

SBORNÍK 70. KONGRESU ČESKÝCH A SLOVENSKÝCH DĚTSKÝCH CHIRURGŮ

16. – 18. září 2026

detskachirurgiebrno.cz

HOTEL
INTERNATIONAL
BRNO



**FAKULTNÍ
NEMOCNICE
BRNO**

**MUNI
MED**



ZÁŠTITA KONGRESU



prof. MUDr. Martin Repko, Ph.D.

děkan Lékařské fakulty Masarykovy Univerzity



Mgr. Jan Grolich

hejtman Jihomoravského kraje



JUDr. Markéta Vaňková

primátorka města Brna



Ing. Vlastimil Vajdák

ředitel FN Brno

ÚVODNÍ SLOVO

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

Dovolte mi po roce Vás všechny opět přivítat na Kongresu českých a slovenských dětských chirurgů. Letošní ročník má výroční nádech, protože je již sedmdesátý v řadě. Těm nejstarším z nás tehdy bylo sotva pár let a už se přátelsky, a přitom se zápletem, diskutovalo nad ožehavými otázkami operovaných dětí. Některá témata se periodicky opakují, některá se navždy vyřešila a objevují se stále nová. A přesně o těch budeme řízeně i neformálně diskutovat u nás v Brně. Pro letošní rok jsme se rozhodli nedefinovat tematické okruhy. Vždyť máme jedno společné velké téma, kterým je náš dětský pacient, jenž potřebuje dětského chirurga. Máte moje slovo, že programový výbor citlivě sestavil odborné bloky tak, aby vše dávalo smysl a byla zachována plynulost jednání. Jak jsme slíbili, najdete v programu všechny tradiční složky našeho setkání. Odborné sekce, Kafkovu přednášku, Historickou přednášku, plenární schůzi, společenský večer, připravili jsme také odborné workshopy. To proto, abychom některá témata probrali podrobněji ve spolupráci s reprezentanty vyspělých technologií a materiálů, které nám pomáhají v naší léčbě.

Vše proběhne v reprezentativních prostorách hotelu International, který je centrem brněnského kulturního i společenského dění. Pokud chcete něco v Brně domluvit, je potřeba si dát schůzku a oběd „v Intru“. Hotel samozřejmě nabízí dostatek pokojů i zázemí pro odpočinek včetně různých variant restaurací a fitness centra. Navíc se nacházíme v centru moravské metropole, kterou Vám v průběhu kongresového programu alespoň částečně ukážeme a kterou Vám po mnoha letech vlastně dlužíme.

Jsem velmi potěšen, že se celkový počet účastníků opět přehoupl přes 200, nicméně je stále možné přijet do Brna rovnou a registrovat se na místě. Těším se na Vás nejen jako reprezentant pořádajícího pracoviště a přednosta brněnské kliniky. Všechny Vás rád uvidím také jako předseda naší odborné společnosti, která si zakládá na aktivní a živé komunikaci směrem ke všem našim členům. Přijďte se vzájemně potkat s těmi, se kterými si přes rok jen píšete nebo telefonujete, podělte se o nové zajímavé pacienty a my Vás rádi ujistíme, že v tom nejste sami. A nezapomeňte na výroční členskou schůzi ve čtvrtek v 17:00. Váš názor je pro nás důležitý a závazný.

S úctou a pozdravem,



PROF. MUDR. LADISLAV PLÁNKA, PH.D.

Prezident kongresu

Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, FN Brno

Předseda České pediatricko-chirurgické společnosti ČLS JEP

KAFKOVA PŘEDNÁŠKA:

DĚTSKÁ CHIRURGIE V HISTORICKÝCH I SOUČASNÝCH ČÍSLECH



Prof. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D.

Ředitel Institutu biostatistiky a analýz MU, Brno

Ředitel Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR

Profesor na Lékařské a Přírodovědecké fakultě MU, Brno

Prof. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D., je profesorem na Lékařské a Přírodovědecké fakultě Masarykovy university a vedoucím Institutu biostatistiky a analýz LF MU. Od roku 2014 působí jako ředitel Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR. Mezi jeho odborné zájmy patří zejména analýza klinických a biologických dat a zdravotnická informatika. V současnosti se jeho vědecká práce soustředí na vybudování Národního zdravotnického informačního systému, a na vývoj moderní informační základny českého zdravotnictví. V oblasti numerické a prediktivní onkologie působí v řadě mezinárodních a národních odborných projektů, vědeckých projektů a společných akcí EU. Za svou odbornou činnost získal 24 národních a mezinárodních ocenění, je čestným členem tří odborných lékařských společností ČLS JEP. Dle databáze Web of Science je autorem či spoluautorem 397 původních vědeckých prací s více než 8 800 citacemi (H index 51). Publikační činnost dále zahrnuje 14 monografií a monografických vydání odborných časopisů, 23 internetových portálů s autorizovaným SW.

Jeho trvalým přínosem pro dětskou chirurgii a traumatologii je zejména trpělivé upozorňování na hrozící nedostatek odborníků, identifikace kritických oborů péče a pomoc s prezentací těchto skutečností směrem k odpovědným místům. Je rovněž spoluvůrcem a hlavním technickým hnacím článkem Národního registru úrazů, který konečně dostává finální podobu. V neposlední řadě se pak jeho tým výrazně podílel na nastavení systému DRG-CZ, kdy vždy velmi intenzivně připomínal neutěšenou situaci v oblasti úhrad péče o dětské pacienty a vždy se snažil o maximální možnou nápravu. Kafkova přednáška prof. MUDr. Ladislavu Duškovi, Ph.D. náleží plným právem a všechny účastníky kongresu na ani srdečně zveme.

HISTORICKÁ PŘEDNÁŠKA: HISTORIE DĚTSKÉ MINIINVAZIVNÍ CHIRURGIE



prim. MUDr. Jiří Tůma, CSc.

Primář Kliniky dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie,
FN Brno a LF MU

Profesní kariéra Jiřího Tůmy je těsně spjata s Brnem a s Dětskou nemocnicí. Do ní nastoupil jako sekundární lékař v roce 1987, před tím po promoci krátce působil na tehdy III. Chirurgické klinice Univerzity Jana Evangelisty Purkyně v Brně, která měla sídlo v dnešní Úrazové nemocnici (tehdy Výzkumný ústav traumatologický). Krátkodobé stáže absolvoval na dětských chirurgiích v Utrechtu, Curychu a Vídni. Od počátku své kariéry se věnuje celému spektru chirurgie, s největším zájmem však novorozenecké chirurgii a chirurgii břišní v indikacích elektivních i akutních. Logicky z toho plynul i enormní zájem o zavedení laparoskopie u dětí, kterou provedl u dítěte jako první v České republice v roce 1994. Historii této metody se všemi úskalími a vítězstvími tedy zná z vlastních zážitků. Aktuálně působí již čtrnáctým rokem na pozici primáře Kliniky dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie FN Brno a LF MU a jeho všestrannost a odpovědnost zajišťuje udržení kvality brněnské školy dětské chirurgie a výchovu nových generací chirurgů. Srdečně všechny zveme na další vrcholnou prezentaci v cyklu historických přednášek, která zaznívá z úst nejpovolanějších.

KONGRES POŘÁDÁ

Česká pediatricko-chirurgická společnost JEP a Fakultní nemocnice v Brně ve spolupráci s lékařskou fakultou Masarykovy univerzity a SOGGIORNO, s.r.o.

PREZIDENT KONGRESU

prof. MUDr. Ladislav Plánka, Ph.D.

VĚDECKÝ VÝBOR

doc. MUDr. Jozef Babala, Ph.D., LF UK a NÚDCH Bratislava

MUDr. Martin Čepelík, Ph.D., 3. LF UK a FTN Praha – Krč

MUDr. Vojtěch Dotlačil, Ph.D., 2. LF UK a FNMH Praha

doc. MUDr. Tomáš Pešl, Ph.D., 3. LF UK a FTN Praha – Krč

prof. MUDr. Ladislav Plánka, Ph.D., LF MU a FN Brno

MUDr. Lucie Poš, Ph.D., 2. LF UK a FNMH

prof. MUDr. Michal Rygl, Ph.D., 2. LF UK a FNMH

Bc. Marta Sauerová, FN Brno

MUDr. Ivana Slívová, Ph.D., LF OU a FNsP Ostrava

MUDr. Jan Škvařil, Ph.D., 1. LF UK a FN Bulovka Praha

MUDr. Radek Štichhauer, Ph.D., LF UK a FN Hradec Králové

AKREDITACE

Akce je pořádána dle Stavovského předpisu číslo 16 ČLK.

Počet přidělených kreditů je 10.



ČPCHS vyhláší soutěž o nejlepší přednášku autorů do 35 let

Soutěž bude hodnocena komisí složenou výborem ČPCHS.

Přednášky budou v programu označené symbolem S35.

MÍSTO KONÁNÍ

Hotel International Brno, Husova 200/16, 602 00 Brno

HOTEL
INTERNATIONAL
BRNO



REGISTRAČNÍ POPLATKY

Registrační poplatek zahrnuje účast na kompletním programu kongresu, přednáškách a kávových přestávkách.

Nezahrnuje obědy a doprovodný program.

	do 30. 6. 2026	od 1. 7. 2026	na místě
Lékař (člen ČPCHS)	4 000 Kč/ 160 €	4 500 Kč/ 180 €	5 000 Kč/ 200 €
Lékař (nečlen ČPCHS)	4 300 Kč/ 172 €	4 800 Kč/ 192 €	5 300 Kč/ 212 €
Sestry a NLZP	2 200 Kč/ 88 €	2 700 Kč/ 108 €	3 200 Kč/ 128 €

DOPROVODNÝ PROGRAM

16. 9. Posezení u vína na nádvoří Umělecko-průmyslového muzea

Od 19:00 hodin vás srdečně zveme na neformální večerní setkání. Těšit se můžete na příjemné posezení u vína a setkání účastníků kongresu. Připravená bude degustace vybraných moravských vín vedená someliérem, doplněná rautem.



17. 9. Brno mezi sklepy a věžemi

Odpoledne proběhne neformální program s mapkou trasy centrem Brna a ochutnávkami vína. Trasa nabídne několik zastavení s vínem, drobnými úkoly a zajímavostmi o našem krásném městě.

17. 9. Společenský večer

Po skončení putování se účastníci vrátí zpět do hotelu, kde bude večer pokračovat společenským programem. Připraven bude raut, živá hudba v podání cimbálové muziky Javorník a taneční parket, který nabídne prostor pro neformální setkávání a příjemné zakončení kongresového dne.

STŘEDA 16. 9.

14:00–19:00	Registrace
16:00–18:00	Jednání výboru ČPCHS a primářů oddělení dětských chirurgií v ČR
19:00–23:30	Posezení u vína na nádvoří Umělecko-průmyslového muzea

ČTVRTEK 17. 9.

8:00–16:00	Registrace
8:30–9:00	Slavnostní společné zahájení lékařské a sesterské sekce
9:00–10:40	Přednáškový blok I (lékařská a sesterská sekce)
10:15–10:40	KAFKOVA PŘEDNÁŠKA: Dětská chirurgie v historických i současných číslech prof. MUDr. Ladislav Dušek, Ph.D., ředitel ÚZIS
10:40–11:00	Coffee break
11:00–12:30	Přednáškový blok II (lékařská a sesterská sekce)
12:30–13:20	Oběd
13:20–14:00	Workshopy
14:00–15:30	Přednáškový blok III (lékařská a sesterská sekce)
15:10–15:30	HISTORICKÁ PŘEDNÁŠKA: Historie dětské miniinvazivní chirurgie prim. MUDr. Jiří Tůma, CSc., primář KDCHOT
15:30–15:50	Coffee break
15:50–17:00	Přednáškový blok IV (lékařská a sesterská sekce)
17:00–17:15	Novinky z odborné společnosti
17:30–20:00	Doprovodný program: Brno mezi sklepy a věžemi
20:00–2:00	Kongresová večeře v Hotelu International

PÁTEK 18. 9.

8:00–10:00	Registrace
9:00–10:20	Přednáškový blok V (lékařská sekce)
10:20–10:40	Coffee break
10:40–11:50	Přednáškový blok VI (lékařská sekce)
11:50–12:15	Vyhlášení vítěze soutěže o nejlepší přednášku autorů do 35 let Slavnostní zakončení kongresu
12:15	Oběd

PROGRAM LÉKAŘSKÉ SEKCE



PROGRAM LÉKAŘSKÉ SEKCE - STŘEDA 16.9.

14:00–19:00 Registrace

16:00–18:00 **Jednání výboru ČPCHS a primářů oddělení dětských chirurgií v ČR**, salónek restaurace Siesta

19:00–23:30 Posezení u vína na nádvoří Umělecko-průmyslového muzea

Od 19:00 hodin se
se na Vás těšíme

DVORANA
HALL/LOBBY

NEORENESANČNÍ DVORANA

FOTO: PETR COUFAL

PROGRAM LÉKAŘSKÉ SEKCE - ČTVRTEK 17.9.

8:00–16:00 | Registrace

8:30–9:00 | Zahájení

9:00–10:40 PŘEDNÁŠKOVÝ BLOK I – INOVACE V DĚTSKÉ CHIRURGII

Předsednictvo: Zahradníková P., Kučerová B., Slívová I.

1. Prvé komplikácie pri zavádzaní robotickej chirurgie

Babala J.¹, Béder I.¹, Fuňáková M.¹, Nothart M.¹, Lauková K.²

¹ Klinika detskej chirurgie, LF UK a NÚDCH Bratislava; ² Detská klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny, LF UK a NÚDCH Bratislava

2. Sonografie v traumatologii dětského skeletu

Bischof Š., Pešl T., Čepelík M. a kolektiv lékařů KDCHT

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

3. Naše první zkušenosti s fluorescenční chirurgií

Doušek R., Tůma J., Marek O., Turek J., Kvardová P., Mareček L., Plánka L.

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

4. Využitie 3D segmentovania, VR a AI v predoperačnom plánovaní v detskej chirurgii

Zahradníková P.¹, Nothart M.¹, Lindák M.¹, Babala J.¹, Hnilicová S.², Klyn O.³, Hudák R.³

¹ Klinika detskej chirurgie, LF UK a NÚDCH Bratislava; ² Ústav medicínskeho vzdelávania a simulácií, LF UK Bratislava; ³ Katedra biomedicínskeho inžinierstva a merania, TUKE Košice

5. Diagnostika a léčba život ohrožujícího krvácení u dětských pacientů v intenzivní a perioperační péči: Nový konsenzuální doporučený postup 2024

Slívová I., Zaoral T., Blatný J., Černý V. a kol.

Chirurgická klinika, LF OSU a FN Ostrava

6. Implementácia roboticky asistovanej chirurgie v NÚDCH, prvé skúsenosti a spektrum výkonov

Nothart M., Babala J., Fuňáková M., Béder I., Breza J., Bartoň P.

Klinika detskej chirurgie, LF UK a NÚDCH Bratislava

7. Vliv obezity na ICG fluorescenční cholangiografii během laparoskopické cholecystektomie u dětí

Pajerová E., Dotlačil V., Rygl M.

Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FNMH Praha

S35

S35

PROGRAM LÉKAŘSKÉ SEKCE - ČTVRTEK 17.9.

8. Diagnostika a léčba funkční zácpy v ambulanci Dětského chirurga – doporučení dle ICCS

Faltusová E., Machart M.

Klinika dětské chirurgie a traumatologie, FTN Praha, Urologická klinika VFN Praha

9. Dvouleté zkušenosti s robotickou pyeloplastikou u dětí

Sedláček J., Drlík M., Nováková P., Vávřová L., Faltusová E., Jirásková Z., Kočvara R.

Urologická klinika, 1. LF UK a VFN Praha

KAFKOVA PŘEDNÁŠKA

10:15–10:40

DĚTSKÁ CHIRURGIE V HISTORICKÝCH I SOUČASNÝCH ČÍSLECH

prof. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D.

ŘEDITEL ÚSTAVU ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR

10:40–11:00

Coffee break

11:00–12:30 PŘEDNÁŠKOVÝ BLOK II – DĚTSKÁ CHIRURGIE

Předsednictvo: Poš L., Babala J., Tůma J.

S35

11. Mekoniový ileus – operační řešení pomocí T drénu

Keprta D., Dohnal P., Hanák R.

Chirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice

12. Má rozsah črevnej resekcie vplyv na rastové parametre detí po nekrotizujúcej enterokolitíde?

Fuňáková M., Valachovičová E., Trepáčová D., Kraynina M., Králik R., Béder I., Babala J.

Klinika detskej chirurgie, LF UK a NÚDCH Bratislava

13. Akutní apendicitida jako manifestace Crohnovy choroby

Kadeřábková J.

Dětská chirurgie, Oblastní nemocnice Kolín

S35

14. Laparoskopická versus otevřená pyloromyotomie u dětí s hypertrofickou pylorostenózou: zkušenosti jednoho centra

Klymenko D., Slívová I.

Chirurgická klinika, FN Ostrava

PROGRAM LÉKAŘSKÉ SEKCE - ČTVRTEK 17.9.

S35

15. Lokální injekční kortikoterapie u chirurgických pacientů se strikturami jícnu – retrospektivní analýza

Mareček L., Tůma J., Plánka L.

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

16. Vrodené chyby žlčových cest – päťročná retrospektívna analýza

Pauk A.¹, Cmarková K.², Molnár M.¹, Miklušica J.²

¹ Klinika detskej chirurgie, JLF UK a UN Martin; ² Klinika všeobecnej, viscerálnej a transplantačnej chirurgie, JLF UK a UN Martin

17. Sakrokokcygeální teratom v době prenatalní intervence

Poš L., Rousková B., Bláhová N., Kučerová B., Trachta J., Hašík L., Mališ J., Prosová B., Škába R.

Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FNMH Praha

S35

18. Neuroendokrinní tumory apendixu v pediatrické populaci: Od chirurgie k dlouhodobému sledování

Soporská Z.¹, Poš L.¹, Cyprová S.², Štichhauer R.³, Kašparová P.⁴, Janů F.⁵, Tlamsová G.⁶, Mišenkova M.⁷, Chvátilová L.⁸, Nováková B.⁹, Rygl M.¹

¹ Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FNMH Praha; ² Klinika onkologie, 2. LF UK a FNMH Praha; ³ Klinika dětské chirurgie a traumatologie, FN Hradec Králové; ⁴ Fingerlandův ústav patologie, LF UK Hradec Králové; ⁵ Chirurgické oddělení, Nemocnice Most; ⁶ Klinika dětské chirurgie, 1. LF UK a FN Bulovka Praha; ⁷ Oddělení dětské chirurgie, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem; ⁸ Chirurgické oddělení, Nemocnice Kolín; ⁹ Klinika dětské chirurgie a traumatologie, 3. LF UK a FTN Praha

19. Recidivující torze vaječníku – indikace k pexi?

Štichhauer R.¹, Štěpán M.², Kopřiva J.³, Koliba P.⁴

¹ Klinika dětské chirurgie a traumatologie, LF UK a FN Hradec Králové; ² Gynekologicko-porodnická klinika, LF UK a FN Hradec Králové; ³ Radiologická klinika, LF UK a FN Hradec Králové; ⁴ Gynekologicko-porodnická klinika, 1. LF UK a FN Bulovka Praha

S35

20. Konzervativní léčba periapendikulárního abscesu u dětských pacientů – retrospektivní analýza dat a přehled literatury

Tlamsová G., Pejšová Šilerová J., Škvařil J.

Klinika dětské chirurgie a traumatologie, 1. LF UK a FN Bulovka Praha

21. Mekoniová pseudocysta

Uhrínová P., Poš L., Soporská Z., Kokešová A., Rygl M.

Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FNMH Praha

PROGRAM LÉKAŘSKÉ SEKCE - ČTVRTEK 17.9.

22. Karcinóm štítnej žľazy u detí: kam sme sa posunuli za 20 rokov?

Zahradníková P.¹, Babala J.¹, Staník J.², Vitariušová E.², Tichá L.², Králik R.²

¹ Klinika detskej chirurgie, LF UK a NÚDCH Bratislava; ² Detská klinika, LF UK a NÚDCH Bratislava

23. Torakoskopie u long gap atrézie jícnu – naše prvé zkušenosti

Marek O., Plánka L., Tůma J.

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

12:30–13:20

Oběd

13:20–14:00

Workshopy

- **Hemostatika – jejich použití v praxi:** Johnson & Johnson MedTech (Andrea Švomová)
- **ICG v dětské chirurgii:** LaparoTech Instruments s.r.o. (MUDr. Robert Doušek)
- **Laparoskopie v dětské chirurgii:** Olympus Czech Group, s.r.o. (MUDr. Ivana Slívová, Ph.D.)
- **Enzymoterapie:** Wald Biotech s.r.o. (prof. MUDr. Ladislav Plánka, Ph.D.)
- **Minimálně invazivní osteosyntéza:** DePuy Synthes (MUDr. Jakub Turek)
- **Pooperační krytí:** PROMEDICA PRAHA GROUP, a.s. (MUDr. Pavel Rotschein)
- **Simulátory ve specializační přípravě dětského chirurga** (doc. MUDr. Petra Zahradníková, PhD., MPH)

14:00–15:30 PŘEDNÁŠKOVÝ BLOK III – HRUDNÍ CHIRURGIE

Předsednictvo: Plánka L., Rygl M., Molnár M.

24. Výsledky léčby vpáčeného hrudníku podtlakovým zvonem – úspěšnost závislá na věku?

Bartl V., Mareček L., Plánka L.

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

25. Když triage klame: Od suspektního kranio-traumatu k revizi hrudníku

Kraus P.¹, Dočekalová Š.¹, Štichhauer R.¹, Maršík L.²

¹ Klinika dětské chirurgie a traumatologie, LF UK a FN Hradec Králové; ² Kardiokirurgická klinika, LF UK a FN Hradec Králové

S35

PROGRAM LÉKAŘSKÉ SEKCE - ČTVRTEK 17.9.

26. Multidoborová spolupráca pri riešení komplexných vrodených a získaných deformít prednej hrudnej steny u detí

Lipáková L., Omaník P., Kabát M., Béder I., Babala J.

Klinika detskej chirurgie, LF UK a NÚDCH Bratislava

27. Moderný monitorovací systém liečby pectus excavatum pomocou vacuum bell

Molnár M.¹, Špaková B.¹, Dzian A.², Šmondrk M.³, Babušiak B.³

¹ Klinika detskej chirurgie, JLF UK a UN Martin; ² Klinika hrudníkovej chirurgie, JLF UK a UN Martin; ³ Katedra teoretickej elektrotechniky a biomedicínskeho inžinierstva, FEIT UNIZA

28. Tenzný fluidotorax ako prvý príznak Ewingovho sarkómu rebra: Kazuistika urgentného manažmentu

Popovič M., Klapáčová K., Weissová Š.

Oddelenie detskej chirurgie, DFN Košice

29. Traumatická ruptúra bránice u 14leté dievčky ako súčasť závažného polytraumatu

Rounová P.¹, Zeinedine O.¹, Soporská Z.¹, Kautzner J.², Hanus M.², Štulík J.³, Rygl M.¹

¹ Klinika detskej chirurgie, 2. LF UK a FNMH Praha; ² Klinika detskej a dospelé ortopedie a traumatologie, 2. LF UK a FNMH Praha; ³ Klinika spondylochirurgie, 1. LF UK a FNMH Praha

30. Poleptanie Pažeráka – Pod'akovanie Pánovi Profesorovi

Šudák M., Klapáčová K., Kurák M., Petrášová M., Fedor P.

Oddelenie detskej chirurgie, DFN Košice

31. Komplikace při operaci dle Nusse

Plánka L., Starý D.

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

32. Miniinvazívne riešenie Morgagniho – Larreyovej hernie: Kazuistika

Klapáčová K., Popovič M., Weissová Š.

Oddelenie detskej chirurgie, DFN Košice

HISTORICKÁ PŘEDNÁŠKA

15:10–15:30

HISTORIE DĚTSKÉ MINIINVAZIVNÍ CHIRURGIE

prim. MUDr. Jiří Tůma, CSc.

PRIMÁŘ KLINIKY DĚTSKÉ CHIRURGIE, ORTOPEDIE A TRAUMATOLOGIE,
LF MU A FN BRNO

PROGRAM LÉKAŘSKÉ SEKCE - ČTVRTEK 17.9.

15:30–15:50 | Coffee break

15:50–17:00 PŘEDNÁŠKOVÝ BLOK IV – KAZUISTIKY

Předsednictvo: Fuňáková M., Škvařil J., Marek O.

34. Torzia sleziny ako príčina náhlej brušnej príhody – kazuistika

Fuňáková M., Béder I., Nothart M., Babala J.

Klinika detskej chirurgie, LF UK a NÚDCH Bratislava

35. Protrahovaná mumifikace pupečníku – kazuistika

Hachová E., Böhmová D., Škvařil J.

Klinika dětské chirurgie a traumatologie, 1. LF UK a FN Bulovka

36. Kazuistika: Náhlá krvácivá příhoda břišní na podkladě Meckelova divertiklu u 6měsíčního kojence s “akutní gastroenteritidou”

Horáková V., Machart M., Pešl T.

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

37. Kde se stala chyba?

Chvátilová Holická L.¹, Dočekalová Š.¹, Šafus A.², Štichhauer R.²

¹ Dětská chirurgie, Oblastní nemocnice Kolín; ² Klinika dětské chirurgie a traumatologie, FN Hradec Králové

38. Bodná poranění rektu u dětí – kazuistiky

Otáhalová K., Poš L., Rousková B., Škába R.

Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FNMH Praha

39. Akútna apendicitída? Naozaj? – Kazuistika

Popovič M., Klapáčová K., Weissová Š.

Oddelenie detskej chirurgie, DFN Košice

40. Když chybí tkáň: úloha plastického chirurga v dětské chirurgii

Rotschein P., Fiala M.

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

41. Perforácia duodena u extrémne nezrelých novorodencov – kazustiky

Špaková B., Molnár M.

Klinika detskej chirurgie, UN Martin

S35

PROGRAM LÉKAŘSKÉ SEKCE - ČTVRTEK 17.9.

42. Od zmeny správania k diagnóze teratómu vaječníka – kazuistika pediatrickej pacientky

Števková D.¹, Nižňanská Z.², Cinková N.³, Béder I.¹

¹ Klinika detskej chirurgie, LF UK a NÚDCH Bratislava; ² 1. gynekologicko-pôrodnická klinika, LF UK a UN Bratislava; ³ Klinika detí a dorastu, FN Nitra

S35

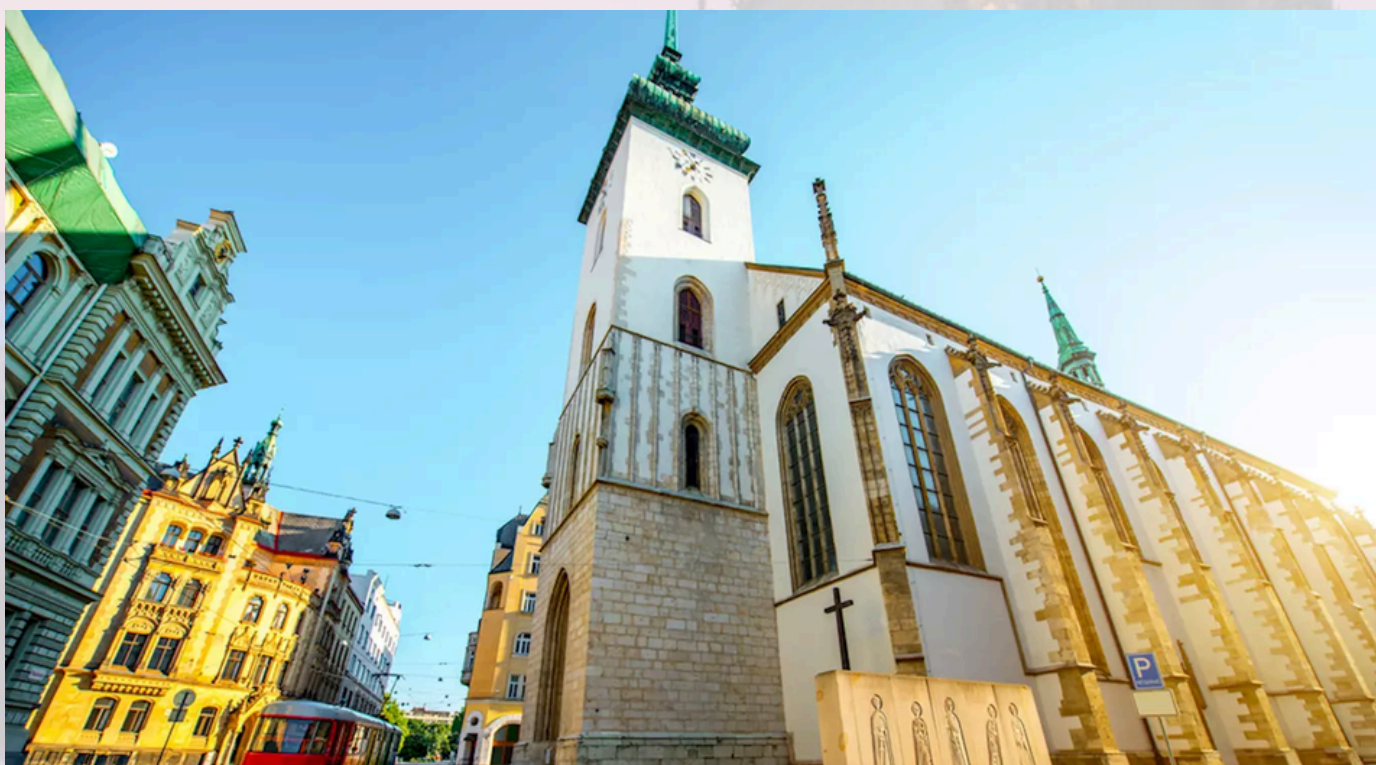
43. Trichobezoár

Mišenková M., Rosipal D.

