus multilocularis

## Využitie ECMO v torakochirurgii – prvé skúsenosti

---

Rindoš R., Galliková Z., Kederová S., Brunčaková K., Smoleňák M.

II. Chirurgická klinika SZU, II.KAIM SZU, Fakultná nemocnica F.D.Roosevelta Banská Bystrica

Autori vo svojej prezentácii ponúkajú v troch rôznych kazuistikách prvé skúsenosti úspešného využitia ECMO u kritických pacientov s ochoreniami pľúc a/alebo hrudníkovej steny ( ťažká pneumónia u HIV pozit. pacienta, komplikovaná empyémom ,resp.polytrauma s postihnutím oboch pľúcnych krídel a hrudnej steny bilat. - fraktúry rebier, klavikuly, lopatky, stavcov, humeru, femoru, kontúzia pľúc a pacientka po pľúcnej lobektomii s potrebou pľúcnej resekcie kontralaterálne ).

Vo všetkých prípadoch boli pacienti prevezení alebo sústrední do ECMO centra v Banskej Bystrici, kde boli v spolupráci anesteziologov, hrudných chirurgov, intenzivistov pripravení na liečenie a v určitom štádiu choroby po náležitej príprave indikovaní na operačný výkon. Operácie boli úspešné, bez komplikácií a významným spôsobom kladne ovplyvnili zdravotný stav pacienta s jeho následným uzdravením alebo aspoň významným zlepšením zdravotného stavu, takže boli schopní spontánne ventilovať, komunikovať, rehabilitovať.

ECMO centrum v Banskej Bystrici funguje len niekoľko rokov, ale za ten čas stihlo odliečiť už viac ako 50 pacientov. V roku 2023 bolo v spolupráci s FN FDR Banská Bystrica , Stredoslovenským ústavom srdcových chorôb a Detskou fakultnou nemocnicou bolo liečených na ECMO v Banskej Bystrici 27 pacientov, z toho len vo FN FDR 14 prípadov kriticky chorých.

## POSTEROVA SEKCE

---

### Wise pattern mastectomie aneb i onkochirurgie může být estetická

---

Valenta M., Brzulová L., Harcubová R., Kocmanová K.

Chirurgické oddělení, Krajská nemocnice Liberec a.s., Liberec

Autoři předkládají vlastní soubor pacientek indikovaných k mastektomii, u kterých provedli onkoplastický výkon, tzv. wise pattern mastektomii. Na tomto souboru chtějí dokumentovat možnost esteticky přijatelného výsledku i u pacientek indikovaných k mastektomii pro maligní tumor a to na "běžném" pracovišti onkochirurgie v krajské nemocnici.

### Ileus jako pozdní komplikace radioterapie? kazuistika

---

Ochmanová P., Skalický P., Kojecký Z., Skanderová D., Čwierka K., Klos D.

I. chirurgická klinika Fakultní nemocnice Olomouc a Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, Olomouc

Úvod: Chronická poradiační enteritis je závažnou pozdní komplikací po proběhlé radioterapii v oblasti pánve. Objevuje se s odstupem několika měsíců až let po ozáření, incidence dosahuje 5–20 %. Histopatologicky jsou charakteristická difuzní kolagenová depozita a okluzivní vaskulitida. Poškození cév resultuje v ischemii a progresivní fibrózu, dochází ke vzniku ulcerací, striktur nebo píštělí. Mezi časté projevy patří průjmy, chronická malabsorpce nebo enteroragie. Autoři ve svém sdělení prezentují netypický případ pacientky s pozdními projevy poradiační enteritis manifestující se jako náhlá příhoda břišní.

Popis případu: Pacientka byla akutně vyšetřena pro křečovitě bolesti břicha a zvracení. Postupná progresie potíží již několik dní. U pacientky dyspeptické potíže již 2 roky, v poslední době frekvence průjmovitých stolic až 30x denně bez příměsí. Pacientka došetřována ambulantně gastroenterologem, totální koloskopie nebyla možná pro angulaci či stenozu střeva, 2 týdny před návštěvou urgentního příjmu bylo provedeno PET/CT, kde jen mírné ztlustění stěny sigmatu (stacionární nález oproti PET/CT před 2 roky). Anamnesticky byl u pacientky před cca 20 lety proveden radikální operační výkon pro karcinom dělohy (hysterektomie, adnexektomie, lymfadenektomie) s

následnou radioterapií. Pro obraz ileu s přechodovou zónou v oblasti distálního ilea na CT indikována k akutnímu operačnímu výkonu. Peroperačně 260 cm od Treitzova vazy začínal stenotický úsek střeva se ztluštěním stěny, který pokračoval jako zcela kolabované a ztluštělé ileum (rozsah asi 60cm) až do terminálního ilea. Tlusté střevo bez hmatného tumoru, v oblasti sigmatu difuzně mírně ztluštělá stěna se zachovaným lumen. S ohledem na nález byla provedena rozšířená ileocekální resekce, mobilizace cékoascendens a dekomprese střeva. Výkon i pooperační průběh nekomplikovaný, pacientka pozvolna zatížena stravou a dimitována 12. den. V histologickém nálezu byly přítomny hluboké ulcerace, fokálně zasahující až téměř přes celou muscularis propria, patrná fibrotizace submukózy, svaloviny i serózy. Stran nálezu na sigmatu byla naplánována kontrolní sigmoideoskopie s tetováním před následným chirurgickým resekčním výkonem.

Závěr: Diferenciální diagnostika střevní striktury je poměrně široká. Chronické postižení střev po proběhlé radioterapii se nejčastěji objevuje v průběhu prvních dvou let, nicméně se může projevit s odstupem 20 až 30 let. Chronická enteritis může významně snížit kvalitu života pacientů. Závažné komplikace ve smyslu střevní neprůchodnosti nebo perforace pak vyžadují akutní chirurgické řešení.

