

X. SJEZD ČESKÉ SPOLEČNOSTI CHIRURGIE RUKY

s mezinárodní účastí



FAKULTNÍ NEMOCNICE
OLOMOUC



KRAJSKÁ NEMOCNICE
T. BATI, a. s.

21.–23. 10. 2009

MÍSTO KONÁNÍ:

Regionální centrum Olomouc
Jeremenkova 40B, 772 00 Olomouc

ZÁŠTITA NAD KONGRESEM:

Monsignore Jan Graubner
arcibiskup olomoucký

Martin Novotný
primátor statutárního města Olomouc

MUDr. Radomír Maráček
ředitel FN Olomouc

Česká společnost chirurgie ruky
*člen International Federation of Societies
for Surgery of the Hand*

Tato publikace neprošla jazykovou úpravou.
Za formu a obsah jednotlivých sdělení nesou odpovědnost jejich autoři.

Editors © Bohumil Zálešák, Martin Molitor, Ivo Menšík, 2009
Copyrights © pro jednotlivé autory, 2009
Graphics © Jiří Procházka, 2009
Publisher © RNDr. František Skopec, CSc. – NUCLEUS HK[®], 2009

ISBN: 978-80-87009-65-9

ČASOVÝ HARMONOGRAM

Středa 21. 10. 2009

PŘEDSÁLÍ CASIOPEA

- 15.00–20.00 | Registrace účastníků
18.00–22.00 | **Přivítací večer, výstava firem, pečené selátko, selekce špičkových vín**

Čtvrtek 22. 10. 2009

PŘEDSÁLÍ CASIOPEA

- 07.30–14.00 | Registrace účastníků

SALONEK BERENICÉ

- 07.45–08.15 | **Schůze výboru České společnosti chirurgie ruky**

SÁL PEGASUS

- 08.30–09.00 | **Slavnostní zahájení**
09.00–11.00 | **BLOK I – Rhizarthrosis**
11.00–11.30 | Coffee break
11.30–13.30 | **BLOK II – Traumatologie**
13.30–14.00 | Oběd (restaurace Grand)
14.00–15.00 | **PANEL I – Rhizarthrosis – kdy, proč, jak?**
15.00–15.20 | Coffee break
15.20–16.45 | **BLOK III – Traumatologie a rehabilitace**
16.45–17.15 | **Valná hromada České společnosti chirurgie ruky**

SALONEK CENTAURUS

- 14.00–15.00 | **BLOK IV – Chirurgie ruky z pohledu sálové sestry**
15.00–15.30 | **WORKSHOP – Motodlahy**

SALONEK BERENICÉ

15.30–16.30 | **WORKSHOP – New trends in the treatment of ulna-impaction syndrome**

RESTAURACE GRAND

20.00–24.00 | **Společenský večer**

Pátek 23. 10. 2009

PŘEDSÁLÍ CASIOPEA

08.30–10.00 | **Registrace účastníků**

SÁL PEGASUS

09.00–11.00 | **BLOK V – Sekundární rekonstrukce a rehabilitace**

11.00–11.20 | **Coffee break**

11.20–12.20 | **PANEL II – Round table – Chirurgie ruky v ČR**

12.20–13.20 | **BLOK VI – Varia**

13.20–13.30 | **Zakončení kongresu**

15.00 | **Výlet do moderního vinařství**

PROGRAM STŘEDA 21. 10. 2009

PŘEDSÁLÍ CASIOPEA

- 15.00–20.00 | Registrace účastníků
- 18.00–22.00 | **Přivítací večer, výstava firem, pečené selátko, selekce špičkových vín**

PROGRAM ČTVRTEK 22. 10. 2009

PŘEDSÁLÍ CASIOPEA

- 07.30–14.00 | Registrace účastníků

SALONEK BERENICÉ

- 07.45–08.15 | **Schůze výboru České společnosti chirurgie ruky**

SÁL PEGASUS

- 08.30–09.00 | **SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ**
Čestné předsednictvo:
Monsignore Jan Graubner, *arcibiskup olomoucký*
Martin Novotný, *primátor statutárního města Olomouc*
MUDr. Radomír Maráček, *ředitel Fakultní nemocnice Olomouc*
prim. MUDr. Alena Schmoranzová, *předsedkyně České společnosti chirurgie ruky, Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie Vysoké nad Jizerou*
doc. MUDr. Igor Čížmář, Ph.D., *Traumatologické oddělení Fakultní nemocnice Olomouc*
prim. MUDr. Bohumil Zálešák, *Oddělení plastické a estetické chirurgie, Fakultní nemocnice Olomouc*
- 09.00–11.00 | **BLOK I – Rhisarthrosis**
Předsednictvo: Fedeleš J., Hellmuth T., Lutonský M., Pilný J., Vodička Z.
- NESTABILITY CMC KLOUBU PALCE RUKY
Pilný J.
Ortopedické oddělení, Krajská nemocnice Pardubice a.s. (12 min.)

POSITIVE CLINICAL EXPERIENCE WITH ARTELON
CMC SPACER

Björnum S.

Orthopaedic and Sports Medicine, Gothenburg, Sweden (15 min.)

NAŠE ZKUŠENOSTI S LÉČBOU RIZATRÓZY

Lutonský M., Pellar D.

Ortopedická klinika FN a LF Hradec Králové (10 min.)

NÁHRADA BAZE I. METAKARPU MEDIN – PĚTILETÉ
VÝSLEDKY, KOMPLIKACE A INDIKAČNÍ KRITÉRIA

Dobiáš J., Pech J., Veigl D., Popelka S.

I. ortopedická klinika FN Motol, Praha (7 min.)

NÁHRADY TRAPEZIA JAKO ŘEŠENÍ RHIZARTROZY

Kašpárek R.

Ortopedické oddělení Fakultní nemocnice Ostrava (7 min.)

SILICONE TRAPEZIAL REPLACEMENT IN THE
RHEUMATOID HAND

Veigl D.

I. ortopedická klinika FN Motol, Praha (7 min.)

NAŠE ZKUŠENOSTI S INTERPOZIČNÍ PLASTIKOU
ŠLACHOVÝM ŠTĚPEM PŘI RHIZARTHROZE

Matuška J.

Ortopedické oddělení Šumperské nemocnice (7 min.)

ARTRODEZA CMC POMOCÍ MEMORY STAPLE

Káňa J., Kašpárek R.

Ortopedické oddělení Fakultní nemocnice Ostrava (7 min.)

TOTÁLNÍ TRAPEZEKTOMIE S NÁHRADOU
INTERPOZIČNÍHO TYPU – AREX

Hellmuth T., Kebrle R., Paroulek J.

Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie

Vysoké nad Jizerou (7 min.)

11.00–11.30

Coffee break

11.30–13.30

BLOK II – Traumatologie

Předsednictvo: Čížmář I., Kebrle R., Maňák P., Mařík V., Palenčář D.

NEW TRENDS IN HAND SURGERY LOCKING PLATE SYSTEMS AND SPECIAL SOLUTIONS TO PROBLEMS IN HAND SURGERY

Engel Ch.

Produktspezialist Hand und Trauma, Gebrüder Martin

Medizintechnik GmbH & Co KG

(15 min.)

RECONSTRUCTION OF ULNAR SIDED CMC FRACTURE DISLOCATION MALUNION BY OSTEOTOMY

Kebrle R., Hellmuth T., Paroulek J.

Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie

Vysoké nad Jizerou

(7 min.)

ULNÁRNÍ TRANSLOKACE KARPUSU – DIAGNÓZA

„SE ZPOŽDĚNÍM“

Čížmář I., Dospěl I.

Traumatologické oddělení Fakultní nemocnice Olomouc (7 min.)

MINIINVAZIVNÍ PŘÍSTUPY K OŠETŘENÍ ZLOMENIN ČLUNKOVÉ KOSTI: SROVNÁNÍ FUNKČNÍCH VÝSLEDKŮ A ROZBOR KOMPLIKACÍ

Dráč P.¹, Hrbek J.², Dospěl I.¹

¹*Traumatologické oddělení Fakultní nemocnice Olomouc,*

²*Radiologická klinika FN Olomouc*

(7 min.)

ARTROSKOPICKY ASISTOVANÁ OSTEOSYNTÉZA ZLOMENIN ČLUNKOVÉ KOSTI

Dráč P., Čížmář I., Zborovjan P.

Traumatologické oddělení Fakultní nemocnice Olomouc (7 min.)

OSTEOSYNTÉZA ZLOMENIN METAKARPŮ A PRSTŮ RUKOU MINIDLAHAMÍ PRO ČELISTNÍ A OBLIČEJOVOU CHIRURGII

Psoška L., Debre J.

Ortopedické oddělení, Šumperská nemocnice s.r.o.

(7 min.)

KOMPLEXNÍ PORANĚNÍ RUKY EXPLOZÍ – FUNKČNÍ
PŘÍSTUP

Paroulek J., Kebrle R., Hellmuth T.
*Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie
Vysoké nad Jizerou* (7 min.)

OŠETRENIE PORANENÝCH ŠTRUKTÚR PRI PRVOM
OŠETRENÍ PORANENIA RUKY

Mihály J.
Klinika úraz. chir., FN Prešov, Slovensko (7 min.)

DEVASTUJÍCÍ PORANĚNÍ RUKY – STRATEGIE LÉČBY
Nejedlý A.

*Klinika plastické chirurgie, Fakultní nemocnice Královské
Vinohrady, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy* (10 min.)

SKALPACE 4 PRSTŮ – ŘEŠENÍ POMOCÍ DVOU LALOKŮ

Zálešák B., Menšík I., Stehlík D.
Oddělení plastické a estetické chirurgie FN Olomouc (7 min.)

13.30–14.00 Oběd (restaurace Grand)

14.00–15.00 **PANEL I – Rhisarthrosis – kdy, proč, jak?**

Moderuje Kebrle R.

Vyzvaní diskutující: Hellmuth T., Lutonský M., Trtík L., Vodička Z.