Oddělení dětské chirurgie, Masarykova nemocnice Ústí nad Labem

17:00–17:15 NOVINKY Z ODBORNÉ SPOLEČNOSTI

17:30–20:00	Brno mezi sklepy a věžemi – doprovodný program
20:00–2:00	Kongresová večeře v Hotelu International



PROGRAM LÉKAŘSKÉ SEKCE - PÁTEK 18.9.

8:00–10:00 | Registrace

9:00–10:20 PŘEDNÁŠKOVÝ BLOK V – DĚTSKÁ TRAUMATOLOGIE

Předsednictvo: Jáger R., Pešl T., Bibrová Š.

S35

44. Léčba zlomenin interkondylické eminence u dětí na našem pracovišti

Demlová G., Demel J., Slívová I., Kopáček I., Klymenko D.

Chirurgická klinika, FN Ostrava

45. Od úrazu k fasciotómii – kompartment syndróm v detskej traume

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

Klinika detskej chirurgie, LF UK a NÚDCH Bratislava

46. Strangulace prstu

Karov G.

Dětská chirurgie, Oblastní nemocnice Kolín

S35

47. Osteochondrální léze kolene u dětí – naše strategie

Kramář L., Podlefský A., Čepelík M., Pešl T.

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

S35

48. Bosworthova zlomenina v dětském věku

Podlefský A.

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

S35

49. Srovnání operační a konzervativní léčby zlomenin klíční kosti u dětí a adolescentů:

Analýza výsledků a komplikací na našem pracovišti

Polanská E., Hrubovčáková J., Škvařil J.

Klinika dětské chirurgie a traumatologie, 1. LF UK a FN Bulovka Praha

50. Poranění metakarpálních kostí – retrospektivní studie

Bibrová Š.

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

S35

51. Mallet finger u dětí – naše zkušenosti

Střelková L., Matoušková E.

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

PROGRAM LÉKAŘSKÉ SEKCE - PÁTEK 18.9.

52. Medicínská a právní úskalí týraných a zneužívaných dětí

Bibrová Š.

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

S35

53. Syndrom toxického šoku a septická kardiomyopatie po drenáži hematomu lýtky

Malafa A.¹, Šafus A.², Kopecká M.³, Štichhauer R.²

¹ Klinika dětské chirurgie a traumatologie, FN Hradec Králové; ² Klinika dětské chirurgie a traumatologie, LF UK a FN Hradec Králové; ³ Pediatrická klinika, FN Hradec Králové

54. Posttraumatické pneumoperitoneum – symptom nikoliv diagnóza

Dohnal P., Hanák R., Keprta D.

Chirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice

10:20–10:40 | Coffee break

10:40–11:50 PŘEDNÁŠKOVÝ BLOK VI – NOVINKY A DOPORUČENÍ

Předsednictvo: Turek J., Smrek M., Štichhauer R.

55. Současné možnosti řešení posttraumatických deformit předloktí u dětí

Václav O., Urbášek K.

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

56. Rekonstrukce úchopu přenosem volné motorické jednotky a vaskularizovaného PIPJ kloubu II. prstce na malé klouby ruky

Vondra P.

Chirurgie ruky a plastická rekonstrukční chirurgie, KN Tomáše Bati Zlín

57. Simulačný tréning v novorodenkej minimálne invazívnej chirurgii

Zahradníková P.¹, Nothart M.¹, Lindák M.¹, Babala J.¹, Hnilicová S.², Klyn O.³, Hudák R.³

¹ Klinika detskej chirurgie, LF UK a NÚDCH Bratislava; ² Ústav medicínskeho vzdelávania a simulácií, LF UK Bratislava; ³ Katedra biomedicínskeho inžinierstva a merania, TUKE Košice

58. Diagnostické pasce v detskej chirurgii

Weissová Š., Klapáčová K., Popovič M.

Oddelenie detskej chirurgie, DFN Košice

PROGRAM LÉKAŘSKÉ SEKCE - PÁTEK 18.9.

59. PEPSiT jako metoda č. 1 při léčbě onemocnění sinus pilonidalis u dětí

Hlouch L., Plánka L., Tůma J., Marek O., Turek J.

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

60. Výsledky léčby pilonidálního sinu po zavedení metody pEPSIT – prezentace souboru pacientů z KDCHT 3.LF UK a FTN

Limprechtová T.¹, Sovadinová D.², Pešl T.¹

¹ Klinika dětské chirurgie a traumatologie, 3. LF UK a FTN Praha; ² Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FNMH Praha

61. Quo Vadis Elektrokolobežka?

Smrek M., Šinka P., Lindák M.

Klinika dětské chirurgie, LF UK a NÚDCH Bratislava

62. Nová enzymoterapie v léčbě dětských zlomenin

Plánka L.

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

63. Následná péče o dětské pacienty po kolorektálních operacích s využitím anorektální manometrie a biofeedback terapie

Turek J., Michálková P., Ledvina J.

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

64. Epidermolysis Bullosa: nemoc motýlích křídel z pohledu chirurga

Rotschein P.

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

11:50–12:15

Vyhlášení vítěze soutěže o nejlepší přednášku autorů do 35 let
Slavnostní zakončení kongresu

12:15

Oběd

PROGRAM SESTERSKÉ SEKCE



PROGRAM SESTERSKÉ SEKCE - ČTVRTEK 17.9.

8:00–16:00 | Registrace

8:30–9:00 | Zahájení

9:00–10:40 PŘEDNÁŠKOVÝ BLOK I

Předsednictvo: Medved'ová Z., Sauerová M.

1. Keď nás dlhé sedenie dobehne

Braun T., Medved'ová Z.

Národný ústav detských chorôb, Bratislava

2. Když se z personálu stane rodina

Dlouhá K.

Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FNMH Praha

3. Ať žije zima!

Kohoutková H., Štěrbová L.

Klinika dětské chirurgie a traumatologie, FN Hradec Králové

4. Jízda, která rozdělila život na před a po

Kumpánová E.

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

5. Poranění článků prstů

Příbylová I.

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

6. Mít či nemít?

Naušová K.

Oddělení dětské chirurgie, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem

7. Hra jako součást léčby v nemocnici akutní péče

Rothová M.

Oddělení dětské chirurgie, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem

KAFKOVA PŘEDNÁŠKA

10:15–10:40

DĚTSKÁ CHIRURGIE V HISTORICKÝCH I SOUČASNÝCH ČÍSLECH

prof. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D.

ŘEDITEL ÚSTAVU ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR

PROGRAM SESTERSKÉ SEKCE - ČTVRTEK 17.9.

10:40–11:00 | Coffee break

11:00–12:30 PŘEDNÁŠKOVÝ BLOK II

Předsednictvo: Kratinová Z., Marková M.

8. Laparoskopická cholecystektomie pomocí indocyaninové zeleně (ICG)

Konvalinková N., Bartoníčková I.

COS pro děti, FNMH Praha

9. Sinus pilonidalis u dětského pacienta

Orságová K., Batková Jaremová L., Kurinská Z.

Klinika dětské chirurgie, JLF UK a UNM Martin

10. Od rutinní operace k život ohrožujícímu stavu

Meščanová J., Daňková Danielová B.

Chirurgická klinika, FN Ostrava

11. Ošetrovatelská péče u chlapců po operaci hypospadie

Vašíčková A.

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

12. Využití podtlakové terapie (VAC) v pediatrické chirurgii

Vaňková K.

Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FNMH Praha

13. Důsledky hazardního chování adolescentů

Müllerová J.

Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FNMH Praha

14. Gastroschíza

Příkazská Z.

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

15. Manažment uzatvorenia gastroschízy mimo operačnej sály

Sochul'áková M., Pažická J., Šubíková J.

Neonatologická klinika, JLF UK a UNM Martin

16. Komplexná kraniosynostóza

Stehlíková Z., Šperková B.

Klinika dětské chirurgie, JLF UK a UNM Martin

PROGRAM SESTERSKÉ SEKCE - ČTVRTEK 17.9.

12:30–13:20

Oběd

13:20–14:00

Workshopy

- **Hemostatika – jejich použití v praxi:** Johnson & Johnson MedTech (Andrea Švomová)
- **ICG v dětské chirurgii:** LaparoTech Instruments s.r.o. (MUDr. Robert Doušek)
- **Laparoskopie v dětské chirurgii:** Olympus Czech Group, s.r.o. (MUDr. Ivana Slívová, Ph.D.)
- **Enzymoterapie:** Wald Biotech s.r.o. (prof. MUDr. Ladislav Plánka, Ph.D.)
- **Minimálně invazivní osteosyntéza:** DePuy Synthes (MUDr. Jakub Turek)
- **Pooperační krytí:** PROMEDICA PRAHA GROUP, a.s. (MUDr. Pavel Rotschein)
- **Simulátory ve specializační přípravě dětského chirurga** (doc. MUDr. Petra Zahradníková, PhD., MPH)

14:00–15:30 PŘEDNÁŠKOVÝ BLOK III

Předsednictvo: Příbylová I., Kuželová R.

17. Kazuistika–RTG ano nebo ne?

Petrlíková E.

Oddělení dětské chirurgie, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem

18. Kolobežky a bicykle postrachom ulíc

Zechelova J., Ondrášková M.

Národní ústav dětských chorob Bratislava

19. Spolykané tajemství

Juráková M.

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

20. Když za úraz nemůže jen pád

Malá M.

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

21. Možnosti využití komplexní enzymové péče v dětské chirurgii

Kočár A.

Wald Biotech s.r.o.

PROGRAM SESTERSKÉ SEKCE - ČTVRTEK 17.9.

22. Rozštěpové vady obličeje optikou perioperační sestry

Babáková M., Hašková J.

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

23. Specifická ošetrovatelská péče u dětí s orofaciálními rozštěpy

Středanská M.

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

HISTORICKÁ PŘEDNÁŠKA

15:10–15:30

HISTORIE DĚTSKÉ MINIINVAZIVNÍ CHIRURGIE

prim. MUDr. Jiří Tůma, CSc.

PRIMÁŘ KLINIKY DĚTSKÉ CHIRURGIE, ORTOPEDIE A TRAUMATOLOGIE,
LF MU A FN BRNO

15:30–15:50

Coffee break

15:50–17:00 PŘEDNÁŠKOVÝ BLOK IV

Předsednictvo: Středanská M., Sauerová M.

24. Představení operačního přístupu k progresivní vnitřní distrakci sternu u Jeuneova syndromu

Procházková A., Bartoníčková I.

COS pro děti, FNMH Praha

25. Kraniosynostóza – perioperační péče a chirurgická léčba

Červená S., Pavlíšková R.

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

26. Současná a dřívější ošetrovatelská péče o dítě s extrofií močového měchýře

Mistlerová Š., Smržová M.

Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FNMH Praha

27. Péče o pacienta s extrofií močového měchýře

Pavlíková P.

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

PROGRAM SESTERSKÉ SEKCE - ČTVRTEK 17.9.

28. Deformity hrudníka a ich riešenie

Povalačová T., Uchál'ová J., Janitorová P.

Klinika detskej chirurgie, JLF UK a UNM Martin

29. Vrodené vývojové chyby žľčových ciest

Stopjaková P., Černianska E.

Klinika detskej chirurgie, UNM Martin

30. Cantrellova pentalogie

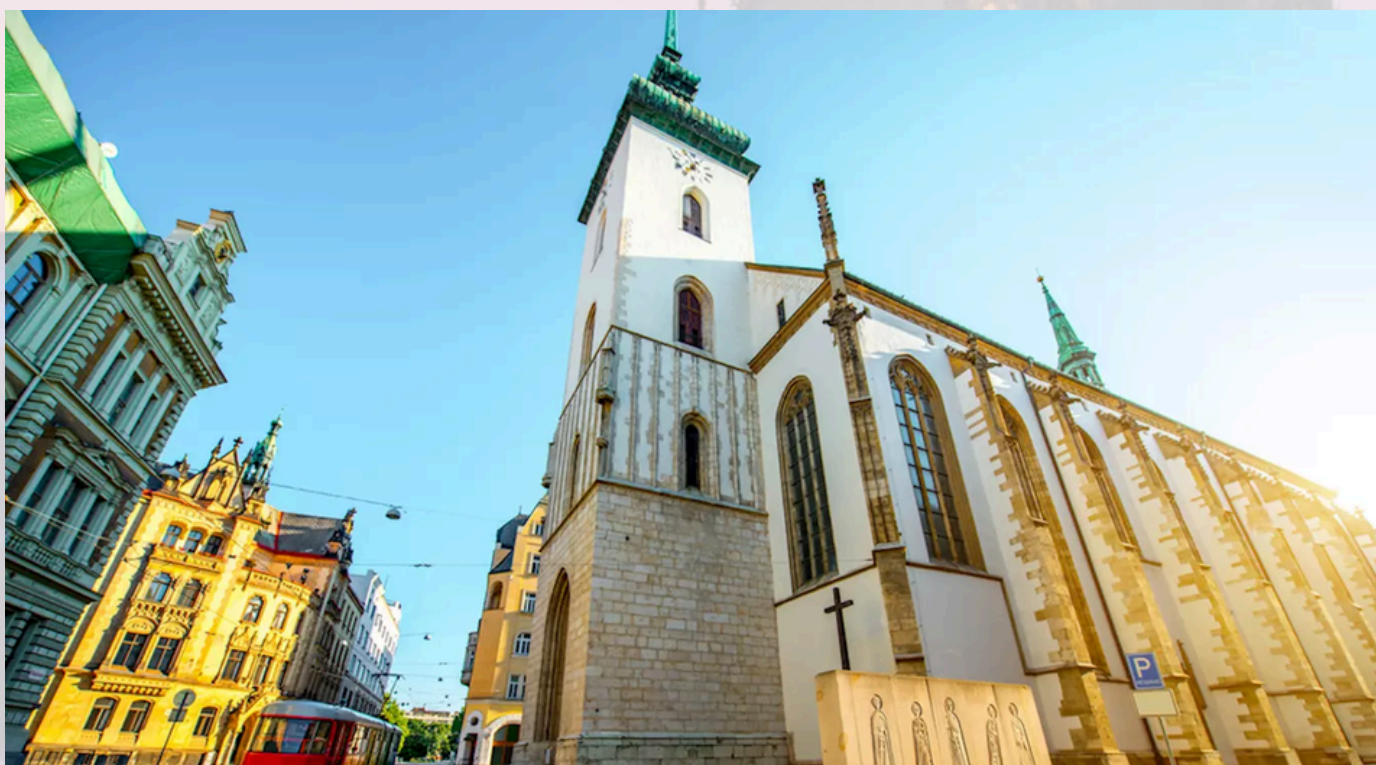
Žižková Z.

Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FNMH Praha

17:00–17:15 NOVINKY Z ODBORNÉ SPOLEČNOSTI

17:30–20:00 | Brno mezi sklepy a věžemi – doprovodný program

20:00–2:00 | Kongresová večeře v hotelu International



STŘÍBRNÍ PARTNEŘI

Johnson & Johnson
MedTech

OLYMPUS®

Wald Biotech



BRONZOVÍ PARTNEŘI

Laparo
Tech Instruments



promedica

ORTEX

 **CHIRMAX** surgical
by Vitrex Medical Group

DePuy
Synthes

TITANOVÍ PARTNEŘI

 **FENIX BANO**
zdravotnická technika

DALŠÍ PARTNEŘI

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

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

HARTMANN
+

DMS
dynamic medical solution
innovative solution
for interventional medicine

 **nwm**
new water meeting

Surgical energy, simplified

Johnson & Johnson
MedTech

The DUALTO™ Energy System
delivers a new level of OR efficiency
for enhanced patient care



For more information, contact your
local Johnson & Johnson MedTech
representative or visit
jnmedtech.com

**Please refer always to the Instructions for Use / Package Insert
that come with the device for the most current and complete
instructions.**

EU product registration under device name ETHICON™ Total Energy
System.

The ETHICON™ Total Energy System is indicated for cutting and coagulating soft
tissue by providing high frequency (HF) electrical current to drive monopolar, bipolar,
and/or ultrasonic surgical instruments. It is indicated for any surgical procedure
requiring cutting or coagulation of tissue.

The use of the Total Energy System and the attached instruments are
contraindicated when, in the judgment of the physician, radiofrequency or ultrasonic
surgery would be contrary to the best interest of the patient. The instruments are
not indicated for incising bone. Undesirable side effects and risks associated with
electrosurgical and ultrasonic devices that are powered through the Total Energy
System include the potential for bleeding, tissue injury via mechanical or thermal
damage, nerve injury.

The Total Energy System is compatible with Ethicon HARMONIC™, Ethicon
ENSEAL™, and Ethicon MEGADYNE™ monopolar and bipolar instruments.
This device is intended for health care professionals only. Please for more
informations, refer to Instructions for Use.

Johnson & Johnson s.r.o.
Walterovo nám. 1, 158 00 Prague 5,
Czech Republic

© Johnson & Johnson Medical and its affiliates 2025,
C_CZ_SRG_ENER_388221.EN



OLYMPUS

Be Visionary

Multifunkční laparoskopická platforma pro příští desetiletí

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

VISERA ELITE III



www.olympus.eu/ViseraEliteIII



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

Evropská 16/176, Vokovice, 160 00 Praha 6 | tel. 221 985 211 | www.olympus.cz
zápis v ORMS v Praze, oddíl C, vložka 93921 | IČO: 27068641 | DIČ: CZ27068641 | DS: 644rdaw
zdravotnické přístroje: info@olympus.cz | objednavky@olympus.cz | tel. 221 985 401 | servis ZT: servis@olympus.cz | tel. 221 985 400

Enzymy pro děti i dospělé

junior

Walzym®

doplňek stravy

Proteolytické enzymy
Vitamín C

**Malé kapsle
pro ještě snadnější
polykání**

**Vhodné pro děti
od 5 let**



Walzym®

doplňek stravy

Proteolytické enzymy
Rutin
Vitamín C



**JEN
DVĚ
DENNĚ**



Komplexní
enzymová
péče



Vysoce
aktivní
ingredience



Nezávislá
kontrola
kvality

- ✓ **Podpora imunity**
- ✓ **Rychlejší regenerace a
navrácení životního komfortu**

 **BEZ CHEMICKÝCH BARVIV**

Vyvinuto
v České
republice

www.walzym.cz

Laparo_____
Tech Instruments

VEQTRON ICG/NIR

FluorosQan

for Open Surgery



Tel.: 777 207 264

VEQTRON

www.laparotech.eu



Již 35 let

Již 35 let pomáháme posouvat české zdravotnictví vpřed. Sledujeme nejnovější trendy, přinášíme inovace a rozšiřujeme portfolio, abychom mohli zdravotníkům poskytovat to nejlepší z moderní medicíny. Jsme tu pro všechny, kteří se každý den starají o zdraví nás všech.



JIŽ OD ROKU 1991 VÁM POMÁHÁME.

ORTÉZY A BANDÁŽE

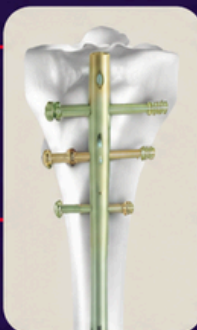


Advanced Nailing System

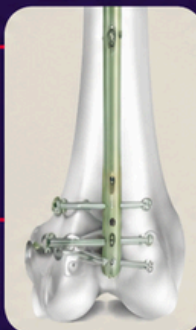
FRN-ADVANCED™
Femoral Recon Nailing System



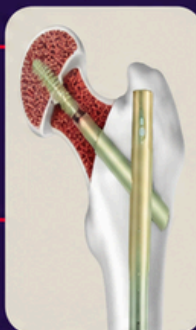
TN-ADVANCED™
Tibial Nailing System



RFN-ADVANCED™
Retrograde Femoral Nailing System



TFN-ADVANCED™
Proximal Femoral Nailing System



The Advanced Nailing System is a nail intended for temporary fixation, correction or stabilization of bone. These medical devices are intended for use by healthcare professionals only. For specific information on the intended use, indications, contraindications, warnings and precautions, possible adverse events, undesirable side effects and residual risks, please refer to the relevant Instructions for Use. Instructions for Use are available at www.e-ifu.com or www.depuysynthes.com/ifu

Johnson & Johnson s.r.o. and its affiliates 2026, DePuy Synthes, Walterovo náměstí 329/1, 158 00 Prague, Czech Republic

www.depuysynthes.com

DePuy
Synthes



IPS Implants®

Individuální patientské řešení implantátů



- Přesné implantáty
- Anatomické modely
- Vrtací a řezací šablony

Oblasti použití

- Extraartikulární rekonstrukce radia
- Intraartikulární rekonstrukce radia
- Rekonstrukce předloktí
- Madelungova deformita

S **IPS implants®** umožňujeme jako první na světě na jedné jediné platformě plánování a realizaci individuálních, nadstandardních, vysoce kvalitních, holistických, složitých řešení pro každého pacienta. Rychleji, precizněji a s nebývalou přesností než kdykoli předtím!



Fénix Brno —
Implantáty a systémy implantátů
www.fenix.cz

SOGGIORNO



- spolehlivost
- profesionalita
- individuální přístup
- vstřícnost
- flexibilita



ABSTRAKTA LÉKAŘSKÉ SEKCE



1. PRVÉ KOMPLIKÁCIE PRI ZAVÁDZANÍ ROBOTICKEJ CHIRURGIE

Babala J.¹, Béder I.¹, Fuňáková M.¹, Nothart M.¹, Lauková K.²

¹ Klinika detskej chirurgie, LF UK a NÚDCH Bratislava;

² Detská klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny, LF UK a NÚDCH Bratislava

Úvod: Robotická chirurgia (systém da Vinci) v Národnom ústave detských chorôb (NÚDCH) v Bratislave je implementovaná od septembra 2025. Zavádzanie tejto metodiky do klinickej praxe kladie absolútny dôraz na bezpečnosť pacienta. Bezpečný rozvoj programu je podmienený štandardizovaným edukačným procesom zavŕšeným úspešnou certifikáciou a následnou sériou operácií (learning curve) pod priamym dohľadom proktora a technického tímu dodávateľa.

Ciel': Autori prezentujú počiatočné skúsenosti s roboticky asistovanými výkonmi u detských pacientov, so zameraním na analýzu peroperačných a včasných postoperačných komplikácií.

Materiál a metodika (Kazuistiky): Autori retrospektívne analyzujú prvé prípady s komplikovaným priebehom a demonštrujú ich manažment na dvoch kazuistikách:

Kazuistika 1: Pacient s rozvojom včasného postoperačného krvácania, ktoré si do 24 hodín od primárneho výkonu vyžiadalo chirurgickú revíziu peritoneálnej dutiny.

Kazuistika 2: Prípad závažného peroperačného krvácania, ktoré si vynútilo okamžitú urgentnú konverziu na otvorený/konvenčný prístup.

Diskusia a Záver: Pediatrická robotická chirurgia vykazuje špecifiká v podobe vysokej heterogenity pacientov (case-mix), čo sťažuje štandardizáciu operačných postupov u detí. Prvé skúsenosti ukazujú, že kľúčovým faktorom bezpečnosti v období learning curve nie je len technická erudícia chirurga, ale predovšetkým komplexná pripravenosť celého multidisciplinárneho tímu na okamžité riešenie urgentných komplikácií vrátane konverzie minimálne invazívneho prístupu.

2. SONOGRAFIE V TRAUMATOLOGII DĚTSKÉHO SKELETU

Bischof Š., Pešl T., Čepelík M. a kolektiv lékařů KDCHT

S35

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

Ultrasonografická diagnostika, včetně diagnostiky skeletálních traumat u dětí, je výrazně zatížena individuálními rozdíly v získané dovednosti provádět vyšetření i interpretovat nález. Naším současným cílem po úvodní fázi, ve které jsme potvrdili dostatečnou senzitivitu sonografie pro diagnostiku dětských zlomenin, je kromě rozšiřování souboru pacientů, spektra vyšetřovaných diagnóz a metodiky sonografické diagnostiky také hodnotit právě rychlost a kvalitu osvojení sonografické diagnostiky lékařem v praxi. Jednou z nejčastěji vyšetřovaných a současně diagnosticky velmi přístupných oblastí je distální předloktí. V období od 7.1.2026 do 7.5. 2026 bylo z celkového počtu 133 sonografií skeletu vyšetřeno celkem 75 distálních předloktí. Celkem se zapojilo 9 lékařů, jejichž výsledky jsme sledovali ve výše uvedeném období. Ke sledování jsme využili v čase vedený anonymizovaný zápis výsledků individuálně provedených USG a RTG vyšetření. Z celkového počtu 75 vyšetření bylo 73 se shodným výsledkem USG a RTG vyšetření. Pouze ve dvou případech bylo sonografické vyšetření s negativním výsledkem a současně s pozitivním výsledkem na RTG. Obě tato vyšetření spadají do prvního sledovaného měsíčního období s celkovým počtem vyšetření 36. Druhé a třetí měsíční období, s počtem vyšetření 16 a 23, již byla s plnou shodou mezi USG a RTG nálezy. Zapojení lékaři prakticky neměli žádnou nebo minimální předchozí zkušenost se sonografickým vyšetřováním zlomenin. Vzhledem k dosavadním výsledkům má případné zařazení sonografie distálního předloktí jako pomocné zobrazovací vyšetření prvního kontaktu v ambulanci dobrý potenciál ke snížení radiační zátěže dětské populace a zefektivnění ambulantního provozu s minimálními nároky na osvojení metody lékařem.

3. NAŠE PRVNÍ ZKUŠENOSTI S FLUORESCENČNÍ CHIRURGIÍ

Doušek R., Tůma J., Marek O., Turek J., Kvardová P., Mareček L., Plánka L.

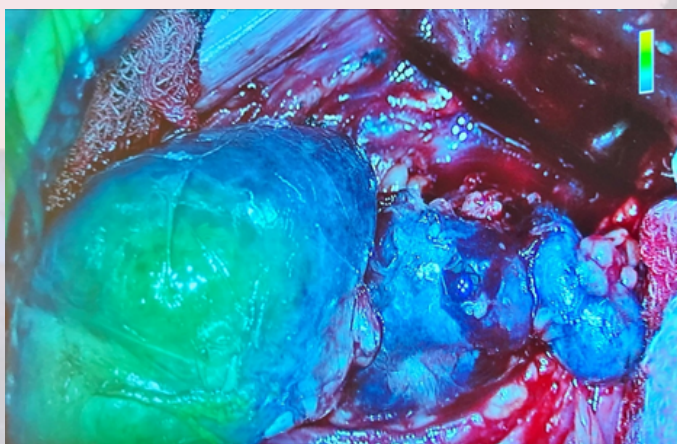
Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, LF MU a FN Brno

Úvod: Prezентujeme zkušenosti prvního roku použití indocyaninové zeleně (ICG) pro fluorescenční chirurgii na pracovišti dětské chirurgie v Brně.