## **Značení nehmatných tumorů prsu radioaktivním zrnem**

---

*Jágrová K., Harciníková N., Engelová D.*

*FN Bulovka, Chir. klinika, Praha*

Díky dobře dostupnému screeningu, senzitivnějším vyšetřovacím metodám, možnosti časného cíleného bioptického histopatologického vyšetření a účinné neoadjuvantní terapii přibývá množství časně diagnostikovaných nehmatných lézí prsní žlázy. Tím přibývá i pacientek kterým je možno nabídnout prs zachovný výkon. Z pohledu chirurga je základem úspěšnosti tohoto výkonu úzká týmová spolupráce především s radiodiagnostikem a patologem. Zcela zásadní pro radikální jednorázové odstranění nepalpovatelného ložiska je jeho přesné značení. Optimálně kontrastním markerem v jedné době při vlastním odběru bioptického vzorku a poté, před chirurgickým zákrokem, značení některou z lokalizačních metod pro možnost přesné detekce ložiska v operačním poli. V současné době je ve světě preferována aplikace diagnostického lokalizačního radioaktivního zrna Advantage I-125 a jeho perioperačního zaměření pomocí scintilační gama sondy. Na našem pracovišti jsme započaly s tímto značením v roce 2022 a do konce roku 2023 jsme provedly 116 prs zachovných výkonů. Za jednoznačnou výhodu této metody považujeme možnost ambulantního značení léze v delším časovém intervalu před operací, komfort pro pacientku a možnost kosmeticky optimální lokalizace řezu během výkonu. Rovněž zásadní je minimální pravděpodobnost dislokace zrna z ložiska. Ke kontrole dostatečné radikality výkonu je výhodná možnost perioperační RTG kontroly exstirpátu a přítomnost zrna v něm. Rovněž pro radiodiagnostiku je aplikace zrna technicky snadnější a přesnější. Nevýhodou metody je nutnost průběžné administrativní dokumentace pohybu zrna mezi pracovišti – mamodiagnostik-chirurg-histopatolog. Rovněž tak nutnost vybavení scintilační sondou k detekci zrna před zpracováním exstirpátu včetně oddělení patologie. Zanedbatelné nejsou ani celkové finanční náklady. Z hlediska vlastní operační techniky jsme neměly zásadní problémy. Značené ložisko jsme vždy našly a nikdy nedošlo ke ztrátě zrna. Reoperovaly jsme 4x pro nekompletnost léze. Vzhledem k malým číslům našeho souboru ve srovnání s velkými zahraničními studii nejsme zatím jednoznačně schopny posoudit výhodu metody ve smyslu signifikantní minimalizace velikosti exstirpátu při zachování radikality výkonu.

## **Co podáváme při transfúzi? aneb Složení transfúzních přípravků včera a dnes; kazuistika z chirurgické JIP – hypokalcémie po masivním převodu krevních derivátů**

---

*Fulík J.,<sup>1</sup> Picmausová I.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>*Chirurgická klinika 1. LF UK, IPVZ a FN Bulovka, Praha*

<sup>2</sup>*Transfúzní oddělení FN Královské Vinohrady, Praha*

Klíčová slova: krevní deriváty, specifikace transfúzních přípravků, tranfúze, vnitřní prostředí, kalcémie, kalémie

Podávání transfúzních přípravků je významnou součástí léčebného procesu v péči o pacienty napříč všemi specializacemi. Za dobu dvou set let podrobněji dokumentované existence prošlo transfúzní lékařství několika etapami. Od roku 1915 je používán citrát sodný jako antikoagulační prostředek a realizace přímé transfúze z oběhu dárce do oběhu příjemce byla nahrazena transfúzí nepřímou, s možností delšího skladování transfúzních přípravků. Použití plné krve bylo nahrazeno rutinním používáním jednotlivých krevních složek a krevních derivátů.

Přidávky dalších látek, které slouží ke konzervaci transfúzních přípravků (používané od roku 1916) dále umožňují prodloužit jejich skladovatelnost. Jednotlivé krevní složky jsou získávány buď zpracováním plné krve nebo separačními odběrovými technikami. V současné době převažuje tendence produkovat a používat složky krve v co nejčistší formě, s minimální příměsí ostatních krevních součástí.

V našem sdělení popisujeme složení protisrážlivých a resuspenzních roztoků, které jsou nemocnému s transfúzním přípravkem aplikovány. Dále se zabýváme možností ovlivnění vnitřního prostředí podáním transfúzních přípravků. Za nejvýznamnější považujeme riziko ovlivnění hladiny kalcia, právě v souvislosti obsahem citrátu, a dále ovlivnění kalémie.

Připojujeme kazuistiku nemocného z chirurgické JIP, u kterého jsme po masivním převodu čerstvé mražené plazmy a erytrocytární masy zaznamenali přechodnou hypokalcémii, i přes současné podávání i.v. kalcia.

## **Úloha specialisty na chronické rány při léčbě lineární IgA bulózní dermatózy- kazuistika**

---

*Böhmová J., Kroneisl M., Erbenová A.*

*Chirurgická klinika FN Bulovka, 1. LF UK a IPVZ, Ambulance chronických ran, Praha*

Lineární IgA bulózní dermatóza (LABD) je vzácné autoimunitní onemocnění charakterizované výskytem subepidermálních puchýřů na kůži a sliznicích.

Dětská forma tohoto onemocnění spontánně odezní v 50% do dvou let od začátku příznaků. U dětí se jedná o poměrně časté onemocnění, které se projevuje bulami. Dospělá forma onemocnění je daleko raritnější, je pro ni typický protražovaný průběh a k remisi dochází méně často. Projevuje se papulami, vezikulami a bulami, které praskají a mění se v eroze s krustami.

Diagnostika onemocnění je založena na histologickém vyšetření, ev. je možná přímá imunofluorescence, která se však užívá spíše u dětské formy.

Naše kazuistika pojednává o pacientovi ve středním věku, který byl přijat pro septický stav na jednotku intenzivní péče interního oddělení. Sepse byla způsobena infikováním mnohočetných defektů hlavy, krku, zad, horních i dolních končetin, defekty zaujímaly 30% povrchu těla.

U pacienta byla zahájena systémová léčba – kortikoidy, ATB, analgetika, infuzní terapie.