15.00–15.20 Coffee break

15.20–16.45 **BLOK III – Traumatologie a rehabilitace**

**Předsednictvo: Dlabal K., Menšík I., Molitor M., Schmoranzová
A., Veselý J., Vřeský B.**

SROVNÁNÍ METOD REKONSTRUKCE METAKARPÁLNÍ
RUKY PŘENOSEM PRSTŮ Z NOHOU

Veselý J., Stupka I., Hýža P., Dvořák J., Justan I., Novák P.
*Klinika plastické chirurgie LF Masarykovy university,
Fakultní nemocnice u sv. Anny, Brno* (10 min.)

MANAGEMENT OF HAND INJURIES, ACUTE TREATMENT

Palenčár D., Fedeleš J., Simonová K., Payer J.
Klinika plastické chirurgie LF UK Bratislava, Slovensko (10 min.)

SUBTOTÁLNÍ AMPUTACE HORNÍ KONČETINY

Vřeský B.^{1,5}, Suk M.¹, Pleva L.², Prusenovský P.², Dočekal B.³,
Chmelová J.⁴

¹*Centrum plastické chirurgie a chirurgie ruky FN Ostrava,*

²*Traumatologické centrum FN Ostrava,*

³*Kardiochirurgické centrum FN Ostrava,*

⁴*Radiodiagnostický ústav FN Ostrava,*

⁵*Zdravotně-sociální fakulta – Ostravská univerzita (6 min.)*

**STRELNÉ PORANENIE UKAZOVÁKA S NÁSLEDKOM
STRATY KOSTNÉHO SKELETU STREDNÉHO ČLÁNKU
A JEDNÉHO NERVOVOCIEVNEHO ZVAZKU.**

AKO HO SPRÁVNE OŠETRIŤ?

Jabur V., Zábavníková M., Švehlík J.

Klinika plastickej, rekonštrukčnej a estetickéj chirurgie,

FN Košice, Slovensko (6 min.)

**MĚKKOTKÁŇOVÁ DISTRAKCE A VASKULARIZOVANÝ
PŘENOS PIP KLOUBU Z NOHY. EXTRÉMNIÍ INDIKACE**

Zálešák B., Menšík I., Stehlík D., Molitor M.

Oddělení plastické a estetické chirurgie FN Olomouc (6 min.)

**REPLANTAČNÍ CHIRURGIE NA KLINICE PLASTICKÉ
CHIRURGIE FNKV**

Kletenský J., Skála M., et al.

Klinika plastické chirurgie, Fakultní nemocnice Královské

Vinohrady, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy (6 min.)

**REPLANTACE V PAŽI U DÍTĚTE S VÍCEČETNÝM
PORANĚNÍM**

Mařík V. Kálal P.

Ortopedické oddělení Nemocnice České Budějovice (6 min.)

**DEVASTAČNÍ PORANĚNÍ SEKAČKOU NA TRÁVU
U DĚTÍ – REPLANTOVAT?**

Zálešák B.¹, Boča R.¹, Čižmář I.¹, Stehlík D.¹, Smolka V.²,

Klásková E.²

¹*Oddělení plastické a estetické chirurgie FN Olomouc,*

²*Dětská klinika FN Olomouc (6 min.)*

REPLANTAČNÍ AUDIT VE FN OLOMOUC V LETECH
1980–2009

Stehlík D., Zálešák B., Maňák P., Molitor M., Menšík I.,
Boča R.

Oddělení plastické a estetické chirurgie, FN Olomouc

Traumatologické oddělení FN Olomouc

(6 min.)

KONCEPCE REHABILITACE RUKY V ÚVN

Hebelková Činčerová M.

Ústřední vojenská nemocnice Praha

(10 min.)

16.45–17.15

Valná hromada České společnosti chirurgie ruky

SALONEK CENTAURUS

14.00–15.00

BLOK IV – Chirurgie ruky z pohledu sálové sestry

Předsednictvo: Boča R., Hatalová I., Krulová M.

AUTOTRANSPLANTACE KOŽNÍHO A KOSTNÍHO
ŠTĚPU NA RUCI

Mandryková I., Třešňáková J.

Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie,

Vysoké nad Jizerou

(7 min.)

TŘÍSELNÝ LALOK – KAZUISTIKA

Čiháková J., Veselá L.

Klinika plastické chirurgie, Fakultní nemocnice Královské

Vinohrady, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

(7 min.)

PÉČE O PACIENTA S PORANĚNÍM MĚKKÝCH TKÁNÍ
I SKELETU

Hnyková L.

Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie

Vysoké nad Jizerou

(7 min.)

ZTRÁTOVÉ PORANĚNÍ RUKY Z POHLEDU
INSTRUMENTÁŘKY

Kozáková R., Šlápotosvá A.

Oddělení plastické chirurgie Nemocnice České Budějovice (7 min.)

SPECIFIKA PRÁCE INSTRUMENTÁŘKY

**U MIKROCHIRURGICKÉHO VÝKONU – PŘENOS PRSTU
Z NOHY NA RUKU**

Krulová M., Vychodilová M., Molitor M.,

Centrální operační sály, Fakultní nemocnice Olomouc (7 min.)

KARPÁLNÍ TUNEL Z POHLEDU INSTRUMENTÁŘKY

Tesařová H.

Fakultní nemocnice Olomouc, Oddělení plastické

a estetické chirurgie

(7 min.)

15.00–15.30 | **WORKSHOP – Motodlahy**

SALONEK BERENICÉ

15.30–16.30 | **WORKSHOP – New trends in the treatment of ulna-impaction
syndrome** – pořádá Fénix Brno, spol. s r.o., generální sponzor
kongresu

RESTAURACE GRAND

20.00–24.00 | **Společenský večer**

PROGRAM PÁTEK 23. 10. 2009

PŘEDSÁLÍ CASIOPEA

08.30–10.00 | Registrace účastníků

SÁL PEGASUS

09.00–11.00 | **BLOK V – Sekundární rekonstrukce a rehabilitace**
Předsednictvo: Fialová L., Fibír A., Justan I., Kletenský J., Pech J.

SEKUNDÁRNE REKONŠTRUKCIE PO AMPUTÁCII PRSTOV
Kavečanský M., Kluka T., Švehlík J., Zábavníková M., Beneš T.,
Antol M.

Klinika plastickej, rekonštrukčnej a estetickej chirurgie,

FNLP, Košice, Slovensko

(10 min.)

EVALUATION OF PATIENTS' QUESTIONNAIRES
CONCERNING SOCIOECONOMIC STATUS AFTER FINGER
REPLANTATION

Justan I., Dvorak Z., Jerabkova K., Hyza P., Stupka I., Vesely J.
*Department of Plastic and Aesthetic Surgery, Faculty
of Medicine, Masaryk University, St. Anne's University
Hospital, Brno* (7 min.)

DOES THE ECRL-TO-EPL TRANSFER INFLUENCE
A HAND FUNCTION: 2 YEARS FOLLOW-UP STUDY

Justan I., Dvorak Z., Hyza P., Stupka I., Vojtová J., Nečasová B.,
Vesely J.
*Department of Plastic and Aesthetic Surgery, Faculty of
Medicine, Masaryk University, St. Anne's University
Hospital, Brno* (7 min.)

SNAKE BITE INJURY

Molitor M.^{1,2}, Vassena F.³, Fiala H.⁴, Vychodilová M.¹
¹*Oddělení plastické a estetické chirurgie FN Olomouc*
²*Oddělení plastické chirurgie KNTB Zlín*
³*Instituto Italiano di Chirurgia Della Mano, Monza, Itálie*
⁴*Klinika anesteziologie a resuscitace FN Olomouc* (6 min.)

MOŽNOSTI OŠETŘENÍ U ZASTARALÝCH PORANĚNÍ
HLUBOKÝCH FLEXORŮ V ZÓNĚ II. – PRIMÁRNÍ
TRANSPLANTACE ŠLACHOVÉHO ŠTĚPU

Sukop A., Tvrdek M., Haas M., Bayer J.
*Klinika plastické chirurgie, Fakultní nemocnice Královské
Vinohrady, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy* (6 min.)

VÝSLEDKY ODLOŽENEJ PRIMÁRNEJ REKONŠTRUKCIE
LÉZIÍ DISTÁLNEHO ÚPONU HLBOKÉHO FLEXORA
MALÍČKA

Švehlík J., Zábavníková M., Jabur V., Hojstričová Z.
*Klinika plastickej, rekonštrukčnej a estetickej chirurgie,
FN L. Pasteura Košice, Košice, Slovensko* (6 min.)

HYPOPLÁZIA A. RADIALIS – KAZUISTIKA REZNÉHO
PORANENIA

Elko M., Lešo E., Regec M. /Remari s.r.o. Snina/, Rovder P.
OUCH NsP Š. Kukurú n.o. Michalovce, Slovensko (6 min.)

REHABILITACE PO ŠLACHOVÝCH PORANĚNÍCH
EXTENZORŮ RUKY

Hellmuth T., Schmoranzová A.

Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie

Vysoké nad Jizerou

(15 min.)

REHABILITACE PO ŠLACHOVÝCH PORANĚNÍCH
FLEXORŮ RUKY

Parkánová S., Schmoranzová A.

Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie

Vysoké nad Jizerou

(15 min.)

CHIRURGICKÁ REHABILITACE TETRAPLEGICKÉ RUKY

Calabová N.¹, Čižmář I.²

¹*Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství, FN Olomouc*

²*Traumatologické oddělení, FN Olomouc*

(10 min.)

11.00–11.20

Coffee break

11.20–12.20

PANEL II – Round table – Chirurgie ruky v ČR

Moderuje: Zálešák B.

Vyzvaní diskutující: Dražan L. (výbor ČSPCh), Nejedlý A. (výbor ČSPCh a ČSChR), Neoral Č. (výbor ČChS), Čižmář I. (výbor ČSÚCh), Kebrle R. (výbor ČSChR), Šustáček J. (em. primář Chirurgického odd. Nemocnice Nové Město na Moravě), zástupce jmenovaný výborem ortopedické společnosti

12.20–13.20

BLOK VI – Varia

Předsednictvo: Fibír A., Molitor M., Nejedlý A., Palenčár D., Vodička Z.

STABILISACE PAHÝLU ULNY PO DARRACHOVĚ RESEKCI

Pech J., Weigl D., Dobiáš J.