Materiál a metody: Fluorescenční chirurgie byla využita u selektovaných pacientů různorodých diagnóz, u kterých byl předpoklad přínosu zobrazení k usnadnění operace nebo ke zvýšení její bezpečnosti. Cesta podání byla zvažována dle zobrazované tkáně, nejčastěji se jednalo o intravenózní nebo inhalační podání. Dávka ICG byla volena přísně individuálně v širokém rozmezí dle hmotnosti pacienta, cesty podání a zobrazované tkáně. Prezентujeme obrazovou dokumentaci z jednotlivých operací i poznatky získané během implementace metody.

Výsledky: Fluorescenční chirurgie s použitím ICG byla provedena u 32 pacientů. Jednoznačně pozitivní přínos k průběhu operace byl zaznamenán u 24 pacientů. U 4 pacientů byl přínos minimální. U 3 pacientů nebyla ICG během operace detekována. V jednom případě bylo zobrazení ICG hodnoceno jako zavádějící.

Závěr: Největší přínos fluorescenční chirurgie jsme zaznamenali v oblasti onkologické chirurgie, dále při cholecystektomii, během parciálních resekcí různých orgánů a při lokalizaci hrudního mízovodu.



Obrázek 1: Fluorescenční zobrazení retroperitoneálních ložisek Castlemanovy choroby.

4. VYUŽITIE 3D SEGMENTOVANIA, VR A AI

V PREDOPERAČNOM PLÁNOVANÍ V DETSKEJ CHIRURGII

Zahradníková P.¹, Nothart M.¹, Lindák M.¹, Babala J.¹, Hnilicová S.², Klyn O.³, Hudák R.³

¹ Klinika detskej chirurgie, LF UK a NÚDCH Bratislava;

² Ústav medicínskeho vzdelávania a simulácií, LF UK Bratislava;

³ Katedra biomedicínskeho inžinierstva a merania, TUKE Košice

Využitie 3D modelovania, 3D tlače, virtuálnej reality (VR) a umelej inteligencie (AI) predstavuje významný pokrok v modernej detskej chirurgii. Tieto technológie umožňujú vytváranie personalizovaných anatomických modelov na základe CT a MR dát, čím zlepšujú predoperačné plánovanie, priestorovú orientáciu chirurga a bezpečnosť chirurgických výkonov pri komplexných vrodených vývojových chybách, onkologických diagnózach a torakoskopických operáciách. Virtuálna a rozšírená realita umožňujú realistickú simuláciu operačných výkonov, tréning chirurgických tímov a lepšiu komunikáciu s pacientom. Implementácia AI a modelov strojového učenia prináša nové možnosti v diagnostike, predikcii komplikácií a intraoperačnej navigácii. Kombinácia týchto technológií vytvára perspektívny nástroj pre personalizovanú medicínu, zvyšovanie kvality chirurgickej starostlivosti a rozvoj pediatrickej chirurgie budúcnosti.

5. DIAGNOSTIKA A LÉČBA ŽIVOT OHROŽUJÍCÍHO KRVÁCENÍ U DĚTSKÝCH PACIENTŮ V INTENZIVNÍ A PERIOPERAČNÍ PÉČI: NOVÝ KONSENZUÁLNÍ DOPORUČENÝ POSTUP 2024

Slívová I., Zaoral T., Blatný J., Černý V. a kol.

Chirurgická klinika, LF OSU a FN Ostrava

Úvod: Život ohrožující krvácení (ŽOK) v dětském věku (definované pro populaci od 1 měsíce do 18 let) představuje kritický stav vyžadující okamžitou a vysoce koordinovanou intervenci. Vzhledem ke specifickým fyziologickým rezervám, limitovanému intravaskulárnímu objemu a vývojovým zvláštnostem koagulačního systému dětí nelze do pediatrické praxe mechanicky přenášet schémata určená pro dospělé pacienty. Přednáška shrnuje klíčové body nového česko-slovenského mezioborového doporučeného postupu publikovaného v časopise Anesteziologie a intenzivní medicína, který byl vypracován metodikou GRADE na základě konsenzu odborných společností.

Diagnostika: Doporučený postup akcentuje včasnou klinickou identifikaci rozvíjejícího se šoku, neboť kompenzační mechanismy dětského organismu dokážou dlouho maskovat hypotenzi. K průběžnému posuzování rozsahu krevní ztráty a tkáňové hypoperfúze je doporučeno sledování hladiny laktátu. V oblasti laboratorního managementu se guidelines opírají o posun od izolovaných standardních koagulačních testů k preferenčnímu a rutinnímu využívání viskoelastických metod (ROTEM/TEG) v režimu Point-of-Care (POCT), což umožňuje cílenou detekci rozvíjející se koagulopatie v reálném čase.

Terapie a management: Léčebná strategie je postavena na principech „damage control“ resuscitace s důrazem na minimalizaci rizik spojených s objemovým přetížením.

Závěr: Nový doporučený postup zprostředkovává klinické veřejnosti moderní, na důkazech založený algoritmus, který opouští empirické podávání krevních derivátů a upřednostňuje individualizovanou, cílenou a viskoelasticky řízenou terapii. Zavedení specifických dětských ŽOK protokolů na pracovištích intenzivní a perioperační péče je klíčovým předpokladem pro snížení mortality a minimalizaci komplikací u kriticky nemocných dětí.

6. IMPLEMENTÁCIA ROBOTICKY ASISTOVANEJ CHIRURGIE V NÚDCH, PRVÉ SKÚSENOSTI A SPEKTRUM VÝKONOV

Nothart M., Babala J., Fuňáková M., Béder I., Breza J., Bartoň P.

Klinika detskej chirurgie, LF UK a NÚDCH Bratislava

Úvod a cieľ: Roboticky asistovaná chirurgia predstavuje ďalší stupeň miniinvazívnej chirurgie, ktorý prináša trojrozmerné zobrazenie operačného poľa, artikulované nástroje a vysokú presnosť preparácie. Jej zavedenie v pediatrickom centre je však spojené s organizačnou, technickou a chirurgickou learning curve. Cieľom práce je prezentovať implementáciu robotického programu v Národnom ústave detských chorôb, prvé počty a spektrum výkonov, možnosti porovnania s laparoskopickou chirurgiou a rozbor intraoperačnej komplikácie pri roboticky asistovanej splenektómii.

Materiál a metodika: Retrospektívne sme analyzovali všetky roboticky asistované výkony realizované od spustenia programu. Hodnotili sme celkový počet a typ operácií, zastúpenie jednotlivých chirurgických odborov, komplikácie a potrebu konverzie. Pri vybraných diagnózach sme pripravili deskriptívne porovnanie s laparoskopickým prístupom so zameraním na operačný čas, počet portov, pooperačnú realimentáciu, dĺžku hospitalizácie a skoré komplikácie. Samostatne sme analyzovali videozáznam splenektómie, pri ktorej intraoperačná komplikácia vyžadovala konverziu na laparotómiu.

Výsledky: V úvodnej fáze programu bolo vykonaných 93 roboticky asistovaných operácií. Najčastejšie išlo o varikokélektómie ($n = 20$), pyeloplastiky ($n = 17$), cholecystektómie ($n = 13$), apendektómie ($n = 10$), reimplantácie ureterov ($n = 7$) a nefroureterektómie ($n = 7$). Spektrum zahŕňalo aj výkony na obličkách a nadobličkách, adnexálne operácie, splenektómie a hrudníkové výkony. Pri jednej roboticky asistovanej splenektómii vznikla intraoperačná komplikácia, ktorá si vyžiadala bezodkladnú konverziu na otvorený prístup. Videoanalýza dokumentuje vznik komplikácie, rozhodovací proces a technické aspekty bezpečnej konverzie. Deskriptívne porovnanie s laparoskopiou je limitované heterogenitou výkonov a veľkosťou prvých súborov.

Záver: Roboticky asistovanú chirurgiu je možné úspešne implementovať v komplexnom pediatrickom centre pri širokom spektre urologických a všeobecnochirurgických výkonov. Počiatočné skúsenosti potvrdzujú potrebu systematického zberu perioperačných údajov a hodnotenia learning curve celého tímu. Včasné rozpoznanie komplikácie a správne načasovaná konverzia nepredstavujú zlyhanie robotického prístupu, ale základný princíp bezpečného chirurgického programu.

7. VLIV OBEZITY NA ICG FLUORESCENČNÍ CHOLANGIOGRAFIU BĚHEM LAPAROSKOPICKÉ CHOLECYSTEKTOMIE U DĚTÍ

S35

Pajerová E., Dotlačil V., Rygl M.

Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FNMH Praha

Úvod: Fluorescenční cholangiografie s využitím indocyaninové zeleně (ICG) zlepšuje vizualizaci anatomických struktur během laparoskopické cholecystektomie (LC). Cílem studie bylo zhodnotit, zda obezita ovlivňuje kvalitu ICG cholangiografie u dětských pacientů.

Metody: Monocentrická observační kohortová studie zahrnovala dětské pacienty, kteří v období 10/2024–12/2025 podstoupili ICG asistovanou LC. Obezita byla definována jako BMI Z-skóre pro věk $> +2$ směrodatné odchylky. Sledována byla viditelnost ductus choledochus (DCH), ductus cysticus (DC) či jakéhokoliv žlučovodu před disekcí peritonea, Likertovo skóre spokojenosti, HELPFUL skóre a DISTURBED skóre fluorescence pozadí. Použity byly Fisherův exaktní test a Mannův–Whitneyův U test; $p < 0,05$ bylo považováno za statisticky významné.

Výsledky: ICG asistovanou LC podstoupilo 25 pacientů, z toho 19 dívek (76 %). Medián věku činil 14,44 roku (IQR 12,49–15,83); 9 pacientů (36 %) bylo obézních. Medián dávky ICG byl 0,35 mg/kg (IQR 0,32–0,42) a byl nižší u obézních než u neobézních pacientů (0,29 [IQR 0,24–0,32] vs. 0,37 [IQR 0,35–0,43] mg/kg; $p < 0,001$). Viditelnost před disekcí byla srovnatelná: DCH 5 (56%) vs. 10 (63%), DC 5 (56%) vs. 8 (50%) a jakýkoliv žlučovod 6 (67%) vs. 10 (63%); vše $p = 1,00$.

Obezita neovlivnila Likertovo skóre spokojenosti (medián 5 [IQR 3,75–5,00]; $p = 0,90$), HELPFUL skóre (medián 3 [IQR 2–3]; $p = 0,78$) ani DISTURBED skóre (medián 0 [IQR 0–1]; $p = 0,14$). Nežádoucí účinky související s podáním ICG nebyly zaznamenány; u jednoho pacienta se vyskytla komplikace stupně IIIb dle Clavienovy–Dindovy klasifikace.

Závěr: Obezita nebyla spojena se sníženou viditelností žlučových cest ani se zvýšenou rušivou fluorescencí jaterního pozadí během fluorescenční cholecystektomie, a to navzdory signifikantně nižší dávce ICG u obézních pacientů.

8. DIAGNOSTIKA A LÉČBA FUNKČNÍ ZÁCPY V AMBULANCI

DĚTSKÉHO CHIRURGA – DOPORUČENÍ DLE ICCS

Faltusová E., Machart M.

Klinika dětské chirurgie a traumatologie, FTN Praha, Urologická klinika VFN Praha

Úvod: Funkční zácpa se vyznačuje přítomností nepravidelnosti stolice – méně jak 3x do týdne, tvrdou, objemnou stolicí. Obtížným či bolestivým vyprazdňováním.

Diagnostikujeme ji pokud byla vyloučena organická příčina.

Doporučení Dětské evropské a Severoamerické dětské gastroenterologické společnosti, jsou Deimpakce stolice, následně udržovací léčba (osmotická projímadla, změny životního stylu, změna stravy, informovat pacienta a rodinu)

Farmakologická léčba často selhává pro nedodržování dávkování a pravidelnosti léků (až 60% pacientů)

Materiál a metody: Vyhledávání literatury bylo provedeno v databázích jako Medline, PubMed, dále z doporučeného vzdělávacího materiálu ICCS a ESPU mezi roky 2020–2026. Byly použity specifické termíny Funkční zácpa, dětská populace, Rome IV, Rome V kritéria a vyhledávání v anglickém jazyce.

Výskyt: V Evropě se prevalence (včetně dětí) odhaduje na 0,7 % až 12 %, zatímco v Severní a Jižní Americe je prevalence (včetně kojenců a dospívajících) mezi 10 % a 23 %. Prevalence funkční zácpy se v Asii pohybuje od 0,5 do 29,6 %. Jen 5% diagnostikované zácpy u dětí má organickou příčinu. 40–60% dětí má příznaky přetrvávající do dospělosti. Častější u předškolních dětí, stejně zastoupeny dívky i chlapci.

Výsledky: Shrnujeme základní diagnostiku Funkční zácpy na základě Rome IV kritérií, změny které přináší Rome V kritéria. Doporučený postup léčby, včetně režimových opatření, farmakoterapie-typy a dávkování pro dětskou populaci. Nefarmakologickou léčbu a rizikové faktory vedoucí k dalšímu dovyšetřování.

Závěr: Jedná se o přehled diagnostických postupů pro ambulantní Dětské chirurgy a komplexní přehled neoperační léčby na základě nejnovějších dat z odborné světové literatury.

9. DVOULETÉ ZKUŠENOSTI S ROBOTICKOU PYELOPLASTIKOU U DĚTÍ

Sedláček J., Drlík M., Nováková P., Vávřová L., Faltusová E., Jirásková Z., Kočvara R.

Urologická klinika, 1. LF UK a VFN Praha

Soubor 65 dětí. Medián věku 136 měs. (45–211), medián konzolového času 114 min. (61–199). Průměrná doba sledování 5 měs. (2–18).

Vymizení či regrese dilatace dutého systému u 64 dětí (98,5 %). V 1 případě selhání, řešeno restentingem.

Robotická pyeloplastika u dětí je vysoce efektivní metoda s výbornými časnými výsledky.

11. MEKONIOVÝ ILEUS – OPERAČNÍ ŘEŠENÍ POMOCÍ T DRÉNU

Keprta D., Dohnal P., Hanák R.

Chirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice

Úvod: Mekoniový ileus je střevní neprůchodnost u novorozenců způsobena abnormálně hustou, vazkou a lepkavou smolkou. V prvních 24 hodinách dojde k odchodu smolky u 98,5 % donošených a 76% nedonošených novorozenců. Absence smolky 48 hod po porodu

musí vést k dovyšetření trávicího traktu, neboť rozvoj enterokolitidy či perforace GIT mohou mít pro novorozence fatální průběh.

S35

Obsah: Porucha pasáže mekonia u novorozenců se podle literatury dětské chirurgie rozděluje na mekoniový ileus, mekoniovou zátku a ileus z nezralosti. Jedná se o tři částečně odlišné jednotky, které mají stejný patognomický podklad a sice nepoměr mezi tuhou konzistencí stolky a propulzní schopností střeva, což vede k obstrukci střeva. Mekoniový ileus je onemocnění úzce spjaté s cystickou fibrózou, ale udává se, že se až v 15–20% případech cystická fibróza neprokáže.

V naší kazuistice probereme mekoniový ileus u novorozence, který jsme řešili operační revizí. Během operace byl shledán ileus na tenkých kličkách s příčinou v terminálním ileu, které bylo obturováno mekoniem. Po mechanické extrakci mekonia ze střeva jsme se rozhodli pro další derivaci střeva zavedením T drénu.

T drén je praktická pomůcka, která se v dospělé chirurgii využívá zejména při revizích žlučových cest a jeho hlavní funkcí je prevence leaků. Jeho výhodou je drenáž za současného zachování původního lumen, možnost proplachů či zavedení kontrastní látky a rychlá a nekomplikovaná extrakce, která se provádí při běžném převazu na oddělení.

Závěr: Mekoniový ileus je vzácná příčina poruchy odchodu stolky u novorozenců. Při neúspěšné konzervativní terapii přistupujeme k operační revizi. Při nemožnosti primární anastomózy je užitečným a praktickým řešením následné derivace střeva zavedení T drénu.

12. MÁ ROZSAH ČREVNEJ RESEKCIE VPLYV NA RASTOVÉ PARAMETRE DETÍ PO NEKROTIZUJÚCEJ ENTEROKOLITÍDE?

Fuňáková M., Valachovičová E., Trepáčová D., Kraynina M., Králik R., Béder I., Babala J.
Klinika detskej chirurgie, LF UK a NÚDCH Bratislava

Cieľ: Nekrotizujúca enterokolitída (NEC) zostáva závažným ochorením s vysokou morbiditou a mortalitou, ktoré postihuje predovšetkým predčasne narodených novorodencov. Dlhodobé sledovanie pacientov po chirurgickej liečbe je nevyhnutné z viacerých dôvodov. Cieľom tejto pilotnej štúdie bolo vyhodnotiť vplyv rozsahu črevnej resekcie pre NEC na rastové parametre detí pomocou antropometrickej analýzy.

Metodika: Retrospektívna štúdia zahŕňala 33 pacientov sledovaných počas troch rokov. Pacienti boli rozdelení do piatich vekových kategórií (6–12 mesiacov, 1–2 roky, 3–5 rokov, 6–7 rokov a 8–9 rokov). Hodnotené antropometrické parametre zahŕňali telesnú dĺžku/výšku, telesnú hmotnosť, obvod hlavy a ukazovatele telesnej kompozície (pomer hmotnosti k dĺžke/výške a BMI). Všetky parametre boli štandardizované podľa veku a porovnané s referenčnými populačnými hodnotami. Rozdiely v Z-skóre telesnej hmotnosti medzi skupinami pacientov s rôznym rozsahom črevnej resekcie boli analyzované pomocou Mannovho–Whitneyho U testu.

Výsledky: Signifikantná rastová retardácia bola pozorovaná vo vekových skupinách 6–12 mesiacov a 1–2 roky, pričom hodnoty sa nachádzali pod 2. percentilom. Deti mladšie ako 3 roky vykazovali známky malnutrície a zhoršeného telesného rastu. Naopak, u detí starších ako 3 roky sa rastové parametre pohybovali v rámci fyziologickej variability populácie. Pri porovnaní pacientov s resekciou čreva > 15 cm a ≤ 15 cm neboli zistené štatisticky významné rozdiely v Z-skóre telesnej hmotnosti, BMI ani pomere hmotnosti k dĺžke/výške ($p > 0,05$). Pacienti s rozsiahlejšou resekciou však vykazovali tendenciu k pretrvávajúcemu rastovému oneskoreniu aj vo vyšších vekových kategóriách.

Záver: Deti po chirurgickej liečbe NEC môžu byť dlhodobo ovplyvnené zaostávaním v raste. V tejto pilotnej štúdii bola najvýraznejšia rastová retardácia potvrdená u detí mladších ako 2 roky. Staršie deti dosahovali rastové parametre porovnateľné s populačným priemerom bez ohľadu na rozsah črevnej resekcie, hoci po rozsiahlejších výkonoch sa ich hodnoty pohybovali na dolnej hranici normy. Na potvrdenie týchto zistení sú potrebné ďalšie štúdie s väčším počtom pacientov a dlhodobým sledovaním rastového vývoja.

Štatistika/antropometrické parametre	1–2 roky				6–8 rokov			
	Telesná dĺžka (BL)	Telesná hmotnosť (BW)	Index BW/BL	BMI	Telesná výška (BH)	Telesná hmotnosť (BW)	Index BW/BH	BMI
MIN (minimum)	72	7,25	10	13,3	107	15,5	14	12,89
MAX (maximum)	80,3	10,6	13	16,5	130,1	24	19	16,1
MEAN	76,3	8,45	11	14,4	118,4	20,2	17	14,38
Z-skóre	pod 2. percentilom	v rámci variability		pod 2. percentilom	pod 2. percentilom	v rámci variability normy		
STD mean (štandardná odchýlka) (pacienti)	3,21	1,12	1,07	1,01	7,81	2,72	1,45	0,99
MEAN (fyziologická populácia)	82,1	11,3	13,8	16,8	124	23,97	18	15,8
Zdroj štandardov	Praha 2010 (Bláha et al.)				Praha 2006 (Bláha et al.)			

13. AKUTNÍ APENDICITIDA JAKO MANIFESTACE CROHNOVY CHOROBY

Kadeřábková J.

Dětská chirurgie, Oblastní nemocnice Kolín

Úvod: Crohnova choroba jako chronické zánětlivé onemocnění může postihovat celý trávicí trakt, často imituje jiná onemocnění.

Kazuistika: Autorka prezentuje kasuistiku 18-leté dívky se zánětlivou náhlou příhodou břišní. Postup vyšetřování a léčba jsou diskutabilní. Využití SLIDO k interakci s publikem.

Závěr: V případě náhlé příhody břišní u pacienta s Crohnovou chorobou je potřeba postupovat individuálně ve spolupráci s gastroenterologem. Prioritou je směřovat pacienty na vyšší specializované pracoviště.

14. LAPAROSKOPICKÁ VERSUS OTEVŘENÁ PYLOROMYOTOMIE U DĚTÍ S HYPERTROFICKOU PYLOROSTENÓZOU: ZKUŠENOSTI JEDNOHO CENTRA

S35

Klymenko D., Slívová I.

Chirurgická klinika, FN Ostrava

Úvod: Laparoskopická pyloromyotomie je moderní alternativou otevřené pyloromyotomie u hypertrofické pylorostenózy. V centrech s nižším ročním objemem výkonů však může být její zavádění spojeno s obavami o bezpečnost a křivku učení. Cílem práce bylo srovnat časné výsledky laparoskopické a otevřené pyloromyotomie na našem pracovišti.

Metodika: Retrospektivně jsme hodnotili pacienty operované pro hypertrofickou pylorostenózu v letech 2022–2026. Sledovanou skupinu tvořilo prvních 10 konsekutivních pacientů po laparoskopické pyloromyotomii. Kontrolní skupinu tvořilo 15 historických pacientů po otevřené pyloromyotomii. Hodnoceny byly věk, hmotnost, operační čas, doba do zahájení krmení, doba do dosažení plného perorálního příjmu, délka hospitalizace a komplikace.

Výsledky: Skupiny byly srovnatelné ve věku ($42,3 \pm 13,5$ vs. $40,4 \pm 24,5$ dne; $p = 0,22$) i hmotnosti (3854 ± 1071 vs. 3832 ± 1190 g; $p = 0,80$). Operační čas se mezi skupinami nelišil ($27,7 \pm 3,6$ vs. $28,4 \pm 9,8$ min; $p = 0,57$). U laparoskopické pyloromyotomie byl zaznamenán kratší čas do zahájení krmení ($2,9 \pm 0,7$ vs. $14,1 \pm 16,8$ hod; $p < 0,0001$), rychlejší dosažení plného perorálního příjmu ($18,1 \pm 9,0$ vs. $63,4 \pm 51,0$ hod; $p = 0,0002$) a kratší hospitalizace ($48,7 \pm 11,0$ vs. $122,5 \pm 154,8$ hod; $p = 0,0018$). Komplikace se vyskytly u 0/10 pacientů po laparoskopické pyloromyotomii a u 3/15 pacientů po otevřené pyloromyotomii ($p = 0,25$).

Závěr: V našem souboru byla implementace laparoskopické pyloromyotomie bezpečná a efektivní. Laparoskopický přístup neprodlužoval operační čas ani na začátku křivky učení a byl spojen s rychlejší realimentací a kratší hospitalizací. Výsledky podporují laparoskopickou pyloromyotomii jako vhodnou alternativu otevřeného přístupu i v centrech s nižším ročním objemem těchto výkonů.

15. LOKÁLNÍ INJEKČNÍ KORTIKOTERAPIE U CHIRURGICKÝCH PACIENTŮ SE STRIKTURAMI JÍCNU – RETROSPEKTIVNÍ ANALÝZA

S35

Mareček L., Tůma J., Plánka L.

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

Úvod a cíl: Jícnové striktury se objevují u dětských chirurgických pacientů typicky jako následek provedené anastomózy jícnu nebo korozivního poranění jícnu. Dilatace striktur jícnu bužemi nebo balonkem v celkové anestezii jsou standardním postupem, avšak u některých pacientů může být samotná dilatace v delším časovém horizontu nedostatečná, zejména pro rychlou recidivu zúžení jícnu. Lokální injekční kortikoterapie má za cíl zpomalit recidivu vazivové striktury jícnu a prodloužit interval mezi jednotlivými dilatacemi.

Metodika: Retrospektivně jsme analyzovali skupinu všech pacientů, kteří na našem pracovišti podstoupili dilataci jícnu s injektáží kortikoidů a hodnotili jsme vliv kortikoidů na prodloužení intervalu mezi dilatacemi a případné nežádoucí účinky. Injekční kortikoterapie byla nejčastěji prováděna opichem 3x 0,5 ml dexamethasonu do místa striktury pod optickou kontrolou. Od roku 2022 jsme provedli celkem 18 injektáží u 4 různých pacientů (3x stav po atrézii jícnu, 1x stav po korozivním poranění jícnu).

Výsledky a závěr: U všech pacientů jsme po zahájení injekektáže kortikoidů sledovali prodloužení intervalu mezi jednotlivými dilatacemi jícnu a nižší míru recidivy striktury jícnu. Nepozorovali jsme žádné nežádoucí účinky spojené s injekektáží kortikoidů do oblasti jícnové striktury. Limitací analýzy a její statisticky signifikantní interpretace je nehomogenní a malá skupina pacientů. I přesto, se ze zkušeností našeho pracoviště jeví injekektční aplikace kortikoidů jako bezpečná a efektivní metoda terapie významných nebo recidivujících jícnových striktur u chirurgických pacientů.

16. VRODENÉ CHYBY ŽLČOVÝCH CIEST - PÄTROČNÄ RETROSPEKTÍVNA ANALÝZA

Pauk A.¹, Cmarková K.², Molnár M.¹, Miklušica J.²

¹ Klinika detskej chirurgie, JLF UK a UN Martin;

² Klinika všeobecnej, viscerálnej a transplantačnej chirurgie, JLF UK a UN Martin

Úvod: Vrodené patológie žlčových ciest predstavujú zriedkavú, avšak závažnú skupinu ochorení detského veku. Najčastejšie sa manifestujú cholestázou, ikterom a poruchou odtoku žlče. Medzi najvýznamnejšie jednotky patria biliárna atrézia a choledochálne cysty. Včasná diagnostika a správne načasovanie chirurgickej liečby významne ovplyvňujú prognózu pacientov.

Materiál a metodika: Retrospektívne sme analyzovali súbor pacientov liečených pre vrodené patológie žlčových ciest v období rokov 2020–2026. Hodnotili sme vek pri stanovení diagnózy, klinickú prezentáciu, výsledky laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení, operačný prístup, histopatologické nálezy a pooperačný priebeh. Sledované boli aj laboratórne parametre približne 3 mesiace po operačnom výkone a dlhodobé výsledky liečby.

Výsledky: Do súboru bolo zaradených 11 pacientov vo veku od 18 dní do 7,5 roka. Biliárna atrézia bola diagnostikovaná u 6 pacientov, choledochálna cysta u 5 pacientov. U jedného pacienta s biliárnou atréziou bol súčasne potvrdený deficit alfa-1-antitrypsínu. Peroperačná cholangiografia bola využívaná v diagnostickom procese pri podozrení na biliárnu atréziu. U pacientov s biliárnou atréziou bola vykonaná Kasaiho portoenteroanastomóza, u pacientov s choledochálnou cystou resekcia cysty s biliodigestívnou rekonštrukciou.

Desať pacientov bolo operovaných otvoreným prístupom a jeden pacient laparoskopicky. V sledovanom období bol zaznamenaný jeden exitus. Išlo o pacienta s kombináciou biliárnej atrézie a deficitu alfa-1-antitrypsínu, ktorý napriek zaradeniu do transplantačného programu zomrel vo veku 7 mesiacov na progresívne hepatálne zlyhanie komplikované sepsou. Jeden pacient po Kasaiho operácii podstúpil transplantáciu pečene od príbuzného darcu štyri mesiace po primárnom výkone. U ostatných pacientov pretrváva priaznivý klinický stav s vyhovujúcimi laboratórnymi parametrami počas ďalšieho sledovania. Asociácia s CMV infekciou nebola potvrdená u žiadneho pacienta.