Opakovaně probíhaly převazy v celkové anestezii: debridement defektů, převazy metodou vlhkého hojení ran.

Po zlepšení celkového stavu a lokálního nálezu byl pacient dimitován do ambulantní péče s četnými defekty zad, hýždí a dolních končetin. Pokračovali jsme ve vlhké terapii defektů a posléze, vzhledem k protražovanému hojení, jsme se rozhodli k aplikaci Amniodermu do rozsáhlých defektů v oblasti zad.

Terapie defektů metodou vlhkého hojení a aplikace Amniodermu (preparát z lidské amniové membrány) významně ovlivnila jak průběh, tak i rychlost hojení defektů. I přes všeskeré usilí se některé rozsáhlé defekty zhojily jizvami.

Pacient se po ukončení léčby byl schopen vrátit ke svému profesnímu životu sanitáře bez jakéhokoliv omezení.

## **Management axilárních uzlin u patientek s karcinomem prsu**

---

*Vomáčková K., Zlámalová N., Řehulková A., Klos D.*

*I. chirurgická klinika, Fakultní nemocnice Olomouc*

**Úvod:** U patientek s metastázami prsního karcinomu je v současné době indikována neoadjuvantní systémová onkologická léčba, po které u 40–75 % patientek dochází k vymizení uzlinových metastáz. Následný chirurgický výkon zahrnuje operaci na prsu a axilární disekci, která spočívá v exstirpaci axilárních uzlin I. a II. etáže. Axilární disekce je spojena s výraznou morbiditou a s nejasným přínosem u patientek, u kterých po neoadjuvanci došlo ke kompletní patologické odpovědi. Naproti tomu provádění pouze biopsie sentinelové uzliny u těchto patientek bylo prokazatelně spojeno s falešnou negativitou větší než 10 %. Ve snaze snížit počet mutilujících axilárních disekcí při zachování onkologické radikality byla popsána cílená axilární disekce (TAD – targeted axillary dissection), u které se vstupně pozitivní uzliny označí před zahájením neoadjuvance a při chirurgickém výkonu se exstirpují spolu se sentinelovou uzlinou.

**Metodika:** Retrospektivně byly hodnoceny pacientky operované na našem pracovišti v letech 2019–2022. Jednalo se o pacientky s karcinomem prsu se vstupně metastatickými uzlinami, u kterých byla provedena po neoadjuvantní léčbě TAD. Výsledky byly porovnány s pacientkami, u kterých byla provedena klasická axilární disekce. Cílem práce je vyhodnotit přínos TAD s eventuálním zavedením do současné praxe.

**Výsledky:** Analyzována byla data 180 pacientů s průměrným věkem 56 let a mediánem 55 let. Ve 164 případech došlo po neoadjuvantní léčbě k regresi lymfadenopatie, z toho 46x ke kompletní regresi. Axilární disekce byla provedena 128x a TAD 52x.

**Závěr:** TAD se jeví jako užitečná metoda u určité podskupiny patientek s karcinomem prsu a vstupně metastatickými axilárními uzlinami, u kterých po neoadjuvantní léčbě dojde k regresi postižení. U těchto patientek je možné vynechat axilární disekci, která je spojena s výraznou morbiditou a využít TAD – novou, šetrnější metodu, která se zdá být schopná spolehlivě posoudit stav axilárních uzlin. V budoucnu plánujeme nadále využívat tuto metodu, sbírat nová data k potvrzení onkologických výsledků a pokračovat v dlouhodobém sledování.

## **Martorellův hypertenzní ischemický vřed – kazuistika**

---

*Pýchová A., Reška M., Přikrylová P., Veverková L.*

*I. chirurgická klinika a I. dermatovenerologická klinika LF MU a FN u sv. Anny v Brně*

Martorellův hypertenzní ischemický vřed je vzácné onemocnění, projevující se rychle progredujícími a extrémně bolestivými kožními lézemi na vnější straně dolních končetin, či v okolí Achillovy šlachy. Typicky postihuje pacienty s dlouhodobě nekorigovanou hypertenzí ve věku od 40 do 85 let, často ve spojení s diabetem 2. typu a s užíváním perorálních antagonistů vitamínu K.

Diagnostika je obtížná a vyžaduje pečlivé zhodnocení klinických projevů, ideálně ve spojení s histopatologickým nálezem. Klíčovým rysem je výskyt defektů na dolních končetinách s nekrotickou spodinou a lividním okrajem, doprovázený úpornou bolestí, jež neodpovídá velikosti léze a se špatnou odezvou na běžná analgetika. Z těchto důvodů diagnostika vyžaduje multidisciplinární přístup a důslednou diferenciální diagnostiku, přičemž je důležité mít toto onemocnění na paměti právě u pacientů s hypertenzí či diabetem.

Léčba se primárně opírá o chirurgické postupy, a to od debridementu až po aplikaci kožních štěpů. Samotné hojení vředů bývá zdlouhavé a mnohdy s neuspokojivou léčebnou odezvou.

Prezentujeme zde kazuistiku 73letého pacienta, původně indikovaného k amputaci dolní končetiny pro rozsáhlou a nehojící se lézi. Díky správné diagnostice a léčbě bylo od amputace ustoupeno a u pacienta postupně došlo k úplnému zhojení defektů. Ilustrujeme tím kromě úspěšné léčby i diagnostická úskalí, pramenící zejména ve snadné záměně za jiná, byť častější onemocnění.



### I. PROGRAMOVÝ BLOK

#### Endometrióza z pohledu nutričního terapeuta

---

*Křížanová L.*  
*VFN, Praha*

Endometrióza patří mezi nejčastější gynekologická onemocnění žen v reprodukčním věku. V současné době není možné endometriózu zcela vyléčit, využívají se však různé metody léčby, které pomáhají ulevit od příznaků a případně zachovat plodnost. Z nutričního hlediska lze některé příznaky zmírnit nastavením vhodného jídelníčku a celkovou změnou životního stylu. Role výživy je důležitá také v případě chirurgické léčby endometriózy, a to jak v perioperační, tak i pooperační době.