I. ortopedická klinika FN Motol, Praha

(10 min.)

LIMITOVANÁ A TOTÁLNÍ ARTRODÉZA REVMATICKÉHO
ZÁPĚSTÍ

Vodička Z.¹, Krejčí F.¹, Kebrle R.²

¹*Ortopedické oddělení Nemocnice České Budějovice a.s.*

²*Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie*

Vysoké nad Jizerou

(10 min.)

	<p>VOLKMANNOVA ISCHEMICKÁ KONTRAKTURA Schmoranzová A. a kolektiv <i>Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie Vysoké nad Jizerou</i> (10 min.)</p>
	<p>ENDOSKOPICKÁ DEKOMPRESSE N. ULNARIS Fibír A., Antuš E. <i>Oddělení plastické a estetické chirurgie SANUS, Hradec Králové</i> (7 min.)</p>
	<p>ENDOSKOPICKY ASISTOVANÁ IN SITU DEKOMPRESSE N. ULNARIS V OBLASTI LOKTE – NAŠE ZKUŠENOSTI Humhej I., Sameš M. <i>Neurochirurgická klinika, Krajská zdravotní a.s., Masarykova nemocnice o.z., Ústí nad Labem</i> (7 min.)</p>
	<p>FLEKČNÍ KONTRAKTURA LOKTE U SPASTICKÉ HORNÍ KONČETINY Fialová L. <i>Ústav chirurgie ruky, Vysoké nad Jizerou</i> (7 min.)</p>
13.20–13.30	ZÁKONČENÍ KONGRESU
15.00	Výlet do moderního vinařství

GENERÁLNÍ SPONZOR



GENERÁLNÍ PARTNER WORKSHOPU

Glynn Brothers Chemicals Prague, s.r.o.

SPONZOŘI

House 28. října 3159, s.r.o.

IDOP OLOMOUC, a.s.

Rostěnice, a.s.

OHL ŽS, a.s.

STAEG, s.r.o.

VYSTAVOVATELÉ

Bioster, a.s.

Carl Zeiss, s.r.o., oddělení Med

Endoimplant, s.r.o.

Fénix Brno, s.r.o.

G.P.S. Ofa, s.r.o.

GlaxoSmithKline, s.r.o.

Glynn Brothers Chemicals Prague, s.r.o.

Hu_med.hu kft.

ING corporation, s.r.o.

Johnson & Johnson, s.r.o. – divize DePuy

Johnson & Johnson, s.r.o. – divize Ethicon

MEDICI – H, s.r.o., INTERNATIONAL MEDICAL

Medimplant, s.r.o.

NEOMED, s.r.o.

Olympus Czech Group, s.r.o.

RADIX CZ, s.r.o.

Surgipa Medical, s.r.o.

Synthes, s.r.o.

Zexell, s.r.o.

SBORNÍK PŘEDNÁŠEK

ČTVRTEK 22. 10. 2009

SÁL PEGASUS

09.00–11.00, BLOK I – Rhisarthrosis

NESTABILITY CMC KLOUBU PALCE RUKY

Pilný J.

Ortopedické oddělení, Krajská nemocnice Pardubice a.s.

Na rozvoj risartrózy má vliv nestabilita, která může být pourazová při poškození hluboké porce předního šikmého vazů, nebo u hypermobilních osob přetěžování kloubu při hypermobilitě.

Autor v úvodu předkládá anatomický podklad vzniklé nestability a dokumentuje rozdíly zjistitelné artroskopickým vyšetřením. Následně hodnotí výsledky artroskopického shrinkage kloubního pouzdra, jež bylo provedeno u 14 pacientů, kdy byla zjištěna nestabilita při hypomobilitě, a 22 pacientů u kterých byla provedena operace dle Littler-Eatona, kdy byla nestabilita při porušení hluboké porce předního šikmého vazů.

E-mail: jaroslav.pilny@nemocnice-pardubice.cz

NAŠE ZKUŠENOSTI S LÉČBOU RIZATRÓZY

Lutonský M., Pellar D.

Ortopedická klinika FN a LF Hradec Králové

Sdělení představuje dlouhodobé zkušenosti Ortopedické kliniky FN a LF Hradec Králové s léčbou rizartrózy, ke kterým pracoviště dospělo. Je uvedeno indikační schéma jednotlivých používaných operačních technik – aloplastiky, artroplastiky a artrodézy, spolu s filozofií vlastních názorů na používané operační výkony.

Autoři seznamují s komplikacemi, které se vyskytly při operační léčbě rizartrózy.

E-mail: lutonsky@fnhk.cz

NÁHRADA BAZE I. METAKARPU MEDIN – PĚTILETÉ VÝSLEDKY, KOMPLIKACE A INDIKAČNÍ KRITÉRIA

Dobiáš J., Pech J., Veigl D., Popelka S.

I. ortopedická klinika FN Motol, Praha

Náhrada baze I. metakarpu Medin (Walter) je prováděna na našem pracovišti v indikaci rizartrózy a revmatické destrukce trapeziometakarpálního kloubu od

ledna 2004. Náš soubor činí 61 pacientů. V naší přednášce hodnotíme výsledky tohoto řešení rizartrózy, hodnotíme komplikace a stanovujeme indikační kritéria, která zajišťují velmi dobrý operační výsledek.

E-mail: jandobias@seznam.cz

NÁHRADY TRAPEZIA JAKO ŘEŠENÍ RHIZARTROZY

Kašpárek R.

Ortopedické oddělení Fakultní nemocnice Ostrava

Artroza trapeziometakarpálního kloubu a přilehlého komplexu radiálního kompartmentu zápěstí je v dnešní době častým postižením hlavně u manuálně pracující populace a pacientů s revmatickým onemocněním. Cílem terapie je odstranění bolesti s co nejmenším ovlivněním funkce ruky. Interpoziční arthroplastika s použitím silikonové náhrady trapezia zachovává stabilitu, délku I. paprsku, sílu a hybnost palce. V letech 2004–2008 bylo na ortopedickém pracovišti FNO operováno celkem 26 pacientů. Převahu tvořila ženská populace s diagnózou osteoartrózy. Indikací k operačnímu výkonu byla artróza CMC dle Eatona IV st s postižením přilehlých kloubů RC. Pacienti byly sledováni v období 1–4 let. Hodnotili jsme klinickým skorem dle Cooneye.

Perfektní výsledek jsme zaznamenali v 15 %, výborného výsledku jsme dosáhli v 25 %, naopak špatný výsledek jen v 5 %. Reoperaci jsme indikovali jen u jediné pacientky se sekundární malpozicí implantátu. Infekční komplikaci ani luxaci implantátu jsme nezaznamenali.

Závěr: Metoda patří k základním indikacím řešení morfologických změn v oblasti CMC a přilehlého kloubního komplexu RC, výsledek je závislý na správné indikaci a technice plastiky části FCR. Velmi důležitým kritériem indikace je schopnost spolupráce pacienta.

E-mail: richard.kasperek@fnspol.cz

SILICONE TRAPEZIAL REPLACEMENT IN THE RHEUMATOID HAND

Veigl D.

1. ortopedická klinika FN Motol, Praha

Destrukce CMC kloubu palce ruky může být řešena artrodézou nebo artroplastikou. Artrodéza není příliš vhodná, protože vyžaduje dlouhé období imobilizace, což není příliš vhodné pro pacienty s revmatoidní artritidou. Také způsob fixace artrodézy u revmatické ruky bývá komplikovaný pro kvalitu kostního substrátu.

Obvyklým nálezem u revmatické ruky je těžká šlachová dysbalance, vedoucí obvykle ke vzniku swan neck deformity, často i velmi těžkého stupně. Pro těžší stavy je náhrada CMC kloubu kontraindikací. Taktéž prostá trapeziectomie s interpoziční plastikou může vést k výrazné instabilitě palce pro vlastnosti revmatické fibrozní tkáně.

Silikonová náhrada trapezia poskytuje velmi dobré výsledky. Výhodou je udržení délky palce a dobrá tolerance implantátu. Taktéž odpadá nutnost delší imobilizace palce. Hlavní komplikací je pooperační dislokace náhrady, ke které však při řádné stabilizaci pomocí šlachy flexor carpi radialis dochází zřídka.

E-mail: veigl@cbox.cz

NAŠE ZKUŠENOSTI S INTERPOZIČNÍ PLASTIKOU ŠLACHOVÝM ŠTĚPEM PŘI RHIZARTHROZE

Matuška J.

Ortopedické oddělení Šumperské nemocnice

Práce zahrnuje čtyřleté zkušenosti s interpoziční plastikou šlachovým štěpem při rhizarthroze. Metoda vychází z původní plastiky dle Grafta, je používána šlacha musculus flexor carpi radialis. V souboru je prozatím 47 operovaných kořenových kloubů postižených.

Práce obsahuje jak pacienty operované zcela přesným postupem operace dle Grafta, tak i vlastní modifikaci metody. Pooperační a rehabilitační péči a vlastní posouzení výsledků.

E-mail: matuska.jiri@seznam.cz

ARTRODEZA CMC POMOCÍ MEMORY STAPLE

Káňa J., Kašpárek R.

Ortopedické oddělení Fakultní nemocnice Ostrava

Naše pracoviště se dlouhodobě zaměřuje na operační léčbu rhizartrózy a v našem souboru pacientů je kompletní spektrum výkonů od resekčních artroplastik přes alloplastiky až po artrodezy, se kterými máme více než 15leté zkušenosti. V současné době artrodezy již více než 4 roky provádíme za pomoci paměťových skob a díky této nové a zatím neprezentované technice dosahujeme 100% konsolidace artrodezy a především díky časné rehabilitaci při stabilní fixaci i lepších funkčních výsledků plně srovnatelných s alloplastikami.

Tento operační výkon preferujeme u pacientů s těžkým postižením základního kloubu palce a především u pacientů, kteří mají i do budoucna velké nároky na zátěž

operované končetiny a u kterých by alloplastika byla zatížena vyšším rizikem selhání v budoucnosti.

E-mail: jankana@seznam.cz

TOTÁLNÍ TRAPEZEKTOMIE S NÁHRADOU INTERPOZIČNÍHO TYPU – AREX

Hellmuth T., Kebrle R., Paroulek J.

Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou

AREX tarpezium implantát vyplňuje prostor po provedené totální trapezektomii. Jádro tohoto implantátu (připomíná smotanou hydrantovou hadici...) je z biodegradabilního polylaktidu(PLA), který se po implantaci postupně resorbuje a je nahrazen tělu vlastní vazivovou tkání. V přednášce je podrobně popsán vlastní implantát, indikace k jeho použití, operační technika a dále zhodnocení výsledků a komplikací.

Od února 2008 do června 2009 jsme provedli v našem Ústavu 92 totálních trapezektomií s náhradou AREX implantátem. Hodnocení s půl ročním odstupem od operace bylo provedeno u 52 pacientů a ročním odstupem u prvních 20 pacientů.

E-mail: tomas.hellmuth@centrum.cz

11.30–13.30, BLOK II – Traumatologie

NEW TRENDS IN HAND SURGERY LOCKING PLATE SYSTEMS AND SPECIAL SOLUTIONS TO PROBLEMS IN HAND SURGERY

Engel Ch.

Produktspezialist Hand und Trauma, Gebrüder Martin Medizintechnik GmbH & Co KG

KLS Martin is one of the leading companies in the field of hand surgery. Following our philosophy, **hand surgery is our passion** we develop special solutions for special indications around the DRU. Overview about:

- Plating trends in the treatment of phalange and Metacarpal fractures using multidirectional locking screws.
- Tips and benefits using the Ulna shortening system URS.
- Flower plate a minimized locking plate for the four corner fusion.
- Treatment of the proximal pole fractures of the scaphoid using a cannulated HBS mini screw.
- Another plates using multidirectional locking screws (for distal radius, proximal humerus, clavicle).

RECONSTRUCTION OF ULNAR SIDED CMC FRACTURE DISLOCATION MALUNION BY OSTEOTOMY

Kebrle R., Hellmuth T., Paroulek J.

Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou

Objectives: CMC fracture dislocation of IVth and Vth metacarpal healed in malposition is painful and disabling condition for the patient. Recommended treatment by arthrodesis or arthroplasty of IVth and Vth CMC joint is a limiting condition to the patient and to his ability to work manually. Intraarticular osteotomy is accepted method for treatment of intraarticular fracture malunion in other anatomical areas. That is why we would like to describe a group of the first 5 anatomic reconstructions of malunion after fracture dislocation of ulnar sided metacarpals by osteotomy of the bases of IVth and Vth metacarpals in combination with osteotomy of the dorsal rim of the hamate eventually. (or in the end, finally)

Methods: 5 male patients were treated by anatomic reconstruction for disabling malunion of ulnar sided CMC joints. All of them were treated by osteotomy of the malunited bones, reposition of the bones and joints and stabilization by internal osteosynthesis with use of corticocancellous graft from distal radius if necessary. In all the cases K wire transfixation to uninjured metacarpals was used to unload osteotomy site. Palm splint with syndactylization was used routinely in postoperative period for 6 weeks before removal of transfixing K wires. ROM in CMC joint, PA, true lateral and oblique radiographs, CT scan, VAS and grip strength were assessed preoperatively. Specific test for intermetacarpal malposition "hand shake" was used in all the cases. The same examination was repeated 6 months after the surgery. The appearance of the CMC joint congruity and length of the metacarpals were assessed.

Results: All the patients healed in near-to-anatomic position of the bones and joints on the ulnar side of CMC area. The position and length of metacarpals has changed significantly with the reposition of a dorsal dislocation. CMC joint space and contour have improved. CMC motion has appeared from 0 preoperatively to 30 degrees postop. VAS decreased from 7,6 to 1,4 postoperatively. The grip strength has increased from 19,2 to 45,6. In all the cases reconstruction made a significant change in status of the patients. All patients returned to their previous occupation. Hand shaking stopped to be an unlikely procedure for them.

Discussion: The anatomic reconstruction after ulnar sided CMC joints malposition gives, in this small group and short time, predictable improvement. It decreases pain and improves appearance of the wrist, increases grip strength and allows the patient to return to manual work. It is a demanding procedure recommended only in indicated cases with precise assessment of the situation and planning preoperatively. Long term results are going to come.

E-mail: radek.kebrle@seznam.cz

ULNÁRNÍ TRANSLOKACE KARPU – DIAGNÓZA „SE ZPOŽDĚNÍM“

Čížmář I., Dospěl I.

Traumatologické oddělení Fakultní nemocnice Olomouc

Autoři hodnotí soubor sedmi pacientů (6 M, 1 Ž) s ulnární translokací karpu, etiologii vzniku, diagnostiku, terapeutickou rozvahu a pochybení, které se vyskytly u této diagnózy.

E-mail: igor.cizmar@fnol.cz

MINIINVAZIVNÍ PŘÍSTUPY K OŠETŘENÍ ZLOMENIN ČLUNKOVÉ KOSTI: SROVNÁNÍ FUNKČNÍCH VÝSLEDKŮ A ROZBOR KOMPLIKACÍ

Dráč P.¹, Hrbek J.², Dospěl I.¹

¹Traumatologické oddělení Fakultní nemocnice Olomouc, ²Radiologická klinika FN Olomouc

Perkutánní osteosyntéza z palmárního přístupu a osteosyntéza z limitovaného dorzálního přístupu umožňují miniinvazivní ošetření nedislokovaných nebo minimálně dislokovaných zlomenin střední třetiny člunkové kosti. Většina literárních prací hovoří o malé frekvenci komplikací, srovnání jednotlivých metod však doposud chybí.

Ve sdělení jsou srovnávány výhody a limitace obou přístupů a na souboru 80 pacientů, splňujících vstupní kritéria studie, jsou popsány a srovnány jednotlivé komplikace a funkční výsledky v odstupu minimálně 12 měsíců od provedené osteosyntézy. Rozdíly jsou analyzovány pomocí statistických metod.

Rozbor komplikací ukazuje, že většina komplikací je ovlivnitelná operátorem a ke snížení jejich výskytu je nutné striktní dodržování operační techniky.

E-mail: dracpa@seznam.cz

ARTROSKOPICKY ASISTOVANÁ OSTEOSYNTÉZA ZLOMENINY ČLUNKOVÉ KOSTI

Dráč P., Čížmář I., Zborovjan P.

Traumatologické oddělení Fakultní nemocnice Olomouc

Nedislokované a minimálně dislokované zlomeniny člunkové kosti mohou být úspěšně léčeny perkutánní osteosyntézou. Naproti tomu dislokované zlomeniny vyžadují otevřenou repozici s nutností přerušení volárního kloubního pouzdra včetně

ně významných vazů stabilizujících zápěstí. V souladu s obecným trendem zavádění miniinvasivních operačních postupů jsou rozšiřovány i indikace pro artroskopii zápěstního kloubu, která není již pouhým diagnostickým nástrojem.

Autoři prezentují operační postup při artroskopicky asistované osteosyntéze dislokované zlomeniny člunkové kosti. Demonstrují technická úskalí i možné komplikace a odkazují i recentní literární prameny zabývající se touto problematikou.

Součástí prezentace je i zkrácený videozáznam operace.

E-mail: dracpa@seznam.cz

OSTEOSYNTÉSA ZLOMENIN METAKARPŮ A PRSTŮ RUKOU MINIDLAMAMI PRO ČELISTNÍ A OBLIČEJOVOU CHIRURGII

Psoška L., Debre J.

Ortopedické oddělení, Šumperská nemocnice s.r.o.

V našem souboru je prezentován systém minidlah pro čelistní a obličejovou chirurgii firmy Beznoska s.r.o. použitý k řešení zlomenin metakarpů a článků prstů ruky.

E-mail: liborpsotka@seznam.cz

KOMPLEXNÍ PORANĚNÍ RUKY EXPLOZÍ – FUNKČNÍ PŘÍSTUP

Paroulek J., Kebrle R., Hellmuth T.

Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou

Úvod: Výbušná poranění ruky jsou komplexní poranění skeletu i měkkých tkání celé ruky nárazem, trakcí a popálením kožního krytu. Jejich úspěšné funkční vyléčení závisí na kvalitní stabilizaci skeletu a kožního krytu následovanou časnou mobilizací měkkých tkání. Tím se eliminuje protrahovaný otok a tím i riziko následné rigidity a funkčního omezení ruky.

Materiál: Autoři popisují terapii výbušného poranění dominantní ruky u 33letého muže. Rozebírají operační strategii s ohledem na následné hojení, možnosti rehabilitace a co nejlepší funkční výsledek. Dále pacienta prezentují v jednotlivých fázích hojení i s konečným výsledkem a diskutují alternativní řešení.

Terapie: Výbušné poranění primárně poškodilo oblast palce, I. meziprstí a distálních článků ostatních prstů. V primárním řešení byla vzhledem k výrazné laceraci použita fixace dráty v konfiguraci neomezující následnou rehabilitaci v průběhu kostního hojení. Taktéž hojení kožního krytu pro lékařský tým nebyl opřekáž-

kou v časnou mobilizaci prstů ruky. Po zhojení skeletu byl následně odstraněn osteosyntetický materiál a dokončena mobilizace ruky a zápěstí.

Výsledek: Výsledkem je kromě stabilních žizev a senzitivní parezy na digitálních nervech II. prstu plná funkce ruky a zápěstí.

Diskuse: Výbušná poranění ruky jsou svým kontuzním a trakčním poraněním měkkých tkání následována výrazným zhmožděním měkkých tkání a tím i protrahovaným otokem ruky často vedoucím k rigiditě a tím i omezené funkci ruky. Akcentace operačního řešení umožňujícího následnou mobilizaci měkkých tkání vede k snížení tohoto rizika. U výše popsaného pacienta se i přes primárně ztrátové a na první pohled devastující poranění za pomoci vybrané primární operační terapie kombinované s časnou řízenou mobilizací podařilo ruku zhojit s minimálními funkčními následky.

E-mail: radek.kebrle@seznam.cz

DEVASTUJÍCÍ PORANĚNÍ RUKY – STRATEGIE LÉČBY

Nejedlý A.