Záver: Biliárna atrézia a choledochálne cysty predstavovali najčastejšie vrodené patológie žlčových ciest v našom súbore. Včasná diagnostika, správna indikácia chirurgickej liečby a multidisciplinárna starostlivosť sú základnými predpokladmi priaznivého výsledku. Napriek pokrokom v chirurgickej a transplantačnej liečbe zostáva biliárna atrézia ochorením s rizikom progresie do hepatálneho zlyhania a potreby transplantácie pečene.

17. SAKROKOKCYGEÁLNÍ TERATOM V DOBĚ PRENATÁLNÍ INTERVENCE

Poš L., Rousková B., Bláhová N., Kučerová B., Trachta J., Hašík L., Mališ J., Prosová B., Škába R.

Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FNMH Praha

Úvod: Prenatální intervence u sakrokokcygeálního teratomu (SCT) byla v České republice zavedena v roce 2020. Indikací výkonu je rozvoj nebo hrozící riziko hydropsu plodu.

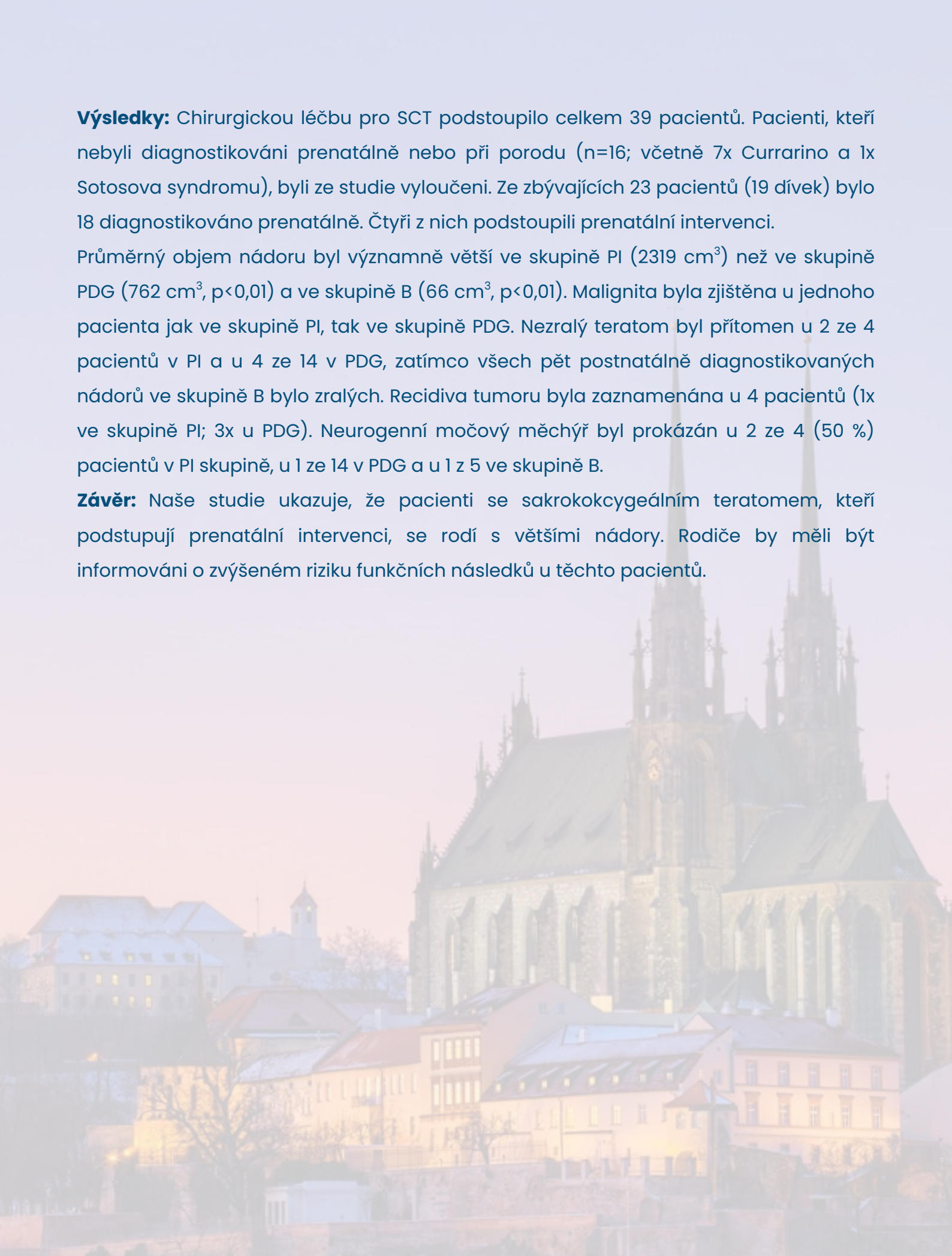
Cíl studie: Prezentovat incidenci prenatální intervence a porovnat výsledky mezi pacienty, kteří podstoupili fetoskopickou laserovou ablaci (skupina s prenatální intervencí, PI), pacienty s prenatálně diagnostikovaným SCT bez intervence (skupina PDG) a pacienty, u nichž byl SCT diagnostikován až při narození (skupina B).

Metodika: Prospektivní studie pacientů léčených pro SCT v letech 2020 až 2025. Analyzována byla data o těhotenství, porodu, chirurgickém výkonu, histologii, délce hospitalizace, recidivě a močové dysfunkci.

Výsledky: Chirurgickou léčbu pro SCT podstoupilo celkem 39 pacientů. Pacienti, kteří nebyli diagnostikováni prenatálně nebo při porodu (n=16; včetně 7x Currarino a 1x Sotosova syndromu), byli ze studie vyloučeni. Ze zbývajících 23 pacientů (19 dívek) bylo 18 diagnostikováno prenatálně. Čtyři z nich podstoupili prenatální intervenci.

Průměrný objem nádoru byl významně větší ve skupině PI (2319 cm³) než ve skupině PDG (762 cm³, p<0,01) a ve skupině B (66 cm³, p<0,01). Malignita byla zjištěna u jednoho pacienta jak ve skupině PI, tak ve skupině PDG. Nezralý teratom byl přítomen u 2 ze 4 pacientů v PI a u 4 ze 14 v PDG, zatímco všech pět postnatálně diagnostikovaných nádorů ve skupině B bylo zralých. Recidiva tumoru byla zaznamenána u 4 pacientů (1x ve skupině PI; 3x u PDG). Neurogenní močový měchýř byl prokázán u 2 ze 4 (50 %) pacientů v PI skupině, u 1 ze 14 v PDG a u 1 z 5 ve skupině B.

Závěr: Naše studie ukazuje, že pacienti se sakrokokcygeálním teratomem, kteří podstupují prenatální intervenci, se rodí s většími nádory. Rodiče by měli být informováni o zvýšeném riziku funkčních následků u těchto pacientů.



18. NEUROENDOKRINNÍ TUMORY APENDIXU V PEDIATRICKÉ POPULACI: OD CHIRURGIE K DLOUHODOBÉMU SLEDOVÁNÍ

S35

*Soporská Z.¹, Poš L.¹, Cyprová S.², Štichhauer R.³, Kašparová P.⁴, Janů F.⁵,
Tlamsová G.⁶, Mišenkova M.⁷, Chvátilová L.⁸, Nováková B.⁹, Rygl M.¹*

¹ Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FNMH Praha;

² Klinika onkologie, 2. LF UK a FNMH Praha;

³ Klinika dětské chirurgie a traumatologie, FN Hradec Králové;

⁴ Fingerlandův ústav patologie, LF UK Hradec Králové;

⁵ Chirurgické oddělení, Nemocnice Most;

⁶ Klinika dětské chirurgie, 1. LF UK a FN Bulovka Praha;

⁷ Oddělení dětské chirurgie, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem;

⁸ Chirurgické oddělení, Nemocnice Kolín;

⁹ Klinika dětské chirurgie a traumatologie, 3. LF UK a FTN Praha

Cíl: Neuroendokrinní tumory apendixu (NETa) jsou u dětí vzácné. Tato retrospektivní multicentrická studie hodnotí léčebné postupy a dlouhodobé výsledky se zaměřením na klinicko-patologické korelace a riziko vzniku sekundárních malignit.

Metody: Analyzováni byli pacienti do 18 let s verifikovaným NETa operovaní v letech 2005–2022. Hodnoceny byly demografické charakteristiky, klinické projevy, zobrazovací metody a histopatologie.

Výsledky: Zahrnuto bylo 74 pacientů, převážně dívek (72 %, n=53); s mediánem věku 14,7 let. Diagnóza byla ve všech případech náhodným histologickým nálezem po apendektomii; žádné předoperační ultrazvukové vyšetření neprokázalo suspektní tumor. U pacientů s dostupnými klinickými údaji (n=56) dominovala bolest břicha (100 %), následovaná zvracením (25 %) a horečkou (18 %). Karcinoidní syndrom nebyl zaznamenán. Medián trvání symptomů byl 2 dny. Histopatologicky byla akutní apendicitida potvrzena u 43 % případů, zatímco 11 % nevykazovalo známky zánětu. Tumory byly převážně lokalizovány v apexu (93 %). Velikost ≤ 1 cm byla u 49 % (n=36) a 1–2 cm u 8 % (n=6). Grade G1 byl potvrzen u 58 % a G2 u 4 % pacientů, u 38 % nebyl uveden.

Jeden pacient s inkompletní resekci (R1) byl pouze sledován bez relapsu. Medián doby sledování činil 5,7 let (0,05–19 let), bez relapsu onemocnění. Sekundární malignity se objevily u 5 % pacientů (n=4; ovariální teratom 2x, karcinom štítné žlázy, karcinom děložního hrdla).

Závěr: NETa v dětském věku vykazují benigní chování a excelentní prognózu. Konzervativní postup se jeví jako bezpečný i u grade G2 nebo inkompletní resekce. Výskyt sekundárních malignit (5,4 %) však podporuje potřebu dlouhodobého onkologického sledování.

19. RECIDIVUJÍCÍ TORZE VAJEČNÍKU – INDIKACE K PEXI?

Štichhauer R.¹, Štěpán M.², Kopřiva J.³, Koliba P.⁴

¹ Klinika dětské chirurgie a traumatologie, LF UK a FN Hradec Králové;

² Gynekologicko-porodnická klinika, LF UK a FN Hradec Králové;

³ Radiologická klinika, LF UK a FN Hradec Králové;

⁴ Gynekologicko-porodnická klinika, 1. LF UK a FN Bulovka Praha

Úvod: Torze vaječníku je v dětském věku relativně vzácnou, ale velmi závažnou náhlou příhodou. V klinickém obraze dominují akutní bolesti břicha s možným zvracením. Diagnostika není vždy snadná, základem je pečlivá anamnéza a klinické vyšetření. Nezastupitelné místo má ultrazvukové vyšetření. Ischémie až nekróza ovária, častěji celých adnex, nastupuje časně, a proto je chirurgický výkon jediným léčebným krokem. Adnexektomie by měla být prováděna pouze při kompletní nekróze ovariální tkáně či při nádorovém onemocnění. V ostatních případech je v současnosti preferován zachovný výkon. Diskutovaným tématem je i profylaktická pexe torkvovaných adnex.

Cíl: Prezentace kazuistiky pubertální dívky s opakovanou torzí vaječníků na obou stranách se zaměřením na indikaci, provedení profylaktické pexe a náhledem do současné literatury.

Kazuistika: 13letá dívka byla na Klinice dětské chirurgie a traumatologie FNHK operována od věku 10 let celkem třikrát pro náhlou příhodu břišní. Dle klinického, sonografického a následně perioperačního nálezu byla příčinou obtíží torze ovária. Ve dvou případech byla postižena pravá strana, jednou levá. Vaječníky byly vitální, a tak byla vždy provedena jejich laparoskopická detorse. Po druhé recidivě byla indikována a následně provedena oboustranná pexe ovárií.

Závěr: Opakovaná torze ovárií je jednou z mála indikací k provedení jejich pexe. Proto byl tento výkon u prezentované pacientky proveden.

20. KONZERVATIVNÍ LÉČBA PERIAPENDIKULÁRNÍHO ABSCESU U DĚTSKÝCH PACIENTŮ – RETROSPEKTIVNÍ ANALÝZA DAT A PŘEHLED LITERATURY

S35

Tlamsová G., Pejšová Šilerová J., Škvařil J.

Klinika dětské chirurgie a traumatologie, 1. LF UK a FN Bulovka Praha

Úvod: Periapendikulární absces je ohraničená kolekce hnisu vznikající jako komplikace perforované akutní apendicitidy. V současné době je jako metoda volby preferována iniciální konzervativní léčba – podání intravenózních širokospektrých antibiotik, doplněné o CT nebo UZ navigovanou drenáž. Po залечení akutního zánětu lze plánovat odloženou apendektomii. Cílem naší práce je retrospektivní analýza dětských pacientů s diagnózou periapendikulárního abscesu, kteří byli léčeni na našem pracovišti primárně konzervativně, zhodnotit úspěšnost této léčby a porovnat naše výsledky zejména se zahraničními publikacemi.

Metoda: Retrospektivní analýza dat souboru pacientů s primárně konzervativně léčeným periapendikulárním abscesem na pracovišti KDCHT FN Bulovka v období od ledna 2020 do prosince 2025 a porovnání výsledků se zahraničními publikacemi.

Výsledky: Z celkového počtu 827 pacientů s akutní apendicitidou mělo 88 komplikovanou formu a u 23 byl diagnostikován periapendikulární absces. Časná laparotomie byla provedena u 19 pacientů, 4 pacienti byli léčeni konzervativně. Soubor tvořili 2 chlapci a 2 dívky průměrného věku 11 let, s průměrnou dobou obtíží 7,5 dne. Diagnóza byla potvrzena pomocí UZ a CT.

Ve všech případech byla zahájena intravenózní antibiotická terapie (piperacilin/tazobactam a metronidazol) a provedena CT navigovaná drenáž abscesu. Elektivní laparoskopická appendektomie byla plánována u všech pacientů za 19–24 týdnů; v jednom případě byla nutná konverze pro rozsáhlé adheze. Pooperační komplikace nebyly zaznamenány.

Diskuse: Zahraniční publikace potvrzují vysokou úspěšnost konzervativní léčby periapendikulárního abscesu u dětí. Riziko recidivy obtíží dosahuje 8–20 %, nejčastěji během prvních 50 dní po hospitalizaci. Vyšší pravděpodobnost komplikací při elektivní appendektomii mají starší děti, pacienti s abscesy většími než 3 cm a s delší primární hospitalizací. Některé studie proto doporučují odloženou appendektomii pouze při recidivě obtíží a její provedení nejdříve po 12 týdnech od ukončení konzervativní léčby.

Závěr: Naše výsledky potvrzují, že konzervativní léčba doplněná CT/UZ navigovanou drenáží představuje vhodný postup u dětských pacientů s periapendikulárním abscesem. Indikace rutinní odložené appendektomie však zůstává sporná a měla by být zvažována individuálně podle klinického průběhu a rizikových faktorů.

21. MEKONIOVÁ PSEUDOCYSTA

Uhrínová P., Poš L., Soporská Z., Kokešová A., Rygl M.

Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FNMH Praha

Úvod: Mekoniová pseudocysta (MP), jakožto forma ohraničené mekoniové peritonitidy, je důsledkem prenatální perforace střeva a často vyžaduje včasnou chirurgickou intervenci.

Metodika a cíl: Retrospektivní monocentrická studie pacientů s MP (2019–2025) hodnotící diagnostiku, efektivitu chirurgické léčby a morbiditu dle Clavien-Dindo klasifikace (CD).

Výsledky: Léčení byli 4 pacienti, z toho 3 chlapci. Prenatální suspekce na obstrukci GIT byla u 3 pacientů, 1 pacient byl sledován pro intrauterinní perforaci GIT. Medián doby porodu byl 35. gestační týden, porodní hmotnosti 3060g (2120–3820). Typický ultrazvukový a skioskopický nález MP s kalcifikacemi byl zachycen pouze u 1 pacienta.

Operační revize byla provedena do 48 hodin života pro prenatální diagnostiku poruchy pasáže a tomu odpovídající klinický stav postnatálně. Peroperačně byl u všech nalezen volvulus tenkých klíčků s MP. U dvou pacientů byla vyvedena stomie na tenkém střevě, u dvou provedena primární anastomóza. U obou pacientů s anastomózou se rozvinul ileózní stav (CD IIIB), který si vyžádal reoperaci se založením stomie. Medián doby do uzávěru stomie činil 53 dní (40–91), plného enterálního příjmu dosáhli pacienti 23 dní (9–347) poté. Medián délky podávání parenterální výživy (PV) byl 8,5 týdne (6–49) od primární operace pro MP, přičemž jeden pacient byl indikován k domácí PV. (CD II). Přidružené komorbidity zahrnovaly cystu choledochu a cystickou fibrózu (CF). CF byla potvrzena u jednoho pacienta, u dalšího bylo diagnostikované přenašečství. Během follow up (medián 35 měsíců, 6–67) nebyly zaznamenány dlouhodobé komplikace, aktuálně všichni pacienti nutričně prospívají na plné enterální výživě.

Závěr: Operace mekoniové pseudocysty je spojena s vysokou morbiditou a nutností opakovaných revizí. Oba pokusy o primární anastomózu si vyžádaly reoperaci s vyvedením stomie. Všichni pacienti mají obnovenou kontinuitu GIT a prospívají na plné enterální výživě.

22. KARCINÓM ŠTÍTNEJ ŽLÁZY U DETÍ: KAM SME SA POSUNULI ZA 20 ROKOV?

Zahradníková P.¹, Babala J.¹, Staník J.², Vitariušová E.², Tichá L.², Králik R.²

¹ Klinika detskej chirurgie, LF UK a NÚDCH Bratislava;

² Detská klinika, LF UK a NÚDCH Bratislava

Úvod: Ochorenia štítnej žľazy v detskom veku predstavujú zriedkavú skupinu diagnóz, pričom diferenciovaný karcinóm štítnej žľazy sa u detí často manifestuje pokročilejším ochorením než u dospelých. Cieľom práce je zhodnotiť skúsenosti KDCH LF UK a NÚDCH s chirurgickou liečbou ochorení štítnej žľazy u detí za 18 rokov.

Materiál a metodika: Retrospektívne sme analyzovali súbor pacientov operovaných na KDCH LF UK a NÚDCH v období rokov 2007–2024. Hodnotili sme spektrum diagnóz, výskyt malignít, vekové a pohlavné zastúpenie pacientov, vývoj počtu výkonov a pooperačné komplikácie.

Výsledky: Súbtor tvorilo 188 pacientov, z toho 72 % dievčat. Najčastejšou diagnózou bola nodózna struma (41,2 %), nasledovaná karcinómami štítnej žľazy (31,6 %) a Graves-Basedowovou chorobou (17,1 %). Celkovo bolo diagnostikovaných 66 karcinómov s rastúcim trendom v posledných rokoch. Prechodná paréza nervus laryngeus recurrens bola zaznamenaná u 20,7 % pacientov, trvalá u 1 %. Prechodná hypoparatyreóza sa vyskytla u 6,5 % pacientov, trvalá hypoparatyreóza nebola zaznamenaná.

Záver: Chirurgia štítnej žľazy v detskom veku patrí do rúk skúseného multidisciplinárneho tímu v špecializovanom centre. Centralizácia starostlivosti umožňuje dosahovať nízky výskyt závažných komplikácií pri narastajúcom počte onkologických pacientov.

23. TORAKOSKOPIE U LONG GAP ATRÉZIE JÍCNU – NAŠE PRVNÍ ZKUŠENOSTI

Marek O., Plánka L., Tůma J.

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

Torakoskopická rekonstrukce long-gap atresie jícnu dává další možnosti, jak se vypořádat s touto náročnou diagnózou. Cílem sdělení je prezentovat naše první zkušenosti s touto metodou u dvou novorozenců.

V období 2025 – 2026 jsme indikovali 2 pacienty s LGEA bez píštěle k torakoskopické rekonstrukci. Po zhodnocení vzdálenosti obou pahýlů byl primárně proveden torakoskopický výkon s naložením trakčních stehů. V dalším postupu již vzhledem ke komplikacím byl nutný i otevřený torakotomický výkon.

Torakoskopický přístup u LGEA s využitím trakčních stehů je technicky proveditelný a bezpečný, nicméně v sobě nese četná úskalí. Přes vysokou technickou náročnost přináší benefit z hlediska miniinvazivity oproti klasické torakotomii z hlediska následných deformit v oblasti hrudníku. Také díky trakčním stehům a prodloužení obou pahýlů se můžeme vyhnout rekonstrukčním výkonům v oblasti hrudníku např. náhradě jícnu žaludkem.

24. VÝSLEDKY LÉČBY VPÁČENÉHO HRUDNÍKU PODTLAKOVÝM ZVONEM – ÚSPĚŠNOST ZÁVISLÁ NA VĚKU?

Bartl V., Mareček L., Plánka L.

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

Cílem naší studie bylo srovnat výsledky konzervativní terapie vpáčeného hrudníku pomocí podtlakového zvonu ve 2 věkových skupinách, a to ve věku 10 let a pacientů starších 10let, součástí konzervativní léčby byla i fyzioterapie.

Celkem bylo hodnoceno 41 pacientů, z toho bylo 18 pacientů mladších, než 10let.

Hodnotili jsme změny hloubky, resp. nejnižšího bodu exkavace.

Počet pacientů se zlepšením alespoň o polovinu původní hloubky byl obou skupinách asi 17 %, počet pacientů se zlepšením hloubky alespoň o třetinu byl v mladší skupině asi 39 % ve skupině starší asi 48 %.

Ve skupině mladších, než 10 let došlo k průměrnému zlepšení o 19 %, tj. 0,4 cm, ve skupině starších pacientů průměrné zlepšení 23 % (0,56 cm)

Závěrem lze říci, že jediným objektivním údajem o deformitě je naše měření nejhlubšího bodu exkavace, posouzení doby aplikace i velikosti podtlaku vychází z údajů rodičů.

Bodem k diskuzi je rovněž to, zda nezhoršení stavu by se nemělo posuzovat jako úspěch konzervativní terapie.

25. KDYŽ TRIAGE KLAME: OD SUSPEKTNÍHO KRANIOTRAUMATU K REVIZI HRUDNÍKU

Kraus P.¹, Dočekalová Š.¹, Štichhauer R.¹, Maršík L.²

¹ Klinika dětské chirurgie a traumatologie, LF UK a FN Hradec Králové;

² Kardiochirurgická klinika, LF UK a FN Hradec Králové

S35

Úvod: Vstupní zhodnocení stavu pacienta v přednemocniční péči může být v nepřehledných situacích zatíženo chybou. Zejména u tupých dětských traumat může primární klinický obraz svádět k chybné vřdčí diagnóze.

Popis případu a vývoj stavu (kazuistika): Patnáctiletý pacient byl primárně avizován RZP jako izolované kraniotrauma po pádu ze skútru v malé rychlosti. Pro iniciální poruchu vědomí byl na místě zaintubován, zajištěn umělou plicní ventilací (UPV) a transportován do dětského traumacentra FNHK. Při příjezdu byl oběhově hraničně stabilní. V rámci primary survey bylo odhaleno oslabené dýchání vlevo, bez deformity hrudníku a bez hmatné krepitace.

Následný RTG hrudníku ukázal nečekaný nález: sériovou zlomeninu žeber a kompletní zastření levého plicního pole. Byla okamžitě provedena hrudní drenáž. Po jednorázové evakuaci 700 ml čerstvé krve se však stav pacienta začal dramaticky měnit a došlo k rychlému rozvoji kritické oběhové nestability.

Závěr: Předmětem sdělení je detailní analýza perioperačního a pooperačního managementu tohoto pacienta. Kazuistika se zaměřuje na následující klíčové klinické aspekty:

- Identifikace raritního a v dětském věku zcela nečekaného zranění.
- Volba adekvátního radikálního chirurgického výkonu v režimu „life-saving surgery“.
- Multidisciplinární management těžce narušené mechaniky dýchání a indikace k následnému stabilizačnímu výkonu na hrudní stěně během hospitalizace na oddělení KARIM.

Kazuistika demonstruje nezbytnost striktního dodržování ATLS protokolu a schopnost traumatýmu okamžitě reagovat správně na život ohrožující stavy.

26. MULTIODBOROVÁ SPOLUPRÁCA PRI RIEŠENÍ KOMPLEXNÝCH VRODENÝCH A ZÍSKANÝCH DEFORMÍT PREDNEJ HRUDNEJ STENY U DETÍ

Lipáková L., Omaník P., Kabát M., Béder I., Babala J.

Klinika detskej chirurgie, LF UK a NÚDCH Bratislava

Úvod: Komplexné deformity prednej hrudnej steny u detí, častokrát asociované s vrodenými srdcovými chybami, predstavujú významný funkčný aj kozmetický problém. Načasovanie ich chirurgickej korekcie zostáva predmetom diskusie, najmä u pacientov vyžadujúcich opakované alebo rozsiahle kardiochirurgické výkony.

Cieľom práce je prezentovať skúsenosti nášho pracoviska so simultánnou korekciou deformít prednej hrudnej steny ako súčasťou kardiochirurgických operácií.

Metodika: Retrospektívne sme analyzovali súbor pacientov operovaných v rokoch 2017–2026, u ktorých bola počas jednej anestézie vykonaná korekcia deformity prednej hrudnej steny spolu s kardiochirurgickým výkonom. Hodnotili sme demografické údaje, typ vrodenej srdcovej chyby, charakter deformity hrudnej steny, použitú operačnú techniku a perioperačný priebeh. Vzhľadom na vysokú heterogenitu súboru nebola vykonaná štatistická analýza.

Výsledky: Do súboru bolo zaradených 13 pacientov vo veku 0 až 18 rokov. Dominovali pacienti so sekundárnou deformitou prednej hrudnej steny po absolvovaní kardiochirurgického výkonu v novorodeneckom veku ($n=8$), 3 pacienti mali rôzne typy sternoschíz spolu s kardiálnou vadou, 1 pacient pectus arcuatum a kardiálnu vadu, 1 pacient pectus carinatum, potvrdený Marfanov syndróm so symptomatickou aortálnou insuficienciou. Vo väčšine prípadov bola použitá modifikovaná Ravitchova technika, pričom v štyroch prípadoch bola stabilizácia hrudnej steny doplnená kovovou pelotou. V sledovanom súbore nebola zaznamenaná perioperačná mortalita súvisiaca s korekciou hrudnej steny.

Záver: Súčasná korekcia deformít prednej hrudnej steny spolu s kardiochirurgickými výkonmi predstavuje bezpečný a efektívny terapeutický prístup. Umožňuje riešenie funkčných aj estetických aspektov ochorenia v jednom operačnom sedení bez zjavného zvýšenia perioperačného rizika a potreby ďalšieho chirurgického výkonu. Najväčšou výzvou však naďalej zostáva určenie optimálneho načasovania chirurgickej intervencie, ktoré si vyžaduje individuálny prístup a úzku koordináciu medzi kardiochirurgom, detským chirurgom a ďalšími členmi multidisciplinárneho tímu.

27. MODERNÝ MONITOROVACÍ SYSTÉM LIEČBY PECTUS EXCAVATUM POMOCOU VACUUM BELL

Molnár M.¹, Špaková B.¹, Dzian A.², Šmondrk M.³, Babušiak B.³

¹ Klinika detskej chirurgie, JLF UK a UN Martin;

² Klinika hrudníkovej chirurgie, JLF UK a UN Martin;

³ Katedra teoretickej elektrotechniky a biomedicínskeho inžinierstva, FEIT UNIZA

Úvod: Konzervatívna liečba pectus excavatum pomocou vacuum bell je štandardný postup liečby u mladších pacientov a u pacientov s mierne závažnými deformitami hrudníka. Veľkosť podtlaku sa nastavuje na základe subjektívneho hodnotenia lekára a pacienta a dĺžku aplikácie vieme hodnotiť len na základe údajov od pacienta. Objektivizácia liečby je doposiaľ možná len na základe antropometrického merania pri ambulantnej kontrole a 3D skenovaním hrudníka.