#### Úskalí v hojení ran

---

*Dolejší L., Tlášková J., Němec Veverková E.*  
*Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, I. chirurgická klinika*

Úvod: Hojení ran je velice náročná a někdy dlouhodobá činnost, která vyžaduje precizně zvolenou léčebnou strategii a velkou dávku trpělivosti a času. Díky rozvoji moderních metod hojení a aktivní multioborové spolupráci s nutričními terapeuty, fyzioterapeuty, ranhojičkami je celý tento proces dokonalejší.

Metody: Kazuistiky

Obsah: V prezentaci budou dvě kazuistiky z různých chirurgických oborů, které se zaměřují na hojení komplikovaných ran metodou podtlakové terapie.

První kazuistika je věnována pacientovi s rozvíjející se Fournierovou gangrénou, jejíž léčba si vyžádala operační řešení a následné léčení velmi specifické rány.

Druhý případ popisuje hojení rány u pacientky – zdravotníka po ruptuře duodenálního vředu. Operační rána se zhojila per primam, avšak po měsíci se jí vytvořil absces, pro který byla revidována a hojena per sekundam.

Závěr: Některé rány se stávají výzvou pro ošetřující personál a velkým testem moderních materiálů určeným k jejich managementu. Pacientům je díky těmto metodám a individuálnímu přístupu poskytována mnohem kvalitnější ošetrovatelská péče, která ve svém důsledku zajistí komfortnější zhojení a rychlejší návrat do běžného života.

#### Fournierova gangréna

---

*Nováková Peršínová L.*  
*FN V Motole, Urologická klinika JIP, Praha*

Fournierova gangréna je vzácná závažná život ohrožující infekce kůže a okolních měkkých tkání skróta způsobená smíšenou bakteriální flórou s přítomností anaerobů. Jedná se o rychle progredující těžký stav destruující tkáň perinea a pokračující do sepse. Závažný a rychlý rozvoj této infekce probíhá v řádu hodin. Bez akutní adekvátní komplexní léčby hrozí septický šok i smrt. Predispozicí této infekce je diabetes mellitus, alkoholismus, imunosuprese a těžké celkové onemocnění. Stav se pak rozvine na podkladě i málo významných kožních infekcí. Sdělení přináší kazuistiku pacienta s touto diagnózou a postup léčby rozsáhlého defektu pomocí konceptu vlhkého hojení ran. Kazuistika popisuje hojení defektu v průběhu několika měsíců. S řešením této problematiky má naše klinika poměrně bohaté zkušenosti. Ročně přijímáme několik pacientů s touto diagnózou

a některé i opakovaně. Recidiva této závažné infekce postihla i pacienta v popisované kazuistice. Sdělení doprovází bohatá fotodokumentace.

## **KPZ – Jak přežít v dnešní době?**

---

Janáčková L.

Přednáška dává návod je se vyhnout negativním vlivům dnešní doby. Nárůst stresu, duševních chorob a projevy dopadu negativní zpráv, pociťuje většina z nás. Je ukázáno, jak najít v sobě to správné antidotum, a kdy je potřeba ve svém životě přijmout režimová opatření. Přednáška seznamuje s rychlým návodem jak eliminovat vnější negativní vlivy, jak pomoci sobě, svým partnerům i spolupracovníkům budovat život plný radosti a duševní pohody.

## **II. PROGRAMOVÝ BLOK**

### **Využití přípravků na hojení ran ve stomické poradně**

---

Fišerová D.

VFN v Praze, 1.Chirurgická klinika, stomická poradna

Prezentace je zaměřena na používání moderních materiálů k hojení ran při ošetřování komplikovaných stomií ve stomické poradně, které ilustruje na třech kazuistikách s fotodokumentací.

Jedná se o pacienta po amputaci rekta s terminální kolostomií, popsán je postup ošetření defektu po původní stomii. Dále jde o pacienta s ureteroileostomií, u kterého byl ošetřen dekubitus způsobený stomickou pomůckou a na závěr ukážeme postup ošetření kompletní dehiscence u pacientky po neoformaci sigmoideostomie.

### **Bezpečná aplikace cytostatik na úrovni 21. století**

---

Janošková H.

Všeobecná fakultní nemocnice, Praha 2

Rizika v léčebné a ošetrovatelské péči:

V nemocnicích bychom měli být alespoň tak v bezpečí, jako v našich domovech, ale ne všechny procesy proběhnou přesně podle předem připravených plánů. Příčinou je řada faktorů, které ohrožují bezpečnost léčebné a ošetrovatelské péče - nedostatek lidských zdrojů, z toho plynoucí přetížení zdravotnického personálu, složitost moderních diagnostických a terapeutických postupů, široké spektrum odborníků, prostředí nabité emocemi a stresem.

Většina procesů ve zdravotnictví je realizována lidmi, potenciál pro pochybení je proto velký. Sestry představují na celém světě nejpočetnější skupinu ve zdravotnictví.

jak podávat protinádorovou léčbu co nejbezpečněji:

Nádorová onemocnění představují jednu z hlavních příčin úmrtí celosvětově. Chyby při preskripci, přípravě a podávání cytostatik mohou mít závažné důsledky a vést k poškození pacienta.

Onco Safety Remote Control zajišťuje digitálně řízenou, kontrolovanou a dokumentovanou onkologickou léčbu. Redukuje riziko pro onkologické pacienty a pomáhá zdravotníkům nedopouštět se chyb v jednotlivých krocích preskripce, přípravy a podávání. Zaručuje plnou sledovatelnost a kompletní proces dokumentace. OSRC je integrován do nemocničního softwaru pro předepisování léků, všechna data o léčbě odesílá do systému pro včasnou a přehlednou komunikaci.

Validace všech kroků dává záruku, že podáme správný lék správnému pacientovi ve správném pořadí, dávce a průtoku.

