

**KNIHA ABSTRAKT**

# **XXI. NÁRODNÍ KONGRES ČSOT**

s mezinárodní účastí a s doprovodnou výstavou zdravotnické techniky a farmacie

pořádá

**VÝBOR ČSOT**

odborný garant

**I. ortopedická klinika 1. LF UK a FN Motol**

90. výročí založení první ortopedické kliniky v českých zemích



**17.–19. 5. 2017**  
**TOP HOTEL PRAHA**

Vzdělávací akce je pořádána dle Stavovského předpisu ČLK č. 16



Organizační zajištění: ORTOPEDECKÉ CENTRUM s. r. o., [www.ortopedicke-centrum.cz](http://www.ortopedicke-centrum.cz)



# **XXI. NÁRODNÍ KONGRES ČSOT**

s mezinárodní účastí

a s doprovodnou výstavou zdravotnické techniky  
a farmacie

**17.–19. 5. 2017, PRAHA**

**KNIHA ABSTRAKT**



## **UPOZORNĚNÍ**

Všechna práva vyhrazena.

Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu majitelů práv. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

Galén

Na Popelce 3144/10a, 150 00 Praha 5

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

© Galén, 2017

Příspěvky byly předneseny na XXI. NÁRODNÍM KONGRESU ČSOT s mezinárodní účastí a s doprovodnou výstavou zdravotnické techniky a farmacie, pořádaném v Praze, ve dnech 17.–19. 5. 2017.

Knihu abstrakt uspořádala Michaela Kolečová

Organizační zajištění: ORTOPEDICKÉ CENTRUM s. r. o., Masarykova 94/209, 400 01 Ústí nad Labem

Vydalo nakladatelství Galén, Na Popelce 3144/10a, 150 00 Praha 5

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

Určeno odborné veřejnosti.

Tato publikace vychází pouze ve formátu e-knihy (PDF). Neprodejné.

Publikace neprošla jazykovou a redakční úpravou, ani autorskými korekturami.

Redakce a nakladatel nenesou odpovědnost za údaje a názory autorů jednotlivých příspěvků.

Sazba byla provedena ze zasláných dokumentů dodaných autory jednotlivých příspěvků.

V textu jsou používány ochranné obchodní známky léků a dalších produktů.

Absence symbolů ochranných známek (TM, ® apod.), neznamená, že se jedná o nechráněné názvy a značky.

© authors, 2017

ISBN

978-80-7492-306-7 (PDF)

978-80-7492-307-4 (PDF pro čtečky)

## **OBSAH**

Pořádá, odborný garant, prezident kongresu, čestný prezident kongresu, prezident ČSOT, vědecký sekretář, organizační sekretář, místo konání, témata .....	6
Vystavovatelé a partneři kongresu .....	7
Rejstřík přednášejících .....	8
Přehled odborného programu.....	9
Souhrny přednášek – sekce lékařů (řazené v pořadí dle odborného programu) .....	39
Souhrny přednášek – sekce sester (řazené v pořadí dle odborného programu).....	101

## **POŘÁDÁ**

Výbor ČSOT

## **ODBORNÝ GARANT**

I. ortopedická klinika 1. LF UK a FN Motol

## **PREZIDENT KONGRESU**

Prof. MUDr. Ivan Landor, CSc. – přednosta I. ortopedické kliniky 1. LF UK a FN Motol

## **ČESTNÝ PREZIDENT KONGRESU**

Prof. MUDr. Antonín Sosna, DrSc. – I. ortopedická klinika 1. LF UK a FN Motol

## **PREZIDENT ČSOT**

Prof. MUDr. Jiří Gallo, Ph. D. – přednosta Ortopedické kliniky LF UP a FN Olomouc

## **VĚDECKÝ SEKRETÁŘ**

Prof. MUDr. Pavel Vavřík, CSc. – I. ortopedická klinika 1. LF UK a FN Motol

## **ORGANIZAČNÍ SEKRETÁŘ**

as. MUDr. Jan Hofta – I. ortopedická klinika 1. LF UK a FN Motol

## **TÉMATA – LÉKAŘSKÁ SEKCE**

1. Revizní operace náhrad kyčle a kolena
2. Problematika náhrad ramenního kloubu a operační léčba zlomenin proximálního humeru
3. Terapie infektu v ortopedii (infekce kloubních náhrad, infikované paklouby a osteomyelitida)
4. Chirurgické metody léčby osteoartrózy velkých kloubů
5. Operační léčba onemocnění nohy a hlezna včetně úrazů
6. Operační léčba postižení zápěstí a ruky včetně zlomenin distálního rádia
7. Nádory pohybového aparátu
8. Farmakoterapie v ortopedii její trendy, přínos, úskalí a rizika (Tromboprofylaxe, omezení krevních ztrát, tlumení bolesti, viskosuplementace, biologická léčba, NSA, antibiotika)
9. Operační léčba zlomenin proximálního femuru

## **TÉMATA – SESTERSKÁ SEKCE**

1. Péče o pacienty po traumatu na JIP a na standardním oddělení
2. Ošetrovatelská péče o nemocné po totálních náhradách kyčle, kolene, ramene a hlezna
3. Péče o nemocné po revizních operacích velkých kloubů a po periprotetických frakturách
4. Ošetrovatelská péče o pacienty s infekčními komplikacemi
5. Podtlaková terapie
6. Instrumentační techniky u kloubních náhrad
7. Varia

## VYSTAVOVATELÉ A PARTNEŘI KONGRESU

přihlášení do termínu 2. 5. 2017

### ZLATÍ PARTNEŘI

BAYER s.r.o.  
ZIMMER BIOMET  
Lima CZ s.r.o.

### STŘÍBRNÍ PARTNEŘI

BEZNOSKA s.r.o.  
DePuy Synthes

### BRONZOVÍ PARTNEŘI

Pfizer, spol. s r.o.  
Promedica Praha Group, a.s.

### PARTNEŘI

B. Braun Medical, s.r.o.  
Biocomposites Ltd.  
TOP HOTEL PRAHA

### VYSTAVOVATELÉ

ADYTON s.r.o.	IMOOVE
Angelini Pharma Česká republika s.r.o.	Inpharm, s.r.o.
Aspironix s.r.o.	KaravanTravel.cz
AURA Medical s.r.o.	Lázně Bělohrad a.s.
BioSolution, s.r.o.	MEDICAL M spol. s r.o.
BRITEX-CZ, s.r.o.	MediCom a.s. Praha
CeramTec GmbH	Mediservis s.r.o.
CFH Group, a.s.	MEGABOOKS CZ, spol. s r.o.
Comesa s.r.o.	Noviere s.r.o.
ConvaTec Česká republika s.r.o.	Ortika a.s.
Časopis Ortopedie	Otto Bock ČR s.r.o.
ČSOT	Pekařství Frydrych
easyMed s.r.o.	Pharma MKL s.r.o.
Ergon a.s.	PharmTop s.r.o.
EUREX MEDICA, spol. s r.o.	PRAGOMED, s.r.o.
GALÉN, spol. s r.o.	PrimeCell Advanced Therapy a.s.
FORSON CZ s.r.o.	ProSpon, spol. s r.o.
Germeditec, s.r.o.	sanofi – aventis, s.r.o.
GLYNN BROTHERS CHEMICALS Prague, spol. s r.o.	SANOMED, spol. s r.o.
Heraeus CZ s.r.o.	Thusasne ČR s.r.o.
IBI spol. s r.o.	VZP ČR

## REJSTŘÍK PŘEDNÁŠEJÍCÍCH S DODANÝMI ABSTRAKTY

Cienciala J. ....	58	Netval M. ....	67
Dlábek R. ....	96	Otaševič T. ....	89
Dufek P. ....	61, 64	Paračka M. ....	82
Džupa V. ....	62	Pastucha M. ....	90
Filipovič M. ....	66	Pazourek L. ....	56, 59
Hart R. ....	44, 52, 68	Pellar D. ....	85
Herůfek R. ....	87	Pilný J. ....	51, 98
Hlubek R. ....	100	Podivínský J. ....	47
Horňáková D. ....	108	Podškubka A. ....	42
Hořák P. ....	76	Prokeš L. ....	70
Chaloupka R. ....	46	Pustějovský P. ....	86
Chomiak J. ....	45	Salášek M. ....	77
Jahoda D. ....	78	Sedláčková T. ....	81, 88
Janíček P. ....	53, 54	Skála-Rosenbaum J. ....	73, 74
Kamenská I. ....	104	Stoklas J. ....	95
Karkoška J. ....	79	Svatoš F. ....	43
Klímová R. ....	106	Šimeček K. ....	75
Kubát P. ....	92	Šnajdarová P. ....	103
Kubeš R. ....	63	Šnejdarová J. ....	105
Kunovský R. ....	48	Šponer P. ....	93
Lena T. ....	97	Štulík J. ....	57
Luňáček L. ....	55	Švagr M. ....	40
Mačák M. ....	49	Václavková R. ....	109
Malokosová K. ....	102	Veigl D. ....	72, 99
Mannová J. ....	80	Veselý R. ....	41
Marková I. ....	107	Vlček M. ....	71
Maršálek M. ....	50	Vyskočil R. ....	94
Melicherčík P. ....	69	Zeman P. ....	91
Michálek J. ....	60, 83, 84	Žencica P. ....	65



# PROGRAM

**Středa 17. 5. 2017**

## **SÁL PRAHA: Operační léčba – léčba úrazů nohy a hlezna**

12.00–13.15

**Předsednictvo:** Bartoníček J., Podškubka A., Vlček M.

- 1. Zlomeniny hlezna – stále aktuální problém** 15'  
Bartoníček J., Tuček M.  
Klinika ortopedie 1. LF UK a ÚVN Praha
- 2. Zlomeniny hlezna dospělých, zhodnocení významu poranění v oblasti mediálního kotníku, epidemiologické zhodnocení 2-letého souboru** 8'  
Švagr M.  
Nemocnice Klatovy
- 3. Zlomeniny krčku talu léčené perkutánně zavedenými šrouby** 8'  
Veselý R., Kelbl M., Herůfek R.  
Úrazová nemocnice v Brně, Klinika traumatologie LFMU
- 4. Osteochondrální léze talu se subchondrálními cystami** 8'  
Podškubka A., Vaculík J., Činegr P., Dolejš R.  
Ortopedická klinika 1. LF UK a IPVZ, Nemocnice Na Bulovce, Praha
- 5. Poranění chrupavky talu a možnosti ošetření** 8'  
Svatoš F., Bartoška R., Klézl Z.  
FNKV Praha
- 6. Zlomeniny I. paprsku nohy** 8'  
Bušková K., Kuběnová D.  
Klinika ortopedie 1. LF UK a ÚVN Praha
- Diskuse 12'
- Přestávka** 5'

**Středa 17. 5. 2017**

**SÁL PRAHA: Operační léčba úrazů nohy a hlezna I.**

13.20–14.45

**Předsednictvo:** Popelka S., Chomiak J., Filip L.

- |  |     |
|--|-----|
| <b>7. Zkušenosti s náhradou hlezna Rebalance Ankle</b>   | 10´ |
| Popelka S.<br>Ortopedická klinika 1. LF UK a FN Motol, Praha   |     |
| <b>8. Velké rekonstrukce nohy a hlezna</b>   | 10´ |
| Hart R., Baránková S., Náhlík D., Feranec M.<br>Nemocnice Znojmo   |     |
| <b>9. Trabecuar metal spacer při artrodéze hlezna</b>  | 8´  |
| Popelka S., Landor I., Vavřík P., Jahoda D.<br>Ortopedická klinika 1. LF UK a FN Praha Motol                   |     |
| <b>10. Zkušenosti s operačním léčením idiopatické tarzální koalice</b>   | 8´  |
| Chomiak J., Ošťádal M., Frydrychová M., Dungal P.<br>Ortopedická klinika 1. LF UK a Nemocnice Na Bulovce Praha |     |
| <b>11. Řešení deformit nohy trojí osteotomií</b>   | 8´  |
| Chaloupka R., Motyčka J., Ženčica P.<br>Ortopedická klinika FN Brno a LF MU Brno                               |     |
| <b>12. Artrodézy v oblasti zadní nohy</b>  | 8´  |
| Bek J., Hromádka R.<br>Ortopedická klinika 1. LF UK a FN Praha Motol   |     |
| <b>13. Tibiotalokalkaneární artrodéza – naše zkušenosti</b>  | 8´  |
| Uvízl M., Dygrýnová M.<br>Ortopedická klinika FN a LF UP Olomouc   |     |
| <b>14. Pes planovalgus – trojí déza</b>  | 8´  |
| Filip L., Stehlík J.<br>Nemocnice České Budějovice a.s.  |     |
| Diskuse  | 15´ |
| <b>Přestávka</b>   | 5´  |