Klinika plastické chirurgie, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

Autor představuje v příspěvku dva typické druhy devastujících ztrátových poranění ruky formou kazuistik.

Další částí prezentace je úvaha o strategii léčby vzhledem k možnostem operační léčby, zátěži pacienta a výslednému efektu, kterým je zachování úchopové schopnosti takto těžce poraněné ruky.

E-mail: a.nejedly@volny.cz

SKALPACE 4 PRSTŮ – ŘEŠENÍ POMOCÍ DVOU LALOKŮ

Zálešák B., Menšík I., Stehlík D.

Oddělení plastické a estetické chirurgie FN Olomouc

Autoři prezentují kasuistiku nereplantovatelného ztrátového poranění – skalpace 4 prstů v gumárenském stroji.

Kožní defekt byl kryt distálně stopkovaným čínským lalokem a a stopkovaným tříselným lalokem.

Popisují taktiku. Prevenci addukční a flekční deformity prstů pomocí K drátů a následné operace a funkční výsledek.

E-mail: bohumil.zalesak@fnol.cz

15.20–16.45, BLOK III – Traumatologie a rehabilitace

**SROVNÁNÍ METOD REKONSTRUKCE METAKARPÁLNÍ RUKY
PŘENOSEM PRSTŮ Z NOHOU**

Veselý J., Stupka I., Hýža P., Dvořák J., Justan I., Novák P.

Klinika plastické chirurgie LF Masarykovy university, Fakultní nemocnice u sv. Anny, Brno

Metakarpální rukou typu II. nazýváme amputační poranění, kdy jsou amputovány všechny tříčlankové prsty v oblasti základního kloubu. Pokud je navíc amputován i palec, nazýváme toto zranění jako metakarpální ruka I. typu. Pro úchopovou funkci ruky má zásadní význam obnova II. a III. prstu. K tomu používáme druhé prstce z obou nohou přenesené simultánně nebo II. a III. prst v bloku.

V letech 1989–2008 byly na Klinice plastické chirurgie FN U sv. Anny v Brně provedeny rekonstrukce metakarpální ruky u 12 pacientů, 11 rekonstrukcí u pacientů po traumatické amputaci, jedna rekonstrukce u pacienta s vrozenou vývojovou vadou. Z tohoto souboru bylo vyšetřeno 8 pacientů, z nichž jeden měl provedenou rekonstrukci oboustranně. K rekonstrukci prstů bylo v pěti případech použito II. prstců z obou nohou, ve čtyřech případech II. a III. prst v bloku. U všech pacientů byl vyšetřen rozsah pohybu, úchopová schopnost, citlivost rekonstruovaných prstů a byla zhodnocena morbidita donorského místa na noze i spokojenost pacientů.

Funkční výsledky na ruce jsou srovnatelné. Rekonstrukce pomocí II. a III. prstu v bloku má výhodu jednodobé či kratší doby operace, rekonstrukce pomocí obou prstců z obou nohou přináší příznivější kosmetický výsledek a menší morbiditu donorského místa.

E-mail: jiri.vesely@fnusa.cz

MANAGEMENT OF HAND INJURIES, ACUTE TREATMENT

Palenčár D., Fedeleš J., Simonová K., Payer J.

Klinika plastickej chirurgie LF UK Bratislava, Slovensko

From all injuries, treated at Department of plastic surgery in UniHospital Bratislava, hand injuries represent more than 70 %. We would like to introduce our management of hand injuries, in the means of hospital stay or outpatients procedures, treated tissues, timing, grafting and microsurgical indications. The management of child's patient is presented also.

E-mail: d.palencar@mail.t-com.sk

SUBTOTÁLNÍ AMPUTACE HORNÍ KONČETINY

Vřeský B.^{1,5}, Suk M.¹, Pleva L.², Prusenovský P.², Dočekal B.³, Chmelová J.⁴

¹*Centrum plastické chirurgie a chirurgie ruky FN Ostrava*

²*Traumatologické centrum FN Ostrava*

³*Kardiochirurgické centrum FN Ostrava*

⁴*Radiodiagnostický ústav FN Ostrava*

⁵*Zdravotně-sociální fakulta – Ostravská univerzita*

Cíl: Kazuistika polytraumatizovaného mladého muže, který utrpěl nehodou na motocyklu – subtotální amputaci PHK s avulzí kořenů brachiálního plexu C7 – TH 2, avulzi a. subklavia, mozkovou konfuzi s edémem mozku, frakturu lopatky, žeber vpravo, kontuzi plic a pneumotorax vpravo.

Multidisciplinární spolupráci se podařilo pacienta stabilizovat a PHK zachránit – bohužel bez funkce.

V následném období se nepodařilo obnovit přes rehabilitaci a neurochirurgické výkony funkci.

Byla provedena amputace v paži.

Metoda: Multidisciplinární spolupráce sledovala v první řadě záchranu vitálních poškození a snahou byla revaskularizace PHK kardiochirurgickým výkonem, by-passem a. subklavia.

Verifikována peroperačně byla avulze kořenů C7–TH2.

V následném období podstoupil pacient další operace za účelem uzavření defektů na PHK po fasciotomiích.

Pokračováno v rehabilitacích.

Následovaly neurochirurgické operace – DRESS – termokolagulace míchy, neurotizační operace s využitím n. XI – nn. interoseit.

Výsledky: Přes výše uvedenou chirurgickou terapii spojenou s dlouhodobou rehabilitací dochází ke snížení bolestivosti prstů. Přetrvává totální plegie PHK. Pac. je limitován tímto pro běžnou činnost. Pro neperspektivní možnosti dalších chirurgických terapií, se ve finále rozhoduje pro amputaci v oblasti paže.

Závěr: Záchrana horní končetiny je vždy nutná v případě, kdy operace neohroží život pacienta. Záchrana vitálních funkcí má přednost před záchranou končetiny. Je nutno důkladně zvážit profit operačního výkonu pro postiženého. Dlouhodobá rehabilitace, opakované operační výkony bez efektu mohou být ztrátou času zejména pro mladého plně aktivního člověka.

Rozhodnutí k primární amputaci, tam kde je naděje pro záchranu končetiny je vždy obtížné. Z pohledu postiženého i zdravotního personálu je potřebné udělat pro záchranu končetiny a její funkce maximum, amputaci realizovat až v případě beznaděje a těžkého diskomfortu pro pacienta.

E-mail: bronislav.vresky@fnspo

STRELNÉ PORANENIE UKAZOVÁKA S NÁSLEDKOM STRATY KOSTNÉHO SKELETU STREDNÉHO ČLÁNKU A JEDNÉHO NERVOVOCIEVNEHO ZVAZKU. AKO HO SPRÁVNE OŠETRIŤ?

Jabur V., Zábavníková M., Švehlík J.

Klinika plastickej, rekonštrukčnej a estetickej chirurgie, FN Košice, Slovensko

Autoři prezentují v práci kazuistiku pracovního úrazu – strelného poranenia ukazováka nedominantnej ľavej ruky s následkom straty kostného skeletu stredného článku a jedného z nervovocievnych zväzkov prsta.

E-mail: doktorjabur@gmail.com

MĚKKOTKÁŇOVÁ DISTRAKCE A VASKULARIZOVANÝ PŘENOS PIP KLOUBU Z NOHY. EXTRÉMNÍ INDIKACE

Zálešák B., Menšík I., Stehlík D., Molitor M.

Oddělení plastické a estetické chirurgie FN Olomouc

Přenos vaskularizovaného kloubu je metoda sloužící k náhradě kloubních struktur u ankylozy při intaktním šlachovém aparátu a kvalitních měkkých tkáních. Autoři prezentují techniku kazuistiky dvou pacientů po devastujícím ztrátovém poranění PIP kloubu druhého prstu. Velká časová prodleva po primárním ošetření v terénu zapříčinila těžkou retrakci měkkých tkání s deformací prstu.

Pozvolná distrakce na zevním fixatéru korigovala angulaci a retrakci a vytvořila prostor pro přenášený kloub.

Autoři hodnotí funkční výsledky, spokojenost pacienta a doporučení pro primární ošetření v těch případech kdy je přítomen defekt kloubu a kostí.

E-mail: bohumil.zalesak@fnol.cz

REPLANTAČNÍ CHIRURGIE NA KLINICE PLASTICKÉ CHIRURGIE FNKV

Kletenský J., Skála M., et al.

Klinika plastické chirurgie, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

Autoři rekapituluji vývoj replantační chirurgie ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady v uplynulých letech. Příležitostí k zamyšlení a ohlédnutí do minulosti je skutečnost, že replantačním centrem je naše pracoviště od roku 1984.

E-mail: kletensky@volny.cz

REPLANTACE V PAŽI U DÍTĚTE S VÍCEČETNÝM PORANĚNÍM

Mařík V. Kálal P.

Ortopedické oddělení Nemocnice České Budějovice

Amputace v paži u dítěte je mutilující poranění, je též absolutní indikací k replantaci. Autor popisuje poranění u 11leté dívky, která si pádem na okružní pilu způsobila amputaci v paži současně s devastujícím poraněním v oblasti pánve, kdy byla provedena úspěšná replantace současně s léčbou hypovolemického šoku způsobeným tímto sdružením poraněním.

DEVASTAČNÍ PORANĚNÍ SEKAČKOU NA TRÁVU U DĚTÍ – REPLANTOVAT?

Zálešák B.¹, Boča R.¹, Čížmář I.¹, Stehlík D.¹, Smolka V.², Klásková E.²

¹Oddělení plastické a estetické chirurgie FN Olomouc, ²Dětská klinika FN Olomouc

Autoři prezentují amputační poranění sekačkou na travu u 18 a 30měsíčního dítěte. U 18měsíční holčičky se jednalo o avulzní amputaci mediální poloviny nožky, která byla řešena replantací a v druhé době přenosem volného m. rectus ke krytí defektu.

Hodnotí estetický a funkční výsledek po 12 měsících od úrazu.

U 30měsíčního chlapce se jednalo o amputaci pravé ručičky v zápěstí, amputaci pravé nožky a devastacím poraněním levé nožky. Amputáty byly těžce poškozeny. Stav byl řešen revaskularizací pravého zápěstí, replantací pravé nožky s krytím dorsálního defektu volným m. rectus abdominis a krytím plantárního defektu volným fillet lalokem z palmární kůže pravé ručičky v jedné době. Levá nožka byla ošetřena bez nutnosti mikrochirurgické intervence.