## **Stíny a radosti v práci stomické terénní sestry**

---

*Zachová V.*  
*VFN v Praze*

Téma: úkoly stomické sestry v terénu a překážky pro práci, porovnání zkušeností s klinickým pracovištěm, cíle a výsledky

Metody: kazuistika případů zahrnující seznámení se s pacientem - stomikem, zpracování anamnézy a stavu pacienta v terénu, hodnocení životních podmínek pro samostatnost stomika, možnosti sebeděče, spolupráce s klinickými stomasestrými, praktickým lékařem, popis činnosti odborné stomické ambulance, fotodokumentace v praxi, spolupráce s rodinnými příslušníky

Záměr: informovat odbornou veřejnost o možnostech podpory stomiků a dosažení jejich soběstačnosti ve spolupráci s agenturami domácí péče a klinickými pracovišti

Diskuse: možnost předávání zkušeností mezi účastníky konference

Závěr: podpora vzájemné spolupráce

## **Význam a specifika pohybové aktivity po chirurgické léčbě karcinomu prsu**

---

*Trödlerová M.*  
*VFN v Praze, Klinika rehabilitačního lékařství, Praha*

Karcinom prsu celosvětově zaujímá přední místo v žebříčku nejčastěji se vyskytujících zhoubných onemocnění v ženské populaci a zároveň u tohoto pohlaví představuje téměř čtvrtinu všech případů rakoviny. Z dostupných statistických údajů navíc vyplývá, že i do budoucna můžeme předpokládat nárůst počtu nově potvrzených případů karcinomu prsu, a to nejen u žen, ale i u mužů.

Pohybová aktivita a její přínos pro osoby s diagnostikovaným karcinomem prsu je v současnosti velmi aktuálním tématem. Výsledky dosavadních výzkumů dokazují, že dostatečná fyzická aktivita významně snižuje riziko vzniku rakoviny prsu, její recidivy a úmrtnost. Tento fakt potvrzuje i Světová zdravotnická organizace, která uvádí, že pravidelná pohybová aktivita řídicí se vydanými doporučeními významně snižuje pravděpodobnost vzniku pre a postmenopauzálního karcinomu prsu až o 12 %. Její přínos je také patrný ve všech fázích léčby i po jejím skončení. Bylo zjištěno, že kvalita života fyzicky aktivních osob s rakovinou prsu je podstatně vyšší, a naopak nedostatečná aktivita koreluje s obtížnějším zvládnutím případných vedlejších účinků léčby nebo se sníženou fyzickou i psychickou odolností. Vhodně zvolený pohybový režim je efektivním, dobře tolerovaným, snadno proveditelným a nenákladným pomocníkem ve zvládnutí fyzických i psychických obtíží spojených s karcinomem prsu. Pravidelný pohyb významně usnadňuje návrat do běžného života, urychluje proces rekonvalescence, snižuje pravděpodobnost výskytu vedlejších účinků či komplikací souvisejících nejen s chirurgickou léčbou.

### III. PROGRAMOVÝ BLOK

#### Jak prodlužovat zdravé roky života?

---

*Nejedlá M.*

*Státní zdravotní ústav, Centrum podpory veřejného zdraví, Praha*

Primární prevence je nákladově nejefektivnější způsob jak prodlužovat zdravé roky života. Zaměřuje se na zdravé lidi s cílem odvrátit nebo alespoň oddálit propuknutí jejich onemocnění do co nejvyššího věku. Jejím nástrojem jsou intervenční programy podpory zdraví a cílem zvyšování zdravotní gramotnosti, tedy rozhodování ve prospěch zdraví. Centrum podpory veřejného zdraví zpracovalo v rámci projektu podpořeného z OPZ ESF soubor 75 intervenčních interaktivních programů na principech evidence based prevence a zážitkové pedagogiky, které využívají při realizaci modely, videospoty, hry a jsou koncipované pro tři věkové kategorie od předškolního do seniorského věku. Pokrývají 11 tematických oblastí rizikových a protektivních faktorů životního stylu jako např. zdravá výživa, podpora zdraví prospěšného pohybu, prevence úrazů a otrav, prevence infekčních nemocí, prevence závislostí, hygiena bydlení aj. V rámci příspěvku budou posluchači seznámeni s možností využití a stažení programů pro vlastní potřeby, protože detailní metodické manuály jsou k volnému využití zveřejněné na webových stránkách SZÚ. Druhou možností je nabídka realizace programů prostřednictvím proškolených lektorů, její podmínky, případně i možnost proškolení, protože projekt nadále pokračuje. Efektivita programů byla evaluována studií zdravotní gramotnosti, která je veřejně dostupná a prokázala statisticky významné zlepšení rozhodování ve prospěch zdraví u účastníků programů.

#### Hodnocení geriatrického pacienta

---

*Michálková H., Frischová K.*

*Geriatrická klinika, 1. lékařská klinika UK*

Úvod: Stárnutí populace vede ke zvýšení počtu seniorů s poklesem fyzické zdatnosti. Involuční změny se podílejí na rozvoji celkové křehkosti seniora. Kromě snížené fyzické zdatnosti a výkonnosti je křehký senior ohrožen disabilitou, nesoběstačností, zhoršením kvality života, zvýšenou potřebou zdravotní a sociální péče, institucionalizací a vyšší morbiditou a mortalitou.

Cíle: Jedním z významných úkolů v péči o stárnoucí populaci je prevence geriatrické křehkosti, oddálení jejího nástupu a zpomalení progresu.

Proto je důležité časně vyhledávání rizikových seniorů a uplatňování preventivních programů. K hodnocení seniora potřebujeme znát hodnotící testy a využívat je v ošetrovatelské péči.

Pro splnění cíle byly vybrány testy: SPPB krátká baterie pro testování fyzické zdatnosti seniorů, Kritéria pro hodnocení křehkosti seniorů podle Friedové a dotazník SARC-F pro zhodnocení míry sarkopénie.