Materiál a metódy: Štúdia zahŕňa skupinu pacientov s pectus excavatum liečených pomocou vacuum bell. Priamo na vacuum bell je umiestnené monitorovacie zariadenie, ktoré bolo vyrobené v spolupráci s biomedicínskymi inžiniermi, ku ktorému bola vytvorená aplikácia pre pacienta. Zariadenie kontinuálne monitoruje sledované parametre počas aplikácie zvonu ako je podtlak, vzdialenosť a čas aplikácie, zaznamenané údaje odosiela pomocou bezdrôtovej technológie do smartfónu pacienta a na webové rozhranie za účelom monitorovania liečby pacienta na diaľku.

Výsledky: Autori predstavujú iniciálne skúsenosti s monitorovacím systémom podtlakovej liečby u pacientov s pectus excavatum zaradenými do štúdie.

Záver: Kontinuálny monitoring podtlakovej liečby prináša objektivizáciu a lepšie možnosti hodnotenia úspešnosti liečby, rovnako umožňuje identifikovať riziká zlyhania tejto terapie. Prináša moderný spôsob manažovania liečby lekárom na diaľku. Samotná aplikácia s možnosťou kontroly parametrov pacientom pôsobí na pacienta motivačne s potenciálom zlepšenia compliance.

28. TENZNÝ FLUIDOTORAX AKO PRVÝ PRÍZNAK EWINGOVHO SARKÓMU REBRA:

KAZUISTIKA URGENTNÉHO MANAŽMENTU

Popovič M., Klapáčová K., Weissová Š.

Oddelenie detskej chirurgie, DFN Košice

Úvod: Ewingov sarkóm hrudnej steny manifestujúci sa ako akútny, život ohrozujúci tenzný fluidotorax bez traumy je v klinickej praxi extrémne vzácny.

Kazuistika: Prezентujeme prípad mladého chlapca prijatého pre dušnosť. RTG odhalilo tenzný fluidotorax s posunom mediastína. Okamžitá drenáž evakuovala čistú krv, krvácanie sa stabilizovalo po podaní troch erymasí. Následná torakoskopická biopsia (VATS) bola komplikovaná nekontrolovateľným krvácaním, čo si vyžiadalo urgentnú konverziu. Bol resekovaný tumor (10×8×6 cm) vyrastajúci zo 6. rebra, spolu s rebrami č. 5 až 7 do zdravého tkaniva. Syntetická sieťka na rekonštrukciu hrudnej steny nebola použitá pre hroziace infekčné riziko pred plánovanou chemoterapiou; defekt bol krytý lokálnym posunom mäkkých tkanív.

Záver: Histológia potvrdila Ewingov sarkóm rebra a pacient úspešne zahájil chemoterapiu. Kazuistika poukazuje na nutnosť pripravenosti na urgentnú konverziu VATS pri cievnej komplikácii a potrebu strategického plánovania rekonštrukcie defektu s ohľadom na následnú onkologickú liečbu.

29. TRAUMATICKÁ RUPTURA BRÁNICE U 14LETÉ DÍVKY JAKO SOUČÁST ZÁVAŽNÉHO POLYTRAUMATU

Rounová P.¹, Zeinedine O.¹, Soporská Z.¹, Kautzner J.², Hanus M.², Štulík J.³, Rygl M.¹

¹ Klinika detskej chirurgie, 2. LF UK a FNMH Praha;

² Klinika detskej a dospelé ortopedie a traumatologie, 2. LF UK a FNMH Praha;

³ Klinika spondylochirurgie, 1. LF UK a FNMH Praha

Úvod: Traumatická ruptura bránice (TRB) predstavuje v detskej populácii vzácnou, leč život ohrozujúcu diagnózu, ktorá tvorí pouze 1–3 % tupých poranění hrudníku a břicha u dětí. Dominantní příčinou je vysokoenergetické trauma při dopravních nehodách. Patofyziologicky dochází k náhlému a masivnímu zvýšení nitrobřišního tlaku oproti nitrohrudnímu, což vede k ruptuře bránice v jejím nejslabším místě.

Tato kazuistika popisuje úspěšný management a multidisciplinární léčbu 14leté pacientky s TRB po nárazu ve vysoké rychlosti.

Popis případu: Čtrnáctiletá dívka byla účastnicí dopravní nehody jako spolujezdkyně (náraz automobilu do stromu v rychlosti 70 km/h). Po primárním ošetření v Centru dětské traumatologie ve spádové fakultní nemocnici byla zobrazovacími metodami diagnostikována traumatická ruptura levé poloviny bránice s herniací žaludku a sleziny do levého hemitoraxu. Současně byla zjištěna nestabilní fraktura pánve typu C dle AO klasifikace. Pacientka byla transportována k operačnímu řešení polytraumatu do dětského traumacentra FNMH.

Operační řešení: Z horní střední laparotomie proběhla revize dutiny břišní, která potvrdila mediodorzální rupturu bránice vlevo (5 × 7 cm). Po nezbytném rozšíření defektu byla provedena repozice dislokovaného žaludku a sleziny do anatomické polohy. Následovala sutura bránice nevstřebatelnými stehy Ethibond 2/0 a zavedení hrudního drénu na aktivní sání. Ostatní orgány břicha i pánve byly bez makroskopického poranění. V těžké anestezii provedl ortopedický tým zevní fixaci pánve v souladu se strategií damage control. Pooperační stav pacientky byl stabilizován a 7. pooperační den byla přeložena na ortopedickou kliniku. Jedenáctý den po úrazu podstoupila osteosyntézu pánevního kruhu dlahami a šrouby. Dvacátý pátý den po úrazu následovala spondylochirurgická iliolumbální stabilizace. Pacientka je aktuálně v péči spondylochirurgů a je u ní zajištěna komplexní péče psychologa a fyzioterapeuta.

Závěr: Dětské traumacentrum má být v režimu 24/7 připraveno k řešení všech neodkladných poranění při polytraumatu.

30. POLEPTANIE PAŽERÁKA – POĎAKOVANIE PÁNOVI PROFESORovi

Šudák M., Klapáčová K., Kurák M., Petrášová M., Fedor P.

Oddelenie detskej chirurgie, DFN Košice

Autori v prednáške uvádzajú prípad dvojročného chlapca, ktorý neúmyselne požil silný zásaditý čistiaci prostriedok, čím došlo k ťažkému poleptaniu pažeráka. Po zvládnutí akútnej fázy došlo k závažnej striktúre ezofágu, ktorá nereagovala na endoskopické dilatácie a viedla k takmer úplnej afágii.

Pre závažnú malnutríciu bolo nutné zavedenie výživnej gastrostómie. Napriek tomu rodičia až po roku od poleptania súhlasili s navrhovanou radikálnou operáciou, ktorú sme realizovali po konzultácii so špecializovaným pracoviskom.

Pooperačnú rekonvalescenciu po náročnej operácii závažného patologického nálezu s kompletnou náhradou ezofágu žalúdkom pacient zvládol bez komplikácií a má sa dobre aj v súčasnosti.

Prednášku autori uviedli k pocte profesora Jiřího Šnajdaufa.

31. KOMPLIKACE PŘI OPERACI DLE NUSSE

Plánka L., Starý D.

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

Úvod: Miniinvazivní korekce vpáčeného hrudníku dle profesora Nusse (MIRPE) je postupně cizelována k maximální bezpečnosti. Jednotlivá pracoviště postupně přidala své zkušenosti a tipy, například práce prof. Šnajdaufa a elevace sternu kostním hákem nebo naše kotvení dlahy k žebříku dvěma nevstřebatelnými stehy pod kontrolou TSK. I tak však jde o rizikovou proceduru a komplikace nelze kompletně eliminovat.

Cíl: Záměrem sdělení je uvést přehled komplikací této metody zaznamenaných na Klinice dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie po 13 letech od jejího zavedení.

Metodika: Retrospektivní analýza nemocničního informačního systému a záznamů z hospitalizací celkem 131 operovaných pacientů.

Výsledky: Zcela jednotnou metodikou vedené operace jen dvěma operátory bylo vždy dosaženo úspěšného umístění dlahy pod hrudní kost, nikdy nebylo třeba operaci pro závažnou komplikaci předčasně ukončit nebo konvertovat na otevřenou revizi hrudní dutiny. Ve třech případech (2,3 %) došlo ke klinicky významnému hematomu po operaci, který vyžadoval dodatečnou hrudní drenáž. V pěti případech (3,8 %) pak bylo stejnou procedurou nutné provést pro klinicky významný pneumotorax. V jednom případě jsme zavaděčem perforovali periferní část plicního laloku (ošetřeno suturou) na straně výstupu a v jednom případě jsme při fixaci stabilizátoru penetrovali jehlou až do hrudní dutiny, což vyžadovalo druhostrannou TSK a přidání portu pro extrakci jehly. Tolik akutních komplikací, celkový počet tedy 10 (7,6%), všechny charakteru střední závažnosti.

Závěr: Metoda MIRPE se postupem času stává více bezpečnou, v souboru 131 pacientů bylo zaznamenáno deset komplikací, žádná z nich však nebyla z kategorie život nebo zdraví ohrožující. I nadále směřujeme k hledání bezpečnější, lépe tolerované a více efektivní metody.

32. MINIINVAZÍVNE RIEŠENIE MORGAGNIHO – LARREYOVEJ HERNIE: KAZUISTIKA

Klapáčová K., Popovič M., Weissová Š.

Oddelenie detskej chirurgie, DFN Košice

Operácie hernií patria v detskej chirurgii k najbežnejším chirurgickým výkonom s ktorými sa stretávame v každodennej praxi. Existujú však aj zriedkavejšie typy, medzi ktoré patrí Morgagniho hernia. Ide o zriedkavú vrodenú bráničnú herniu charakterizovanú defektom v trigonum sternocostale. Prezentujeme kazuistiku dvojmesačného pacienta narodeného v 35. gestačnom týždni s bilaterálnym retrosternálnym defektom prevažne vľavo, minimálnym vpravo (Morgagniho – Larreyova hernia). Dieťa s ľahkým respiračným infektom bolo závislé od kyslíkovej terapie a liečby bronchodilatanciami. Diagnostika sa opierala o RTG a následné CT vyšetrenie, ktoré verifikovalo herniáciu ľavého laloka pečene a žalúdka s výraznou kompresiou perikardu. Následná operačná liečba spočívala v laparoskopickej repozícii orgánov do brušnej dutiny a v primárnej plastike pomocou transfasciálnej sutúry laparoskopicky technikou PIRS. Herniálny vak nebol resekovaný pre tesnosť perikardu. Operačný výkon skomplikoval vznik tenzného pneumotoraxu (kapnotoraxu) vľavo, ktorý bol spôsobený fyzikálnym tlakovým gradientom a mikroskopickou priepustnosťou tkanív. Stav bol urgentne riešený zavedením hrudnej drenáže do ľavej pleurálnej dutiny. V závere zhŕňame všeobecné odporúčania pri riešení tohto typu hernie.

Obsahom prezentácie fotky, RTG, CT a foto ev.video peroperačne.

34. TORZIA SLEZINY AKO PRÍČINA NÁHLEJ BRUŠNEJ PRÍHODY – KAZUISTIKA

Fuňáková M., Béder I., Nothart M., Babala J.

Klinika detskej chirurgie, LF UK a NÚDCH Bratislava

Štvorročná pacientka s náhle vzniknutými bolesťami brucha, vracaním a subfebrilitami bola v úvode ambulantne liečená pre suspektnú akútnu gastritídu. Pre pretrvávajúce ťažkosti a eleváciu zápalových parametrov bola následne hospitalizovaná na klinike pediatrie spádovej fakultnej nemocnice s podozrením na akútnu pyelonefritídu, ktoré sa však nepotvrdilo. Sonografické vyšetrenie brucha vyslovilo podozrenie na torziu sleziny, pre ktoré bola na štvrtý deň od začiatku ťažkostí preložená na naše pracovisko. Po prijatí bolo sonografické vyšetrenie zopakované s potvrdením diagnózy torzie sleziny. Klinický stav pacientky bol stabilný, s nevýrazným lokálnym nálezom na bruchu. Vzhľadom na priaznivý celkový stav bola doplnená CT angiografia brucha, ktorá potvrdila nezvratné ischemické zmeny sleziny. Súčasne boli zistené pridružené vrodené anomálie – ľavostranná vena cava inferior s viacerými anatomickými variáciami cievneho systému, agenéza kaudy pankreasu a intestinálna malrotácia. Po predoperačnej príprave vrátane antibiotickej liečby a kardiologického vyšetrenia bola pacientka operovaná roboticky. Výkon bol realizovaný štvorportovým prístupom s jedným asistentským suprapubickým portom, ktorý následne slúžil na extrakciu sleziny z brušnej dutiny. Operačný aj pooperačný priebeh boli bez komplikácií. Pacientka nevyžadovala transfúziu erytrocytov a v dobrom klinickom stave bola prepustená do domácej starostlivosti na štvrtý pooperačný deň. Nadalej zostáva v dispenzárnom sledovaní s plánovanou kontrolou krvného obrazu a realizáciou odporúčaných očkovaní po splenektómii.

Wandering spleen (migrujúca slezina) predstavuje zriedkavú vrodenú poruchu fixácie sleziny, ktorá predisponuje k torzii orgánu okolo predĺženej cievnej stopky a môže byť príčinou náhlej brušnej príhody. V prípade našej pacientky kombinácia wandering spleen, intestinálnej malrotácie, agenézy kaudy pankreasu a ľavostrannej vena cava inferior podporuje hypotézu spoločného embryologického podkladu poruchy vývoja dorzálneho mezogastria.

Naša kazuistika poukazuje na význam včasnej diagnostiky tohto zriedkavého ochorenia a potvrdzuje, že roboticky asistovaný laparoskopický prístup predstavuje bezpečnú a efektívnu metódu chirurgickej liečby aj u detských pacientov.

Úvod: Anomálie uzávěru ductus omphaloentericus představují vzácné vrozené vady vznikající poruchou jeho regrese. Ductus omphaloentericus (jinak také ductus vitellinus) během embryonálního vývoje spojuje žloutkový váček se středním střevem. Mezi jednotlivé formy patologického úzávěru patří Meckelův divertikl, omphaloenterická cysta, fibrózní pruh, polyp a omphaloenterická píštěl (ductus omphaloentericus persistens). Klinicky se mohou projevit abnormálním vzhledem pupku, sekrecí z pupku, krvácením do gastrointestinálního traktu nebo známkami střevní obstrukce.

Metodika: V předkládané práci prezentujeme kazuistiku novorozence s atypickým, širokým vzhledem pupečního pahýlu bez obvyklého průběhu mumifikace, s podezřením na přítomnost vrozené vady.

Výsledky: Pro atypický nález a protrahovanou mumifikaci pupečního pahýlu bylo provedeno ultrazvukové vyšetření, při kterém byla v oblasti rezidua pupečního pahýlu zobrazena struktura odpovídající kličce tenkého střeva. Na základě tohoto nálezu bylo vysloveno podezření na perzistující ductus omphaloentericus. Pacient podstoupil chirurgickou revizi v celkové anestezii. Peroperačně byla potvrzena komunikace mezi pupkem a ileem odpovídající kompletně perzistujícímu ductus omphaloentericus. Následovala resekce patologické komunikace a primární střevní end-to-end anastomóza. Pooperační průběh byl bez komplikací.

Závěr: Přestože je ductus omphaloentericus persistens vzácnou diagnózou, je nutné na něj myslet při atypickém vzhledu pupečního pahýlu novorozence a protrahované mumifikaci. Včasná sonografická diagnostika a časné chirurgické řešení vedou k dobrým výsledkům a minimalizují riziko komplikací.

36. KAZUISTIKA: NÁHLÁ KRVÁCIVÁ PŘÍHODA BŘÍŠNÍ NA PODKLADĚ MECKELOVA DIVERTIKLU U 6MĚSÍČNÍHO KOJENCE S “AKUTNÍ GASTROENTERITIDOU”

Horáková V., Machart M., Pešl T.

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

Meckelův divertikl se v populaci vyskytuje s incidencí přibližně 2 % a u většiny jedinců zůstává celoživotně asymptomatický. V některých případech však může být zdrojem závažných náhlých příhod břišních. Vzhledem k variabilitě klinických projevů a možné koincidenci s běžnými onemocněními představuje jeho včasná diagnostika výzvu, zejména u kojenců. Prezентujeme kazuistiku takového případu.

37. KDE SE STALA CHYBA?

Chvátílová Holická L.¹, Dočekalová Š.¹, Šafus A.², Štichhauer R.²

¹ Dětská chirurgie, Oblastní nemocnice Kolín;

² Klinika dětské chirurgie a traumatologie, FN Hradec Králové

Úvod: Poukazujeme na případ nedostatečně provedeného fyzikálního vyšetření pacienta, který byl postupně vyšetřen na více pracovištích.

Kazuistika: Jedná se o 3týdenního donošeného chlapce, který byl hospitalizovaný na dětském oddělení okresní nemocnice pro opakované zvracení. Pro podezření na náhlou příhodu břišní byl přeložen na JIP dětské kliniky FN HK. Pacient byl na JIP kompletně zajištěn. Proběhlo chirurgické konzilium, ale souběžně již byla indikována podrobnější zobrazovací vyšetření.

Celý průběh diagnostického procesu a léčby autoři pravdivě zpracovali a rádi s vámi prodiskutují pomocí platformy Slido.

Závěr: Případ upozorňuje na podcenění důkladně provedeného fyzikálního vyšetření pacienta. Vzhledem k rychlému rozvoji paraklinických metod a jejich preference nesmíme v diagnostickém procesu zapomínat na kvalitně odebranou anamnézu a precizní klinické vyšetření.

38. BODNÁ PORANĚNÍ REKTA U DĚTÍ – KAZUISTIKY

Otáhalová K., Poš L., Rousková B., Škába R.

Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FNMH Praha

Cíl: Bodná poranění rektu u dětí jsou vzácná, ale potenciálně závažná. Cílem sdělení je zhodnotit zkušenosti našeho pracoviště s jejich léčbou.

Metodika: Retrospektivní analýza souboru tří pacientů (dva chlapci, jedna dívka, ve věku 5, 6 a 14 let) ošetřených na naší klinice pro bodné poranění rektu v letech 2010–2025. Ve všech případech bylo poranění způsobeno kovovým cizím tělesem. Hodnoceny byly diagnostické a terapeutické postupy, pooperační průběh a dlouhodobé výsledky léčby.

Výsledky: U všech pacientů byla vstupně přítomná rektorhagie, perineální a abdominální bolest. Ve dvou případech bylo provedeno CT vyšetření s průkazem volné tekutiny a plynu v malé pánvi.

Jedno poranění bylo extraperitoneální a dvě intraperitoneální. Extraperitoneální bylo řešeno laparotomickou revizí, bez průkazu nitrobršíšního poranění, a dočasnou protektivní sigmoideostomií. U intraperitoneálních byla provedena laparoskopická revize dutiny břišní. V jednom případě byla nalezena lacerace stěny močového měchýře, ve druhém lacerace děložního vazu a stěny ilea. Ileální poranění bylo ošetřeno resekcí s primární anastomózou.

U všech pacientů byla možná transanální primární sutura poranění. V jednom případě byla provedena až při revizi s časovým odstupem 21 hodin od úrazu, a to bez protektivní stomie.

U všech pacientů byla zahájena antibiotická terapie. Pooperační průběh byl nekomplikovaný, pacienti byli propuštěni 6., 9. a 11. pooperační den. Následné ambulantní sledování dosud nezaznamenalo žádné pozdní komplikace.

Závěr: Časná primární sutura a protektivní stomie představují standardní řešení poranění rektu. Naše zkušenost chce ukázat, že i opožděná primární sutura může být při příznivém lokálním nálezu u dětských pacientů bezpečná, a to i bez protektivní stomie.

39. AKÚTNA APENDICITÍDA? NAOZAJ? – KAZUISTIKA

Popovič M., Klapáčová K., Weissová Š.

Oddelenie detskej chirurgie, DFN Košice

Kazuistika: Prezентujeme prípad pacienta odoslaného do nemocnice s diagnózou akútnej apendicitídy. Prijatý bol v septickom stave s flegmónou retroperitonea. Tesne pred operáciou sa pacient priznal k utajenému mechanickému poraneniu konečníka. To zmenilo peroperačnú stratégiu. Kvôli kontaminácii a sepe bola nutná revízia, ošetrovanie perforácie rekta a založenie stómie.

Záver: Prednáška rozoberá liečbu pacienta a pohľady na traumatické poranenia konečníka. Prípad poukazuje na dôležitosť cielenej anamnézy.

40. KDYŽ CHYBÍ TKÁŇ: ÚLOHA PLASTICKÉHO CHIRURGA V DĚTSKÉ CHIRURGII

Rotschein P., Fiala M.

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

Defekty měkkých tkání v dětském věku představují heterogenní skupinu stavů vyžadujících individuální a často multidisciplinární léčebný přístup. Plastický chirurg se v rámci péče o dětského pacienta uplatňuje nejen při definitivním krytí tkáňového defektu, ale již v časně fázi léčby, kdy může ovlivnit rozsah debridementu, zachování potenciálně vitálních struktur, strategii hojení a následný rekonstrukční postup.

Mezi typické indikace patří traumatické defekty měkkých tkání, zejména pokousání zvířetem a amputační či devastující poranění prstů a končetin, dále dekubity vznikající například v souvislosti s imobilizací a rozsáhlejší nekrózy kůže a podkoží při infekčních komplikacích, sepsi či kritickém stavu dítěte. Léčebný postup může zahrnovat opakované nekrektomie a debridement, podtlakovou terapii rány, dočasné krytí a následnou definitivní rekonstrukci včetně autotransplantace kožním štěpem nebo za použití dalších rekonstrukčních metod.

Základním principem je maximálně tkáňově šetrný postup s respektem k vitalitě jednotlivých struktur a k vysokému regeneračnímu a remodelačnímu potenciálu dětského organismu.

Při adekvátní kontrole infekce, správné přípravě spodiny rány a vhodně zvoleném načasování definitivního krytí lze i u rozsáhlých a iniciálně nepříznivých nálezů dosáhnout kvalitního zhojení při relativně konzervativní rekonstrukční strategii. Významnou součástí rozhodování je proto nejen volba rekonstrukční metody, ale také schopnost rozpoznat situace, ve kterých je vhodné ponechat prostor spontánní granulaci, epitelizaci a remodelaci tkání.

Specifikem dětského pacienta je současně nutnost dlouhodobého pohledu. Výsledkem léčby není pouze zhojení defektu, ale zachování funkce, růstového potenciálu a přijatelného jizevnatého výsledku. Kontraktury, hypertrofické jizvení či sekundární deformity se mohou manifestovat až v průběhu dalšího růstu a vyžadovat dlouhodobé sledování nebo sekundární korekční výkony.

41. PERFORÁCIA DUODENA U EXTRÉMNE NEZRELÝCH NOVORODENCŮV – KAZUISTIKY

Špaková B., Molnár M.

Klinika detskej chirurgie, UN Martin

Ciel': Perforácia duodena je zriedkavá chirurgická diagnóza spojená s vysokou mortalitou. Extrémne nízka pôrodná hmotnosť (pôrodná hmotnosť < 1000 g) a extrémna nezrelosť predstavujú predispozičný faktor vzniku závažných gastrointestinálnych komplikácií vrátane perforácie duodena.

Kazuistika: Autori prezentujú dva prípady extrémne nezrelých novorodencov s perforáciou duodena.

Prvou pacientkou bolo dievča narodené v 24. gestačnom týždni s pôrodnou hmotnosťou 580 g, ktoré po pôrode vyžadovalo resuscitáciu. Na prevenciu bronchopulmonálnej dysplázie bola podaná liečba kortikosteroidmi podľa DART protokolu. Po troch týždňoch života došlo ku zhoršeniu klinického stavu s nálezom pneumoperitonea na RTG snímke. Bola vykonaná urgentná laparotómia, pri ktorej bol identifikovaný rozsiahly perforovaný vred duodena. Vzhľadom na nemožnosť primárnej sutúry bola vykonaná oklúzia duodena s obnovením kontinuity gastrointestinálneho traktu. Pooperačne sa klinický stav pacientky ďalej zhoršoval a pacientka zomrela.

Druhým pacientom bol chlapec narodený v 24. gestačnom týždni s pôrodnou hmotnosťou 690 g. Aj u neho bola podaná liečba podľa DART protokolu. V treťom týždni života bolo na RTG snímke prítomné pneumoperitoneum, čo viedlo k urgentnej laparotómii. Počas operácie bol identifikovaný perforovaný vred v zostupnej časti duodena (D2), ktorý bol ošetrovaný primárnou sutúrou. Na štvrtý pooperačný deň bola pre deterioráciu klinického stavu indikovaná re-laparotómia. Počas nej sa zistila takmer kompletná dehiscencia duodena, preto bol vykonaný rovnaký operačný postup ako v prvom prípade. Pooperačné obdobie bolo komplikované stavmi typickými pre extrémne nezrelých novorodencov, napriek tomu pacient prežil.

Záver: Perforácia duodena je síce zriedkavou komplikáciou u novorodencov s extrémne nízkou pôrodnou hmotnosťou, predstavuje však významnú chirurgickú výzvu vyžadujúcu včasné rozpoznanie a okamžitú liečbu. Na zlepšenie prežívania pacientov sú potrebné ďalšie štúdie zamerané na identifikáciu rizikových faktorov a vytvorenie štandardizovaných terapeutických postupov pre túto skupinu pacientov.

42. OD ZMENY SPRÁVANIA K DIAGNÓZE TERATÓMU VAJEČNÍKA - KAZUISTIKA PEDIATRICKEJ PACIENTKY

Števková D.¹, Nižňanská Z.², Cínková N.³, Béder I.¹

¹ Klinika detskej chirurgie, LF UK a NÚDCH Bratislava;

² 1. gynekologicko-pôrodná klinika, LF UK a UN Bratislava;

³ Klinika detí a dorastu, FN Nitra

Úvod: Teratómy vaječníka, najmä zrelé cystické teratómy, sú známou príčinou anti-NMDA receptorovej encefalitídy. Ide o autoimunitné ochorenie sprostredkované protilátkami namierenými proti neurálnemu tkanivu prítomnému v nádore, ktoré následne reagujú s NMDA receptormi v centrálnom nervovom systéme. Ochorenie sa manifestuje psychiatrickými, behaviorálnymi a neurologickými príznakmi. Včasná diagnostika a chirurgické odstránenie nádoru sú zásadné pre priaznivú prognózu.

Kazuistika: Šesťročná dievča s anamnézou raného psychosociálneho zanedbávania a suspektnou poruchou autistického spektra bolo prijaté pre náhle vzniknuté zmeny správania po krátkom febrilnom ochorení sprevádzanom herpes labialis, vracaním a bolesťou hlavy. Pri prijatí bola afebrilná, hemodynamicky stabilná a bez ložiskového neurologického nálezu, avšak s výrazne infantilným správaním, neprimeraným smiechom, slabou spoluprácou a prechodnými grimasami tváre. Laboratórne vyšetrenia preukázali miernu zápalovú aktivitu, normocytovú anémiu a patologický močový nález. Pre podozrenie na vírusovú encefalitídu bola iniciovaná empirická intravenózna liečba acyklovirom. CT a MRI mozgu, ako aj vyšetrenie mozgovomiechového moku boli bez patologického nálezu. Po postupnej úprave klinického stavu bola antivírusová liečba ukončená. Počas hospitalizácie bola pri diagnostike akútnej pyelonefritídy ultrasonograficky náhodne zistená lézia ľavého vaječníka. Následné MRI potvrdilo dobre ohraničený cystický útvar veľkosti 57 × 55 × 50 mm suspektný zo zrelého teratómu. Nádorové markery boli negatívne. Pacientka podstúpila operačné odstránenie tumoru so zachovaním tkaniva ovária, pričom histologické vyšetrenie potvrdilo zrelý teratóm. Pooperačný priebeh bol bez komplikácií.