**SÁL PRAHA: Operační léčba onemocnění nohy a hlezna II.**

14.50–16.40

**Předsednictvo:** Hart R., Pink T., Bek J.

15. **Metatarsalgie – miniinvazivní osteotomie** 8´  
Bek J., Hromádka R.  
Ortopedická klinika 1. LF UK a FN Motol, Praha
16. **Artrodéza I. metatarzofalangeálního klíbu ako definitívne riešenie hallux rigidus** 8´  
Podivinský J., Paračka M.  
Městská nemocnice Ostrava
17. **Artrodéza I. metatarzofalangeálního kloubu úhlově stabilní dlahou** 8´  
Kunovský R., Pink T., Jarošík J.  
Oddělení klinické ortopedie, Úrazová nemocnice, Brno
18. **MICA – miniinvazivní operace hallux valgus** 8´  
Hromádka R., Bek J.  
Ortopedická klinika 1. LF UK a FN Praha Motol
19. **Hallux valgus – subcapitátní a suprabasální příčná osteotomie I. MTT – 6 let zkušeností** 8´  
Mačák M., Svetlík J., Valach O., Podivinský J.  
Městská nemocnice Ostrava
20. **Lapidusova operace – možná úskalí a jejich řešení** 8´  
Hromádka R., Bek J.  
Ortopedická klinika 1. LF UK a FN Praha Motol
21. **Etiologická operační léčba u hallux limitus** 8´  
Teysler P.  
1. Vršovická zdravotní a.s., 2. Klinika dětské a dospělé ortopedie a traumatologie 2. LF UK a FN Motol
22. **Retrospektivní zhodnocení terapie hallux rigidus pomocí silastikového interpozita** 8´  
Maršálek M., Novák J., Bayer M., Ryba L.  
FN Brno
23. **Léčba hallux rigidus pomocí TEP** 8´  
Uvízl M., Dygrýnová M.  
Ortopedická klinika FN a LF UP Olomouc
24. **Peroneální paréza a její řešení transpozicí m. tibialis posterior** 8´  
Pílný J.  
Nemocnice Nové Město na Moravě
25. **Augmentace Achillovy šlachy štěpem z m. quadriceps femoris při řešení její úponové tendinopatie** 8´  
Hart R., Sanalla H., Komzák M.  
Nemocnice Znojmo
- Diskuse 14´

**Středa 17. 5. 2017**

**SALONEK č. 9** (5. patro, přes restauraci Bohemia)

16.00–17.00

**Výbor ČSOT**

**SÁL PRAHA**

17.15–18.15 **Členská schůze ČSOT**

18.15–19.15 **Schůze výboru + primáři**

**SÁL MORAVIA + LOBBY BAR + ZIMNÍ ZAHRADA**

19.30–22.00

**WELCOME PARTY**

**SÁL PRAHA: Nádory pohybového aparátu I.**

8.30–9.45

**Předsednictvo:** Janíček P., Kokavec M., Dupal P.

- 26. Hemipelvektomie a resekce jako součást komplexního řešení muskuloskeletálních tumorů pánve** 10´  
Janíček P., Tomáš T., Mahdal M., Pazourek L.  
LF MU, FN U sv. Anny v Brně
- 27. Individuální náhrady pánevního kruhu vyrobené 3D tiskem kovů** 10´  
Dupal P.<sup>1</sup>, Beitzl E.<sup>1</sup>, Jech Z.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Ortopedická klinika 1.LF UK a FN Praha Motol  
<sup>2</sup> Chirurgická klinika 2.LF UK a FN Praha Motol
- 28. Elongácia končatín intramedulárnym expandibilným magnetom ovladaným klincom – prve skúsenosti v SR** 10´  
Kokavec M., Fristakova M., Zamborsky R.  
Ortopedická klinika LF UK a DFNSP Bratislava
- 29. Primární maligní skeletální nádory u dětí** 7´  
Schovanec J., Wagenknecht L., Vlach M., Havlas V.  
Klinika dětské a dospělé ortopedie a traumatologie 2. LF UK a FN Motol, Praha
- 30. První klinické zkušenosti s „rostoucí“ endoprotézou stehenní kosti** 7´  
Janíček P., Fencel J., Tomáš T., Sekerka M., Mahdal M., Sitte D.  
LF MU, FN U sv. Anny v Brně
- 31. Alternativní způsoby léčby OBN** 7´  
Matějovský Z., Lesenský J., Němec K.  
FN Bulovka
- 32. Myxofibrosarkom v materiálu I. ortopedické kliniky FN u sv. Anny v Brně** 7´  
Tomáš T.<sup>1</sup>, Janíček P.<sup>1</sup>, Adamková D.<sup>1</sup>, Zambo I.<sup>3</sup>, Pazourek L.<sup>1</sup>, Mahdal M.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> I. ortopedická klinika FN u sv. Anny v Brně a LF MU  
<sup>2</sup> Masarykův Onkologický ústav Brno  
<sup>3</sup> Patologicko-anatomický ústav FN u sv. Anny v Brně a LF MU
- Diskuse 15´

**Přestávka 9.45–10.00**

**SÁL PRAHA: Slavnostní zahájení**

10.00–10.55

**90. výročí založení první ortopedické kliniky v českých zemích**

**Předsednictvo:** Prof. MUDr. Jan Škrha, DrSc., MBA

MUDr. Tom Philipp, Ph.D., MBA

MUDr. Martin Holcát, MBA

Prof. MUDr. Tomáš Hanuš, DrSc.

Prof. MUDr. Jiří Gallo, Ph.D.

MUDr. Jiří Běhounek

Prof. MUDr. Ivan Landor, CSc.

Prof. MUDr. Antonín Sosna, DrSc.

Prof. PhDr. Ing. Jan Royt, Ph.D.

- |          |   |     |
|----------|---|-----|
| <b>Δ</b> | <b>Uvítání prezidenta kongresu</b>  | 5´  |
| <b>Δ</b> | <b>Projevy čestných hostů</b>   | 15´ |
| <b>Δ</b> | <b>Projev předsedy ČSOT</b>   | 5´  |
| <b>Δ</b> | <b>90. výročí založení první ortopedické kliniky v českých zemích a její význační představitelé</b> | 20´ |
|          | Sosna A.<br>Ortopedická klinika 1. LF UK Praha a FN Praha Motol                                     |     |
| <b>Δ</b> | <b>Heinrich Hilgenreiner – velká postava pražské ortopedie</b>                                      | 15´ |
|          | Dungl P.<br>Ortopedická klinika 1. LF UK a Nemocnice Na Bulovce Praha                               |     |

**SÁL PRAHA: Nádory pohybového aparátu II.**

11.00–12.20

**Předsednictvo:** Štulík J., Matějovský Z., Dupal P.

- 33. Endoprotetické řešení metastáz proximálního femuru – týmový přístup** 10'  
Luňáček L., Džupa V., Skála-Rosenbaum J.  
Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a FNKV Praha
- 34. Strategie léčby patologických zlomenin** 10'  
Tomáš T.<sup>1</sup>, Janíček P.<sup>2</sup>, Adámková D.<sup>1</sup>, Zambo I.<sup>3</sup>, Suškevič I.<sup>4</sup>, Ondrůšek Š.<sup>1</sup>, Pazourek L.<sup>1</sup>, Mahdal M.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> I. ortopedická klinika FN u sv. Anny v Brně a LF MU  
<sup>2</sup> Masarykův Onkologický ústav Brno  
<sup>3</sup> Patologicko-anatomický ústav FN u sv. Anny v Brně a LF MU  
<sup>4</sup> Klinika zobrazovacích metod FN u sv. Anny v Brně a LF MU
- 35. Postiradiační sarkomy kostí** 7'  
Pazourek L., Mahdal M., Tomáš T., Janíček P., Černý J.  
I. ortopedická klinika, FN U sv. Anny v Brně, LF MU
- 36. Radikální resekce tumorů v oblasti thorakolumbální páteře** 10'  
Štulík J., Nesnídal P.  
Klinika spondylochirurgie 1. LF UK a FN Motol Praha
- 37. Léčení maligních nádorů cervikotorakálního přechodu u mladých pacientů** 7'  
Cienciala J., Tichý V., Repko M., Grosman R.  
Ortopedická klinika, Fakultní nemocnice Brno
- 38. Nová technika resekce osteochondromu lopatky** 7'  
Bartoniček J., Tuček M.  
Klinika ortopedie 1. LF UK a ÚVN Praha
- 39. Využití ultrazvuku v diagnostice a terapii muskuloskeletálních nádorů** 7'  
Pazourek L., Hrazdira L.  
I. ortopedická klinika, FN U sv. Anny v Brně, LF MU
- 40. Zvýšené riziko nádorových onemocnění a metalózy u pacientů s umělým kloubem** 7'  
Michálek J.  
Cellthera, s.r.o.
- Diskuse 15'

**Čtvrtek 18. 5. 2017**

**SÁL PRAHA: Symposium ZIMMER BIOMET**

12.30–13.50

**Management of a Revision Knee:**

- **Why do revision fail**
- **How to revise the revision**
- **How to diagnose infection**
- **Single stage vs two stage**
- **Tips & Tricks**

Gehrke T.

Helios Endo – Klinik Hamburg Hamburg, Germany

**Občerstvení**



**SÁL PRAHA: Revizní operace náhrad kyčle I.**

14.00–15.15

**Předsednictvo:** Landor I., Dufek P., Krbec M.

- 41. Trabecular Metal in Hip Revision** 20´  
Gehrke T.  
Endo – Klinik Hamburg, Germany
- 42. Modulární systém Mutars – Implantcast v léčení periprotetických zlomenin a revizi aloplastiky kyčle** 15´  
Dufek P.  
Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Schön Klinik Neustadt Germany
- 43. Individuální acetabulární komponenta TEP kyčle při rozsáhlých kostních ztrátách** 10´  
Džupa V., Krbec M., Luňáček L.  
FNKV Praha
- 44. Reimplantace acetabulární komponenty BS dlahou Beznoska** 10´  
Kubeš R., Burian M., Magerský Š., Fraňo A.  
Nemocnice Na Bulovce
- Diskuse 20´

**Přestávka 15.15–15.30**

**SÁL PRAHA: Revizní operace náhrad kyčle II.**

15.30–16.15

**Předsednictvo:** Trč T., Kubeš R., Güttler K.

- 45. Středně a dlouhodobé výsledky reimplantací s použitím TC jamky** 10´  
Šťastný E., Trč T.  
Klinika dětské a dospělé ortopedie a traumatologie 2. LF UK a FN Motol, Praha
- 46. Verifikace uvolnění femorální komponenty TP kyčelního kloubu v nejasných případech** 10´  
Güttler K.<sup>1</sup>, Krásenský J.<sup>2</sup>, Štursa P.<sup>3</sup>, Landor I.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Ortopedická klinika 1. LF UK a FN Motol, Praha  
<sup>2</sup> Radiodiagnostická klinika 1. LF UK Praha  
<sup>3</sup> Radiodiagnostické oddělení Nemocnice Na Homolce, Praha
- 47. Význam punkce kyčelního kloubu při plánování revizních výkonů TEP** 10´  
Vašek P., Vaněček V.  
Klinika ortopedie 1. LF UK a ÚVN Praha
- Diskuse 15´

**SÁL MORAVIA: Terapie infektu v ortopedii I.**

8.30–9.45

**Předsednictvo:** Gallo J., Dufek P., Kubát P.

- 48. Periprotetická infekce TEP kyčle. Může keramika redukovat riziko revizní operace?** 15'  
Dufek P.  
Schön Klinik Neustadt Germany
- 49. Výsledky dvoudobé reimplantace TEP kyčelního kloubu pro periprotetický infekt** 9'  
Včelák J., Macko M., Kubeš R.  
Ortopedická klinika 1. LF UK a Nemocnice Na Bulovce, Praha
- 50. Infekty TEP kyčelních kloubů** 9'  
Ženčica P., Motyčka J., Heger J., Chaloupka R.  
FN Brno
- 51. Chirurgická léčba spondylodiscitidy** 9'  
Filipovič M., Repko M., Cenciala J., Tichý V.  
Ortopedická klinika FN Brno - Bohunice
- 52. Potřebujeme vůbec krevní testy k diagnostice infekcí kloubních náhrad?** 9'  
Gallo J., Svoboda M., Čech L.  
Fakultní nemocnice Olomouc
- 53. Endoprotetika po TB koxitidě (1980–2016)** 9'  
Netval M.<sup>1</sup>, Hein M.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Ortop. amb. OTRN – 1. klinika TRN 1. LF UK  
<sup>2</sup> Ortopedická klinika 1. LF UK a FN Motol, Praha
- Diskuse 15'

**Přestávka 9.45–10.00**

**SÁL PRAHA: Slavnostní zahájení**

10.00–10.55

**90. výročí založení první ortopedické kliniky v českých zemích**

**SÁL MORAVIA: Terapie infektu v ortopedii II.**

11.00–12.20

**Předsednictvo:** Jahoda D., Schovanec J.

- 54. Strategie antibiotické terapie u ortopedických pacientů v éře MDR bakterií** 15´  
Adámková V.  
Všeobecná fakultní nemocnice Praha
- 55. DAC biodegradabilní hydrogel v prevenci infekce kloubních náhrad** 10´  
Jahoda D.  
Ortopedická klinika 1. LF UK a FN Motol, Praha
- 56. Biomimetické povrchy ortopedických implantátů** 8´  
Ballay R. <sup>1</sup>, Suchý T. <sup>2</sup>, Landor I. <sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Ortopedická klinika 1. LF UK a FN Praha Motol  
<sup>2</sup> Odd. kompozitních a uhlíkových mater. USMH AV ČR
- 57. Prevence infekce kloubní náhrady: kyanoakrylát jako alternativa incízní fólie?** 8´  
Hobza M., Svoboda M., Gallo J.  
Ortopedická klinika, FN Olomouc
- 58. Hydrofilní krytí s obsahem stříbra u prvních 1200 pacientů po TEP** 8´  
Hart R., Feranec M.  
Nemocnice Znojmo
- 59. Použití V.A.C. (Vacuum assisted closure) – systém s rozšířeným aktivním automatickým čištěním rány** 8´  
Hanus M., Kotaška J., Schovanec J., Philippou T.  
Klinika dětské a dospělé ortopedie a traumatologie 2. LF UK a FN Motol, Praha
- 60. Artritidy ortopedického oddělení nemocnice Pardubice 2013–2016** 8´  
Slavík M., Hoza P.  
Nemocnice pardubického kraje, nemocnice Pardubice
- 61. Interpretace výsledků hladin Alpha-Defensinu při diagnostice kloubního výpotku** 4´  
Melicherčík P. <sup>1</sup>, Jahoda D. <sup>1</sup>, Landor I. <sup>1</sup>, Klapková E. <sup>2</sup>, Čerovský V. <sup>3</sup>  
<sup>1</sup> 1<sup>st</sup> Department of Orthopaedics, 1<sup>st</sup> Faculty of Medicine, Charles University in Prague and Motol University Hospital  
<sup>2</sup> Department of Medical Chemistry and Clinical Biochemistry, 2<sup>nd</sup> Faculty of Medicine, Charles University in Prague and Motol University Hospital  
<sup>3</sup> Institute of Organic Chemistry and Biochemistry AS CR, v.v.i.
- Diskuse 15´