Realizace: V průběhu sběru dat se test SPPB ukázal jako nejvíce časově i fyzicky náročný z vybraných hodnotících testů. Jeho provedení u seniorů trvalo cca 10 minut, jelikož pro většinu respondentů se jednalo o test fyzicky náročnější a během jednotlivými úlohami si potřebovali udělat krátkou přestávku. Při provádění hodnotícího testu Kritéria pro hodnocení křehkosti seniorů podle Friedové bylo znát, že je test pro seniory méně náročný. Při vyplňování dotazníku SARC-F byla výhodou jeho časová nenáročnost, kdy byl dotazník s respondenty vyplněn do dvou minut. Z výsledků je patrné, že jsou všechny vybrané testy (SPPB, Fried score, SARC-F) vysoce spolehlivé při diagnostice geriatrické křehkosti.

Závěr: Z výsledků vyplynulo, že jak testy SPPB, Fried score i SARC-F jsou spolehlivé v diagnostice geriatrické křehkosti. Hodnotící testy slouží k objektivnímu zhodnocení pacienta, jeho nynějšího zdravotního stavu i možných hrozících rizik. Přesto, je využití hodnotících testů v praxi nízké a v jednotlivých zařízeních nejednotné.

## **Čeho se bojí lidi, když jdou na chirurgii?**

---

*Honzák R.*

Mezi základní lidské potřeby patří potřeby biologické, psychologické, sociální a spirituální. Na ty poslední se v rámci scientismu pozapomnělo, protože spirituální zkušenosti nelze měřit standardními měřítky vědy. Věda se v tomto ohledu zachovala jako blbec, protože vyhlásila vše, co se vymyká jejím zákonům, za tmářství, pověry a neexistenci. Věda si udělala svoje chlívky na psychologii (i při výkladu snů), na sociologii, ale odmítla zkoumat mnoho jevů, které „nepatří do její kompetence“, a tedy nestojí za pozornost.

Nicméně zájem o spirituální potřeby a jejich naplňování stoupá a vědeckých prací strmě přibývá; v posledních letech je jich kolem 3 000 ročně. Rodí se nové odvětví poznání, a to neurotheologie. Zajímavý milník na této cestě představuje práce Newberg A, Waldman MR: How God changes your mind. Random House Publ., New York, 2008.

Spiritualita a religiozita se jeví jako protektivní faktory pro zdraví. Modlitba jako prastarý rituál přináší uklidnění nejen v oblasti psychospirituální, ale i v oblasti fyziologické. Praktické využití této cenné pomocné metody mohou naplňovat nejen nemocniční kaplani a kaplanky, ale v přiměřeném rozsahu i zdravotnický personál.

## **Spirituální potřeby dnešního člověka v kontextu nemoci**

---

*Hájek M.*

*Všeobecná fakultní nemocnice, UHKT, Praha*

Člověk, který se ocitne v nemocnici je vždy vystaven enormnímu stresu. Představte si, že máte zdravotní problém, ocitnete se v cizím sterilně odosobněném prostředí. Jste pod tlakem kvůli bolesti, zdravotním rizikům, vytržení z přirozeného prostředí, odloučení od blízkých. A k tomu všemu se Vám ještě může (nedej Bože :) přihodit, že Vás navštíví nemocniční kaplan. "Ježíšmarjá, eště toho trochu.", anebo "Nene díky, já nejsem věřící". Případně "To už je to se mnou vážně tak nahnuté?" I takové bývají občas reakce při příchodu kaplana k člověku na nemocničním lůžku. A přece, i když to v tak řečené "nejateističtější zemi" světa může působit snad až nemístně, dostává se spiritualita překvapivě a jedinečně ke slovu během hospitalizace i po ní. Jakým způsobem a jak může být užitečná při spolupráci pacienta a personálu, to bude obsahem tohoto příspěvku.

## **IV. PROGRAMOVÝ BLOK**

### **Syndrom vyhoření v ošetřovatelských profesích**

---

*Brzicová V.*

*I. chirurgická klinika, VFN, Praha*

Povolání všeobecné sestry je velice náročné. Sestry jsou ve vysoké míře ohroženy chronickým stresovým poškozením organismu a syndromem vyhoření. Na vysoké míře stresového zatížení sester se podílí faktory, které žádný zdravotník nemůže ovlivnit (častá úmrtí, zvyšující se administrativa, noční směna a směnný provoz, neklidní pacienti, pacienti s agresivním chováním). Proto je nutno zjišťovat veškeré faktory stresové zátěže a faktory vedoucí k syndromu vyhoření. Vyhodnotit tyto faktory a zjistit, které lze ovlivnit a které ne. S faktory, které můžeme ovlivnit v malé míře nebo vůbec ne, se musí sestra naučit vypořádat. Měla by také znát svá práva, aby neměla pocit, že si k ní mohou všichni všechno dovolit. Proto se musí dále vzdělávat, navštěvovat semináře a vzdělávací kurzy týkající se komunikace, právních aspektů poskytované péče, rozvoje osobnosti, prevence stresového poškození a syndromu vyhoření. Zaměstnavatelé by měli pořádat tyto druhy vzdělávání, měli by svým zaměstnancům poskytovat supervizi. Pokud by to situace vyžadovala, měl by být k dispozici klinický psycholog. Sestry by měly znát příznaky syndromu vyhoření, aby se mohli účinně chránit. Proto musí být seznámeny s technikami zvládání stresu a prevencí syndromu vyhoření. Důležitou prevencí je řádný odpočinek. Měl by být

dostatečný odpočinek mezi směnami a třicetiminutová přestávka v práci pro každého reálně. Problém je, když je personálu nedostatek např. v době nemoci a dovolených nebo při nakumulování pracovních úkolů. Dále je důležitá pro zotavení psychických i fyzických sil řádná dovolená, kterou by si měl zaměstnanec pravidelně vybírat. Velmi důležité jsou interpersonální vztahy v kolektivu. Je věcí vedoucích pracovníků, především staničních a vrchních sester, aby na pracovišti vládlo příjemné a přátelské klima. Pokud je dobrý kolektiv, kde si pracovníci vyjdou vstříc, jsou si oporou a mohou se na sebe vzájemně spolehnout, tak se i velmi psychicky a fyzicky náročná práce dá zvládnout.