Autoři analyzují příčiny poranění, zamýšlí se nad optimální strategií a řešením pooperačních komplikací.

E-mail: bohumil.zalesak@fnol.cz

REPLANTAČNÍ AUDIT VE FN OLOMOUC V LETECH 1980–2009

Stehlík D., Zálešák B., Maňák P., Molitor M., Menšík I., Boča R.

Oddělení plastické a estetické chirurgie, FN Olomouc, Traumatologické oddělení FN Olomouc

Autoři prezentují historický a současný vývoj replantační chirurgie ve FN Olomouc ve 20. a 21. století. Hodnotí stav minulý, současný a prezentují vizi do budoucnosti.

KONCEPCE REHABILITACE RUKY V ÚVN

Hebelková Činčarová M.

Ústřední vojenská nemocnice Praha

Poranění ruky jsou velice častá. Představují třetinu až polovinu ze všech pracovních úrazů. V chirurgii ruky se traduje, že operační výsledek je z padesáti procent ovlivněn rehabilitačním pracovníkem a časně a kvalitně provedenou rehabilitací. Měl by se proto na ni brát velký důraz.

Základní porozumění důvodů pro využití rehabilitačních technik a indikací pro použití dlah v rehabilitační fázi je nezastupitelné pro lékaře a fyzioterapeuta, který se zabývá poraněnou rukou. Péče o ruku v dalších měsících je prováděna pomocí různých rehabilitačních pomůcek, nošením speciálních gelových návlků, poskytnutím masáží, magnetoterapie, laseroterapie, lymfomasáží a různých typů cvičení. Rehabilitační pomůcky se vytvářejí individuálně dle potřeb každého pacienta.

Včasná a správná rehabilitace po úraze či operačním řešení je velice důležitá. Struktury na ruce jsou velice složité. Po poranění či operaci je na ruce velice vysoký předpoklad pro vznik srůstů a adhezí a právě proto je nutné začít s rehabilitací co nejdříve. S rehabilitací ruky a zápěstí je tedy možné začít již bezprostředně po úraze. Již v prvních okamžicích po úraze můžeme provést některé kroky, které v dlouhodobé perspektivě urychlí dobrou prognózu a zotavení pacienta. Čím dříve se se správně cílenou rehabilitací začne, tím lepší se dá očekávat výsledek.

Chirurgie ruky je náročná mezioborová specializace, zasahující do chirurgie, plastické chirurgie, ortopedie, neurologie, neurochirurgie, cévní chirurgie, revmatologie, rehabilitace, protetiky a dalších odborností.

ÚVN vybudovala specializované pracoviště pro rehabilitaci ruky na svém rehabilitačním oddělení. Vyřešila se tím návaznost péče po operacích na ambulanci chirurgie ruky na odd. ortopedie a plastické chirurgie. V tomto sdělení informujeme o specializaci a fyzioterapeutických postupech v rehabilitaci ruky využívaných na pracovišti ÚVN.

E-mail: milada.cincerova@seznam.cz

SALONEK CENTAURUS

14.00–15.00, BLOK IV – Chirurgie ruky z pohledu sálové sestry

TŘÍSELNÝ LALOK – KAZUISTIKA

Čiháková J., Veselá L.

Klinika plastické chirurgie, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

Ošetřovatelská péče o pacienta po ztrátovém poranění ruky a následném napojení tříselného laloku. Hojení komplikováno pacientovou silnou obezitou a cukrovkou.

E-mail: jirinacihakova@seznam.cz

PÉČE O PACIENTA S PORANĚNÍM MĚKKÝCH TKÁNÍ I SKELETU **Hnyková L.**

Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou

Pacient po operačním výkonu s nutností náhrady kostního materiálu nebo kožní tkáně je ošetřovatelsky složitý pacient.

Přednáška dokumentuje předoperační přípravu pacienta a pooperační péči.

Cílem sesterské péče je kromě péče o ránu i snaha zmírnit strach, bolest a docílit maximální soběstačnosti pacienta.

Součástí přednášky je kasuistika mladého pacienta se závažným drtivým poraněním pravé ruky kovovou konstrukcí.

Je popsán průběh léčby a výsledek.

E-mail: lhnykova@seznam.cz

ZTRÁTOVÉ PORANĚNÍ RUKY Z POHLEDU INSTRUMENTÁŘKY **Kozáková R., Šlápotová A.**

Oddělení plastické chirurgie Nemocnice České Budějovice

V přednášce bude uveden algoritmus ošetření ztrátového poranění ruky nejprve v obecné rovině a následně prezentován kazuistikou.

E-mail: info@kurial.cz

SPECIFIKA PRÁCE INSTRUMENTÁŘKY **U MIKROCHIRURGICKÉHO VÝKONU – PŘENOS PRSTU Z NOHY** **NA RUKU**

Krulová M., Vychodilová M., Molitor M.,

Centrální operační sály, Fakultní nemocnice Olomouc

Úvod, příprava před výkonem, během výkonu, potřebné nástroje, po operaci, hlavní zásady.

E-mail: monica82@seznam.cz

KARPÁLNÍ TUNEL Z POHLEDU INSTRUMENTÁŘKY

Tesařová H.

Fakultní nemocnice Olomouc, Oddělení plastické a estetické chirurgie

Syndrom karpálního tunelu je stav, kdy dochází k útlaku středového nervu (nervus medianus) v oblasti zápěstí. Projevuje se bolestí prstů, hlavně v noci, kdy bolest pacienta budí, mravenčením a pocitem jejich tuposti. Ke zvýraznění potíží dochází např. při jízdě na kole, řízení automobilu apod.

Dochází ke zhoršení jemné motoriky a v nejtěžších případech k atrofii svalstva palce a ztrátě schopnosti postavit palec proti ostatním prstům.

Toto onemocnění postihuje především ženy kolem 50. roku života.

SKT může být způsoben např. probíhajícím zánětem kloubu, stavem po zlomenině v této oblasti, tendovaginitidě a neustálým přetěžováním ruky.

Diagnóza se stanovuje na základě obtíží a vyšetření EMG-elektromyografie.

Léčba SKT je jednak konzervativní – odpočinkové dlahování, změna zatěžování ruky, podávání protizánětlivých léků a vitamínů.

Když tato terapie selhává, tak pacient musí podstoupit operaci, která odstraní útlak nervu.

Cílem je zvětšit prostor karpálního tunelu a tím snížit tlak na středový nerv.

Po operaci noční bolesti ihned ustupují. Rozcvičení ruky k plné zátěži může trvat i tři měsíce, proto je rehabilitace důležitou součástí pooperační péče.

Mezi komplikace operace můžeme zařadit infekci, krvácení během operace a po ní, alergické reakce na použitý materiál a i velmi vzácné poškození nervu.

Pokud pacient přijde včas na operační řešení, tak je jeho rekonvalescence velmi dobrá a brzy se zařadí do normálního života, jak osobního, tak pracovního.

PÁTEK 23. 10. 2009

SÁL PEGASUS

09.00–11.00, BLOK V – Sekundární rekonstrukce a rehabilitace

SEKUNDÁRNE REKONŠTRUKCIE PO AMPUTÁCII PRSTOV

*Kavečanský M., Kluka T., Švehlík J., Zábavníková M., Beneš T., Antol M.
Klinika plastickej, rekonštrukčnej a estetickej chirurgie, FNLP,
Košice, Slovensko*

Úrazy rúk a prstov sú často spojené so značnou devastáciou poranených štruktúr, ktoré limitujú možnosti primárnych rekonštrukčných výkonov. V prednáške sa zameriavame na sekundárne riešenia stratových poúrazových stavov na ruke realizované na našej klinike.

E-mail: kavecam@centrum.sk

EVALUATION OF PATIENTS' QUESTIONNAIRES CONCERNING SOCIOECONOMIC STATUS AFTER FINGER REPLANTATION

Justan I., Dvorak Z., Jerabkova K., Hyza P., Stupka I., Vesely J.

Department of Plastic and Aesthetic Surgery, Faculty of Medicine, Masaryk University, St. Anne's University Hospital, Brno

Introduction: Our Department of Plastic and Aesthetic Surgery is a replantation centre with 31 years history and with over 2000 finger replantations for total finger amputation. Results of our research could help us to modify our attitude to replantation indications. We asked ourselves, if patients are satisfied with a post-op finger function and sensibility and if they had not preferred an amputation to replantation.

Patients and methods: All patients were operated between 2001 and 2007. They suffered total amputations of 1 to 5 fingers with at least 1 replantation. The questionnaire was composed of 15 yes/no questions concerning 3 topics. One part consisted of subjective feelings of the patient and we asked about patients' satisfaction. The next part concerned patients' current socioeconomic status, their former and current occupation. The last part asked about clinical appearance. We distributed 250 questionnaires and received 109 back (43.6 %).

Results: Eight patients (7.3 %) have considered a reamputation. Eighty-nine patients (81.65 %) find their hands sufficient for activities of daily living. Only 1 patient thinks he could have had a better job if replantation had not been done. The worst subjectively perceived symptom is freezing in 77 patients (70.64 %). Twenty-two patients (20.18 %) find total numbness; fifteen (13.76 %) partial numbness and 72 patients feel their fingers sufficiently.

Conclusions: We have moved our indication scheme on behalf of replantation. Only 1 patient out of 110 questionnaires was not satisfied with the result and that is very encouraging. Moreover 107 patients (98.17 %) would recommend replantation to a relative.

E-mail: justan@operativa.cz

DOES THE ECRL-TO-EPL TRANSFER INFLUENCE A HAND FUNCTION: 2 YEARS FOLLOW-UP STUDY

Justan I., Dvorak Z., Hyza P., Stupka I., Vojtová J., Nečasová B., Vesely J.