**Přestávka 12.20–14.00**

**SÁL PRAHA: Symposium ZIMMER BIOMET**

12.30–13.50

**SÁL MORAVIA: Operační léčba poranění zápěstí včetně zlomenin distálního rádia**

14.00–15.45

**Předsednictvo:** Havlas V., Pech J., Vlček M.

- 62. Zlomenina distálního rádia – operační přístupy, současné operační techniky, jejich výhody a možné komplikace** 10´  
Prokeš L., Pavlata J., Procházka E.  
Ortopedická klinika FN Hradec Králové
- 63. Selhání dlahových osteosyntéz zlomenin distálního rádia při předčasné zátěži** 10´  
Vlček M., Streck M.  
Ortopedická klinika 1. LF UK a FN Praha Motol
- 64. Zlomeniny distálního rádia u dětí** 10´  
Vlach M., Trč T., Havlas V.  
Klinika dětské a dospělé ortopedie a traumatologie 2. LF UK a FN Motol, Praha
- 65. Incidencí a možnosti léčby pseudoartrózy distálního rádia** 10´  
Gajdoš R., Rausch R., Holas M.  
II. klinika úrazové chirurgie SZU a FN sP F. D. Roosevelta Banská Bystrica
- 66. Kompartment syndrom předloktí po ošetření komplexní zlomeniny distální třetiny rádia – kazuistika** 10´  
Čech P.  
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
- 67. Zlomeniny karpálních kostí** 10´  
Chochola A., Indráková P.  
Klinika ortopedie 1. LF UK a ÚVN Praha
- 68. Spontánní šlachové ruptury revmatické ruky** 10´  
Pech J., Veigl D., Dobiáš J., Zatrapa T.  
Ortopedická klinika 1. LF UK a FN Motol, Praha
- 69. Vazová poranění zápěstí u zlomenin distálního rádia** 10´  
Mišíčko R., Meluzinová P.  
Krajská zdravotní a.s., Masarykova nemocnice
- 70. Artroskopické ošetření poranění TFC komplexu** 10´  
Veigl D., Tomaides J.  
Ortopedická klinika 1. LF UK a FN Motol, Praha
- Diskuse 15´

**KONGRESOVÝ SÁL II: Operační léčba zlomenin proximálního femuru I.**

8.30–9.45

**Předsednictvo:** Pavelka T., Kitka M., Kalvach J.

- 71. Revision options for failed proximal femoral fractures-reconstruction versus arthroplasty** 15´  
Hoffmann M.  
Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Schön Klinik Neustadt Germany
- 72. Epidemiologie zlomenin proximálního femuru – 20leté výsledky registru 1997–2016** 10´  
Skála-Rosenbaum J., Džupa V., Bartoška R., Macák D.  
Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a FNKV Praha
- 73. Epidemiologie zlomenin proximálního femuru** 10´  
Alt J.  
Klinika ortopedie 1. LF UK a ÚVN Praha
- 74. Komplikace zlomenin proximálního femuru řešené intertrochanterickou osteotomií** 10´  
Bartoniček J., Chochola A.  
Klinika ortopedie 1. LF UK a ÚVN Praha
- 75. Intramedulární fixace u nestabilních pertrochanterických zlomenin – klinická, biomechanická studie, komplikace** 10´  
Bartoška R., Skála-Rosenbaum J., Báča V., Marvan J., Svatoš F., Džupa V.  
Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a FNKV
- 76. Léčení zlomenin proximálního femuru, osteosyntéza s a nebo bez augmentace?** 10´  
Pavelka T., Weisová D., Salášek M.  
KOTPÚ FN Plzeň
- Diskuse 10´

**Přestávka 9.45–10.00**

**SÁL PRAHA: Slavnostní zahájení**

10.00–10.55

**90. výročí založení první ortopedické kliniky v českých zemích**

**KONGRESOVÝ SÁL II: Operační léčba zlomenin proximálního femuru II.**

11.00–12.35

**Předsednictvo:** Džupa V., Šmídl Z., Šimeček K.

- 77. Komplikace léčby zlomenin proximálního femuru** 10´  
Majerníček M.  
Nemocnice na Bulovce Praha
- 78. Distální zajištění krátkých kyčelních hřebů – prevence či zdroj periimplantačních zlomenin femuru?** 10´  
Skála-Rosenbaum J., Džupa V., Bartoška R., Douša P., Krbec M.  
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady a 3. LF UK
- 79. Léčení intrakapsulárních zlomenin proximálního femuru implantátem Targon PF** 10´  
Šmídl Z., Jokl M.  
Ortopedická klinika 1. LF UK, FN Motol, Praha
- 80. Ošetření zlomenin proximální části femuru podvlékanou dlahou PC.C.P., 12 ti leté zkušenosti, zhodnocení souboru** 10´  
Svoboda V., Vodsloň T., Šimeček K.  
Ortopedicko-traumatologické oddělení Nemocnice Písek a.s.
- 81. Intrakapsulární zlomeniny krčku stehenní kosti – hemiarthroplastika, totální endoprotéza, osteosyntéza PCCP? Komplikace, selhání, revize. Retrospektivní studie.** 10´  
Šimeček K., Vodsloň T., Uher J., Dudek M.  
Ortopedicko-traumatologické oddělení Nemocnice Písek a.s.
- 82. Výhody RM jamky při zlomeninách krčku kosti stehenní** 10´  
Hořák J., Chrást B., Burda J.  
FN Brno
- 83. Možnosti operační léčby zlomenin proximálního femuru u dětí** 10´  
Hořák P., Jiroušek J.  
KOTPÚ LF a FN Plzeň
- 84. Supraacetabulární a klasický TIFI: Srovnání biomechaniky, funkčních a radiologických výsledků** 10´  
Salášek M., Pavelka T.<sup>1</sup>, Lobovský L.<sup>2</sup>, Hartlová J.<sup>2</sup>, Krystek J.<sup>2</sup>, Křen J.<sup>2</sup>, Weisová D.<sup>1,2</sup>, Zeman J.<sup>1</sup>, Tupý R.<sup>3</sup>, Ferda J.<sup>3</sup>  
Klinika ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí LF UK a FN Plzeň
- Diskuse 15´
- Přestávka 12.35–14.00**

**KONGRESOVÝ SÁL II: Farmakoterapie v ortopedii její trendy, přínos, úskalí a rizika I.**

14.00–15.15

**Předsednictvo:** Trč T., Jahoda D., Kubát P.

- 85. New options for safe treatment of musculoskeletal pain: collagens' injections** 15´  
Meroni M.A.  
Department of Orthopedics and Traumatology, Niguarda Hospital, Milano, Italy
- 86. Dalbavancin – první zkušenosti s užitím při léčbě infekčních komplikací v ortopedii** 15´  
Jahoda D., Landor I., Judl I., Pokorný D., Popelka S. Jr.<sup>1</sup>, Jahodová I.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Ortopedická klinika 1. LF UK, FN Motol, Praha  
<sup>2</sup> VŠ ZaSP sv. Alžbety, Bratislava
- 87. Efekt viscosuplementace – výsledky dlouhodobé studie** 10´  
Trč T.  
Klinika dětské a dospělé ortopedie a traumatologie 2. LF UK a FN Motol, Praha
- 88. Léčba symptomů OA novou kombinací HA a steroidu – první zkušenosti** 10´  
Pařízek A.  
Ortopedické odd. Nemocnice Třebíč
- 89. Příprava tkání pro ortopedické operace podle nové legislativy – 5 let zkušeností** 10´  
Karkoška J.  
Národní centrum tkání a buněk
- Diskuse 15´

**Přestávka 15.15–15.20**

**KONGRESOVÝ SÁL II: Farmakoterapie v ortopedii její trendy, přínos, úskalí a rizika II.**

15.20–16.30

**Předsednictvo:** Hach J., Michálek J., Fulín P.

- 90. Hodnocení účinku tranexamové kyseliny u náhrad kyčelního a kolenního kloubu** 8´  
Mannová J.<sup>1</sup>, Pospíchal M., Kubát P.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Anestesiologicko-resuscitační oddělení Nemocnice Havlíčkův Brod  
<sup>2</sup> Ortopedicko-traumatologické oddělení Nemocnice Havlíčkův Brod
- 91. Naše zkušenosti s podáváním kyseliny tranexamové při totálních endoprotézách bedrového a kolenního kloubu** 8´  
Sedláčková T., Kóňa Š.  
Nemocnica A. Wintera, Piešťany, Slovenská republika
- 92. Aspirin a krevní ztráty** 8´  
Burda J., Rychnovský J., Rouchal M.  
FN Brno
- 93. LMWH a NOAC v prevenci TEN po ortopedických operacích** 8´  
Paračka M., Mačák M., Svetlík J., Piatkovský M.  
Městská nemocnice Ostrava
- 94. 5 let zkušeností s kostní náhradou Actifuse v klinické praxi** 8´  
Štefan J., Pokorný D., Fulín P., Sosna A.  
Ortopedická klinika 1. LF UK, FN Motol, Praha
- 95. Využití kmenových buněk z tukové a pojivové tkáně u degenerativní osteoartrózy velkých kloubů u pacientů starších 80 let** 8´  
Michálek J., Dudášová Z.  
Cellthera, s.r.o.
- 96. Vedlejší nežádoucí účinky analgetik u pacientů s degenerativní osteoartrózou** 8´  
Michálek J.  
Cellthera, s.r.o.
- Diskuse 14´



**KONGRESOVÝ SÁL I: Péče o pacienty po traumatu na JIP + standardním oddělení;  
Péče o nemocné po TEP kyčle, kolene, ramene, hlezna – část I**

9.00–9.50

**Předsednictvo:** Sládková J., Hykešová A., Šnajdarová P.

- Zahájení** 5´  
Sládková J.  
Ortopedická klinika 1. LF UK a FN Motol, Praha
- 1. Kazuistika péče o pacienta po operačním řešení zlomeniny krčku kosti stehenní** 8´  
Burešová K., Závodná J.  
SMN a.s. Nemocnice Prostějov
- 2. Ztrátové poranění DK** 8´  
Jelínková M., Běhounková J.  
Klinika dětské a dospělé ortopedie a traumatologie 2. LF UK a FN Motol, Praha
- 3. Charakteristika a specifika pacientů po traumatu na JIP** 8´  
Malokosová K., Voříšková A., Třísková I.  
Ortopedická klinika 1. FL UK a FN Motol, Praha
- 4. Smyslová aktivizace a kognitivní rehabilitace na JIP** 8´  
Šnajdarová P.  
Fakultní nemocnice Ostrava
- 5. Péče o dětského pacienta na JIP po operačním řešení idiopatické juvenilní skoliozy** 8´  
Kamenská I.  
Fakultní nemocnice Brno, Bohunice
- Diskuse

**SÁL PRAHA: Slavnostní zahájení**

10.00–10.55

**90. výročí založení první ortopedické kliniky v českých zemích**

**KONGRESOVÝ SÁL I: Péče o pacienty po traumatu na JIP + standardním oddělení;  
Péče o nemocné po TEP kyčle, kolene, ramene, hlezna – část II**

11.00–11.45

**Předsednictvo:** Sládková J., Hykešová A., Šnajdarová P.

- 6. Krevní ztráty a jejich hrazení po totálních náhradách velkých kloubů** 8'  
Šnejdarová J., Černíková B., Mandová K.  
Ortopedická klinika 1. FL UK a FN Motol, Praha
- 7. Ošetrovatelská péče o pacienty po protetických náhradách ramenního kloubu** 8'  
Klímová R., Pytelová L.  
FN Brno
- 8. Fyzioterapie po unikondylární endoprotéze kolenního kloubu** 8'  
Heidenreichová I., Kubertová M.  
Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékárství 2. LF UK a FN Motol, Praha
- 9. Kvalita života pacientů po totální náhraně kolenního kloubu** 8'  
Marková I.<sup>1</sup>, Bielik J.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Univerzita Pardubice  
<sup>2</sup> Trenčianská univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíně

Diskuse

**Přestávka na oběd 11.45–13.00**

**KONGRESOVÝ SÁL I: Ošetrovatelská péče o nemocné s infarktem + podtlaková terapie**

13.00–14.00

**Předsednictvo:** Sládková J., Houžvičková R., Václavková R.

- 10. Wound management u pacientů s infekcí klubní náhrady, naše zkušenosti** 8´  
Blahová A., Poulíková P.  
Ortopedická klinika FN Olomouc
- 11. Péče o pacienta s infekčními komplikacemi po implantaci TEP na JIP** 8´  
Schwarzová L., Meitnerová H.  
Ortopedická klinika FN Brno JIP
- 12. Práce s podtlakovou terapií na septickém oddělení z pohledu sester** 8´  
Houžvičková-Zvelebilová R., Hataková M, Lisá M.  
Ortopedická klinika 1. LF UK Motol, Praha
- 13. VAC v traumatologii** 8´  
Horňáková D.  
Fakultní nemocnice Ostrava
- 14. Léčba chronické rány metodou larvální terapie a vlhkého hojení ran** 8´  
**Kazuistika u pacienta s defektem na LDK po nasložení sádrového obvazu**  
Václavková R.  
FN Brno
- 15. Larvální terapie** 8´  
Rybníkářová M.  
FN Brno