## **Do Česka se vracejí některá stará infekční onemocnění**

---

*Melicherčíková V.*

*Státní zdravotní ústav, Praha*

V současnosti se setkáváme s novými původci infekčních onemocnění (např. koronaviry, HIV), ale vracejí se i starší původci infekcí, se kterými jsme se dlouhou dobu neseťkali (viry

spalniček, opičí neštovice, dětské obrny, příušnic, bakterie černého kašle, záškrtu, tuberkulózy, parazitu svrab a další).

Hlodavci mohou přenášet leptospirózu, salmonelózu nebo opičí neštovice.

Klíšťata, blechy či komáři mohou pak na člověka přenést například toxoplazmózu, lymfskou boreliózu či klíšťovou encefalitidu,

Příčin těchto změn může být několik. Patří mezi ně například vyvanutí imunity po prodělání infekce nebo po očkování, změny odolnosti mikroorganismů k vnějším podmínkám a nové typy původců infekcí, přenos ze zvířat, migrace obyvatel, odmítání nebo nedokončené očkování, účinnost a doba ochrany po očkování.

Doporučuje se proto neodmítat očkování dětí, přeočkování dospělých na vybrané infekce, dodržování preventivních opatření jako jsou podávání účinných antibiotik a antivirotik, hygienická dezinfekce rukou, provádění dezinfekce, dezinfekce a deratizace, respektování bariérových opatření v ohnisku infekcí, zvýšení hygienických standardů, informovanost veřejnosti, respektování doporučení hygienické služby a další.

Klíčová slova: vybrané infekce a jejich šíření, protiepidemická opatření

## **Balzámy a rány. Z historie využití balzámů pro léčení ran.**

---

*Nesměrák K.*

*Univerzita Karlova, Přírodovědecká fakulta, Katedra analytické chemie, Praha*

Balzámy, pryskyřičné exudáty některých stromů nebo keřů, jsou složité směsi chemických sloučenin, charakteristické svojí vůní (odtud i jejich jméno, z hebrejského „basam“ ve významu koření, vůně). Lidstvo využívá balzámy od nepaměti, jak pro přípravu kosmetiky, tak pro jejich léčivé vlastnosti, zejména externě. Zmínky o jejich využití jsou již ze Starého Egypta, nalezneme je citovány v Bibli. V lékařství se uplatnila postupem času celá řada balzámů, nejslavnější byla myrha. Některé balzámy byly do Evropy importovány zámožnými výpravami (Peruánský balzám). Protože se vždy jednalo o velmi drahé suroviny, byly konány četné pokusy o jejich umělou přípravu. V barokní farmacii tak byla známa celá řada uměle připravovaných balzámů, jako Balsamum Innocentii IX. (Balzám papeže Innocence XI.) nebo Balsamum capucinarum (Kapucínský balzám). Balzámy se při léčení ran uplatňují i v moderní farmacii, neznámější je Višněvkého balzám, který v roce 1929 formuloval Dagestánský chirurg Alexandr Vasiljevič Višněvskij (1874–1948).

## V. PROGRAMOVÝ BLOK

### Potřeby změny ve zdravotně sociální oblasti nejen u onkologicky nemocných

---

Slavíková Š.

Amelie, z.s

Ekonomická a celospolečenská situace má čím dál větší vliv na pacienty při dlouhodobé nemoci a léčbě. Nůžky chudých a bohatých se výrazně rozvírají. Mnoho nemocných v průběhu nemoci vyčerpá své skromné finanční rezervy. A někteří nemohou ani využít rezervy v podobě pomoci blízkých. Moderní léčba a kritéria schvalování nejsou pro všechny pacienty pochopitelná, zvláště pak pro pacienty s nízkým sociokulturním zázemím. V této oblasti to pak vytváří pocit sociální nerovnosti, přestože zrovna zde není.

Státní správa a její aparát se znakem velké byrokracie to nemocným nezjednodušuje. Opakovaně se setkáváme se selháváním státních institucí v podobě překračování lhůt pro vyřizování záležitostí v sociální oblasti jako jsou invalidní důchody, průkazy ZTP, příspěvek na péči, hmotná nouze atd. Mnoho pacientů a jejich rodin se dostává do situací velké finanční tísně. Priority státu v posledních obdobích se soustředili na velké celospolečenské potíže jako je pandemie Covid 19, energetická krize a inflace, válka na Ukrajině, na blízkém východě či vlny uprchlíků. Řešení těchto záležitostí neumožňuje, aby se stát pouštěl do velkých reforem v sociálně zdravotním pomezí, protože většina z nich vyžaduje zahájení na počátku volebního období a maximální snahu to za necelé 4 roky stihnout. Loňské a i jiné úsporné balíčky vlády mnohdy nemyslí na specifické a křehké skupiny a na ně pak opatření dopadají s velkou krutostí.

Změny potřebné pro onkologicky a jinak dlouhodobě nemocné nemusí být v souladu s aktuálně schvalovanými, ale pacienty a jejich blízké tíží:

#### Posudková činnost

Problematika se nejvíce týká invalidních důchodů, příspěvku na péči a průkazu mimořádných výhod TP, ZTP a ZTP/P. Vyhláška pro posuzování invalidity je z roku 2009, kdy její příloha byla pouze minimálně revidována a v mnoha ohledech již neodpovídá moderní medicíně, způsobům léčby a dopadům nemocných. Naprosto nedostatečně počítá s polymorbidním pacientem. Nehodnotí pacienty po prvoléčbě a s opakovanými recidivami nebo pacienta v remisi základního onemocnění či jen ve zobrazovací remisi u nejvyššího stádia nemoci. Nebo u příspěvku na péči chybně hodnotí pacienty v udržovací paliativní léčbě, jako ve stavu, kdy se po léčbě změní něco k lepšímu.

#### Návaznost pracovní neschopnosti a invalidity

Mnoho pacientů, praktických i odborných lékařů nemá dostatek informací o správném postupu, kdy ještě prodlužovat pracovní neschopnost a kdy žádat o invalidní důchod. Napříč republikou spatřujeme velké regionální rozdíly.