Department of Plastic and Aesthetic Surgery, Faculty of Medicine, Masaryk University, St. Anne's University Hospital, Brno

Introduction: The first report of a spontaneous rupture of the EPL was written by Duplay in 1876. There are two commonly used tendons for transfers – the EIP and the ECRL. In the Czech Republic, it depends on a length of the distal stump of the ruptured EPL what tendon is to be transferred. If the ECRL-to-EPL transfer can be performed, we do not sacrifice the EIP but the ECRL.

Patients and methods: We operated 20 patients with ECRL-to-EPL transfer. We invited all patients for 2 years follow-up survey, 12 patients came. We recorded ROM in the injured and the contralateral hand, Geldmacher scoring system in our modification specific for ECRL-to-EPL transfer and all patients filled up the standardized DASH questionnaire.

Results: The ROM of operated thumbs after post-op-rehabilitation was 73.13° (20–125°), IP extension lag 7.00° (0–40°), IP flexion 47.38 (0–80°). The ROM of contralateral thumb was 141.30° (115–190), IP extension 0°, IP flexion 68.8° (50–80°). The follow-up ROM of operated thumb was 98.75° (60–140°), IP extension lag 5.42° (0–25°), IP flexion 65.8° (40–80°). The difference in Geldmacher score: thumb abduction 12°, opposition 0.71cm, elevation 1.92cm, wrist extension 7.34°. The DASH score was 22.513 in mean (2.133–60).

Conclusion: The ECRL-to-EPL transfer is an established technique that provides comparable results with the EIP-to-EPL transfer. Although it is not the first choice method, it is commonly used as an alternative technique.

E-mail: justan@operativa.cz

SNAKE BITE INJURY

Molitor M.^{1,2}, Vassena F.³, Fiala H.⁴, Vychodilová M.¹

¹*Oddělení plastické a estetické chirurgie FN Olomouc*

²*Oddělení plastické chirurgie KNTB Zlín*

³*Instituto Italiano di Chirurgia Della Mano, Monza, Itálie*

⁴*Klinika anesteziologie a resuscitace FN Olomouc*

Kousnutí jedovatým hadem působí celkově i lokálně. Pokud pacient přežije, do popředí se dostává lokální nález. Tkáně jsou destruovány jednak jedem, jednak flegmónou. To vše vede k těžkým jizevnatým změnám a v oblasti rukou k závažným kontrakturám. V přednášce autoři prezentují kasuistiky pacientů s tímto poraněním, které operovali v rámci humanitární mise v Sierra Leone.

E-mail: martin.molitor@seznam.cz

MOŽNOSTI OŠETŘENÍ U ZASTARALÝCH PORANĚNÍ HLUBOKÝCH FLEXORŮ V ZÓNĚ II. – PRIMÁRNÍ TRANSPLANTACE ŠLACHOVÉHO ŠTĚPU

Sukop A., Tvrdek M., Haas M., Bayer J.

Klinika plastické chirurgie, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

Poranění flexorového aparátu prstů ruky jsou velmi častá. Stává se však, že pacient přichází k ošetření i po několika týdnech. Jedná se zvláště o poranění hlubokého flexoru, po uzavřené ruptuře nebo řezném poranění s malou kožní ránou. Tato poranění, kdy omezení flexe se dotkne pouze DIP kloubu, jsou někdy v terénu chirurgem přehlédnuta nebo samotnými pacienty bagatelizována.

Existuje celá řada operačních postupů korekce tohoto poranění. Patří sem zejména transpozice povrchního flexoru z jiného prstu a jeho reinzerce, implantace silikonové náhrady s následnou šlachovou transplantací, případně provedení artrodézy nebo tenodézy v semiflekčním postavení v DIP kloubu.

Je prezentována kazuistika pacientky, která se dostavila k ošetření 4 měsíce po uzavřené ruptuře hlubokého flexoru II prstu levé ruky.

V klinickém obraze dominovala bolestivost ve dlani způsobená kontrahovaným hlubokým flexorem s m. lubricalis a nemožnost flexe distálního článku.

Bylo zvoleno ošetření primární transplantací šlachou m. palmaris longus z téže ruky, díky menšímu průměru transplantedované šlachy a to bez předchozí implantace silikonové náhrady.

Je prezentován funkční výsledek a metodika operace.

E-mail: andrej.sukop@centrum.cz

VÝSLEDKY ODLOŽENEJ PRIMÁRNEJ REKONŠTRUKCIE LÉZIÍ DISTÁLNEHO ÚPONU HLBOKÉHO FLEXORA MALÍČKA

Švehlík J., Zábavníková M., Jabur V., Hojstričová Z.

Klinika plastickej, rekonštrukčnej a estetickej chirurgie, FN L. Pasteura Košice, Košice, Slovensko

V práci autori popisujú výsledky odloženej primárnej rekonštrukcie lézií distálneho úponu hlbokého flexora malíčka. Mechanizmom úrazu boli jednak poranenia nožom ale aj rezné rany rozbitým sklom. Išlo o nekontaminované rany. Pacienti vyhľadali lekárske ošetrovanie od 24 hodín do 4 dní od poranenia. Bola vykonaná reinzercia distálnej časti hlbokého flexora na distálny článok V. prsta. Pacientom bola po operácii naložená fixačná dlahá podľa Kleinerta, boli poučení a nutnosti včasnej, intenzívnej rehabilitácie. Pravidelné kontroly v týždňových intervaloch slúžili jednak na kontrolu operačnej rany a stavu ale takisto na psychologickú podporu pacienta a motiváciu k rehabilitácii. Kleinertova dlahá bola odstránená po štyroch týždňoch od operácie, následne pacienti pokračovali dva týždne v pasívnej rehabilitácii a ďalšie dva týždne v postupnej aktívnej rehabilitácii. Po ôsmich týždňoch od výkonu bolo pacientovi umožnené začať s normálnym zaťažovaním postihnutého prsta. Výsledkom tohto postupu sú spokojní pacienti s dobrou funkciou hlbokého flexora malíčka.

E-mail: jsvehlik@yahoo.co.uk

HYPOPLÁZIA A. RADIALIS – KAZUISTIKA REZNÉHO PORANENIA

Etko M., Lešo E., Regec M. /Remari s.r.o. Snina/, Rovder P.

OUCH NsP Š. Kukuru n.o. Michalovce, Slovensko

V danej práci prezentujeme kazuistiku rezného poranenia distálneho predlaktia s poranením všetkých volárnych štruktúr s anatomickou variáciou tepien danej oblasti. Súčasne porovnáваме tento nález s poznatkami v literatúre a prezentujeme výsledok po skončení liečby.

E-mail: maros60@post.sk

REHABILITACE PO ŠLACHOVÝCH PORANĚNÍCH EXTENZORŮ RUKY

Hellmuth T., Schmoranzová A.

Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou

Přednáška se zabývá našimi zkušenostmi s rehabilitací ruky po šlachových poraněních extenzorů.

V první části se věnuje obecným zásadám rehabilitace, měkkým technikám, eliminaci otoku a desenzibilizačním technikám.

V druhé části jsou postupně probrány rehabilitační postupy při poraněních extenzorů a to vždy s ohledem na lokalizaci poranění (zónování) a typ poranění (otevřená, zavřená).

Závěr přednášky je pak věnován novým postupům v rehabilitaci po extenzorových poraněních a po rekonstrukčních výkonech na ext. aparátu.

E-mail: tomas.hellmuth@centrum.cz

REHABILITACE PO ŠLACHOVÝCH PORANĚNÍCH FLEXORŮ RUKY

Parkánová S., Schmoranzová A.

Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou

Přednáška se zabývá našimi zkušenostmi s rehabilitací ruky po šlachových poraněních flexorů.

V první části se věnuje obecným zásadám rehabilitace, dynamickému dlahování všeobecně, měkkým technikám, eliminaci otoku a desenzibilizačním technikám.

V druhé části jsou postupně probrány rehabilitační postupy při poraněních flexorů, a to vždy s ohledem na lokalizaci poranění (zónování) a typ poranění (otevřená, zavřená).

Závěr přednášky je pak věnován novým postupům v rehabilitaci po flexorových poraněních.

E-mail: parkanova@ruka-kosmetika.cz

CHIRURGICKÁ REHABILITACE TETRAPLEGICKÉ RUKY

Calabová N.¹, Čížmář I.²

¹Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství, FN Olomouc

²Traumatologické oddělení, FN Olomouc

Ruka hraje nezastupitelné místo v životě člověka jako orgán hmatu a prostředek komunikace. Funkčnost tetraplegické ruky z hlediska motoriky a sensitivity se odvíjí od výšky a rozsahu míšní léze. Problematika spočívá ve svalové dysbalanci vedoucí k modifikovanému úchopu a zvýraznění patologických mechanismů na proximálně uložených segmentech korelujících s celým osovým orgánem. Naším cílem je nabídnout možnosti chirurgické rehabilitace těchto pacientů a prezentovat dosavadní výsledky.

E-mail: nada.c@seznam.cz

12.20–13.20, BLOK VI – Varia

STABILISACE PAHÝLU ULNY PO DARRACHOVĚ RESEKCI

Pech J., Weigl D., Dobiáš J.

1. ortopedická klinika FN Motol, Praha

Resekce distálního pahyly ulny je součástí řady zejména revmatochirurgických operačních výkonů. Vzácně je v současné době užívána jako výkon izolovaný. K zamezení instability distální části ulny po uvedené resekci a k zamezení tzv. klávesového příznaku event bolestivého lupavého fenomenu při supinaci – pronaci jsou navrženy některé stabilizační doplňující výkony charakteru tenodez.

Autoři uvádějí příklady revmatochirurgických operací doplněných těmito výkony.

E-mail: mudr.pech@seznam.cz

LIMITOVANÁ A TOTÁLNÍ ARTRODÉZA REVMAICKÉHO ZÁPĚSTÍ

Vodička Z.¹, Krejčí F.¹, Kebrle R.²

¹Ortopedické oddělení Nemocnice České Budějovice a.s.

²Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou

Zápěstí má klíčovou úlohu ve funkci ruky. Jeho postižení ve smyslu dislokace nebo destrukce výrazně snižuje funkční zdatnost ruky a je příčinou vzniku dalších deformit na ruce. Správná chirurgická léčba má důležitý vliv na funkci postižené ruky. Rozhodnutí o způsobu chirurgické léčby postiženého zápěstí musí vycházet z typu a rozsahu postižení a s ohledem na potenciální progresi onemocnění. K indikaci zda provést částečnou nebo totální artrodézu zápěstí používáme klasifikaci která zahrnuje přirozenou progresi onemocnění.