Diskuse

**Přestávka 14.00–14.15**

**KONGRESOVÝ SÁL I: Instrumentační techniky u TEP + varia**

14.15–15.30

**Předsednictvo:** Sládková J., Zavadilová D., Šimková M.

- 16. Náhrada chrupavky – CaRes** 8'  
Macháňová R., Zavadilová D.  
COS – dospělí, Ortopedická klinika 1. LF UK a FN Motol
- 17. Náhrada hlezna Rebalance ankle** 8'  
Rusinová L., Popelková L.  
COS – dospělí, Ortopedická klinika 1. LF UK a FN Motol
- 18. Specifika periop. péče při TEP ramenního kloubu** 8'  
Černá H., Indreiová E.  
Ortopedická klinika FN Olomouc – operační sály
- 19. Miniinvazivní osteotomie přednoží** 8'  
Svoreňová I., Čížmářová K.  
COS dospělí, Ortopedická klinika 1. LF UK a FN Motol
- 20. Implantace chondrograftu** 8'  
Dvořáková K., Otoupalíková P.  
FN Brno, ORTK 8A
- 21. Fyzioterapie po operačních výkonech v oblasti zápěstí** 8'  
Šimková M.  
Ortopedická klinika 1. LF UK, Klinika rehabilitace a TVL FN Motol
- 22. Péče o pacienty s degenerativním onemocněním páteře** 8'  
Šlechtická A., Omerovič D.  
Fakultní nemocnice Brno, Ortopedická klinika
- 23. Historie a současnost operační léčby skoliózy** 8'  
Brímová P., Jakl Jamborová M.  
Fakultní nemocnice Brno
- 24. Periprotetické zlomeniny bedra** 8'  
Kňazková M., Kopková L.  
Nemocnice V Martine, SK

Diskuse

**Přestávka 15.30–15.45**

**KONGRESOVÝ SÁL I: Ošetrovatelská péče o nemocné po reimplantacích  
+ periprotetických zlomeninách**

15.45–16.15

**Předsednictvo:** Sládková J., Lisická B., Havlíčková K.

- 25. Periprotetická zlomenina – kazuistika** 8´  
Gillová I., Havlíčková K., Šebková D.  
Úrazová nemocnice v Brně
- 26. Periprotetické zlomeniny** 8´  
Hlásková H.  
Klinika dětské a dospělé ortopedie a traumatologie 2. LF UK a FN Motol, Praha
- 27. Zvládání pooperačního krvácení u pacientů po primoimplantacích  
a reimplantacích kloubních náhrad** 8´  
Ősziová X., Lisická B.  
Fakultní nemocnice Olomouc, ortopedická klinika JIP

**SÁL PRAHA: 10 let implantace reverzního systému SMR v České republice**

9.00–10.15

**Předsednictvo:** Pokorný D., Frič V., Fulín P.

- 97. Zkušenosti s implantací reverzního revizního systému LIMA** 10´  
Pellar D., Vícha J.,  
Ortopedická klinika FN Hradec Králové
- 98. Bezdříková náhrada ramenního kloubu SMR Stemless** 10´  
Frič V.  
Ortopedicko-traumatologická klinika FN KV a 3. LF UK Praha
- 99. Desetileté zkušenosti a výsledky reverzní náhrady ramenního kloubu SMR LimaCorporate** 15´  
Pokorný D., Sosna A., Fulín P., Štefan J., Jahoda D., Vavřík P., Landor I.  
Ortopedická klinika 1. LF UK a FN Motol, Praha
- 100. Glenoid Lateralization: Why, when and how to do it?** 20´  
Castagna A.  
Milano, Itálie
- Diskuse 10´

**Přestávka 10.15–10.35**

**SÁL PRAHA: Operační léčba zlomenin proximálního humeru I.**

10.35–12.30

**Předsednictvo:** Sosna A., Kloc J., Hromádka R.

- 101. Koncepce ošetření zlomenin proximálního konce humeru** 15´  
Sosna A., Pokorný D., Fulín P., Štefan J.  
Ortopedická klinika 1. LF UK a FN Praha Motol
- 102. Management of proximal humerus fractures-indications for reconstruction and arthroplasty** 15´  
Hoffmann M.  
Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Schön Klinik Neustadt Germany
- 103. Indikace a výsledky léčby zlomenin proximálního humeru** 10´  
Pustějovský P., Kocián P., Podivínský J.  
Městská nemocnice Ostrava – ortopedické oddělení
- 104. Výsledky operační léčby zlomenin proximální části humeru pomocí zamykatelných dlah** 10´  
Vlček M., Streck M., Dosoudil O.  
Ortopedická klinika 1.LF UK a FN Praha Motol
- 105. Hranice úspěchu dlahové osteosyntézy kominutivních fraktur proximálního humeru** 10´  
Herúfek R., Veselý R., Paša L.  
Úrazová nemocnice Brno
- 106. Operační technika a výsledky neanatomické rekonstrukce zlomenin proximálního humeru** 10´  
Fulín P., Sosna A., Pokorný D., Štefan J.  
Ortopedická klinika 1. LF UK a FN Motol, Praha
- 107. Výsledky operační léčby zlomenin proximální části humeru pomocí nitrodřeňového hřebu** 10´  
Dosoudil O., Vlček M., Streck M., Hromádka R.  
Ortopedická klinika 1. LF UK a FN Praha Motol
- 108. Zlomeniny proximálního humeru spojené se zadní luxací** 10´  
Vaněček V., Vašek P.  
Klinika ortopedie 1. LF UK a ÚVN Praha
- 109. Komplexné riešenie zlomeniny ramennej kosti /Kazuistika/** 10´  
Sedláčková T., Kóňa Š., Kalúz I.  
Nemocnica A. Wintera, Piešťany, Slovenská republika
- Diskuse 15´

**Přestávka na oběd 12.30–13.45**

**SÁL PRAHA: Chirurgické metody léčby osteoartrózy velkých kloubů II.**

13.45–15.10

**Předsednictvo:** Valenta J., Pastucha M., Bek J.

- 110. Unilaterální náhrada kolenního kloubu vs. HTO** 10´  
Valenta J., Bek J., Dupal P., Ballay R., Landor I.  
Ortopedická klinika 1. LF UK a FN Praha Motol
- 111. Unikompartmentální náhrada kolenního kloubu – naše zkušenosti** 10´  
Košťál Z., Janečka M.  
Nemocnice Vsetín, a.s.
- 112. Alogenní výplň kostního klínu u otevřené osteotomie tibie** 10´  
Lošťák J., Uvížl M., Dygrýnová M., Gallo J.  
Ortopedická klinika LF a UP v Olomouci
- 113. Naše první zkušenosti s chrupavkovým implantátem CaReS-1S** 10´  
Bek J., Guttler K., Ballay R., Landor I.  
Ortopedická klinika 1. LF UK a FN Motol, Praha
- 114. Limity léčby časných forem artrózy kolenního kloubu pomocí implantátů k ošetření defektů kloubní chrupavky** 10´  
Otaševič T.<sup>1</sup>, Vališ P., Rouchal M., Šprláková-Puková A.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Ortopedická klinika FN Brno  
<sup>2</sup> Radiologická klinika FN Brno
- 115. Přínos arthroscopie kolenního kloubu u pacientů s gonartrózou** 10´  
Sklenský J., Vališ P., Maršálek M.  
Ortopedická klinika Fakultní nemocnice Brno
- 116. Fast track v ortopedii – prvních 300 pacientu** 10´  
Pastucha M., Bešćec J.  
Nemocnice Hořovice
- Diskuse 15´

**SÁL PRAHA: Závěr kongresu**

15.15–15.30



**SÁL MORAVIA: Chirurgické metody léčby osteoartrózy velkých kloubů I.**

9.00–10.15

**Předsednictvo:** Dungl P., Chaloupka R., Pinskerová V.

- 117. CFP Link kyčle – 5 let zkušeností** 15´  
Dungl P., Burian M., Kubeš R.  
Ortopedická klinika 1. LF UK a Nemocnice Na Bulovce Praha
- 118. Dlouhodobé zkušenosti s TEP kolenního kloubu s fyziologickou rotací** 10´  
Pink T., Stoklas J., Jarošík J.  
Úrazová Nemocnice
- 119. Hranice záchovné chirurgie kyčelního kloubu – prediktory neúspěchu** 10´  
Chládek P.  
Ortopedie Vršovice VZAS
- 120. Artroskopie kyčle u pacientů s koxartrózou – současný koncept a zkušenosti z našeho pracoviště** 10´  
Zeman P., Koudela K., Skala P., Havel O.  
Klinika ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí LF UK a FN v Plzni
- 121. Porovnání RTG a artroskopického nálezu na kyčelním kloubu jako predikce časné TEP?** 10´  
Mohyla M., Walder P.  
FN Ostrava
- 122. Osteotomie kolena v léčbě artrózy** 10´  
Trč T., Šťastný E.  
Klinika dětské a dospělé ortopedie a traumatologie 2. LF UK a FN Motol, Praha
- Diskuse 10´
- Přestávka 10.15–10.30**

**SÁL MORAVIA: Revizní operace náhrad kolena**

10.30–12.30

**Předsednictvo:** Vavřík P., Tomáš T., Nečas L.

- 123. Indications for metaphyseal sleeves in revision knee surgery** 15´  
Graichen H.  
Asklepios Orthopädische Klinik Lindenlohe Germany
- 124. Stratégie při reviznej TEP kolenného kĺbu** 15´  
Nečas L.  
Ortopedická klinika Martin, Slovensko
- 125. Počítačová navigace při revizních náhradách kolenního kloubu** 10´  
Tomáš T., Nachtnabl L., Rapi J., Emmer J.  
I. ortopedická klinika FN u sv. Anny v Brně a LF MU
- 126. Implantace a komplikace totální endoprotézy kolenního kloubu u pacienta se syringomyelií – kazuistika** 10´  
Koudela K., Zeman P., Koudela K., Pavelka T.  
Klinika ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí FN a LF UK v Plzni
- 127. Osteotomie tuberozity tibie v revizní endoprotetice kolenního kloubu** 10´  
Kubát P., Ptáček Z.  
Ortopedicko-traumatologické oddělení Nemocnice Havlíčkův Brod
- 128. Laterální přístup v léčení fixované valgózní deformity při TEP kolenního kloubu** 10´  
Šponer P., Kučera T.  
Ortopedická klinika LF UK a FN Hradec Králové
- 129. Dorzální přístup do kolenního kloubu a jeho klinické využití** 10´  
Vyskočil R., Vališ P., Sklenský J.  
Ortopedická klinika FN Brno
- 130. RT-PLUS – 10-leté zkušenosti** 10´  
Stoklas J., Pink T., Prokeš J.  
Úrazová nemocnice v Brně
- 131. Atypická traumatologická indikace tumorosní TEP kolenního kloubu** 10´  
Dlábek R., Chrást B., Vyskočil R.,  
FN Brno
- Diskuse 20´

**Přestávka 12.30–12.45**

## Pátek 19. 5. 2017

### SÁL MORAVIA: TEP ramenního kloubu

14.20–15.15

Předsednictvo: Hromádka R., Luňáček L., Frič V.

- 132. Srovnání resurfacingu a náhrady proximálního humeru** 10´  
Trč T., Havlas V.  
Klinika dětské a dospělé ortopedie a traumatologie 2. LF UK a FN Motol, Praha
- 133. Skapulo – humerální impingement – komplikace reverzní náhrady ramena** 10´  
Frič V., Luňáček L., Marvan J., Popelka O.<sup>1</sup>, Lena T.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Ortopedická klinika FNKV Praha  
<sup>2</sup> Ortopedické oddělení Nemocnice Jihlava
- 134. Reverzní endoprotéza ramenního kloubu: centrum rotace (medializace x lateralizace)** 10´  
Lena T.<sup>1</sup>, Čepera L., Frič V.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Nemocnice Jihlava  
<sup>2</sup> Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a FNKV Praha
- 135. Srovnání funkčních výsledků konzervativní léčby a endoprotetického ošetření zlomenin proximálního humeru** 10´  
Prýmek M., Hořák J., Rouchal M., Vališ P., Burda J.  
Ortopedická klinika FN Brno a LFMU
- Diskuse 15´

### SÁL PRAHA: Závěr kongresu

15.15–15.30

**KONGRESOVÝ SÁL II: Operační léčba postižení zápěstí a ruky**

9.00–10.25

**Předsednictvo:** Veigl D., Pilný J., Novák J.

- 136. Nestabilita CMC kloubu palce ruky** 10´  
Pilný J.  
Nemocnice Nové Město na Moravě
- 137. Poranění CMC kloubu palce** 10´  
Indráková P., Chochola A.  
Klinika ortopedie 1. LF UK a ÚVN Praha
- 138. Plastika UCL u nestability MCP skloubení palce** 10´  
Novák J., Mařálek M.  
FN Brno, Ortopedická klinika
- 139. Náhrada zápěstí Universal 2** 10´  
Veigl D., Pech J., Zatrapa T.  
Ortopedická klinika 1. LF UK a FN Motol, Praha
- 140. Čtyřrohá déza karpu – zhodnocení našeho souboru pacientů** 10´  
Zatrapa T., Veigl D., Pech J.  
Ortopedická klinika 1. LF UK a FN Praha Motol
- 141. Použití silastikových náhrad při řešení defektů malých MTP kloubů** 10´  
Hlubek R., Zagroba J.  
Fakultní nemocnice Ostrava
- 142. Swan neck deformita palce ruky** 10´  
Dobiáš J., Pech J.  
Ortopedická klinika 1. LF UK, FN Praha Motol
- Diskuse 15´

**Přestávka 10.25–10.35**

**Pátek 19. 5. 2017**

**KONGRESOVÝ SÁL II: STIMULAN – Power to transform outcomes in infected non-unions, osteomyelitis and periprosthetic joint infections**