Záver: Prípád poukazuje na potrebu myslieť na paraneoplastickú etiológiu u detských pacientov s nevysvetlenými neuropsychiatrickými alebo encefalitickými príznakmi. Napriek zriedkavému výskytu v ranom detskom veku môže byť teratóm vaječníka podkladom autoimunitnej encefalitídy a jeho včasná identifikácia významne ovplyvňuje ďalší manažment a prognózu pacienta.

43. TRICHOBEZOÁR

Mišenková M., Rosipal D.

Oddělení dětské chirurgie, Masarykova nemocnice Ústí nad Labem

S35

Trichobezoár predstavuje vzácnou, avšak klinicky významnou príčinu gastrointestinálnych obtíží u adolescentných pacientů a býva často spojen s psychiatrickou komorbiditou. Autoři prezentují kazuistiku 15leté pacientky přijaté pro bolesti břicha, zvracení po každém jídle a hmatnou resistenci v levé polovině břicha.

V rámci diagnostického procesu bylo zobrazovacím vyšetřením prokázáno objemné nahromadění trichobezoáru, které si vyžádalo chirurgickou intervenci.

Součástí následné péče bylo také psychologické vyšetření se zaměřením na možné poruchy chování související s trichofagií. Po stabilizaci klinického stavu a obnově perorálního příjmu byla pacientka po téměř měsíční hospitalizaci propuštěna do ambulantní péče s doporučením další psychologické dispenzarizace.

Kazuistika zdůrazňuje význam včasné diagnostiky trichobezoáru a potřebu multidisciplinárního přístupu zahrnujícího chirurgickou, psychologickou a psychiatrickou péči, která je zásadní pro minimalizaci rizika recidivy onemocnění.

44. LÉČBA ZLOMENIN INTERKONDYLYCKÉ EMINENCE U DĚTÍ NA NAŠEM PRACOVÍŠTI

Demlová G., Demel J., Slívová I., Kopáček I., Klymenko D.

Chirurgická klinika, FN Ostrava

S35

Úvod: Zlomeniny interkondylické eminence představují relativně vzácné, avšak závažné poranění dětského kolene. Cílem léčby je anatomická repozice a stabilní fixace fragmentu při současné minimalizaci operační zátěže a umožnění časně rehabilitace.

Materiál a metodika: Na našem pracovišti využíváme miniinvazivní artroskopickou techniku repozice a fixace pomocí perkutánně zavedených Kirschnerových drátů. Metoda umožňuje přímou kontrolu repozice, minimální poškození měkkých tkání a krátkou operační dobu. Hodnotili jsme soubor dětských pacientů léčených touto technikou v období 2020–2025.

Výsledky: Průměrná délka operačního výkonu činila přibližně 30 minut. Ve všech případech bylo dosaženo stabilní fixace a zhojení zlomeniny. Díky minimální invazivitě výkonu byla umožněna časná rehabilitace s rychlou obnovou rozsahu pohybu kolenního kloubu. Nezaznamenali jsme závažné peroperační ani pooperační komplikace.

Závěr: Artroskopická fixace zlomenin interkondylické eminence pomocí K-drátů představuje jednoduchou, rychlou a miniinvazivní metodu léčby.

Umožňuje presnú repozíciu fragmentu, krátkou operačnú dobu a časnú rehabilitáciu s veľmi dobrými funkčnými výsledkami

45. OD ÚRAZU K FASCIOTÓMII – KOMPARTMENT SYNDRÓM V DETSKEJ TRAUME

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

Klinika detskej chirurgie, LF UK a NÚDCH Bratislava

Úvod: Kompartment syndróm (CS) predstavuje vážnu komplikáciu končatinových poranení detského veku. Patrí do sveta nielen dospelých traumatológov a v poslednom čase atakuje práve deti a adolescentov.

Metodika: Štandardne pri podozrení na CS používame priamu metódu merania tlaku v kompartmente. Na Klinike detskej chirurgie v Bratislave sme v riešení zlomeniny po štandardnej repozícii a osteosyntéze, či už externým alebo interným fixátorom, používali pri klinických prejavoch CS – neurochirurgický ICP snímač merania tlaku. Jeho použitie bolo dosť problematické, nepresné, limitované pohybmi pacienta ako aj obtiažnou kalibráciou meracieho zariadenia. V súčasnosti používame štandardne priame meranie tlaku v intrafasciálnom priestore komerčne vyrábaným meračom, ľahko dostupným a technicky nenáročným spôsobom.

Výsledky: Zo súboru pacientov liečených na KDCH na jednotlivých kazuistikách autori poukazujú na riešenie tých prípadov, ktoré rezultovali do rozvoja CS.

Záver: Zlomeniny, spôsobené extrémnym násilím – otvorenou zlomeninou, prípadne poranením sprevádzaným akútnou ischémiou pri poranení cievy, rezultujú do dermatofasciotómie ako liečebnej metódy. Meranie intrafasciálneho tlaku a následné otvorenie kompartmentu vyžaduje nielen anatomickú orientáciu a skúsenosť, zároveň je prevenciou vzniku nekrózy svalov a nervov, Volkmanovej ischemickej kontraktúry a v neposlednom rade amputácie končatiny. Aj napriek ojedinelému výskytu je nutné pri extrémne násilných poraneniach v detskom veku myslieť aj na túto diagnózu a to čoraz častejšie.

46. STRANGULACE PRSTU

Karov G.

Dětská chirurgie, Oblastní nemocnice Kolín

Úvod: cílem naší kazuistiky je prezentovat jak díky multioborové komplexní léčbě lze zachránit takřka beznadějně vypadající prst po dlouhodobé strangulace.

Sdělení: 6-ti léta dívka, přijatá do nemocnice s rozvíjející se nekrózou ukazováku nedominantní ruky. Měla naloženo škrtidlo na cca 24 hod. Zahájena konzervativní terapie LMWH, ATB, vitamíny, vazodilatancia. Opakované chirurgické ošetření. Léčba celkově trvala 2 měsíce a skončila plnou ozdravou.

Závěr: komplexním přístupem lze zachránit i původně beznadějně vypadající prst.

47. OSTEOCHONDRÁLNÍ LÉZE KOLENE U DĚTÍ – NAŠE STRATEGIE

Kramář L., Podlefský A., Čepelík M., Pešl T.

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

S35

Úvod: Osteochondrální léze kolene rostoucího skeletu jsou svojí chrupavčitou složkou fragmentů a nespecifickým klinickým obrazem tradičním diagnosticko-terapeutickým oříškem. Tato poranění jsou snadno zcela přehlédnuta a neléčena vůbec, nebo naopak léčena metodami zbytečně invazivními bez zohlednění specifík dětského skeletu. Ve snaze tomuto předcházet představujeme naši současnou strategii, nově i s užitím artroskopie v upravených indikacích pro dětský skelet.

Cíl: Sjednotit diagnostický postup, seznámit s metodami operační léčby. Sjednotit indikační kritéria k operaci obecně a k určení správného operačního přístupu. Identifikovat indikační kritéria ASK u dětí, určit limity metody, zdůraznit odlišnosti u dětí, nástrahy a jak je řešit.

Metodika: retrospektivní analýza pacientů KDCHT s diagnostikovanou osteochondrální lézí kolene za rok 2025 a výsledky terapie rok poté.

Výsledky: Za rok 2025 jsme diagnostikovali 35 pacientů s osteochondrální lézí kolene, z toho 24 (66%) léčili operativně. Z operovaných pacientů podstoupilo otevřenou artrotomii 8 (33%) pacientů, artroskopii 16 (66%).

Artroskopii podstoupil každý pacient, který splnil indikační kritéria, všechny artroskopie byly terapeutické, žádný pacient nepodstoupil další výkon v druhé době či reoperaci. V současnosti všichni pacienti jsou klinicky bez obtíží s plnou sportovní zátěží, průměrná doba návratu k sportovní zátěži byla 2 měsíce od operace.

Závěr: Osteochondrální poranění kolene u dětí je třeba správně identifikovat a taktéž léčit jako prevenci budoucí artrózy či blokády kolene. Diagnostikuje nejčastěji všeobecný chirurg a následně operuje ortoped (často dospělý), většinou artroskopicky. Artroskopie se při správné indikaci jeví jako ideální metoda, ale u rostoucích dětí je zároveň zásadní neporanit stále aktivní fýzy, což často není rutinně bráno v potaz. Naše výsledky tak ukazují, že pokud si schopnosti artroskopie osvojí dětský chirurg se znalostmi správné indikace, je plně kompetentní léčit tato poranění s výbornými výsledky.

48. BOSWORTHOVA ZLOMENINA V DĚTSKÉM VĚKU

Podlevský A.

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

S35

Bosworthova zlomenina je vzácný typ luxační zlomeniny hlezna, kdy se proximální fragment zlomené fibuly dislokuje a uvízne za zadní hranou tibie. Na úvodních snímcích může tento typ poranění působit jako běžná zlomenina hlezna, ale nerozpoznaná vede k neadekvátní léčbě a š. Především zavřená repozice je v tomto případě téměř nemožná a opakované pokusy zvyšují riziko závažných komplikací, v první řadě rozvoji compartment syndromu. Standardem léčby je časná otevřená repozice s OS. Toto poranění bude dále prezentováno formou dvou kazuistik.

49. SROVNÁNÍ OPERAČNÍ A KONZERVATIVNÍ LÉČBY ZLOMENIN KLÍČNÍ KOSTI U DĚTÍ A ADOLESCENTŮ: ANALÝZA VÝSLEDKŮ A KOMPLIKACÍ NA NAŠEM PRACOVÍŠTI

Polanská E., Hrubovčáková J., Škvařil J.

S35

Klinika dětské chirurgie a traumatologie, 1. LF UK a FN Bulovka Praha

Úvod: Zlomeniny klíční kosti patří k nejčastějším traumatům dětského věku. Tradičně konzervativní přístup je v posledních letech konfrontován s rostoucími nároky na funkční výsledek a rychlost rekonvalescence, zejména u dospívajících sportovců. Cílem naší práce je zhodnotit a porovnat klinické výsledky, rychlost rekonvalescence, spokojenost pacientů a výskyt specifických komplikací u obou léčebných modalit.

Metodika: Retrospektivně monocentricky jsme analyzovali patnáctiletý soubor pacientů z let 2011–2025, kteří byli primárně ošetřeni na našem pracovišti se zlomeninami klíčních kostí. Pro zařazení do této práce byla kritériem dislokace ve zkratu alespoň 1,5 cm, případně interfragment. U více než 1500 ošetřených pacientů jsme analyzovali základní demografické údaje, mechanismus úrazu, rentgenový nález, délku terapie a návrat do běžného života. Ve druhé fázi jsme zvali pacienty ke kontrolním rentgenovým snímkům k posouzení remodelace, pořízení fotodokumentace lokálního nálezu a vyplnění dotazníku spokojenosti s léčbou dle předem daných kritérií.

Diskuze: Analýza ukazuje, že zavedení operační léčby na našem pracovišti přineslo výrazné zkrácení doby imobilizace a rychlejší rekonvalescenci, avšak rozhodování o terapii by mělo zohledňovat nejenom míru dislokace, ale i věk, individuální zátěžové nároky a přání samotného pacienta.

Závěr: Konzervativní postup zůstává jednoznačně primární metodou volby léčby pro vynikající remodelační schopnost klíční kosti. Volba terapie však musí být přísně individuální s vědomím, že benefit časně stability je vykoupen rizikem specifických lokálních komplikací, o kterých je potřeba pacienta předem edukovat. Naše patnáctileté zkušenosti potvrzují, že konzervativní léčba zůstává bezpečným zlatým standardem pro většinu dětských pacientů.

50. PORANĚNÍ METAKARPÁLNÍCH KOSTÍ – RETROSPEKTIVNÍ STUDIE

Bibrová Š.

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

Úvod: Lidská ruka je jedinečným a komplexním systémem. Je jednou z nejdůležitějších částí lidského těla, neboť je součástí smyslového vnímání, jejím prostřednictvím dokáží lidé mezi sebou komunikovat, manipulovat s nástroji a předměty, měnit své okolí, rozvíjet svou inteligenci.

Pevnou a flexibilní částí kostry ruky, která je jedním z pilířů pro její motoriku a funkčnost, jsou metakarpální kosti. Netvoří jen anatomický podklad pro klenbu ruky, současně tvoří i ochranu pro důležité měkké tkáně ruky, umožňují opozici palce a přenášejí sílu z proximálních částí horní končetiny přímo na prsty.

Sdělení: Cílem sdělení je prezentace retrospektivní studie zaměřené na analýzu poranění metakarpálních kostí v dětském věku. Do studie byli zařazeni pacienti, kteří byli v desetiletém období (2016–2025) ošetřeni na KDCHOT. Ve studii byla vyhodnocována nejen incidence jednotlivých typů zlomenin, ale i etiologické faktory a použité diagnosticko – terapeutické metody u jednotlivých typů zlomenin a jejich komplikace. Zvolené způsoby diagnostiky a terapie jsou prezentovány na jednotlivých kazuistikách.

V uvedeném období bylo s poraněním metakarpálních kostí na KDCHOT ošetřeno 1545 pacientů. Nejčastěji se jednalo o zlomeninu V. metakarpu (1088 pacientů, 70%) a I. metakarpu (217 pacientů, 14%), mnohočetné zlomeniny byly diagnostikovány u 98 pacientů (6,3%). U 90% pacientů ke zranění došlo v domácích podmínkách a sportu (nejčastěji při fotbalu, basketbalu či florbalu). Pouze 10% zlomenin bylo způsobeno při dopravních úrazech, zde se však častěji jednalo o mnohočetná poranění. Kromě rtg vyšetření bylo (k diagnostice u nejasných nálezů či k vyloučení dalších poranění) využíváno CT vyšetření, případně ultrasonografické vyšetření. Převažoval konzervativní způsob terapie (u 1241 pacientů, 80,2%). Zavřená repozice a fixace byla zvolena u 229 pacientů (14,8%). Pouze u 76 pacientů (4,9%) byla provedena osteosyntéza. Jednalo se zejména o zlomeniny baze I. metakarpu či diafyzární zlomeniny. Komplikace se vyskytly u méně než 2% pacientů (nejčastěji redislokace fragmentů zlomeniny).

Diskuze: Poranění metakarpálních kostí v dětském věku nepatří mezi časté zlomeniny. Četnějšími zlomeninami na horní končetině jsou zlomeniny klíční kosti, předloketních kostí a u ruky poranění článků prstů.

Oproti dospělým je při volbě terapeutické metody u dětí nutné vždy posoudit nejen vlastní typ zlomeniny, ale i věk dítěte, kdy k poranění dojde. Je nutné zvážit možnosti remodelace kostí, zda poranění nezasahuje do růstové zóny kosti. Při volbě osteosyntéz jsou preferovány miniinvazivní způsoby terapie. Při otevřené repozici i drobná jizva v oblasti ruky může ovlivnit její další funkci.

Závěr: Mimo vrozených vad bývá dětská ruka často postižena nejrůznějšími zraněními, které mohou významně ovlivnit další vývoj dítěte. Cílem všech lékařů věnujícím se poraněním dětské ruky a jejího skeletu je minimalizovat možné trvalé následky. I když zlomeniny metakarpálních zlomenin nejsou časté, při špatném zhojení mohou významně ovlivnit funkci ruky a změnit život poraněného dítěte.

51. MALLET FINGER U DĚTÍ – NAŠE ZKUŠENOSTI

Střelková L., Matoušková E.

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

S35

Úvod: Mallet finger je poranění extenzorového aparátu distálního článku prstu. U dětské populace je častěji spojené s avulzní zlomeninou či poraněním v oblasti růstové ploténky. Terapeutické možnosti zahrnují konzervativní postup dlahováním či chirurgický zákrok. Dlouhodobé výsledky obou terapeutických postupů bývají u dětí příznivé a srovnatelné díky schopnosti hojení dětské kosti. Optimální léčebný postup, především doba fixace či indikační kritéria osteosyntézy u dětí, je stále předmětem diskuzí.

Cíl: Identifikovat faktory ovlivňující klinické výsledky léčby, upřesnit indikace pro konzervativní a operační terapii a optimalizovat stávající léčebný postup založený na zkušenostech z pětiletého sledování.

Metodika: Retrospektivní analýza výsledků terapie našich pacientů mezi lety 2020–2024.

Výsledky: V období 2020–2024 jsme ošetřili 82 pacientů věku 10–17 let s poraněním typu mallet finger. V průběhu tohoto období se objevily 4 refraktury. U 74 % jsme postupovali konzervativně naložením polymerové fixace po dobu 4 – 12 týdnů. Osteosyntézu jsme provedli u 26 % pacientů, ve všech případech byla provedena osteosyntéza dle Ishigury.

Závěr: Konzervativní terapie je u dětských pacientů s nekomplikovaným poraněním typu mallet finger vede k návratu plné extenze v 98,7 % případů. Operačním řešením jsme dosáhli anatomického postavení se sníženým výskytem zbytnění distálního článku a funkčních omezení. Naše pětiletá zkušenost demonstruje, že s adekvátním managementem lze u dětí dosáhnout velmi dobrých léčebných výsledků s minimálním rizikem dlouhodobých následků.

52. MEDICÍNSKÁ A PRÁVNÍ ÚSKALÍ TÝRANÝCH A ZNEUŽÍVANÝCH DĚTÍ

Bibrová Š.

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

Úvod: Správný vývoj dítěte od novorozeneckého věku až do dospělosti vyžaduje rozmanitou škálu podnětů, které vedou ke správnému rozvoji myšlení, smyslů, komunikace a sociálních dovedností dítěte. Potřeby dítěte se v různých fázích psychomotorického vývoje mění a některé jsou pro jednotlivá vývojová období specifická. U dětí by měly být rozvíjeny a podporovány jeho individuální možnosti a vloh. Bohužel v některých případech dochází k závažným a negativním zásahům do života dítěte (často od jeho nejbližších), které mohou ovlivnit jeho budoucí život.

Sdělení: Cílem sdělení je prezentace několika kazuistik, u kterých je podrobně popsána problematika dětských pacientů hospitalizovaných v Dětské nemocnici FN Brno pro podezření na syndrom týraného dítěte.

Mimo etiologických faktorů a využitých diagnosticko-terapeutických metod je nastíněna diferenciální diagnostika. Rovněž je problematika zanedbávaných a týraných dětí rozebrána z pohledu právních a sociálních norem.

Diskuze: Dítě ve svém vývoji potřebuje ochranu a dohled, ale vyskytují se případy, kdy tomu tak není. Často ve věku, kdy samo dítě nemá možnosti se jakýmkoliv způsobem těmto vlivům bránit a ani si špatné zacházení či týrání neuvědomuje. Na prvním místě je vždy rodina dítěte, ale nemalou měrou ke správnému vývoji může přispět i okolí rodiny či širší společenské a kulturní vlivy a vzory.

Z celorepublikových statistik vyplývá, že v posledních letech přibývá počet potvrzených syndromů týraného dítěte. Zvyšuje se počet týraných a zanedbávaných dětí nebo došlo pouze ke zlepšení diagnostiky a ochrana je poskytována většímu okruhu týraných dětí, ale jejich absolutní počet se nemění? Jaká je sociální a právní ochrana týraných dětí de lege lata a jaké jsou zvažovány změny de lege ferenda?

Závěr: V případě podezření na syndrom týraného dítěte by každý člen společnosti měl v rámci svých možností zasáhnout a poskytnout dítěti adekvátní ochranu. Měl by být vyvíjen celospolečenský tlak tak, aby se případům zanedbávání a týrání dětí předcházelo.

53. SYNDROM TOXICKÉHO ŠOKU A SEPTICKÁ KARDIOMYOPATIE PO DRENÁŽI HEMATOMU LÝTKA

S35

Malafa A.¹, Šafus A.², Kopecká M.³, Štichhauer R.²

¹ Klinika dětské chirurgie a traumatologie, FN Hradec Králové;

² Klinika dětské chirurgie a traumatologie, LF UK a FN Hradec Králové;

³ Pediatrická klinika, FN Hradec Králové

Cíl: Prezentovat vzácný případ fulminantního syndromu toxického šoku se septickou kardiomyopatií po rutinní drenáži hematomu.

Úvod: Incize a drenáž organizovaného hematomu měkkých tkání patří mezi elementární a obvykle nekomplikované chirurgické výkony. Rozvoj syndromu toxického šoku v kombinaci s těžkou septickou kardiomyopatií v přímé souvislosti s tímto výkonem je raritní a život ohrožující komplikací. Diagnostika infekčního fokusu může být obtížná, protože rozvíjející se nekrotizující fascitida může navzdory rychlému systémovému a oběhovému selhávání probíhat pod obrazem makroskopicky klidné rány bez zjevných známek floridního lokálního zánětu.

Metodika: Prezентujeme případ 16letého chlapce, u kterého byl drénován organizovaný hematóm lýtky po dvou týdnech od úrazu. Pacient byl akutně přijat na jednotku intenzivní péče pro známky rozvíjejícího se toxického šoku a septické kardiomyopatie s nutností vazopresorické a ventilační podpory.

Výsledky: Radikální chirurgické ošetření formou fasciotomie vedlo k rychlému zlepšení celkového stavu.

Závěr: I potencionálně banální poranění, jakým je hematóm po kontuzi lýtky, může způsobit život ohrožující stav vyžadující cílenou chirurgickou intervenci ve formě fasciotomie.

54. POSTTRAUMATICKÉ PNEUMOPERITONEUM – SYMPTOM NIKOLIV DIAGNÓZA

Dohnal P., Hanák R., Keprta D.

Chirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice

V přednášce bude prezentována kazuistika pacienta po vysokoenergetickém úrazu s nálezem významného pneumoperitonea, u kterého během urgentní operační revize nebylo nalezeno žádné traumatické poranění orgánů dutiny břišní.

Budou rozebrány jednotlivé možné příčiny posttraumatického pneumoperitonea včetně upozornění na Macklinův efekt – patofyziologický mechanismus, který popisuje proces, při kterém dojde k prasknutí plicních alveolů v důsledku prudkého zvýšení tlaku v dýchacích cestách nebo při významném traumatu, což vede k možnému vzniku pneumomediastina, podkožního emfyzému, ale i pneumoperitonea.

Bude upozorněno na výklad a diagnostiku pojmu benigní (neškodné) či asymptomatické či nechirurgické pneumoperitoneum. Dále budou rozebrány možnosti konzervativního postupu u tohoto symptomu. Vše s odkazy na výsledky zahraničních studií a přehledových článků.

V rámci prezentace budou použity anketní otázky přes platformu Slido.

55. SOUČASNÉ MOŽNOSTI ŘEŠENÍ POSTTRAUMATICKÝCH DEFORMIT PŘEDLOKTÍ U DĚTÍ

Václav O., Urbášek K.

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

Úvod: Deformity předloktí v pediatrické populaci představují významnou chirurgickou výzvu vzhledem ke komplexní trojrozměrné anatomii a vzájemným biomechanickým vztahům radia, ulny a distálních i proximálních radioulnárních skloubení. Reziduální deformity mohou vést k omezení pronosupinace, bolesti, funkčnímu deficitu končetiny a v dlouhodobém horizontu i časnému rozvoji degenerativních změn. Přesná analýza deformity je proto zásadním předpokladem dosažení optimálního funkčního výsledku.

Sdělení: V posledních letech se stále více prosazuje využití 3D softwarového plánování založeného na virtuální rekonstrukci deformity. Moderní plánovací systémy umožňují detailní analýzu deformity ve všech rovinách, porovnání s kontralaterální končetinou, simulaci korekční osteotomie i návrh optimálního postavení kostních fragmentů. Součástí procesu může být výroba pacient-specifických navigačních šablon a implantátů, které umožňují přesný přenos plánovacího procesu do operačního výkonu. Ve srovnání s konvenčními „free-hand“ postupy přináší tento přístup vyšší přesnost korekce, lepší reprodukovatelnost a možnost řešení i velmi komplexních multiplanárních deformit, které jsou při standardním plánování velmi obtížně kvantifikovatelné a plánovaná korekce tak hůře predikovatelná. Přesnější rekonstrukce anatomických poměrů přispívá ke zlepšení funkčního výsledku.

Závěr: Přednáška představí principy 3D plánování, jednotlivé kroky od indikace až po vlastní operační výkon a shrne současné klinické zkušenosti s využitím této technologie na našem pracovišti, zároveň diskutuje současné indikace, limity metody a její očekávaný další rozvoj a dostupnost v ČR.

56. REKONSTRUKCE ÚCHOPU PŘENOSEM VOLNÉ MOTORICKÉ JEDNOTKY A VASKULARIZOVANÉHO PIPJ KLOUBU II. PRSTCE NA MALÉ KLOUBY RUKY

Vondra P.

Chirurgie ruky a plastická rekonstrukční chirurgie, KN Tomáše Bati Zlín

Přednáška bude informovat o možnostech rekonstrukci flexorů prstů ruky mikrochirurgickým přenosem m. gracilis u dětí zejména z důvodu Volkmannovy ischemické kontraktury různé etiologie. Přednáška bude obsahovat zkrácené verze několika kazuistik. Přednáška bude obsahovat kazuistiky s funkčními výsledky.

Druhá část přednášky bude informovat o rekonstrukci malých kloubů ruky, zejména proximálním interfalangeálním kloubu přenosem vaskularizovaného PIP kloubu z II. prstce nohy. Přednáška taktéž bude obsahovat dvě kazuistiky s funkčními výsledky.

57. SIMULAČNÝ TRÉNING V NOVORODENCKEJ MINIMÁLNE INVAZÍVNEJ CHIRURGII

Zahradníková P.¹, Nothart M.¹, Lindák M.¹, Babala J.¹, Hnilicová S.², Klyn O.³, Hudák R.³

¹ Klinika detskej chirurgie, LF UK a NÚDCH Bratislava;

² Ústav medicínskeho vzdelávania a simulácií, LF UK Bratislava;

³ Katedra biomedicínskeho inžinierstva a merania, TUKE Košice

Simulačný tréning v novorodeneckej minimálne invazívnej chirurgii predstavuje inovatívny prístup k vzdelávaniu a zvyšovaniu technických zručností detských chirurgov. Využitie biomimetických 3D tlačených modelov, virtuálnej reality a pacient-špecifických simulátorov vytvorených na základe CT/MR dát umožňuje realistický nácvik komplexných torakoskopických a laparoskopických výkonov u novorodencov. Moderné 3D modelovanie zlepšuje anatomickú vizualizáciu, predoperačné plánovanie a tímovú spoluprácu pri zriedkavých vrodených vývojových chybách. Simulačné technológie zároveň podporujú bezpečnosť pacientov, redukciu komplikácií a efektívnejšiu prípravu chirurgických tímov. Perspektívou ďalšieho vývoja je implementácia virtuálnej reality, umelej inteligencie a analýzy chirurgických zručností v reálnom čase s cieľom personalizovaného tréningu a optimalizácie chirurgickej starostlivosti.

58. DIAGNOSTICKÉ PASCE V DETSKEJ CHIRURGII

Weissová Š., Klapáčová K., Popovič M.

Oddelenie detskej chirurgie, DFN Košice

Akútne chirurgické stavy u detí môžu mať atypický klinický obraz a imitovať častejšie ochorenia, čo môže viesť k oneskoreniu diagnostiky a liečby. Cieľom prednášky je poukázať na diagnostické úskalia pri manažmente akútnych stavov v detskom veku prostredníctvom vybraných kazuistík z klinickej praxe.

Prezentované prípady zahŕňajú pacientov s bolesťami brucha, vracaním, enterorágiou, známami črevnej obštrukcie a akútneho brucha. V jednotlivých prípadoch bol iniciálny klinický obraz nešpecifický alebo zavádzajúci, pričom definitívna diagnóza si vyžadovala prehodnotenie pôvodných diagnostických úvah a úzku interdisciplinárnu spoluprácu.

Prednáška zdôrazňuje význam dôsledného klinického vyšetrenia, dynamického sledovania pacienta, správnej interpretácie zobrazovacích vyšetrení a zachovania širokej diferenciálnej diagnostiky aj pri zdanlivo jednoznačnom náleze. Atypická prezentácia závažných ochorení zostáva významnou výzvou každodennej praxe detského chirurga.