#### Diagnostický souhrn pro potřeby OSSZ

Pacient dostává od odborných lékařů průběžné lékařské zprávy o aktuálním stavu a léčbě. Tyto zprávy mnohdy neobsahují informace, které by posudkový lékař OSSZ potřeboval ke správnému posouzení invalidity nebo příspěvků. Lékařské zprávy splňují vše pro potřeby kontinuity léčby a pro potřeby zdravotních pojišťoven, které nákladnou inovativní léčbu schvalují. Je třeba změnit a zamezit tomu, aby pacient musel volit mezi udržením moderní léčby a zajištěním základního příjmu, tedy invalidního důchodu

#### Zlepšit informovanost pacientů v sociální oblasti

Legislativa v sociální oblasti se rychle mění a obecně je v populaci nízká sociální gramotnost. Je zcela prokazatelně horší než finanční a zdravotní gramotnost. Pomohlo by posílit kapacitu zdravotně sociálních pracovníků ve specializovaných léčebných centrech jako jsou například Komplexní onkologická a hematologická centra.

## Řešení dlouhodobé nemoci pro osoby v evidenci Úřadu práce a studenty vysokých škol

Tyto osoby nemohou mít pracovní neschopnost, mají pouze přívýdělek nebo podporu v nezaměstnanosti, která brzy skončí a jsou tak bez příjmu, dokud není stav dlouhodobý a mohou žádat o invalidní důchod. Základní pomoc obvykle poskytne rodina, která tak ale velmi snižuje své malé rezervy. Velmi těžce je řešitelná situace u osob bez rodiny.

### Překračování lhůt

Žadatel o dávku či důchod dostává mnohdy velmi striktní nařízení a lhůty, co má kdy dodat, kam se dostavit atd. Stát sám má lhůty nastavené mnohonásobně delší, a ještě je v mnoha případech nedodržuje. Příkladem může být invalidní důchod, na který má stát 90 dnů plus posouzení, které trvá obvykle 1-2 měsíce. Nemocný má na námitku 30 dní. Příspěvek na péči trvá vyřídít mezi 4 až 6 měsíci a žadatel má na odvolání 15 dní.

Amelie poskytuje základní psychosociální podporu na Lince Amelie a formou konzultací s psychologem a sociálním pracovníkem pro dospělé onkologicky nemocné. Řada dalších patientských organizací se pak věnuje dalším skupinám dlouhodobě nemocných. Je smutné, že stát není schopen zajistit jiné než jednoleté grantové projektové financování a žádné systémové financování. Přitom řada nemocných by bez patientských organizací svůj běžný život nebyla schopna zvládnout, a to psychicky ani fyzicky.

Hájení zájmů ve zdravotní oblasti se realizuje v rámci Pacientské rady ministra zdravotnictví a Oddělení podpory práv pacientů. V sociální oblasti taková platforma zatím není, ale věříme, že brzy bude.

Nelze očekávat, že vše bude pro pacienta nalajnované a zcela připravené a obsáhne to jeho specifickou zdravotně sociální situaci. Musíme pacienty a jejich blízké vychovávat, aby byli aktivní. Ale základní nástroje bychom mít měli, aby nám velké skupiny nepropadaly sítím. A také, aby léčba byla maximálně efektivní, nesmí pacient selhávat v sociální oblasti.

## **Ano, my můžeme: Stomie nás nezastaví. Je to jen detail!**

---

*Michálková P., Ředinová M.*

*České ILCO, z.s., Praha*

Projekt "Ano, my můžeme!" patientské organizace Českého ILCO byl zaměřen nejen na posílení podpory stomiků, ale také na veřejnou osvětu. Finanční podpora ze strany Fondů EHP a Norska umožnila jeho realizaci v letech 2022 až 2023. Jedním z vrcholů projektu byla osvětová kampaň "Stomie nás nezastaví. Je to jen detail!", která odhalovala pravdu o stomii a rozbíjela s ní spojené mýty. Tuto iniciativu patronací zaštitila známá herečka Vanda Hybnerová a zapojili se i další významné herecké postavy jako Jiří Lábus, Martin Pechlát a další. Video spoty a vizuální materiály se šířily po celé České republice – od stanic metra a čekáren lékařů, sociálních sítí až po obrazovky České televize. Součástí projektu bylo i vytvoření osvětového kalendáře na rok 2024 a provozování ILCO Linky psychologické pomoci pro stomiky a jejich blízké. Edukační a metodické materiály, jako brožury pro rodiče-stomiky a pexeso pro děti, přispěly k další informovanosti a podpoře. Projekt cílil také na dobrovolnictví prostřednictvím školení nových dobrovolníků a pořádáním workshopů. Významnou součástí se stala přeshraniční spolupráce s norskou patientskou organizací NORILCO a uspořádání výstav PytlikART v České republice i Norsku. Projekt "Ano, my můžeme!" Českého ILCO nejenom poskytl pacientům důležitou oporu, ale také vyvolal značný mediální veřejný zájem, čímž přispěl ke zvyšování povědomí o stomii. Více informací je k dispozici na stránkách [www.ilco.cz/aktivity](http://www.ilco.cz/aktivity) a na kampaňové stránce [www.jetojendetail.cz](http://www.jetojendetail.cz).





ČESKÁ  
CHIRURGICKÁ  
SPOLEČNOST  
ČLS JEP



# 2. NÁRODNÍ CHIRURGICKÝ KONGRES

14.-16. 5. 2025  
CLARION CONGRESS  
HOTEL OLOMOUC



POZNAČTE SI DO  
KALENDÁŘE

[www.narodni-kongres-cchs.cz](http://www.narodni-kongres-cchs.cz)



**congress  
prague**

**VYŠEHRADSKÁ 430/41  
128 00 PRAHA 2  
ČESKÁ REPUBLIKA  
TEL.: +420 241 445 759  
E-MAIL: [OFFICE@CONGRESSPRAGUE.CZ](mailto:OFFICE@CONGRESSPRAGUE.CZ)  
WEB: [WWW.CONGRESSPRAGUE.CZ](http://WWW.CONGRESSPRAGUE.CZ)**