10.35–12.00

**Předsednictvo: Jahoda D.**

<b>Introduction</b>	3´
Prof David Jahoda	
<b>Stimulan basic information and pre-clinical tests</b>	15´
PhD Sean Aiken	
<b>Clinical outcomes in own series in PJI</b>	25´
Mr Sanjeev Agarwal	
<b>Own early results from Czech Republic</b>	10´
Prof David Jahoda	
<b>Discussion</b>	10´

**KONGRESOVÝ SÁL III: Symposium DePuy Synthes**

12.45–14.15

**SÁL PRAHA: Závěr kongresu**

15.15–15.30

**Pátek 19. 5. 2017**

**KONGRESOVÝ SÁL III: Symposium DePuy Synthes**

12.45–14.15

**Attune® – kolenní systém pro 21. století**

## **SOUHRNY PŘEDNÁŠEK – SEKCE LÉKAŘŮ**

## ZLOMENINY HLEZNA DOSPĚLÝCH, ZHODNOCENÍ VÝZNAMU PORANĚNÍ V OBLASTI MEDIÁLNÍHO KOTNÍKU, EPIDEMIOLOGICKÉ ZHODNOCENÍ 2-LETÉHO SOUBORU

*Švagr M.*

*Ortopedické oddělení nemocnice Klatovy*

Soubor zahrnuje všechny zlomeniny hlezna u pacientů starších 18 let od 1.1.2011 do 31.12.2012 ošetřené v regionální nemocnici s demografickým spádem 150–200 000 obyvatel k tomuto datu. Bylo registrováno 299 pacientů /144 mužů, 155 žen/. Použita byla klasifikace dle Webera – ABC. Práce vychází z axiomu, že hluboká /dle nových anatomických poznatků/, zadní porce deltového vazů /DL/ je primárním stabilizátorem hlezna. Sledován byl počet případů, pohlaví, rozložení dle věku, strana úrazu, rozložení dle ročního období, klinický nálezy, RTG hlezna v AP a B projekci, hodnocení symetrie vidlice, lomná linie na tibií, délka a směr lomné linie na fibule, u typu C Maissonneuveův typ poranění /MFF/, způsob léčby. V literatuře se setkáváme s pracemi, které se zabývají selektivně statistikou operačně léčených případů, výjimečně všech případů, tedy i léčených konzervativně. Oblast zlomenin hlezna je sice probádána a publikací přibývá, ale stále jsou zaznamenávány nové data a závěry. Neujasněných otázek k diskusi je více. Doposud není jednotný pohled na anatomii DL. Ten je sice definován oficiální anatomickou nomenklaturou, ovšem nové klinickoanatomické pohledy se různí a všeobecně akceptované dělení na povrchovou a hlubokou porci bude třeba ve vztahu k funkci DL a biomechanice hlezna přehodnotit. Diskutuje se definice stability hlezna, klasifikace zlomenin, terapeutický postup. Tato studie má vést ke zhodnocení a porovnání nasbíraných dat s literaturou. Z 299 případů byl výskyt poranění typu A ve 14,4%, B v 58,9%, C v 26,7%, MFF v 9%. Odlovení zadní hrany /ZH/ tibiae ve 48%. Poranění DL ve 20,4%. Poranění mediálně ve 57,8%. Incidence zlomenin hlezna v tomto souboru vychází 149–199:100 000. V zásadě panuje relativní shoda ohledně kostního poranění hlezna i jeho diagnostiky, přetrvávají diagnostické rozpaky ve vztahu k poranění ligamentozních struktur. Při hodnocení RTG snímku musíme stále mít na paměti výšku lomné linie na fibule, poranění mediálních struktur, odlovení ZH, se zhodnocením poranění tibiofibulárně, s posouzením stability hlezna.



## ZLOMENINY KRČKU TALU LÉČENÉ PERKUTÁNNĚ ZAVEDENÝMI ŠROUBY

*Veselý R., Kelbl M., Herůfek R.*

*Úrazová nemocnice v Brně, Klinika traumatologie LFMU*

Hodnotíme soubor 21 pacientů operovaných v Úrazové nemocnici v Brně v letech 2009 – 2014. Všichni utrpěli zlomeninu krčku hlezenní kosti a byli léčeni zavřenou repozicí a perkutánní fixací šrouby. V souboru bylo 5 žen a 16 mužů. Průměrný věk pacientů byl 38 let (18–56 let). Tři zlomeniny (14,3 %) byly otevřené. Vždy se však jednalo o otevřenou zlomeninu I. typu podle Gustilovy klasifikace s ránou do 1 cm. Zlomeniny byly klasifikovány podle Hawkinsovy klasifikace. Osm pacientů (38,1 %) jsme hodnotili jako typ I, jedenáct pacientů (52,4 %) jako typ II a dva pacienty (9,5 %) jako typ III (TAB 1). Všem pacientům bylo po základních vyšetřeních na urgentním příjmu provedeno CT vyšetření včetně 3D rekonstrukce a byli indikováni k operačnímu výkonu. Pod rtg zesilovačem byly do hlavičky a těla talu zavedeny Kirschnerovy dráty a joystick technikou byla provedena repozice s následnou fixací 3,5 nebo 4,5 mm kanylovanými šrouby. Průměrná doba sledování pacientů byla 32 měsíců (21–42 měsíců). V průběhu sledování došlo ke zhojení u všech zlomenin. Průměrný čas zhojení byl 15,5 týdnů (13–19 týdnů). Průměrné AOFAS skóre bylo 82,3 bodů (69–96 bodů).

## OSTEOCHONDRÁLNÍ LÉZE TALU SE SUBCHONDRÁLNÍMI CYSTAMI

*Podškubka A., Vaculík J., Cinegr P., Dolejš R.*

*Ortopedická klinika 1. LF UK a IPVZ, Nemocnice Na Bulovce, Praha*

Osteochondrální léze talu (OLT) se subchondrálními cystami představují terapeutický problém.

Retrospektivně jsme zhodnotili 10 hlezenních kloubů s nálezem cyst pod defektem talu. Průměrná doba sledování byla 3,5 roku. K hodnocení jsme použili AAOS skóre (0–100).

První skupina (6 hlezenních kloubů, velikost defektu 9–14 mm, subchondrální cysty  $\leq$  6 mm) byla ošetřena artroskopicky (odstranění diskátu, ošetření spodiny návrty nebo mikrofrakturami). Druhá skupina (4 hlezenní klouby, velikost defektu 20–30 mm, subchondrální cysty  $\geq$  10 mm) byla ošetřena otevřeně s osteotomií vnitřního kotníku a vyplněním defektu talu osteochondrálními bločky z kolena.

Výsledky: První skupina měla skóre před operací 71 (70–79) a po operaci 89 (71–100). U jednoho pacienta došlo k recidivě obtíží (recidiva komunikující subchondrální cysty). Druhá skupina měla skóre před operací 78 (67–91), po operaci 95 (90–99).

Pokud se subchondrální cysty nezhojí na kloubní straně, mohou recidivovat. Subchondrální cysty, které komunikují s dutinou kloubní, bývají symptomatické.

Relativně invazivní ošetření středně velkých a velkých OLT se subchondrálními cystami osteochondrálními bločky z kolena má dobré střednědobé výsledky. V našem souboru došlo k podstatnému zlepšení u všech pacientů.

## TALAR CARTILAGE INJURIES AND METHODS OF THEIR TREATMEN

*Svatoš F., Bartoška R., Klézl Z.*

*Department of Orthopaedic and trauma 3rd medical faculty Charles University Prague, Prague, Czech Republic*

**keywords:** Osteochondral fracture, Cultivated Chondrocytes, Artificial Cartilage, Mocart Score

**Introduction:** Acute or chronic chondral defects on talus are relatively rare but very challenging to treat. They lead to oedema, pain, restricted range of motion and to the end of sport activities in young patients. Authors describe they own way how to treat them and they show us the results of this treatment.

**Objectives:** The objective is to find optimal treatment method of talar chondral leasions. To find an algorithm of solving all the problems in the joint. They also try to define age range for indication to operation and to find most beneficial defect classification.

**Methods:** In the treatment of cartilage defect athors use techniques of cultivated chondrocytes and artificial cartilage implants like Chondrotisue, TruFit, Biomatrix and CaReS-1S. They also use older methods like mosaic plastic, spongialisation and drilling by Ficat.

**Results:** All the patients were followed months and years by clinical examinations and MRI. Findings were objectively manifested by Mocart score and on MRI scans.

**Conclusions:** Cartilage defect is the problem of young active generation. Method of cultivated chondrocytes was well accepted and the results in Mocart score were very good. On the other side this method is very expensive and need two stage procedure. Authors found that also other methods using artificial cartilage are well tolerated by patients and long term results are good. They also saw that during implementation of new methods like cultivated chondrocytes and artificial cartilige older procedures were left.

## VELKÉ REKONSTRUKCE NOHY A HLEZNA

*Hart R., Baránková S., Náhlík D., Feranec M.*

*Ortopedicko-traumatologické odd., Nemocnice Znojmo*

Relativně často se v našich ambulancích setkáváme s pacienty, kteří přicházejí s velkými potížemi při významných patologiích v oblasti nohy a hlezna. Nálezy jsou nezdídko natolik závažné, že jejich operační řešení vyžaduje značnou ortopedickou zkušenost a dovednost.

V supramaleolární oblasti je jedná o osově úchyly, nejčastěji pouřazové. Řešíme je korekčními osteotomiemi, v případě současné artrózy v jedné době s implantací náhrady, nebo korekční artródeou. Samostatnou kapitolou rekonstrukcí jsou tříštvivé zlomeniny pylonu. Konverze totální endoprotézy na artródeu nemusí být jednoduchým výkonem, obzvláště při infektu nebo nekroze talu. Diabetická destrukce skeletu sub talo představuje další závažný problém v chirurgii nohy a často nezbyvá, než při současném infektu zvolit některý z amputačních výkonů. Postižení patní kosti (infekt, pakloub, deformita) vyžaduje také obvykle velkou zkušenost a prognóza nebývá vždy příznivá. U planovalgózních deformit postupujeme vždy individuálně. U rigidních nohou volíme korekční artródey. U flexibilních deformit bez větší abdukce přednoží kombinujeme obvykle Myersonovu a Cottonovu osteotomii s transferem FDL, při abdukci přednoží je nejdůležitějším krokem osteotomie Evansova. U cavovárzních deformit bývá řešením také obvykle kombinovaný výkon – Steindlerova fasciotomie, osteotomie tarzu (Japas, Cole), Dwyerova kalkaneální osteotomie a transfer TP. Charcotova artropatie tarzu vyžaduje při velkých deformitách též většinou radikální řešení – korekce, artródeza a stabilní osteosyntéza (axiální šrouby, dlahy). Je-li přítomna infekce, nevyhneme se užití zevního fixatér, nejlépe hybridního.

Individuálně volená operační léčba závažných stavů v oblasti nohy a hlezna může dávat dobré výsledky. Vždy je ovšem třeba přesně určit patologii a tuto řešit a nikoliv postupovat u všech pacientů stejně v rámci schématu zaběhlého na pracovišti.

## ZKUŠENOSTI S OPERAČNÍM LÉČENÍM IDIOPATICKÉ TARZÁLNÍ KOALICE

*Chomiak J., Ošťádal M., Frydrychová M., Dungal P.*

*Ortopedická klinika 1. LF UK a Nemocnice Na Bulovce, Praha 8.*

Úvod. Tarzální koalice představuje vrozené fibrózní nebo kostěné spojení dvou či více tarzálních kostí. Koalice lze dělit na typické idiopatické, které jsou zastoupeny kalkaneo-navikulární (CN) a talo-kalkaneární (TN) koalici a atypické, které jsou součástí různých syndromů a vrozených vad. Nejčastější deformitou při koalici je rigidní plochá noha.

Materiál a metody. Na našem pracovišti jsme od r. 1996 do 2016 léčili celkem 43 pacientů (60 nohou) s idiopatickou koalicí, začátek obtíží byl v 10–11 letech. Průměrný věk v době operace byl 13 let u CN koalice a 14.5 roku u TN koalice.

Operováno bylo celkem 52 nohou, a to převážně Bentzonou operací u CN koalice (37 nohou) a 15 nohou pro TN koalici, většinou artrodézou sub talo nebo trojí artrodézou.

Výsledky. Výsledky jsme hodnotili podle Olneye podle bolesti (žádná, po zátěži, stálá) a pohybu subtalárního kloubu (neomezený, omezený, nemožný). U operovaných nohou s CN koalicí jsme dosáhli v 51% výborného výsledku (bez bolesti, plný pohyb), v 30% velmi dobrého výsledku (bez bolesti, pohyb omezen), v 16% dobrého výsledku (pozátežová bolest, omezený pohyb) a ve 3% nevyhovujícího výsledku (stálá bolest, nemožný pohyb). U TN koalicí byly výsledky hodnoceny většinou jako dobré (67%) a velmi dobré (20%) a v 7% výborné a nevyhovující, protože většinou byly řešeny artrodézami.

Diskuse a závěr. Tarzální koalice je vzácnou příčinou ploché nohy (10%), při potížích je metodou volby operace. Kalkaneo-navikulární koalice vyžaduje včasné odstranění „můstku“ a interpozici měkké tkáně s cílem zamezit adaptačním změnám subtalárních kloubů. Resekce můstku a interpozice m. ext. digitorum brevis dle Bentzona dle našich zkušeností poskytuje 80% výborných a velmi dobrých výsledků bez recidivy, ale s uvolněním subtalárního pohybu jen u 50%, kdy přetrvává porucha biomechaniky subtalárního kloubu. U talokalkaneární koalice při fibrózním spojení je doporučovaná revize a resekcce kapsuly z mediálního přístupu, při kostěném můstku menším než 50% je možnost resekcce s interpozicí tuku nebo kostního vosku. Větší můstky než 50% obvykle vyžadují subtalární artrodézu.