59. PEPSIT JAKO METODA Č. 1 PŘI LÉČBĚ ONEMOCNĚNÍ SINUS PILONIDALIS U DĚTÍ

Hlouch L., Plánka L., Tůma J., Marek O., Turek J.

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

Úvod: Onemocnění sinus pilonidalis je chronické zánětlivé onemocnění sakrokocygeální oblasti, stále častěji se vyskytující i u dětské populace. Tradiční chirurgické metody s excizí tkáně s sebou nesou riziko dlouhého hojení a četných komplikací. Metoda PEPSiT (Pediatric Endoscopic Pilonidal Sinus Treatment) je mini-invazivní endoskopický přístup s cílem minimalizovat tkáňové trauma a urychlit rekonvalescenci pacienta.

Cíl: Zhodnotit efektivitu, bezpečnost a úspěšnost endoskopické léčby pilonidálního sinu metodou PEPSiT v dětské populaci na našem pracovišti.

Metodika: Retrospektivní studie analyzuje soubor 61 dětských pacientů s diagnózou sinus pilonidalis ošetřených metodou PEPSiT v Dětské nemocnici FN Brno během posledních dvou let. Věkový medián souboru byl 16 let.

Výkon zahrnoval zavedení fistuloskopu, odstranění vlasů a zánětlivých granulací pod přímou zrkovou kontrolou a následnou ablaci a hemokoagulaci stěny sinusového traktu elektrokauterem.

Sledována byla doba do úplného zhojení, úspěšnost léčby a výskyt recidiv.

Výsledky: Primární úspěšnost léčby dosáhla 85 % (52 pacientů). K recidivě onemocnění došlo u 9 pacientů (15 %), u kterých byla následně indikována reoperace, opět metodou PEPSiT. Doba léčby do úplného zhojení se pohybovala mezi 6 a 12 týdnů. Operační výkon byl pacienty velmi dobře tolerován. Byla zaznamenána nízká pooperační bolestivost bez nutnosti analgetizace a minimální doba omezení běžných denních aktivit. Závažné pooperační komplikace nebyly v celém souboru pozorovány.

Závěr: Metoda PEPSiT je vysoce bezpečná a efektivní mini-invazivní metoda v léčbě sinus pilonidalis u dětí a adolescentů. S úspěšností 85 % představuje na pracovišti Dětské nemocnice FN Brno šetrnou alternativu k radikální chirurgické excizi. V budoucnu bychom se chtěli zaměřit na její zdokonalení a na prohloubení kombinace metody PEPSiT a SiLaC, jakožto další mini-invazivní metody léčby pilonidálního sinu.

60. VÝSLEDKY LÉČBY PILONIDÁLNÍHO SINU PO ZAVEDENÍ METODY PEPSIT – PREZENTACE SOUBORU PACIENTŮ Z KDCHT 3.LF UK A FTN

Limprechtová T.¹, Sovadinová D.², Peší T.¹

¹ Klinika dětské chirurgie a traumatologie, 3. LF UK a FTN Praha;

² Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FNMH Praha

Cíl: Presentace souboru pacientů léčených na KDCHT 3.LF UK a FTN pro pilonidální sinus. Porovnání výsledků léčby po zavedení metody PEPSIT s otevřenými chirurgickými postupy.

Metodika: Retrospektivní monocentrická studie souboru pacientů s pilonidálním sinem léčených na KDCHT 3.LFUK a FTN v období od 1.9. 2022 do 31.5. 2026 metodou PEPSIT. Hodnocení výsledků léčby, množství recidiv, nutnost reoperací a výsledné kvality života. Porovnání výsledků s otevřenými chirurgickými metodami léčby.

Výsledky: V uvedeném období jsme ošetřili celkem 76 pacientů s diagnózou sinus pilonidalis. 40 pacientů (53 %) bylo léčeno ambulantně incizí a drenáží a do 18 let věku neměli další obtíže. 36 pacientů (47 %) podstoupilo chirurgickou léčbu. 33 z nich operaci metodou PEPSIT (91,6 %). 3 pacienti (9 %) byli pro recidivu reoperováni opět metodou PEPSIT. 1 pacient (3 %) pro opakované recidivy dospěl k otevřenému chirurgickému výkonu ve smyslu resekce sinu a sutuře ve střední čáře.

Závěr (Diskuze): Výsledky ukazují, že miniinvazivní metoda PEPSIT má v porovnání s otevřenými technikami méně recidiv a nutností reoperací, dále výrazně snížila délku hospitalizace a prokazatelně zlepšila kosmetický efekt i zkrátila dobu nutnou k návratu do aktivního života.

61. QUO VADIS ELEKTROKOLBEŽKA?

Smrek M., Šinka P., Lindák M.

Klinika detskej chirurgie, LF UK a NÚDCH Bratislava

V prednáške autori udávajú znepokojujúco rastúce počty úrazov detí na elektrokolbežkách. Zdôrazňujú závažnosť a atypickosť týchto úrazov.

Uvádzajú niekoľko kazuistík. Následne rozoberajú tému legislatívy a možnosti jej doplnenia.

62. NOVÁ ENZYMOTERAPIE V LÉČBĚ DĚTSKÝCH ZLOMENIN

Plánka L.

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

Úvod: Enzymoterapie je dlouhodobě používaná podpůrná terapie u pooperačních stavů, revmatických potíží, tromboflebitid, trombóz, vaskulitid, chronických ran, recidivujících zánětů nebo lymfedému. Po odchodu Wobenzymu z českého trhu bylo velmi komplikované zajistit pro dětské pacienty adekvátní náhradu. Příchodem Walzymu se situaci podařilo vyřešit. Vzhledem k tomu, že není složení identické a dávkování rozdílné, bude vhodné znovu provést cílené klinické ověření u dětských pacientů.

Cíl: Cílem sdělení je prezentace vlastního vnitřního hodnocení efektu podání Walzymu dětem po suprakondylické zlomenině distálního humeru.

Metodika: Prospektivní analýza průběhu hojení a rehabilitace u léčených pacientů se suprakondylickou zlomeninou distálního humeru s a bez orální aplikace Walzymu.

Výsledky: Zcela jednotnou metodikou (zavřená repozice a osteosyntéza zkříženými dráty) léčené děti se suprakondylickou zlomeninou distálního humeru byly sledovány jedním lékařem v ambulanci dětské chirurgie. Celkem bylo sledováno 20 pacientů, polovině z nich byl aplikován Walzym orálně (každý lichý pacient). Sledované parametry byly délka bolestí, přetrvávání poúrazového otoku a čas do plného rozhýbání lokte. Kontroly probíhaly každý týden v prvních 21 dnech po operaci a v rámci rehabilitace byl kooperujícím fyzioterapeutem zaznamenán den dosažení plné hybnosti. Poúrazový otok odezněl u skupiny dětí s Walzymem nejpozději do druhé kontroly (2 týdny po úraze), u dětí bez Walzymu přetrvával ve třech případech (30 %) i po druhé kontrole. Poslední analgetikum bylo ve skupině dětí s Walzymem podáno čtvrtý poúrazový den, bez Walzymu šestý. Délka rehabilitace (dosažení plné hybnosti) byla s Walzymem průměrně 40 dnů, bez něj 46.

Závěr: Ačkoliv se jedná o jednoduché srovnání na malé skupině pacientů, z prvního osobního klinického testování lze poměrně jednoznačně potvrdit pozitivní efekt nového preparátu pro enzymovou terapii.

63. NÁSLEDNÁ PÉČE O DĚTSKÉ PACIENTY PO KOLOREKTÁLNÍCH OPERACÍCH S VYUŽITÍM ANOREKTÁLNÍ MANOMETERIE A BIOFEEDBACK TERAPIE

Turek J., Michálková P., Ledvina J.

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

Úvod: Dlouhodobé funkční obtíže po operacích anorektálních malformací (ARM) a Hirschsprungovy nemoci (HD) představují významný faktor ovlivňující kvalitu života dětských pacientů. Mezi nejčastější komplikace patří fekální inkontinence, zácpa, poruchy vyprazdňování a dyssynergie pánevního dna. Moderní následná péče vyžaduje komplexní přístup zahrnující objektivní funkční vyšetření anorekta a cílenou rehabilitační intervenci. Cílem této práce bylo zhodnotit první zkušenosti s využitím anorektální manometrie a biofeedback terapie pomocí systému MYO200 u dětských pacientů po kolorektálních operacích.

Materiál a metodika: Do prospektivního sledování bylo zařazeno celkem 10 pacientů po chirurgické léčbě anorektálních malformací nebo Hirschsprungovy nemoci, kteří byli dispenzarizováni na našem pracovišti. U všech pacientů bylo provedeno anorektální manometrické vyšetření hodnotící klidový a stiskový tlak análního svěrače, přítomnost rektoanálního inhibičního reflexu, rektální senzitivitu a koordinaci defekačního mechanismu. Na základě zjištěných nálezů byla indikována cílená biofeedback terapie s využitím elektromyografické stimulace a vizuální zpětné vazby prostřednictvím zařízení MYO200. Součástí sledování bylo klinické hodnocení vyprazdňovacích obtíží před zahájením terapie a po absolvování rehabilitačního programu.

Výsledky: Anorektální manometrie umožnila u většiny pacientů objektivizovat poruchy koordinace pánevního dna nebo sníženou funkci svěračového aparátu a individualizovat následnou rehabilitační léčbu. Biofeedback terapie byla všemi pacienty dobře tolerována bez výskytu nežádoucích účinků. V průběhu sledování bylo pozorováno zlepšení koordinace svalů pánevního dna, efektivnější defekační mechanismus a subjektivní zmírnění obtíží u převážné části pacientů.

Nejvýraznější efekt byl zaznamenán u pacientů s funkční dyssynergií pánevního dna, zatímco u pacientů s výraznějším anatomickým postižením byla terapie přínosná především jako součást komplexní konzervativní léčby.

Závěr: Anorektální manometrie představuje cenný diagnostický nástroj v dlouhodobém sledování pacientů po operacích anorektálních malformací a Hirschsprungovy nemoci. Umožňuje přesnou identifikaci funkčních poruch a výběr pacientů vhodných k biofeedback terapii. Naše první zkušenosti naznačují, že rehabilitace s využitím systému MYO200 je bezpečnou a perspektivní metodou, která může přispět ke zlepšení funkčních výsledků i kvality života dětských pacientů po kolorektálních operacích. Pro potvrzení těchto výsledků bude nezbytné sledování většího souboru pacientů s delším obdobím follow-up.

64. EPIDERMOLYSIS BULLOSA: NEMOC MOTÝLÍCH KŘÍDEL Z POHLEDU CHIRURGA

Rotschein P.

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

Epidermolysis bullosa (EB) představuje heterogenní skupinu geneticky podmíněných onemocnění charakterizovaných zvýšenou fragilitou kůže a sliznic. U těžkých forem, zejména recesivní dystrofické epidermolysis bullosa (RDEB), vede opakovaná tvorba puchýřů, chronických ran a následné jizvení k progresivním funkčním deformitám končetin. Současně je u těchto pacientů významně zvýšené riziko vzniku spinocelulárního karcinomu (SCC). Chirurgická léčba proto zaujímá důležité místo jak v rekonstrukci končetin, tak v radikální onkologické léčbě.

Typickým důsledkem dlouhodobého jizvení na horních končetinách je rozvoj flekčních kontraktur prstů, addukční kontraktury palce a progredující pseudosyndaktylie s omezením až ztrátou úchopové funkce ruky. Chirurgická léčba spočívá v uvolnění kontraktur a pseudosyndaktylií, obnovení meziprstních prostorů a rekonstrukci vzniklých kožních defektů. Nedílnou součástí léčby je pooperační dlahování, rehabilitace a dlouhodobá prevence recidivy.

Vzhledem k trvající podstatě základního onemocnění nelze chirurgický výkon považovat za definitivní řešení, ale spíše za součást dlouhodobé strategie směřující k zachování maximální možné funkce, soběstačnosti a kvality života pacienta.

Závažnou komplikací především u pacientů s RDEB je vznik SCC v terénu chronických ran. Diagnostiku může komplikovat obtížné odlišení časného nádoru od dlouhodobě se nehojícího defektu. Změna charakteru rány, exofytický růst, progresse či atypický klinický průběh proto vyžadují vysokou míru klinické suspekce a časnou histologickou verifikaci. Základním chirurgickým postupem u lokalizovaného SCC je kompletní excize s onkologicky adekvátními resekčními okraji. Rozsah výkonu i následné rekonstrukce je nutné individuálně přizpůsobit lokalizaci a rozsahu nádoru, celkovému stavu pacienta a omezeným možnostem odběru zdravých tkání.

Chirurgická léčba pacientů s EB vyžaduje pečlivou indikaci, správné načasování výkonu a maximálně šetrný přístup k fragilním tkáním. Péče o pacienty s EB je v České republice koncentrována do Národního EB centra ve Fakultní nemocnici Brno, kde je založena na úzké mezioborové spolupráci, zejména s dětskými dermatology zajišťujícími dlouhodobé vedení pacientů a koordinaci komplexní péče. Chirurgický výkon tak nepředstavuje izolovaný terapeutický krok, ale je součástí dlouhodobé multidisciplinární péče zaměřené na zachování funkce a kvality života a v případě maligních komplikací také na jejich včasnou a radikální chirurgickou léčbu.

ABSTRAKTA SESTERSKÉ SEKCE



1. KEĎ NÁS DLHÉ SEDENIE DOBEHNE

Braun T., Medved'ová Z.

Národný ústav detských chorôb, Bratislava

Sinus pilonidalis predstavuje chronické zápalové ochorenie podkožia v oblasti nad kostrčou, ktoré vzniká na podklade vrastania ochlpenia a formovania pseudocystického ložiska. Prednáška sa zaoberá komplexným manažmentom tohto ochorenia, od iniciálnej diagnostiky až po dlhodobú pooperačnú starostlivosť. V akútnej fáze, charakterizovanej vznikom bolestivého abscesu, je riešením chirurgická incízia a drenáž v celkovej anestézii s následnými každodennými lavážami dezinfekčným roztokom. Po odznení akútnych prejavov nasleduje elektívny radikálny chirurgický výkon s exstirpáciou ložiska.

Úspešnosť liečby a minimalizácia vysokého rizika recidív závisia od prísneho dodržiavania pooperačného režimu. Kľúčovú úlohu zohráva intenzívna lokálna hygiena, pravidelná antisepsa rany, dočasná eliminácia sedenia, eliminácia fyzickej záťaže a dlhodobá redukcia ochlpenia v danej lokalite. Prednáška poukazuje na dôležitosť edukácie pacienta a jeho rodinných príslušníkov, ktorých aktívna spolupráca je nevyhnutným predpokladom úspešného zhojenia rany a prevencie relapsu.

2. KDYŽ SE Z PERSONÁLU STANE RODINA

Dlouhá K.

Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FNMH Praha

Úvod: Příspěvek prezentuje kazuistiku pětíměsíční holčičky narozené s vrozenou vývojovou vadou – atrézií jícnu. Od narození byla pacientka vystavena nejen závažným zdravotním komplikacím, ale také nepříznivé sociální situaci, kdy biologická matka závislá na návykových látkách o dítě nejevila zájem. V průběhu dlouhodobé hospitalizace se rozvinula řada život ohrožujících komplikací, mezi které patřil pneumotorax, krvácení z horního pahýlu jícnu, kompartment syndrom, ventilační a oběhová nestabilita či následné multiorgánové selhání. Součástí péče se proto stala nejen intenzivní léčba, ale také důraz na psychosociální podporu, paliativní přístup a zajištění důstojnosti dítěte.

Cíl práce: Cílem práce je poukázat na význam komplexní multidisciplinární péče o dítě se závažnou vrozenou vadou a průběhem onemocnění v terminálním stádiu. Dále je cílem zdůraznit význam empatického přístupu zdravotnického personálu, psychosociální podpory dítěte a role dočasné pěstounské péče v období dlouhodobé hospitalizace i v závěru života pacienta.

Metodika: Práce je zpracována formou kazuistiky pacientky hospitalizované na specializovaném pracovišti intenzivní péče. V prezentaci je popsán průběh hospitalizace, zdravotní komplikace, léčebné a ošetrovatelské intervence i psychosociální aspekty péče. Součástí péče bylo zapojení multidisciplinárního týmu, vytvoření memory boxu, výroba osobních předmětů a podpora vztahu mezi pacientkou a dočasnou pěstounkou, která dítě pravidelně navštěvovala a aktivně se podílela na péči dle aktuálního zdravotního stavu pacientky.

Závěr: Kazuistika poukazuje na mimořádnou náročnost péče o dítě se závažným vrozeným onemocněním a nepříznivou sociální situací. Zdůrazňuje význam mezioborové spolupráce, empatického přístupu a paliativní péče zaměřené nejen na fyzické potřeby pacienta, ale také na zachování důstojnosti, blízkosti a lidského kontaktu. Přestože pacientka po necelých pěti měsících života zemřela na jaterní a ledvinové selhání v náručí své dočasné pěstounky, podařilo se jí díky zdravotnickému personálu a pěstounce zajistit bezpečné, láskyplné a důstojné prostředí až do závěru života.

3. AŽ ŽIJE ZIMA!

Kohoutková H., Štěrbová L.

Klinika dětské chirurgie a traumatologie, FN Hradec Králové

Úvod: Všechna chirurgická oddělení prožívají každý rok svou „zimní“ a „letní“ sezónu. Letošní zima 2025/2026 byla překvapivě sněhově příznivá, a to se velmi odrazilo i na skladbě našich pacientů. Jasně vévodily úrazy na lyžích, saních, běžkách a bobech. Díky chladnému a mrazivému počasí se přidaly k příčinám pádů a následných nepříjemných úrazů i lední brusle. Například 19 zlomenin stehenních kostí jsme za tak krátkou dobu opravdu doposud nezažily.

Jen zlomenin horních a dolních končetin bylo v období od 1.12. 2025 – 31.3.2026 na naší klinice ošetřeno celkem 643, a z toho 102 bylo řešeno operativně. Přičemž častější byly zlomeniny horních končetin (HKK 409, DKK 234).

Tato zima nám však nepřinesla jen zlomeniny, ale i zajímavé a netradiční úrazy.

Cíl: Prezentace dvou vybraných kazuistik neobvyklých zimních úrazů léčených na lůžkovém oddělení Kliniky dětské chirurgie a traumatologie.

Závěr: Zimu jsme my i naši pacienti přežili bez závažných trvalých následků.

4. JÍZDA, KTERÁ ROZDĚLILA ŽIVOT NA PŘED A PO

Kumpánová E.

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

Kazuistika mladého motorkáře po polytraumatu. Postup léčby, rehabilitace i zohlednění ostatních aspektů ovlivňujících pacienta. Podíváme se také na to, jak může psychika a temperament ovlivnit úspěšnost zotavení.

5. PORANĚNÍ ČLÁNKŮ PRSTŮ

Příbylová I.

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

Kazuistika mladého motorkáře po polytraumatu. Postup léčby, rehabilitace i zohlednění ostatních aspektů ovlivňujících pacienta. Podíváme se také na to, jak může psychika a temperament ovlivnit úspěšnost zotavení.

6. MÍT ČI NEMÍT?

Naušová K.

Oddělení dětské chirurgie, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem

Sdělení: Cílem sdělení je analyzovat současný pohled na cirkumcizi v dětském věku v kontextu chirurgického řešení fimózy se zaměřením na medicínské indikace, estetický efekt výkonu a psychosociální dopad na dětského pacienta a jeho rodiče. Součástí sdělení je rovněž stručná reflexe historického a rituálního významu obřízky a jeho proměny v současné medicínské praxi dětské chirurgie.

Diskuse: Sdělení vychází z klinických zkušeností pracoviště dětské chirurgie nemocnice akutní péče, z perioperační péče o dětské pacienty indikované k cirkumcizi, z mezioborové spolupráce dětských chirurgů a perioperačních sester, a z reflexe zkušeností rodičů a pacientů podstupujících chirurgické řešení fimózy. Současný přístup k řešení fimózy u dětských pacientů klade důraz na individuální posouzení zdravotního stavu dítěte, minimalizaci invazivních výkonů a respektování psychosociálních potřeb rodiny.

Závěr: Problematika obřízky u chlapců představuje komplexní téma spojující historické, kulturní, medicínské a psychosociální aspekty. V současné dětské chirurgii je nezbytný individuální a multidisciplinární přístup respektující potřeby dítěte i jeho rodiny. Významnou roli v perioperační péči hraje kvalitní edukace, empatická komunikace a mezioborová spolupráce zdravotnického týmu.

7. HRA JAKO SOUČÁST LÉČBY V NEMOCNICI AKUTNÍ PÉČE

Rothová M.

Oddělení dětské chirurgie, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem

Cíl sdělení: Cílem sdělení je představit koncept herní práce jako nedílné součásti komplexní péče o hospitalizované dítě v podmínkách nemocnice akutní péče a především poukázat na význam role herního specialisty v jednotlivých fázích léčebného procesu dítěte.

Metody: Sdělení vychází z dlouhodobé klinické praxe herního specialisty na dětském oddělení akutní péče a z popisu realizovaných forem herní práce před přijetím dítěte do nemocnice, v průběhu hospitalizace a po propuštění do domácí péče. Součástí je rovněž reflexe preventivních programů a práce s dětmi vystavenými traumatickým událostem.

Výsledky: Herní práce významně přispívá k adaptaci dítěte na hospitalizaci, ke snižování úzkosti a stresu spojeného s vyšetřením, léčbou a pobytem v nemocnici. Prostřednictvím hry dochází k lepší komunikaci mezi dítětem, rodinou a zdravotnickým personálem, ke zvýšení důvěry ve zdravotníky a ke zlepšení spolupráce dítěte při diagnostických a terapeutických výkonech. Významný přínos má herní práce rovněž v oblasti psychosociální podpory dětí po traumatických zážitcích.

Závěr: Herní práce představuje účinný nástroj podpory psychosociální pohody hospitalizovaných dětí a napomáhá zachování prvků normálního vývoje dítěte v podmínkách akutní péče. Zkušenosti z praxe potvrzují nezastupitelnou roli herního specialisty v multidisciplinárním týmu. Přes jednoznačný přínos zůstává profese herního specialisty v českém zdravotnictví dosud systémově neukotvena, což limituje její širší dostupnost.

8. LAPAROSKOPICKÁ CHOLECYSTEKTOMIE POMOCÍ INDOCYANINOVÉ ZELENĚ (ICG)

Konvalinková N., Bartoníčková I.

COS pro děti, FNMH Praha

Chtěly bychom Vám představit laparoskopickou cholecystektomii s použitím indocyaninové zeleně (ICG). Jedná se o laparoskopický chirurgický výkon, při kterém odstraňujeme žlučník, z důvodu žlučnickových kamenů, zánětu nebo přítomnosti polypů. Výkon se plánuje na období, kdy pacient nemá žlučnickovou koliku ani akutní zánět žlučníku. Operační výkon probíhá standardně. Cílem je představit operační výkon, u kterého používáme indocyaninovou zeleň, což je fluorescenční barvivo, rozpustné ve vodě. Pomáhá zobrazit anatomické struktury a zlepšit vizualizaci lymfatického, cévního zásobení a přesný průtok krve. Operatér dokáže lépe rozlišit tkáně, přesně identifikovat ductus cysticus a ductus hepaticus a tím minimalizovat poškození jiných okolních struktur. Zvyšuje se bezpečnost operačního výkonu i přesnost operace.

9. SINUS PILONIDALIS U DETSKÉHO PACIENTA

Orságová K., Batková Jaremová L., Kurinská Z.

Klinika detskej chirurgie, JLF UK a UNM Martin

Sinus pilonidalis je benígne ochorenie postihujúce 0,7 % populácie, vo väčšej miere mužského pohlavie. Prevažne sa vyskytuje v období puberty až adolescencie. Najčastejšie vzniká v dôsledku zarastania chĺpkov do podkožného tkaniva s následnou zápalovou reakciou lokalizovanou v intergluteálnej sacrococygeálnej oblasti nad konečníkom. Komplikáciou je absces a tvorba fistúl so sekréciou.

Etiopatogenéza je multifaktoriálna, pričom významnú úlohu zohrávajú mechanické faktory, nadmerné ochlpenie a potenie, sedavý spôsob života, hygienické návyky, obezita, znížená imunita a taktiež hormonálne zmeny. Príznaky aj liečba sa líšia v závislosti od akútnej alebo chronickej fázy ochorenia. Pri vzniku abscesu je indikovaná jeho evakuácia a drenáž. Po odznení zápalu sa realizuje chirurgické odstránenie celého sínusového ložiska, prípadne miniinvazívne riešenie, napr. pomocou elastickej ligatúry, fibrínového lepidla. Ošetrovateľská starostlivosť je zameraná na predoperačnú, pooperačnú a následnú starostlivosť o pacienta. Dôležitú úlohu zohráva edukáciu pacienta s dôsledným dodržiavaním režimových opatrení. Dôkladná hygienická starostlivosť, epilácia/depilácia postihnutej oblasti, starostlivosť o operačnú ranu, primeraný pohybový režim a správna životospráva patria medzi najzákladnejšie oblasti ošetrovateľského manažmentu pacienta. Ochorenie má tendenciu k recidívam a významne ovplyvňuje kvalitu života mladých ľudí, vrátane školského a sociálneho fungovania, či psychického komfortu, preto je potrebné zvážiť aj negatívne následky do týchto oblastí a hľadať možnosti ich redukcie a prevencie.

10. OD RUTINNÍ OPERACE K ŽIVOT OHROŽUJÍCÍMU STAVU

Meščanová J., Daňková Danielová B.

Chirurgická klinika, FN Ostrava

Přednáška se zaměřuje na kazuistiku sedmileté pacientky, o kterou jsme pečovali v Centru dětské traumatologie a chirurgie Fakultní nemocnice Ostrava. Pacientka byla primárně hospitalizována pro zlomeninu předloktí, která byla řešena operační osteosyntézou. Při druhé hospitalizaci byla přijata k plánované extrakci osteosyntetického materiálu. V pooperačním období však došlo k náhlému zhoršení zdravotního stavu, které představovalo bezprostřední ohrožení života pacientky a vyžadovalo intenzivní léčbu i mezioborovou spolupráci.

Cílem přednášky je upozornit na možnost vzniku závažných a neočekávaných komplikací i po běžných operačních výkonech a zdůraznit význam včasného rozpoznání prvních příznaků, rychlé diagnostiky a zahájení adekvátní léčby.

11. OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U CHLAPCŮ PO OPERACI HYPOSPADIE

Vašíčková A.

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

Hypospadie je vrozená vývojová vada močové trubice, která se nejčastěji vyskytuje u chlapců a je charakterizována atypickým vyústěním močové trubice na spodní straně penisu. Jedná se o jednu z nejčastějších vrozených vývojových vad, jejíž příčina není zcela objasněna a předpokládá se multifaktoriální původ. Podle lokalizace zevního ústí uretry se hypospadie rozděluje na distální, střední a proximální formu. Léčba je chirurgická a jejím hlavním cílem je rekonstrukce močové trubice, napřímení penisu a dosažení funkčně i esteticky přijatelného výsledku.

Prezentace se zaměřuje především na ošetrovatelskou péči o děti po operaci hypospadie. Popisuje pooperační péči, specifika převazu operační rány a epicystostomie, kontrolu hojení a sledování možných komplikací, mezi které patří například uretrokutánní píštěl, striktura uretry, dehiscence žaludu nebo divertikl uretry. Součástí prezentace je také kazuistika pětiletého pacienta s koronární hypospadií, který podstoupil rekonstrukční operaci dle Mathieu, včetně průběhu pooperační péče a následných ambulantních kontrol.

Důležitou součástí péče je rovněž edukace rodičů o režimových opatřeních v domácím prostředí, ochraně operační rány, péči o epicystostomii, zajištění průchodnosti močových cest a rozpoznání případných komplikací. Cílem ošetrovatelské péče je podpořit správné hojení operační rány, předcházet komplikacím a zajistit bezpečnou rekonvalescenci dítěte.

12. VYUŽITÍ PODTLAKOVÉ TERAPIE (VAC) V PEDIATRICKÉ CHIRURGII

Vaňková K.

Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FNMH Praha

Sdělení prezentuje klinické zkušenosti s využitím VAC terapie u pediatrických pacientů při selhání konvenční lokální léčby. Retrospektivní analýza pacientů hospitalizovaných na KDCH FNMH během pětiletého období ukazuje přínos podtlakové terapie u ran různé etiologie a její význam v léčbě komplikovaných defektů.

13. DŮSLEDKY HAZARDNÍHO CHOVÁNÍ ADOLESCENTŮ

Müllerová J.

Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FNMH Praha

Pod vlivem návykových látek či z důvodu neuváženého riskování, často v souvislosti s výzvami na sociálních sítích, dochází k závažným úrazům vyžadujícím akutní operační řešení a hospitalizaci. Práce prezentuje informaci o souboru pacientů hospitalizovaných na JIP KDCH FNMH během 5 let s úrazy způsobenými rizikovým chováním.

14. GASTROSCHÍZA

Příkazská Z.

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

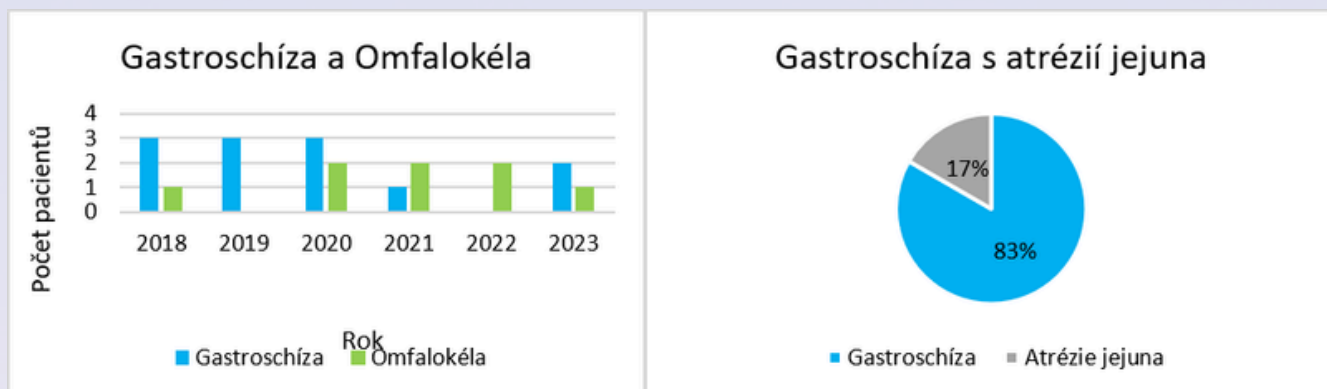
Gastroschíza je VVV, která vzniká pravděpodobně poruchou uzávěru břišní stěny během embryonálního vývoje. Vzniká defekt o velikosti 2–4 cm, který je umístěn laterálně od pupečníku, v 90 % případů postihuje pravou stranu. Střevní kličky, které jsou vyhrěznuté, nejsou kryté, jsou edematózně prosáklé a často povleklé v důsledku působení plodové vody. U takto postiženého střeva je postnatálně snižena motilita a absorpční schopnost. U 10–15 % případů bývá popisována intestinální atrezie. Nedoprovází jiné orgánové a chromozomové vady.

Terapie závisí na oběhové a ventilační stabilizaci. Chirurgický postup je umístění střeva do dutiny břišní a uzávěr břišní stěny bez velkého napětí a tlaku na útroby. Další postup je umístění střeva do dutiny břišní, ale otvor ve stěně břišní nelze uzavřít bez vyvinutí tlaku na orgány – sešije se kůže, svaly s vazivem zůstanou přechodně nesešité. Pokud není možné otvor sešít ani kůží, pak se místo kryje umělou membránou – COM (Kombinovaná obvazová textilie).

Po operaci vyžaduje většina novorozenců UPV a intravenózní parenterální výživu.

Metoda silo se používá, pokud se nepodaří celé střevo umístit do dutiny břišní. Z umělé membrány vytvoří vak (silo), který se přišije po obvodu otvoru stěny břišní a zavěsí se nad dítě. Střevo umístěná ve vaku následně svou vlastní váhou klesají postupně do břicha, které se během několika dnů až týdnů zvětší tak, že je pak defekt možné sešít.

Omfalokéla je herniace střečních klíčků a často patologicky utvářených orgánů dutiny břišní do pupečníku. Orgány dutiny břišní jsou kryty amniovým vakem, na jehož vrcholu vystupuje pupečník. Obsahem vaku je tenké a tlusté střevo, někdy játra a žaludek



15. MANAŽMENT UZATVORENIA GASTROSCHÍZY MIMO OPERAČNEJ SÁLY

Sochuľáková M., Pažická J., Šubiková J.

Neonatologická klinika, JLF UK a UNM Martin

Gastroschíza predstavuje vrodený defekt prednej brušnej steny, pri ktorom dochádza k herniácii črevných kľúčiek mimo brušnú dutinu bez krycieho vaku. Tradičný prístup zahŕňa chirurgické ošetrenie na operačnej sále v celkovej anestézii. V posledných rokoch však narastá záujem o management a primárne alebo postupné uzavretie defektu mimo operačnej sály, najmä u hemodynamicky stabilných novorodencov.

Prednáška sa zameriava na aktuálne možnosti uzavretia gastroschízy, výber vhodných pacientov, technické aspekty výkonu, analgosedáciu, monitoring a interdisciplinárnu spoluprácu neonatológa, pediatrického chirurga a anestéziológa. Diskutované budú výhody tohto prístupu vrátane redukcie potreby celkovej anestézie, skrátenia času do definitívneho uzáveru, minimalizácie transportu kriticky chorého novorodenca a potenciálne kratšej hospitalizácie.

16. KOMPLEXNÁ KRANIOSYNOSTÓZA

Stehlíková Z., Šperková B.

Klinika detskej chirurgie, JLF UK a UNM Martin

Úvod prednášky sme venovali stručnej charakteristike kraniosynostóz. Ďalej sme sa zamerali na ich typy, príznaky, diagnostiku a liečbu. Hlavným cieľom je priblížiť celkový priebeh ochorenia u pacienta od prvej diagnostiky, cez liečbu pomocou kranioplastiky, až po ukončenie liečby.

17. KAZUISTIKA-RTG ANO NEBO NE?

Petrílková E.

Oddělení dětské chirurgie, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem

Sdělení: Kazuistika dvou případů těžkého kraniocerebrálního poranění u dětí, ze kterého vyvstává otázka, zda doporučení neprovádět paušální RTG vyšetření lebky nemůže ohrozit dítě na životě? V jednom případě šlo o dvě rozsáhlé impesivní zlomeniny u 15měsíční holčičky po pokousání psem a ve druhém nerozpoznanou „ping-pong“ impesivní zlomeninu u 3letého chlapce.

Diskuse: Poranění hlavy v dětském věku je jedno z nejběžnějších poranění a obava z možných komplikací je často důvodem k hospitalizaci. Odhalení obou případů pomocí RTG a CT vyš., nutná operační intervence neurochirurga, průběh pooperační péče na JIP i standardním oddělení DCH.

Závěr: Otázka k zamyšlení – je možné se řídit doporučením dospělých traumatologů a neprovádět RTG lebky i u dětských pacientů?

18. KOLOBEŽKY A BICYKLE POSTRACHOM ULÍC

Zechelova J., Ondrášková M.

Národní ústav dětských chorob Bratislava

Masívny rozvoj mestskej mikro -mobility so sebou prináša prudký nárast závažných nehôd kolobežkárov a cyklistov. Prezentáciu otvára audiovizuálny záznam, ktorý autenticky ilustruje rizikovosť tohto fenoménu priamo v cestnej premávke.

Hlavným cieľom príspevku je priblížiť komplexný manažment starostlivosti o pacienta prostredníctvom kazuistiky. Prípadová štúdia detailne analyzuje postupy od prijatia pacienta s devastačným poranením hlavy až po diagnostiku mozgovej smrti. Práca sa hlbšie venuje náročnému procesu darcovstva orgánov a nezastupiteľnej úlohe sestry pri multiorgánovej podpore a komunikácii s príbuznými. Záver príspevku prináša aktuálne štatistické dáta o nehodovosti, ktoré podčiarkujú akútnu potrebu prevencie a nosenia ochranných prilieb.

19. SPOLYKANÉ TAJEMSTVÍ

Juráková M.

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

Pacienti s bezoáry – diagnostické, terapeutické a ošetrovateľské aspekty péče na dětském chirurgickém pracovišti.

Bezoár predstavuje nahromadení nestraviteľného materiálu v trávicím traktu, ktoré môže viesť k závažným gastrointestinálnym komplikáciám. V detskom veku sa najčastejši setkávame s trichobezoáry vznikajúcimi po dlhodobém polykání vlasů (trichofagii), prípadne s bezoáry tvořenými rostlinnou vlákninou či jinými nestraviteľnými materiály. Výskyt bývá častější u pacientů s psychomotorickou retardací, psychiatrickými onemocněními nebo poruchami chování, nicméně může být zaznamenán i u jinak zdravých jedinců.

Príspevek prezentuje dvě kazuistiky dětských pacientek léčených na dětském chirurgickém pracovišti Fakultní nemocnice Brno. První pacientka byla přijata ve stavu těžké malnutrice a subileózního syndromu. Peroperačně byl zjištěn rozsáhlý trichobezoár vyplňující žaludek, duodenum a část jejunu v délce přibližně 100 cm. Léčba vyžadovala rozsáhlý chirurgický výkon s následnou intenzivní pooperační péčí. Hospitalizace byla komplikována paralytickým ileem, rozvojem refeeding syndromu a infekčními komplikacemi. Druhá pacientka byla diagnostikována v časnějším stadiu na základě náhodného ultrazvukového nálezu při vyšetřování chronických bolestí břicha. Po chirurgické extrakci žaludečního bezoáru proběhla rekonvalescence s minimem komplikací a výrazně kratší dobou hospitalizace.

Na uvedených případech je demonstrován význam včasné diagnostiky, která zásadním způsobem ovlivňuje rozsah chirurgické léčby i pooperační průběh. Součástí sdělení je rovněž přehled specifik intenzivní a ošetrovatelské péče zahrnující monitoraci fyziologických funkcí, péči o invazivní vstupy, zajištění výživy, prevenci komplikací, časnou rehabilitaci a podporu postupné realimentace. Důležitou součástí komplexního přístupu je také mezioborová spolupráce s psychology, psychiatry, nutričními terapeuty a dalšími specialisty s cílem minimalizovat riziko recidivy.

Kazuistiky potvrzují, že bezoáry představují vzácnou, avšak potenciálně život ohrožující diagnózu, jejíž úspěšné zvládnutí vyžaduje včasné rozpoznání, správně zvolený chirurgický postup a komplexní multidisciplinární péči.

20. KDYŽ ZA ÚRAZ NEMŮŽE JEN PÁD

Malá M.

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

Přednáška se zabývá problematikou patologických zlomenin a zvýšené křehkosti kostí v dětském věku se zaměřením na osteogenesis imperfecta a osteoporózu. Cílem je poukázat na situace, kdy častost úrazu u dětí nemusí jen znamenat, že jsou děti nešikovné. Teoretický úvod je doplněn o dvě kazuistiky dětí, které se u nás těmi to vzácnými diagnózami léčili.

22. ROZŠTĚPOVÉ VADY OBLIČEJE OPTIKOU PERIOPERAČNÍ SESTRY

Babáková M., Hašková J.

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

Příspěvek zarámuje téma krátkým úvodním pojednáním o embryologii a faktorech vzniku rozštěpů. Následně se zaměří na atypické rozštěpové vady obličeje, se zvláštním zaměřením na příčný rozštěp koutků. Ten dle Tessierovy klasifikace spadá pod „typ 7“ a představuje 0,3 až 1 % všech obličejových vad. Hlavní část příspěvku se bude věnovat přístupu k této problematice pohledem perioperační sestry. Probere problematiku rouškování, užívaného instrumentária a význam ostatních oborů při operacích pacientů s těmito vadami.

Cílem vstupu je tedy přiblížit problematiku nepříliš známých atypických rozštěpových vad a poukázat na význam mezioborové spolupráce při péči o tyto pacienty.

23. SPECIFICKÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U DĚTÍ S OROFACIÁLNÍMI ROZŠTĚPY

Stred'anská M.

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

Moderní medicína dává možnost díky moderním technologiím, prenatální diagnostice a zkvalitnění péče přežít dětem, které by v minulosti neměly šanci na přežití.

Péče o tyto pacienty je multidisciplinární, systematická a dlouhodobá, proto v naší nemocnici funguje od roku 2019 tým v rámci Rozštěpového centra.

Téma orofaciálních rozštěpů je v dnešní době stále aktuální a nemělo by zůstat tabu jak pro odbornou, tak pro laickou veřejnost.

Přednáška se zaměřuje na nejčastěji operované rozštěpové vady obličeje, jejich operační řešení, pooperační péči, doporučenou stravu a harmonogram kontrol u dalších specialistů.

24. PŘEDSTAVENÍ OPERAČNÍHO PŘÍSTUPU K PROGRESIVNÍ VNITŘNÍ DISTRAKCI STERNA U JEUNEOVA SYNDROMU

Procházková A., Bartoníčková I.

COS pro děti, FNMH Praha

Přednáška se zaměřuje na operační přístup u Jeuneova syndromu, jedná se o asfyktickou hrudní dystrofii, která byla poprvé popsána v roce 1954. Jedná se o vrozené muskuloskeletární onemocnění, které se vyznačuje krátkými žebry, úzkým hrudníkem a zkrácenými končetinami. Což vede k poruše vývoje plic, k dechové tísní a ke smrti. Mohou se vyskytovat i jiné anomálie například jaterní fibróza, porucha renálních funkcí apod. Onemocnění má genetický podklad. Cílem je představit operační výkon, který zvětší objem hrudníku a tím zlepší plicní expanzi u těchto pacientů. Danou metodu jsme realizovali ve FN Motol a Homolka na jaře 2026. Jedná se o chirurgický výkon, který vyžaduje mediánní sternotomii pomocí speciální sternální pily s následným založením vnitřního distraktoru s aktivátorem, který je fixován ke sternálním polovinám šrouby. Aktivátor je vyveden do pravé poloviny hrudníku incizí, pomocí něhož aktivujeme otáčení hlavy distraktorovaného šroubu, což způsobuje oddalování hrudní kosti od sebe a tím dosahujeme rozšíření hrudního koše.

Externí rameno je nutno otáčet denně. Pokud je pacient stabilizovaný, tak již první pooperační den. Daným operačním postupem řešíme zvětšení a rozvoj hrudníku, tím podporujeme jeho růst a zároveň zlepšujeme kvalitu života.

25. KRANIOSYNOSTÓZA – PERIOPERAČNÍ PÉČE A CHIRURGICKÁ LÉČBA

Červená S., Pavlišťiková R.

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

Kraniosynostóza je vrozená vývojová vada charakterizovaná předčasným srůstem jednoho nebo více lebečních švů, která vede k poruše růstu lebky a její následné deformaci. Výskyt se udává přibližně u 1 z 2 500 živě narozených dětí, přičemž většina případů představuje nesyndromovou formu onemocnění. Včasná diagnostika a správně zvolená léčba jsou zásadní pro prevenci možných neurologických komplikací a dosažení optimálního funkčního i kosmetického výsledku.

Příspěvek shrnuje základní typy kraniosynostóz podle postiženého lebečního švu, diagnostický proces a současné možnosti chirurgické léčby. Zaměřuje se především na remodelační operace prováděné na pracovišti dětské neurochirurgie a na specifika perioperační péče o dětského pacienta. Součástí sdělení je přehled používaného instrumentária, principy remodelace kalvy a využití resorbovatelných fixačních systémů typu SONIC WELD.

Zvláštní pozornost je věnována úloze perioperační sestry v předoperační přípravě, instrumentaci výkonu a bezprostřední pooperační péči. Cílem příspěvku je prezentovat komplexní přístup k chirurgické léčbě kraniosynostóz a zdůraznit význam multidisciplinární spolupráce při péči o dětského pacienta.

26. SOUČASNÁ A DŘÍVĚJŠÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O DÍTĚ S EXTROFÍÍ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

Mistolerová Š., Smržová M.

Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FNMH Praha

Úvod: Extrofie močového měchýře představuje vzácnou vrozenou vývojovou vadu urogenitálního systému, která ovlivňuje kvalitu života dítěte i jeho rodiny.

Ošetrovatelská péče o tyto pacienty prošla v průběhu let výrazným vývojem v souvislosti s pokroky v chirurgické léčbě, intenzivní péči i psychosociální podpoře. Zatímco dřívější péče byla zaměřena především na základní hygienu a prevenci infekcí, dnešní moderní přístup klade důraz na komplexní, multidisciplinární a individualizovanou péči. Cílem práce je porovnat historický a současný přístup k ošetrovatelské péči u dítěte s extrofií močového měchýře.

Metodika: Práce byla zpracována formou přehledu odborné literatury zaměřené na perioperační a ošetrovatelskou péči o děti s extrofií močového měchýře. Byly analyzovány odborné články, monografie a doporučené postupy významných center dětské urologie, zejména Great Ormond Street Hospital v Londýně (GOSH) a amerických pracovišť vycházejících z principů Gerhardtovy školy. Pozornost byla věnována pooperační imobilizaci, péči o suprapubické a ureterální katétry, prevenci infekčních komplikací, managementu bolesti, ochraně operační rány a edukaci rodičů.

Závěr: Moderní ošetrovatelská péče významně přispívá ke zlepšení výsledků léčby a kvality života pacientů s extrofií močového měchýře. Současný přístup preferovaný na našem pracovišti vychází z konceptu GOSH, který klade důraz na šetrnou manipulaci s dítětem, minimalizaci stresu, časnou edukaci rodičů a multidisciplinární spolupráci. Ve srovnání s historickými postupy je dnešní péče komplexnější a zahrnuje fyzické, psychologické i sociální potřeby dítěte a rodiny. Individualizovaná sesterská péče a úzká spolupráce zdravotnického týmu přispívají ke snížení komplikací a lepší adaptaci dítěte po rekonstrukčních výkonech včetně operace dle Kellyho.

27. PÉČE O PACIENTA S EXTROFIÍ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

Pavlíková P.

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

Přednáška se zaměřuje na problematiku exstrofie močového měchýře z pohledu sestry a specifika ošetrovatelské péče v perioperačním období. Součástí bude také kazuistika pacienta, která přiblíží praktické aspekty péče před a po operačním výkonu.

28. DEFORMITY HRUDNÍKA A ICH RIEŠENIE

Povalačová T., Uchál'ová J., Janitorová P.

Klinika detskej chirurgie, JLF UK a UNM Martin

Deformity hrudníka patria k najčastejším vrodeným deformitám hrudnej steny. Postihujú sternum a príslušné rebrá. U väčšiny detí defekt býva viditeľný už pri narodení alebo sa zvýrazní v priebehu predškolského veku či v puberte, v období zrýchleného telesného rastu. V puberte sa aj mierna deformita spravidla zhorší v pomerne krátkom časovom úseku (v priebehu 6 až 12 mesiacov).

U chlapcov sa vyskytujú trikrát častejšie ako u dievčat. Etiológia nie je, asi u 1/3 detí ide o genetický výskyt. Klinické príznaky sú závislé od stupňa deformity. Liečba môže byť konzervatívna – pomocou podtlakového zvonu /"Vacuum bell"/ alebo operačná. Cieľom operačného zákroku je upraviť prednú hrudnú stenu do správnej polohy a tvaru modelovaním hrudnej kosti a príslušných rebrových chrupaviek pomocou dlahy. Deti po operácii udávajú ústup kardio-respiračných príznakov a lepšie tolerujú námahu. Kompletne ukončený rast znižuje riziko vzniku recidívy.

Cieľom prednášky je poskytnúť stručný prehľad ochorenia u detí a navrhnúť plán ošetrovateľskej starostlivosti pri konzervatívnom postupe liečby a v predoperačnom a pooperačnom období, aby kvalitne poskytnutá ošetrovateľská starostlivosť urýchlila liečebný proces.

29. VRODENÉ VÝVOJOVÉ CHYBY ŽLČOVÝCH CIEST

Stopjaková P., Černianska E.

Klinika detskej chirurgie, UNM Martin

Vrodené vývojové chyby žlčových ciest patria medzi zriedkavé ochorenia hepatobiliárneho systému, ktoré vedie k progresívnemu poškodeniu pečene, čo vyžaduje včasnú diagnostiku a chirurgickú liečbu. Cieľom práce je priblížiť diagnostický a terapeutický manažment so zameraním na perioperačnú starostlivosť a úlohu sestry – inštrumentárky počas chirurgického výkonu.

V prednáške prezentujeme prípad dieťaťa operovaného pre podozrenie na atréziu žlčových ciest s nálezom cysty choledochu. Pacient podstúpil chirurgickú liečbu formou biliodigestívnej anastomózy typu Roux-en-Y. Pooperačný priebeh bol sprevádzaný komplikáciami vyžadujúcimi dlhodobú hospitalizáciu a pokračujúcu multidisciplinárnu starostlivosť. Prednáška poukazuje na význam včasnej diagnostiky, chirurgickej liečby a spolupráce zdravotníckeho tímu pri starostlivosti o pacienta s touto zriedkavou diagnózou.

30. CANTRELLOVA PENTALOGIE

Žižková Z.

Klinika detské chirurgie, 2. LF UK a FNMH Praha

Úvod: Cantrellova pentalogie predstavuje vzácnou vrozenou vývojovou vadu charakterizovanou kombináciou defektů hrudní stěny, bránice, perikardu a srdce. Prenatální diagnostika umožňuje včasné plánování porodu, chirurgické léčby a následné intenzivní péče o novorozence. Moderní ošetrovatelská péče klade důraz na multidisciplinární spolupráci, individuální přístup k pacientovi a aktivní zapojení rodičů do péče. Cílem práce je prezentovat kazuistiku novorozence se suspektní Cantrellovou pentalogií a poukázat na význam komplexní ošetrovatelské péče v perioperačním období.

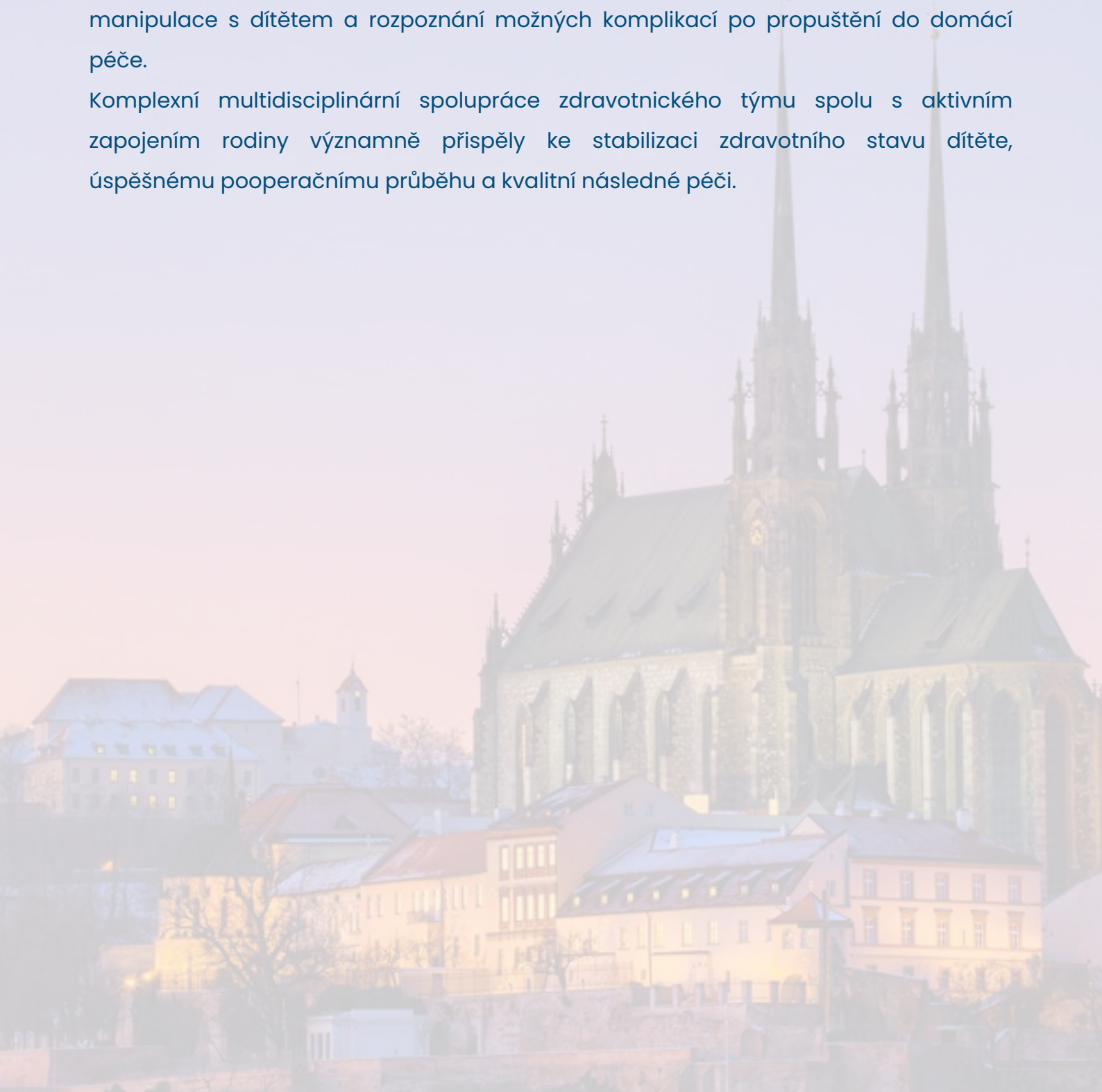
Metodika: Práce byla zpracována formou kazuistiky novorozence s Cantrellovou pentalogií hospitalizovaného na specializovaném pracovišti detské chirurgie. Informace byly získány z ošetrovatelské dokumentace, lékařských zpráv a průběhu hospitalizace pacienta. Pozornost byla zaměřena na prenatální diagnostiku, bezprostřední poporodní péči, pooperační management, péči o operační ránu, individuální ošetrovatelský přístup, edukaci rodičů a mezioborovou spolupráci zdravotnického týmu.

Závěr: U prezentovaného novorozence byla v prenatálním období zjištěna vrozená vývojová vada odpovídající Cantrellově pentalogii. Po narození byl potvrzen defekt ventrální části bránice s hernií jater a omfalokélou, který vyžadoval následnou chirurgickou korekci pomocí Gore-Tex záplaty.

Pooperační průběh byl příznivý, bez známek infekčních komplikací, rána se hojila per secundam a dítě nadále prospívalo.

Důležitou součástí péče byl individuální přístup sester zaměřený na pečlivé sledování zdravotního stavu novorozence, šetrnou manipulaci, podporu komfortu dítěte a minimalizaci stresových podnětů během hospitalizace. Nedílnou součástí ošetrovatelské péče byla také edukace rodičů v oblasti péče o operační ránu, správné manipulace s dítětem a rozpoznání možných komplikací po propuštění do domácí péče.

Komplexní multidisciplinární spolupráce zdravotnického týmu spolu s aktivním zapojením rodiny významně přispěly ke stabilizaci zdravotního stavu dítěte, úspěšnému pooperačnímu průběhu a kvalitní následné péči.





**SBORNÍK BYL VYDÁN U PŘÍLEŽITOSTI 70. KONGRESU ČESKÝCH A SLOVENSKÝCH
DĚTSKÝCH CHIRURGŮ, KONANÉHO 16. – 18. ZÁŘÍ 2026 V BRNĚ.**

Editor: prof. MUDr. Ladislav Plánka, Ph.D.

Grafická úprava: SOGGIORNO, s.r.o.

Ediční uzávěrka: 13. 9. 2026

Vydání: první

Počet stran: 112 stran

Vydává: SOGGIORNO, s.r.o.

**Žádná část této publikace nesmí být žádným způsobem reprodukována bez
písemného svolení vydavatele.**

Tato publikace neprošla jazykovou úpravou v redakci vydavatelství.

Za jazykovou a věcnou správnost díla odpovídají autoři.

ISBN