Rozlišujeme 3 typy postižení zápěstí revmatickým procesem. I. typ má sklon k spontánní ankylose, II. typ s převahou destruktivních změn, podobných artrotickým změnám, zůstává po dlouhou dobu stacionární, III. typ s tendencí k dislokaci a progresi destruktivních změn. Tento typ postižení lze dále rozdělit na typ s převahou ligamentozního postižení a typ s převahou destruktivních změn. V případě převahy ligamentozního postižení s dislokací karpu poskytuje limitovaná radiolunární artrodéza optimální řešení se zachováním správné architektiky karpu, částečného rozsahu pohybu a zajistí stabilitu karpu. V případě převahy destruktivních změn preferujeme totální artrodézu zápěstí.

Autoři hodnotí výsledky artrodéz v oblasti zápěstí, které provedli v r. 2002–2008.

E-mail: zdenek.vodicka@centrum.cz

VOLKMANNOVA ISCHEMICKÁ KONTRAKTURA

Schmoranzová A. a kolektiv

Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou

Volkmannova ischemická kontraktura předloktí vzniká při nedostatečné arteriální perfusi a při venostaze v důsledku zvýšeného intrafasciálního tlaku. Neřešená situace vede k ischemické degeneraci svalů a k postižení nervového zásobení ruky.

Je potřeba mít povědomí o této závažné komplikaci při každém poranění ruky a pečlivě poškozenou končetinu dozorovat. V případech potřeby provést zdánlivě rozsáhlý, ale pro končetinu zachraňující výkon uvolňující tlak v postižených tkáňových prostorách dříve než dojde k ireversibilním ischemickým změnám.

E-mail: alena.schmoranzova@ruka-kosmetika.cz

ENDOSKOPICKÁ DEKOMPRESIE N. ULNARIS

Fibír A., Antuš E.

Oddělení plastické a estetické chirurgie SANUS, Hradec Králové

Syndrom kubitálního kanálu, útlak n. ulnaris v oblasti sulcus n. ulnaris, je druhá nejčastější kompresivní neuropatie na horní končetině. Chirurgická léčba je běžně užívána. Volí se prostá dekomprese in situ, dekomprese s transpozicí nervu a dekomprese s resekcí nebo posunem mediálního epikondylu. Každý z těchto výkonů znamená extenzivní preparaci měkkých tkání se všemi nevýhodami, které to přináší.

Endoskopické provedení operace umožňuje uvolnění n. ulnaris z velmi malého řezu a v daleko větším rozsahu než při otevřeném přístupu. Výsledky endoskopické dekomprese v našem souboru 17 dosud operovaných pacientů, které předkládáme, jsou velmi slibné a odpovídají výsledkům publikovaným v odborné literatuře. Endoskopický přístup se nám jeví jako spolehlivý, efektivní a pro pacienty výhodnější ve srovnání s otevřeným přístupem.

E-mail: fibir@seznam.cz

ENDOSKOPICKY ASISTOVANÁ IN SITU DEKOMPRESIE N. ULNARIS V OBLASTI LOKTE – NAŠE ZKUŠENOSTI

Humhej I., Sameš M.

Neurochirurgická klinika, Krajská zdravotní a.s., Masarykova nemocnice o.z., Ústí nad Labem

Úvod: Útlak ulnárního nervu v oblasti lokte (SUS) představuje druhý nejčastěji se vyskytující úžinový syndrom periferního nervu. Existuje několik možností ope-

rační léčby SUS sahající od prosté dekomprese nervu přes mediální epikondylektomie až k provedení přední transpozice nervu s jeho uložením subkutánně, intramuskulárně či submuskulárně. Doposud neexistuje jednoznačný konsensus stran neefektivnějšího způsobu operační léčby SUS, avšak postupně dochází ke stále větší preferenci in situ dekomprese loketního nervu, která se stává nejčastěji prováděným operačním výkonem pro SUS. Mezi její výhody patří miniinvazivita vůči nervu i okolním tkáním, krátký operační čas, relativní jednoduchost provedení, nízký výskyt pooperačních komplikací, možnost časné pooperační mobilizace a krátká rekonvalescence. V posledních letech se začínají objevovat i metody endoskopické léčby SUS za účelem dalšího snížení invazivity a zátěže pacienta.

Cíl: Představit na našem pracovišti nově zavedenou metodu endoskopicky asistované in situ deliberace n. ulnaris v oblasti lokte, vyzdvihnout její výhody a zhodnotit soubor takto odoperovaných pacientů.

Soubor a metodika: Od května 2007 jsme endoskopicky asistovanou metodou deliberovali loketní nerv u 30 pacientů se SUS. Tato metodika se nám jeví vhodná zejména u pacientů se štíhlou horní končetinou, kde pravděpodobně nebude třeba provést transpozici nervu. Princip celé metody spočívá v identifikaci nervu z krátké incize (cca 2–3 cm) za mediálním epikondylem, vytvoření podkožních „kapes“ v průběhu nervu, následném zavedení retraktoru s endoskopem a rozsáhlém uvolnění nervu protnutím tisících vazivových struktur. Výhodou metody je naprostá miniinvazivita vůči nervu, po celou dobu výkonu přímá vizualizace nervu pohledem z „ptačí perspektivy“, endoskop je integrovaný s reaktorem, tudíž není nutná přítomnost asistenta při operaci. Užitím endoskopicky asistované metody k léčbě SUS dochází ke zmenšení kožní incize z cca 10 cm u „klasických“ metod na 2–3 cm a tím ke snížení rizika poranění kožních větví n. cutaneus antebrachii medialis, které bývá častou příčinou pooperační bolestivosti lokte a okolí jizvy. Dalším kladem je kratší rekonvalescence oproti „klasické“ operaci.

Výsledky: Vzhledem k relativně krátké době používání metody endoskopicky asistované in situ dekomprese n. ulnaris v oblasti lokte na našem pracovišti zatím nelze soubor odoperovaných pacientů hodnotit s delším follow-up. První výsledky jsou však nadějně, metoda se nám jeví stejně efektivní ve srovnání s „klasickou“ in situ dekompresí, navíc si pacienti méně často stěžují na potíže s jizvou. Endoskop umožňuje lepší vizualizaci nervu při jeho uvolňování v krajních (od kožní incize nejvzdálenějších) polohách, což zvyšuje přehlednost a bezpečnost operace.

Závěr: Endoskopicky asistovaná dekomprese n. ulnaris v oblasti lokte je metoda velmi šetrná k nervu, umožňuje provést jeho rozsáhlou dekompresi při velikosti kožní incize do 3 cm. Užití této metody u indikovaných pacientů je v souladu s všeobecným trendem minimalizace chirurgického přístupu a jeho maximální miniinvazivity.

E-mail: ivan.humhej@mnul.cz

FLEKČNÍ KONTRAKTURA LOKTE U SPASTICKÉ HORNÍ KONČETINY

Fialová L.

Ústav chirurgie ruky, Vysoké nad Jizerou

Běžný obraz deformity spastické horní končetiny je addukce a vnitřní rotace ramene, flekční kontraktura lokte, pronační kontraktura předloktí, flekční kontraktura zápěstí často s ulnární deviací, flekční kontraktury prstů nebo swan-neck deformity a addukčně flekční kontraktura palce.

Chirurgické výkony ke korekci těchto deformit by měly být jednoduché a založené na principu snížení tonu ve spastických svalech uvolňujícími zákroky a doplněním oslabených svalů šlachovými transposicemi.

V úrovni lokte uvolňujeme zvýšený tonus a zkrácení svalů vždy excisí lacertus fibrosus, Z plastikou m. biceps brachii a release m. brachialis. Při větších kontrakturách doplňujeme v okolí metodou release flexor-pronátorové fascie a m. brachioradialis. Nedostatek kožní je vždy nutné řešit několika VY posuny.

Na souboru 130 odoperovaných pacientů od roku 2004, z toho většinu od roku 2006 jsme provedli 197 operací. U mnohých pacientů jde o rekonstrukce ve více fázích. V 90% nejprve rekonstruujeme distálně úchop, ve 2. fázi pak supinaci a nakonec řešíme flekční kontrakturu lokte. Vyjíměčně začínáme v oblasti lokte, když těžká deformita znesnadňuje oblékání.

Flekční kontrakturu lokte jsme operovali 19x, z toho u pacientů s dětskou mozkovou obrnou 12x, 4 pacienty po centrální mozkové příhodě a 2 po úrazu mozku.

Po operaci nakládáme sádrovou dlahu v maximální možné extenzi na 4 týdny trvale, ale po 2 týdnech již začíná pacient cvičit pasivní i aktivní flexi lokte, další 4 týdny dlahujeme na noc a postupně zvyšujeme intenzitu zátěže.

Výsledné zlepšení extense lokte je v průměru o 40 st. Pacientům usnadňuje oblékání a běžnou sebeobsluhu – hlavně při mytí a jídle, umožňuje jim snadnější umístění předmětů, chůzi o berlích, jízdu na kole. Nedochází již k časté tendenci pohybu do ohnutí při soustředění, stresu, vykonávání více činností najednou.

Po tomto pozitivním hodnocení pacientů proto indikujeme k operaci nejen těžké, ale i lehké flekční kontraktury lokte.

Poznámky:

X. SJEZD ČESKÉ SPOLEČNOSTI CHIRURGIE RUKY

PROGRAM A SBORNÍK PŘEDNÁŠEK

Editoři: Bohumil Zálešák, Martin Molitor, Ivo Menšík

Vydavatel: RNDr. František Skopec, CSc. – NUCLEUS HK®
Divišova 882, 500 03 Hradec Králové, tel./fax: 495 217 146, 495 212 841

E-mail: info@nucleus.cz, www.nucleus.cz

Grafická úprava: Jiří Procházka, Hradec Králové

Tisk: Libor Dvořák, Hradec Králové

1. vydání

44 stran

Náklad: 300 ks

ISBN 978-80-87009-65-9