## ŘEŠENÍ DEFORMIT NOHY TROJÍ OSTEOTOMIÍ

*Chaloupka R., Motyčka J., Ženčička P.*

*Ortopedická klinika FN Brno a LF MU Brno*

Autoři hodnotí soubor 9 pacientů, 6 mužů a tři ženy, s komplexní deformitou nohy. Průměrný věk v době operace byl 32,7 roku (21–59), délka sledování 6 roků (1–11), 4 pacienti byli operováni oboustranně. Nervosvalovou etiologii měli 4, revmatoidní artritidu 3, vrozenou příčinu 2 pacienti. Operace byla z Ollierova přístupu, s osteotomií Chopartova a následně subtalárního kloubu s transfixací K-dráty s doléčením sádrovou fixací. U revmatoidní artritidy při planoalgotizě operace vede k ústupu potíží, výsledný tvar nohy s reziduální planoalgotizou vyžaduje nošení ortopedické obuvi a lepší chůzi. V ostatních indikacích je postavení nohy výrazně zlepšeno, umožní kvalitnější chůzi. Trojí déza je účinná metoda k řešení komplexních deformit nohy.

# ARTRODÉZA I. METATARZOFALANGEÁLNEHO KLÍBU AKO DEFINITÍVNE RIEŠENIE HALLUX RIGIDUS

*Podivinský J., Paračka M.*

*Ortopedické oddělení Městská nemocnice Ostrava*

Termín hallux rigidus je používaný pri postihnutí I. metatarzofalangeálneho kĺbu (ďalej len I. MTP kĺb) bolestivou artrózou, charakterizovanou najmä stupňujúcou sa bolesťou a obmedzením pohybu. Bolo publikované veľké množstvo rozličných doporučení a operačných postupov zaoberajúcich sa riešením tohto bolestivého ochorenia. Práca prezentuje artrodézu ako jednu z metód definitívneho riešenia hallux rigidus.

V rokoch 2007–2015 sme spravili celkovo 208 artrodéz u 197 pacientov. Do retrospektívnej štúdie sme zaradili 164 operovaných palcov u 158 pacientov, z toho 111 žien a 47 mužov v priemernom veku v dobe operácie 57 (34–78). Najčastejšou indikáciou k artrodéze bol hallux rigidus 3. a 4. stupňa podľa Couglinovej klasifikácie. K artrodéze sme použili 20 mm skobku Memory staple. Celkovú spokojnosť s operáciou vyslovilo 122 (74,39%) pacientov, čiastočnú spokojnosť 28 (17,07%) pacientov. Nespokojnosť s operáciou vyslovilo 14 (8,53%) pacientov. Priemerné predoperačné AOFAS hallux MTP skóre bolo 46,45 bodu, po operácii sa zvýšilo na 74,03 bodu. V našom súbore evidujeme 16 (9,75%) nezahojených artrodéz. U 4 (2,63%) pacientov je pakĺb asymptomatický, operačné riešenie nevyžadujú. U 12 pacientov (7,31%) je pakĺb symptomatický. Zo 12 spravených reoperácií bola reartrodéza úspešná u 11 pacientov, kedy došlo k zhojeniu a pacienti sú spokojní a bez bolesti.

Artrodéza I. MTP kĺbu zostáva metódou voľby pre liečbu 3. a 4. stupňa hallux rigidus a je stále považovaná za „zlatý štandard“. Dosahuje výborné výsledky i pri riešení ťažkých foriem hallux valgus a ako definitívne riešenie zlyhaní predchádzajúcich výkonov. Vysoká spokojnosť pacientov s operáciou bola preukázaná mnohými publikovanými prácami. Nami zvolený spôsob fixácie sa nám pri správnej operačnej technike javí ako dostačujúci a dosiahnuté výsledky sú porovnateľné s inými metódami fixácie.

# ARTRODÉZA I. METATARZOFALANGEÁLNÍHO KLOUBU ÚHLOVĚ STABILNÍ DLAHOU

*Kunovský R., Pink T., Jarošík J.*

*Oddělení klinické ortopedie, Úrazová nemocnice, Brno*

## SOUHRN

**Cíl práce:** Autoři ve své přednášce hodnotí soubor pacientů po artrodéze I. metatarzofalangeálního kloubu s použitím úhlově stabilní dlahy.

**Materiál a metody:** V letech 2010–2015 jsme operovali 51 pacientů ( 56 přednoží ), v 5 případech bilaterálně a v 46 unilaterálně, 38 žen a 13 mužů. Průměrný věk byl 57,8 let , průměrná doba sledování 3,1 let. V 23 případech byl indikací k operaci hallux rigidus, 15 přednoží jsme operovali pro hallux valgus, 3 pacienty pro hallux varus a 2 pro hallux erectus. U 4 pacientů byla příčinou valgózní deformita při revmatoidní artritidě, 9 pacientů bylo indikováno pro selhání předchozího operačního výkonu. U všech 56 přednoží jsme použili anatomickou nízkoprofilovou titanovou dlahu Variable Angle LCP 1st MTP Fusion Plate 2.4/2.7.

**Výsledky:** Výsledek operace dle Gainorova score hodnotí 46 operovaných ( 90% ) jako výborný, 4 ( 8% ) jako dobrý, 1 ( 2% ) jako vyhovující a 0 ( 0% ) jako špatný. U 53 přednoží dle RTG kontrol došlo k pevnému zhojení artrodézy. U 2 pacientů a 3 přednoží se artrodéza nezhojila. U 2 přednoží jsme provedli reartrodézu s pevným kostním zhojením. Ke zhojení v malpozici došlo u 5 přednoží, ve 4 případech ve valgozitě a jednou v dorsiflexi.

**Závěr:** Artrodézu indikujeme u pacientů s hallux rigidus III. a IV. stupně, s těžkým hallux valgus, hallux varus, a u pacientů po selhání předchozích operací. Preferujeme stabilní artrodézu. Fixace anatomickou LCP dlahou umožňuje časnou rehabilitaci, zátěž a brzký návrat k pracovním i sportovním aktivitám.



## **HALLUX VALGUS – SUBCAPITÁTNÍ A SUPRABASÁLNÍ PŘÍČNÁ OSTEOTOMIE I. MTT – 6 LET ZKUŠENOSTÍ**

*Mačák M., Svetlík J., Valach O., Podivínský J.*

*Městská nemocnice Ostrava*

Řešení deformity Hallux Valgus je jednou z nejčastěji prováděných operací v oblasti nohy. Pro její korekci se provádí relativně velké množství operací. Zvolit správný typ operace není vždy jednoduché. Operaci mnohdy indikují a provádějí méně zkušení lékaři, a zde může vzniknout zásadní problém. Tato oblast stojí trochu bokem úhlu pohledu ortopédů provádějících náhrady kloubů, včetně složitých reimplantací, i ortopédů provádějící artroskopické operace. Operace v oblasti nohy ovšem nejsou vůbec jednoduché. Při nesprávně zvoleném postupu či nekorektně provedeném operačním výkonu má pacient značné obtíže. Bolest a problémy při každém došlápnutí, které dovedou znehodnotit i úspěšnou implantaci TEP dané končetiny.

Rozhodnutí o typu provedeného výkonu, případně kombinovaných výkonů, může následovat až po zhodnocení subjektivních obtíží pacienta, klinickém vyšetření a RTG plánování. Cest k dosažení vynikajícího výsledku může být více. Rád bych Vás seznámil s jednou z nich. Subcapitátní a suprabasální osteotomií I. MTT s fixací V-tek, kterou rutinně provádíme 6 let a máme provedených 267 osteotomií u 223 pacientů. Korekční osteotomie byly prováděny i po jiných předchozích výkonech a i zde s velmi dobrým efektem.

Zcela zásadní je dle mého soudu při správném provedení vynikající korekce deformity, provedení osteotomie je subcapitátní nebo suprabasální dle přesného indikačního schématu a je doplněna o další důležité korekční zásahy. Umožňuje i korekci velkých deformit, vykazuje výborné hojení a umožňuje prakticky okamžitou plnou zátěž operované končetiny po operaci. Zátěž je limitována pouze pooperační bolestí pacienta.

Naše indikační schéma, které rozhoduje o typu operace, základní operační chyby v rámci learning curve, pooperační komplikace a jejich řešení.

Jednotlivé zajímavé kasistiky, místy až sporných indikací a jejich výsledky. Za celou dobu nedošlo k selhání implantátu či nezhojení osteotomie, nutné revizní zásahy k odstranění OS materiálu byly po rozboru příčin vždy způsobeny chybou při provedení operace. Jejich prezentací bychom rádi napomohli snížení komplikací dalších operatérů.

## **RETROSPEKTIVNÍ ZHODNOCENÍ TERAPIE HALLUX RIGIDUS POMOCÍ SILASTIKOVÉHO INTERPOZITA**

*Maršálek M., Novák J., Bayer M., Ryba L.  
Ortopedická klinika FN Brno a LFMU Brno*

Ztuhlý palec (Hallux rigidus) je nejčastější artotické onemocnění na noze a, po hallux vagus, druhé nejčastější onemocnění na palci nohy. Častější je postižení u žen, typicky u jedinců mezi 30. a 60. rokem života. Při selhání konzervativní terapie volíme operační řešení, mezi která nejčastěji patří cheilektomie, artrodéza, interpoziční typy operací a kloubní náhrady. Každá z těchto metod má své výhody i nevýhody, zastánce i odpůrce. Na našem souboru chceme prezentovat dlouhodobé zhodnocení výsledků řešení u pacientů s použitím silastikového implantátu.

## PERONEÁLNÍ PARÉZA A JEJÍ ŘEŠENÍ TRANSPOZICÍ M. TIBIALIS POSTERIOR

*Pilný J.*

*Ortopedické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.*

Peroneální paréza může vzniknout u dětí v důsledků DMO či jiné neurologické příčiny. U dospělých je nečastěji v důsledku traumatu či útlaku kořene nervu L5. V terapii často dominuje neurochirurgická intervence, ale přesto přetrvávající peroneální paréza může limitovat životní standard pacienta i přes intenzivní rehabilitační terapii. Autor referuje své výsledky řešení tohoto problému transpozicí šlachy m. tibialis post. Ventrálně interosseální membránou.

Soubor čítá 14 pacientů /11 mužů, 3 ženy/ a průměrným věkem 34,2 roků operovaných s průměrným odstupem od vzniku parézy 11 měsíců /6–56 měsíců). Indikace byly stavy po zlomenině proximální tibie u 3 pacientů /22 %/ stejně jako po proběhlém kompartmen syndromu, po luxacích kolena 2 pacienti /14 %/, stejně jako stavy po zlomenině acetabula a herniaci ploténky a útlaku kořene L5. Jeden pacient /7 %/ měl peroneální parézu po TEP kolenního kloubu a jeden po sutuře zadního rohu zevního menisku. U všech pacientů byla provedena transpozice šlachy m. tibialis posterior interosseální membránou a fixací do baze 3. metakarpu. U 5 pacientů /35 %/ bylo třeba provést v jedné době prolongaci Achillovy šlachy. Po operaci byla přiložena sádrová fixace na 6 týdnů a po této době byla zahájena rehabilitace a mobilizace s ortézou. Výsledky byly zhodnoceny 6 měsíců od operace, kdy bylo jako výborný výsledek /DF hlezna nad 5°/ 57 % pacientů, 36 % výsledek uspokojivý /postavení 90° a DF do 5°/ a u jednoho pacienta /7 %/ byl výsledek hodnocen jako špatný /jakékoli plantigrádní postavení/. Špatný výsledek byl u pacienta, kde bylo neúplné plantigrádní postavení.

Transpozice m. tibialis posterior je efektivní metoda k řešení peroneální parézy. Pro dobrý výsledek je třeba včasná indikace a důsledná předoperační příprava /EMG/.

# AUGMENTACE ACHILLOVY ŠLACHY ŠTĚPEM Z M. QUADRICEPS PŘI ŘEŠENÍ JEJÍ ÚPONOVÉ TENDINOPATIE

*Hart R., Sanalla H., Komzák M.*

*Ortopedicko-traumatologické oddělení, Nemocnice Znojmo*

## Úvod

Bolest v oblasti Achillovy šlachy (AŠ) je častým steskem pacientů v našich ambulancích. Příčinou u relativně malého počtu z nich je úponová tendinopatie AŠ. U všech těchto pacientů primárně indikujeme vyšetření MR, které nám dá jasnou informaci o rozsahu degenerativního postižení AŠ. Nezřídka se setkáváme s degenerací významné části jejího průřezu. Řešením je excize degenerativně změněných hmot, čímž se ovšem úpon AŠ značně oslabí nebo zcela poruší. V těchto případech není využití vlastní AŠ k reinzerci či augmentaci snadné, proto na našem pracovišti užíváme transfer m. flexoris hallucis longi nebo miniinvasivně odebraný volný štěp šlacha-kost (BT) z m. quadriceps fem. Druhá zmíněná varianta byla předmětem předkládané prospektivní studie.

## Materiál a metoda

V letech 2010 – 2014 bylo augmentací štěpem z m. quadriceps femoris ošetřeno na našem pracovišti 13 pacientů s rozsáhlou degenerací úponu AŠ. Doba sledování byla minimálně dva roky. Z příčné 3 cm incize nad bází pately odbíráme speciálním instrumentariem miniinvasivně BT štěp se šlachovou částí délky 8 a více centimetrů. Následně excidujeme veškerou patologicky změněnou tkáň z oblasti úponu AŠ. Po té vrtáme dock do hrbolu patní kosti, zavádíme do něj kostní bloček štěpu a fixujeme ho biokompozitním interferenčním šroubem. Šlašitou část štěpu vyšíváme side-to-side k AŠ. Po operaci standardně přikládáme sádku na 6 týdnů, po té na 6 týdnů povolujeme došlap 1/3 váhy a následně začíná pacient postupně plně zatěžovat.

## Výsledky

Ve všech případech došlo ke vhojení štěpu a obnovení funkce AŠ. Stoj na špičce zvládají všichni pacienti. 11 z nich je zcela bez potíží, 2 pociťují občasnou bolest při zátěži. Bolesti kolena po odběru štěpu vymizely u všech do 3 měsíců po operaci. Ve 4 případech jsme pozorovali komplikace hojení kožního krytu, které klademe na vrub nešetrné manipulaci se specifickou kůží za zadní straně paty během operačního výkonu. U jednoho z těchto pacientů byla pozitivní kultivace z rány 3 týdny po operaci (*Serratia marcescens*), po nasazení antibiotik došlo ke zhojení.

## Závěr

Augmentace AŠ volným BT štěpem z m. quadriceps femoris se zdá být vhodnou eventualitou jak řešit pokročilé úponové tendinopatie vyžadující významné rozvolnění úponu AŠ. Podmínkou primárního zhojení kožního krytu po výkonu je šetrná manipulace s kůží během operace.

## **HEMIPELVEKTOMIE JAKO SOUČÁST KOMPLEXNÍHO ŘEŠENÍ MUSKULOSKELETÁLNÍCH TUMORŮ PÁNVE**

*Janíček P., Tomáš T., Mahdal M., Pazourek L.*

*I. ortopedická klinika LF MU, FN U sv. Anny v Brně*

Autoři předkládají soubor 36 hemipelvektomií z toho 10 radikálních a 26 konzervativních za období 2007 – 2016. Diagnózy u radikální hemipelvektomie – kostní: 3x osteosarkom, 3x chondrosarkom, měkkotkáňové: 2x pleomorfní sarkom, 1x epiteloidní sarkom, 1x fibrosarkom. Diagnózy u konzervativní hemipelvektomie – kostní: 15x chondrosarkom, 3x Ewingův sarkom, 1x osteosarkom, 1x OBN, měkkotkáňové: 1x liposarkom, 1x myxofibrosarkom a 4x pro metastázu. Jsou diskutovány výsledky výsledky u jednotlivých diagnóz a typů operací.

## **PRVNÍ KLINICKÉ ZKUŠENOSTI S „ROSTOUCÍ“ ENDOPROTÉZOU STEHENNÍ KOSTI**

*Janiček P., Fenc J., Tomáš T., Sekerka M., Mahdal M., Sitte D.*

*I. ortopedická klinika LF MU, FN U sv. Anny v Brně*

V rámci grantu TA03010661 byla v letech 2013–2015 vyvinuta ve spolupráci I. Ortopedické kliniky LF MU, fy Beznoska a VUT Brno „rostoucí endoprotéza stehenní kosti. Implantát je určen pro dětské pacienty s nádorovým onemocněním v oblasti kolena umožňující délkovou přestavitelnost v těle pacienta v závislosti na jeho růstu. Implantát umožňuje prodlužování délky dolní končetiny po resekci kostního nádoru v distální části femuru včetně růstové chrupavky během růstu dítěte. Implantát se skládá z femorální komponenty s dřikem a tibiální komponenty s dřikem, mezi nimiž je kloubní vložka. Délkové nastavování se děje mechanickými prostředky s distrakčním členem s vnitřním pohybovým závitem umístěným ve vnějším pouzdru, které je pevně spojeno s femorálním dřikem. Otočný pohybový šroub je opatřen šnekovým mechanismem, který lze ovládat zevním nástrojem – speciálním šroubovákem. Femorální komponenta s distrakčním členem tvoří samostatný vyměnitelný modul. Distrakce se provádí miniinvazivním operačním zásahem a je přesně říditelná. Lze dosáhnout až 18 cm prolongace délky končetiny. Metoda umožňuje vyhnout se alternativním postupům jako je amputace, rotační plastika nebo kostní štěp nebo opakovaným revizím u konvenční tumorózní náhrady kolena během růstu dítěte. Autoři předkládají první klinické zkušenosti s použitím této „rostoucí“ endoprotézy stehenní kosti.

## ENDOPROTETICKÉ ŘEŠENÍ METASTÁZ PROXIMÁLNÍHO FEMURU – TÝMOVÝ PŘÍSTUP

*Luňáček L., Džupa V., Skála-Rosenbaum J.*

*Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a FN Královské Vinohrady Praha*

Léčba destruuujících metastáz si může vyžádat endoprotetickou náhradu proximálního femuru, může být přítomná patologická zlomenina nebo hrozí její vznik. Pro tyto situace jsou dostupné speciální modulární tumorózní náhrady, nevýhodnou je především cena a relativní dostupnost. Na našem pracovišti používáme pro tyto stavy standardní revizní náhradu typu Wagner, která je výhodná pro svoji dostupnost, relativně jednoduchou operační techniku a šíři rozměrů implantátu (což umožňuje přemstit i větší kostní defekty). Pro řešení jamky používáme standardní primární implantáty, jak cementované tak i necementované. V posledních 5 letech jsme touto technikou řešili metastázy proximálního femuru u 7 pacientů. Důležitá je pečlivá předoperační příprava, plánování výkonu a spolupráce s ostatními obory, především radiologií a onkologií. Ve všech případech provádíme ve spolupráci s radiologem cílenou embolizaci oblasti proximálního femuru ke snížení krevních ztrát. Uvádíme komplexní kasuistiku pacienty s metastázami Grawitzova tumoru ledviny do oblasti proximálního femuru, těla L2 a postižením levé ledviny, zde v první době byla provedena cytoreduktivní nefrektomie vlevo a přední korpektomie L2, náhrada expanzní klecí XRL, stabilizace dlahou L1-3. V druhé době po týdnu provedena náhrada metastázy proximálního femuru Wagnerovým dříkem a necementovanou jamkou po cílené embolizaci. Patologická zlomenina byla přítomna u 3 pacientů, přežívají 4 pacienti s odstupem v průměru 14 měsíců po operaci. U žádného pacienta nebyl nutný žádný revizní operační výkon vztážený k implantátu. Uzavíráme, že střednědobé sledování náhrady proximálního femuru standardním revizním dříkem poskytuje versatilitu, nízký výskyt komplikací spojených s implantátem a akceptovatelnou funkci u pacientů s metastázami proximálního femuru. Je stejně funkční jako individuálně vyrobené endoprotetické náhrady.

## POSTRADIAČNÍ SARKOMY KOSTÍ

*Pazourek L., Mahdal M., Tomáš T., Janíček P., Černý J.*

*I.ortopedická klinika FN U sv. Anny v Brně, LF MU*

Ionizující záření, nejčastěji v rámci své léčebné aplikace při radioterapii, má jako známý nežádoucí vedlejší efekt schopnost indukovat vznik sekundárních zhoubných nádorů v ozařovaném poli. V ozařeném skeletu je nejčastěji popisován vznik osteosarkomu, fibrosarkomu či chondrosarkomu. Jako diagnostické kritérium pro radiací indukované sarkomy kostí je popisován vznik v ozařovaném poli, latence od ozáření uváděná minimálně 3–4 roky (rozmezí 3–55 let, nejčastěji kolem 10let), histologický průkaz malignity jiné, než byl primárně ozařovaný nádor, vylučujícím kritériem je přítomnost syndromu s predispozicí k mnohočetnému výskytu maligních nádorů jako je Li Fraumeni syndrom či Rothmund-Thompsonův syndrom. Typickou lokalitou je oblast pánve a ramenního pletence, a to v souvislosti s ozařováním pro kolorektální, gynekologické nádory a nádory prostaty (v oblasti pánve) a pro nádory prsu (v oblasti ramenního pletence). Zvláštním případem je vznik maligního nádoru sekundárně při ozařování některých benigních nádorů (typicky u obrovskobuněčného kostního nádoru), radioterapie těchto nádorů musí být tedy vždy pečlivě zvážena a řada autorů ji nedoporučuje. Sekundární radiací indukované nádory skeletu jsou většinou high-grade sarkomy s velmi špatnou prognózou. Dlouhodobé přežití pacientů je spíše vyjimečné, průměrná délka přežití je popisována kolem 1 roku. Naštěstí je vznik postradiačních sarkomů vzácný a v našem více než desetiletém souboru jsme zaznamenali 8 případů.



# **RADIKÁLNÍ RESEKCE TUMORŮ V OBLASTI THORAKOLUMBÁLNÍ PÁTEŘE**

Štulík J.<sup>1</sup>, Nesnídal P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Klinika spondylochirurgie 1. LF UK a FN Motol, Praha*

Podrobný popis techniky, možností a výsledků radikálních, en bloc resekcí v oblasti thorakolumbální páteře pro nádorová onemocnění. Zaměření studie na prospektivně sledovanou skupinu pacientů s kombinovanou en bloc resekcí podle Mazela (resekce zaměřené na kompletní odstranění ložiska včetně kolem páteřních struktur).

## **Podpora projektu**

Podpořeno projektem (Ministerstvo zdravotnictví) koncepčního rozvoje výzkumné organizace 00064203 (FN Motol).

## LÉČENÍ MALIGNÍCH NÁDORŮ CERVIKOTORAKÁLNÍHO PŘECHODU U MLADÝCH PACIENTŮ

*Cienciala J., Tichý V., Repko M., Grosman R.*

*Ortopedická klinika FN Brno*

Nádory zahrnující cervikotorakální přechod mohou mít vysoký sklon k vyvolání nestability s kyfózou a kompresí míchy z ní vyplývající. Léčba dekompresí může vést jen k dalšímu zhoršení nestability a neurologického stavu. Přístup k této oblasti je komplikován přítomností velkých vaskulárních svazků, jakož i významných struktur viscerálních a měkkých tkání. Cervikotorakální přechod je definován jako oblast, která sahá od páteřních segmentů C-7 až k Th-4 a zahrnuje část brachiálního plexu, hrudní aperturu a horní část mediastina. Oblast je unikátní v tom, že je přechodová. Z mobilního lordoticky zakřiveného krčního úseku páteře přechází do tuhé, kyfoticky zakřivené části hrudní páteře. Kromě toho, představuje oblast pod napětím, jak dochází k přenosu hmotnosti mezi jednotlivými úrovněmi páteře.

K neoplastickému postižení horní hrudní páteře dochází asi u 15 % pacientů s nádory páteře. Kromě toho asi 10% páteřních metastáz vychází z Th1-Th4 regionu. Neurologické postižení je následkem všech postižení způsobujících nestabilitu a může být až u 80 % pacientů. Tato predispozice k neurologické lézi může souviset s kombinací menší velikosti páteřního kanálu a řídkého cévního zásobení. Léčba onemocnění zahrnující cervikotorakální přechod je často chirurgická s cílem zahrnující dekompresi nervových struktur, okamžitou stabilizaci a obnovení anatomické rovnováhy páteře.

## VYUŽITÍ ULTRAZVUKU V DIAGNOSTICE A TERAPII MUSKULOSKELETÁLNÍCH NÁDORŮ

*Pazourek L., Hrazdira L.*

*I. Ortopedická klinika, FN U sv. Anny v Brně, LF MU*

Ultrazvuk v rukou ortopeda představuje vhodné rozšíření běžného klinického vyšetření pohybového aparátu, což platí i pro muskuloskeletální nádory. V rámci primární diagnostiky je to metoda první volby (screeningová metoda) pro rezistence v měkkých tkáních, u kostních nádorů představuje doplňkovou metodu k RTG vyšetření, která dokáže především zobrazit změny kostního povrchu a případnou měkkotkáňovou složku nádoru. Důležitá je možnost představy o lokalizaci nádoru, jeho vztahu k okolním strukturám, ohraničení a vaskularizaci, umožňuje také zachytit případná satelitní ložiska v okolí a zobrazit spádové lymfatické uzliny. Běžně dle ultrazvuku zakresluje lokalizaci nádorového ložiska na kožní povrch před plánovanou otevřenou biopsií či resekci. Ultrazvuk je také využíván k cílení při punkčních biopsiích. Peroperačně lze využít k dohledání obtížně lokalizovatelných ložisek ev. k verifikaci dostatečného okraje resekce. Velký význam má ultrazvuk v následné dispenzarizaci pacientů po resekci muskuloskeletálních nádorů. Umožňuje totiž s vysokou senzitivitou časný záchyt lokální recidivy v měkkých tkáních, a to i v intervalech, ve kterých není dostupné pravidelné MRI vyšetření. Ultrazvuk rovněž využíváme ke sledování efektu neoperační léčby a ke sledování suspektně benigních lézí neindikovaných k operačnímu řešení.

## **ZVÝŠENÉ RIZIKO NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ A METALÓZY U PACIENTŮ S UMĚLÝM KLOUBEM**

*Michálek J.*

*International Consortium for Cell Therapy and Immunotherapy*

Umělý kloub ze slitin kobaltu, chromu, titanu, molybdenu nebo vanadu je již mnoho desetiletí standardním léčebným postupem u pokročilé osteoartrózy. V posledních letech se však objevují zprávy o chronické toxicitě a zvýšených zdravotních rizicích spojených s dlouhodobým působením cizorodého materiálu na buňky a tkáň lidského organismu. Plasty použité při výrobě kloubních náhrad mohou uvolňovat toxické částice, které se chovají mutagenně a kancerogenně. Kovové části se pozvolna uvolňují do okolních tkání a lymfou a krví jsou roznášeny do celého těla. Z rozsáhlých dat dostupných v evropských a amerických registrech vyplývá, že toxicita umělého kloubu se může projevit po několika letech. Zejména existuje spojitost s umělým kloubem a vyšším výskytem leukémie, myelodysplastického syndromu a melanomu u obou pohlaví, s vyšším výskytem karcinomu prsu u žen a s vyšším výskytem karcinomu prostaty u mužů. Metalóza, tedy chronická otrava kovy, působí dále neurotoxicky, nefrotoxicky a imunosupresivně. Přestože pacienti zaznamenávají obrovský přínos bezprostředně po operaci umělého kloubu, měli by být řádně informováni zodpovědnými ortopedy a traumatology o dlouhodobých hrozících rizicích, aby měli dostatek informací k nezávislému rozhodnutí nad způsobem optimální léčby osteoartrózy, neboť v současné době již existují podstatně šetrnější alternativy u indikovaných pacientů, včetně podání vlastních kmenových buněk z tukové a pojivové tkáně.

# MODULÁRNÍ SYSTÉM MUTARS – IMPLANTCAST V LÉČENÍ PERIPROTETICKÝCH ZLOMENÍ A REVISI ALOPLASTIKY KYČLE

*Dufek P.*

*Schön Klinik Neustadt, Německo*

S rostoucím počtem primárních implantací TEP kyčle je zaznamenávána narůstající incidence periprotetických zlomenin a uvolnění implantátů. Cíl sdělení je popsání chirurgické metody použitím modulárního systému MUTARS Implantcast a časných výsledků u periprotetických zlomenin a u revisi TEP kyčle.

**Materiál a metoda:** V období let 2007–2016 jsme ošetřili 98 periprotetických zlomenin proximálního femoru (z toho systémem MUTARS 56) a při revizích uvolněných TEP kyčle a při ošetření nezhojených zlomenin po AO Gama hřebem použili systém MUTARS v 87 případech. Indikace tohoto revisního systému se řídí u zlomenin klasifikací dle Vancouver, u uvolněných dřívků stavem kosti proximálního femoru. Klinické a radiologické výsledky jsme hodnotili na konci pobytu v rehabilitační klinice a klasifikovali podle Staffelstein Score.

**Výsledky:** Komplikace se vyskytly u 6 pacientů – 2 refraktury byly ošetřeny cerkláží, 1x luxace, 2x kaudální dislokace dřívku s následnou výměnou hlavice, 1x infekce. V průměru byla dosažena plná zátěž končetiny u obou souborů do 12 týdnů od operace po rehabilitaci s intervalem nezatěžování končetiny přímo po operaci v průměru 6 týdnů. Rozsah hodnoty Staffelstein score mezi 70–85 body ukazuje, jak náročná je léčba u výše uvedených diagnóz, než je dosaženo uspokojivých a dobrých klinických výsledků.

**Závěr:** Pro komplexní léčbu periprotetických zlomenin a při výměně uvolněných dřívků TEP kyčle s proximální konstní defektem femoru představuje použití modulárního systému MUTARS léčebnou metodu s dobrými klinickými výsledky.

## **INDIVIDUÁLNÍ ACETABULÁRNÍ KOMPONENTA TEP KYČLE PŘI ROZSÁHLÝCH KOSTNÍCH ZTRÁTÁCH**

*Džupa V., Krbec M., Luňáček L.*

*Ortopedicko-traumatologická klinika, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha*

Rozsáhlé kostní ztráty v oblasti acetabula a proximálního femuru po opakovaných reimplantacích TEP kyčelního kloubu limitují možnost další implantace revizních komponent. Zejména acetabulární defekty spojené s diskontinuitou pánve jsou problémem často neřešitelným. Novou nadějí pro některé z těchto pacientů je individuální titanová acetabulární komponenta zkonstruovaná po vytvoření plastového modelu pánve z CT vyšetření a vyrobena pomocí 3D tiskárny. Autoři prezentují první zkušenosti s touto metodou použitou u tří pacientů.

## REIMPLANTACE ACETABULÁRNÍ KOMPONENTY BS DLAHOU BEZnosKA

*Kubeš R., Magerský Š., Burian M., Fraňo A.*

*Ortopedická klinika Nemocnice Na Bulovce a 1. LF UK*

Autoři ve své práci nejprve představují Burch-Schneiderovu dlahu a její modifikaci firmou Beznoska, která je nyní výhradně používána na jejich pracovišti, včetně indikačních kritérií a doporučení.

Dále hodnotí soubor 243 reimplantací tímto implantátem z období let 2003–2007, kdy byla BS dlahu použita u 70 reimplantací, tj. prakticky u třetiny výkonů.

V zatím ve střednědobém sledování došlo k asymptomatickému uvolnění u 7% implantátů, reoperace pro selhání byla nutná u 4% implantátů a pro infekci u 3% reimplantací.

Nutností pro dobrý výsledek je iniciální mechanická stabilita dlahy a spongioplastika, autoři tuto dlahu jednoznačně doporučují jako univerzální, ale i jako záchranný a také záložní implantát.

## **PERIPROTETICKÁ INFEKCE TEP KYČLE – MŮŽE KERAMIKA REDUKOVAT RISIKO REVISNÍ OPERACE?**

*Dufek P.*

*Schön Klinik Neustadt, Německo*

Incidence periprotetických infekcí kyčelní aloplastiky ( PJI) má stoupající tendenci, statisticky v 1% primární TEP kyčle.

PJI má komplexní problematiku, je závislá na délce a kvalitě operaci a komorbiditách pacienta. Může hrát roli i použitý materiál insertu kloubní jamky a hlavice?

Bakteriální adheze je závislá na kvalitě povrchu materiálu, Ph a molekulární kompozici, a procentu ořezu – opotřebení kontaktních ploch endoprotézy.

Autor představuje komparační data incidence PJI z 9 národních registrů TEP kyčle v závislosti na kombinaci komponent – polyethylen, kov, keramika.

Statistika je doplněna vyšetřením bakteriálního filmu in vivo a in vitro.

Výsledky ukazují statisticky významnou závislost incidence infekce na materiálu, keramika zde hraje důležitou roli v možnosti snížení rizika revisních operací.



# INFEKTY TOTÁLNÍCH ENDOPROTÉZ KYČELNÍCH KLOUBŮ

*Ženčica P., Motyčka J., Heger J., Chaloupka R.  
FN Brno, ortopedická klinika*

## Úvod

Infekty v oblasti TEP kyčelních kloubů jsou závažnou komplikací. Akutní infekce je obvykle způsobena vnější infekcí rány nebo hematomu. Pozdní, většinou hematogenní infekce nastupuje s odstupem měsíců. Incidence infektů u primoinplantací je kolem 1%, u revizních operací 2%. Zásadní roli má biofilm obsahující bakterie adheující na povrch implantátů. Diagnostika zahrnuje krevní testy, radiologické metody, biotické, histologické, mikrobiologické a molekulární vyšetření. Pacienti s chronickým onemocněním snižujícím přirozenou imunitu (diabetes, alkoholismus, obezita, revmatoidní artritida, chronické renální onemocnění) mají vysokou náchylnost ke vzniku pooperačních infektů a jejich komplikací. Konzervativní léčba je založena na dlouhodobém podávání antibiotik. Chirurgická jednodobá terapie zahrnuje debridement tkání, proplachovou laváž s ATB terapií, extrakci endoprotézy jako definitivní ošetření nebo jako součást dvoudobé procedury s pozdější reimplantací endoprotézy.

## Materiál a metodika

Retrospektivní zhodnocení souboru 35 pacientů (17 žen, 18 mužů) s pooperačním infektem TEP kyčelních kloubů (0,91%) z celkového počtu 3843 operovaných pacientů v rozmezí let 1/2007 – 12/2016. Průměrný věk pacientů byl 68 (52–88) let, pro coxartrosu/frakturu krčku femuru bylo operováno 30/5 pacientů. Revizní operaci po primoinplantaci podstoupilo 10 pacientů. Cementovanou/hybridní/non-cement TEP mělo 31/3/1 pacientů. Manifestace infektu do jednoho měsíce od primoinplantace byla klasifikována časný infekt, ostatní jako pozdní infekt. Pacienti byli léčeni operačně (28) nebo konzervativně (8). Indikací k operační revizi a proplachové laváží s/bez ponechání implantátu byl manifestní infekt rány se sekrecí, septický stav (TT, vysoké hodnoty CRP, FW, Leu, Prokalcitonin), pozitivní kultivace a známky uvolnění na rtg. Pacienti byli léčeni ATB terapií dle citlivosti iv. nebo p.o. aplikací.

## Výsledky

Časný infekt (2 týdny po operaci) měl jeden pacient. Průměrný interval vzniku infektu od primoinplantace byl 52 (1–165) měsíců, revizní operaci s proplachovou laváží/ extrakcí endoprotézy podstoupilo 28/23 pacientů, konzervativně bylo léčeno 8 pacientů. Průměrná doba od extrakce po reimplantaci byla 4 měsíce, reimplantaci po přeléčení infektu podstoupilo 13 pacientů. Průměrná doba užívání ATB po revizní operaci resp. reimplantaci byla 8 (3–16) týdnů. Recidiva infektu byla u 3 pacientů. Nejčastější mikrobiální agens: 9x Staph. koaguláza neg., 9x Staph. epidermidis, 5x Staph. aureus, 4x MRSA, 5x kultivace negativní, 4x 2 nebo více mikrobiálních agens.

## Závěr

Léčba infektů TEP je náročná a vyžaduje časnou operační revizi s následným dlouhodobým doléčením ATB dle citlivosti. Výzkum směřuje k prevenci formování biofilmu, bakteriální inokulace a povrchu používaných implantátů včetně operační techniky. Aplikace molekulární diagnostiky pro identifikaci vyvolávajících mikroorganismů v kombinaci s efektivním podáváním ATB vede k úspěšnému managementu infektů TEP.

# CHIRURGICKÁ LÉČBA SPONDYLODISCITIDY

*Filipovič M., Repko M., Cienciala J., Tichý V.*

*Ortopedická klinika FN Brno – Bohunice*

## Úvod

Spondylodiscitida se podílí na infektech skeletu jenom přibližně 3%, ale až polovina těchto případů je spojena s neurologickou symptomatikou a její mortalita dosahuje 20%. Dlouhodobá antibiotická terapie a častá polymorbidita pacientů zvyšují náročnost její léčby.

## Metodika

Většina pacientů se spondylodiscitidou je léčena konzervativně, cílenou antibiotickou terapií spolu s externí trupovou fixací ortézou. V případech verifikovaných abscesů provádí radiolog punkci pod CT kontrolou, při hrozícím poškození stability páteře, nebo při již vzniklé závažné spinální deformitě, plánujeme operaci. Dochází-li ke zhoršení neurologického nálezu a/nebo se rozvíjí septický stav pacienta, volíme urgentní operační řešení.

## Výsledky

V letech 2002–2015 jsme operovali 36 pacientů pro nespecifickou spondylodiscitidu, kdy etiologickým agens byl nejčastěji stafylokok. Tbc discitidu jsme nezaznamenali. Ve 21 případech jsme provedli pouze debridement zánětlivého ložiska (bez náhrady předního sloupce), z toho u 16 pacientů šlo o přední přístup, 4 krát jsme odstraňovali epidurální absces ze zadního přístupu a v jednom případě šlo o kombinovaný výkon. U 15 pacientů jsme restaurovali přední sloupec kostním štěpem nebo titanovým implantátem, z toho u 12 pacientů jsme doplnili zadní stabilizaci páteře.

## Závěr

Přes aktivní přístup k léčbě spondylodiscitidy se často setkáváme s komplikacemi. Pokud byl zánětlivý proces lokalizován v epidurálním prostoru, byla naděje na obnovu neurologického postižení značně menší (20%), než v případě umístění ložiska v meziobratlovém prostoru (80%).

## **ENDOPROTETIKA PO TB KOXITIDĚ (1980–2016)**

*Netval M., Hein M.*

*1. ortopedická klinika 1. LF UK*

*Ortopedická ambulance OTRN – 1. klinika TRN 1. LF UK*

Tuberkulózní artritida kyčelního kloubu, tvoří cca 20 % podíl v lokalizacích Otb (ortopedické tuberkulózy). V našem příspěvku předkládáme přehled chirurgického řešení uvedeného zánětlivého onemocnění, řešené moderními principy septické ortopedie. Na ortopedické ambulanci OTRN I. kliniky TRN 1. LF UK a I. ortopedické kliniky 1. LF UK v Praze bylo v letech 1980–2016 konziliárně vyšetřeno 52 nemocných z ortopedických pracovišť pro uvedené dg, z nichž bylo indikováno k operačnímu řešení TEP 33 pacientů. Komplexně hodnotíme soubor 21 nemocných po tb koxitidě, kterým byla na 1. ortopedické klinice 1. LF UK v letech 1980–2016 implantována TEP.

Do souboru jsou zařazeni nemocní jak se sekundární artrózou III.–IV. st., tak po artrodéze v anamnéze. V rozsahu od 2 do 3 měsíců probíhalo per a pooperační krytí ATB a AT. Komplikace ve smyslu sekundárního hojení, nespecifického infektu či recidivy Otb nebyly zaznamenány. Aseptické uvolnění implantátu se vyskytlo v 5 případech.

# HYDROFILNÍ KRYTÍ S OBSAHEM STŘÍBRA U PRVNÍCH 1200 PACIENTŮ PO TEP

Hart R., Feranec M.

Ortopedicko-traumatologické oddělení, Nemocnice Znojmo

## Úvod:

Časný infekt při primoimplantacích kloubních náhrad bývá referován v rozmezí 0,5 – 2%. Vznik je multifaktoriální: virulence a dávka mikroorganismu, lokální prostředí (zhmoždění, kov), obranyschopnost organismu. Incidence infektů pomalu narůstá. Příčiny jsou: stárnoucí populace (↑ morbidita), oslabenější pacienti a stále rezistentnější kmeny bakterií. Až 85 % infektů kloubních náhrad je způsobeno pacientovou flórou. Ve čtvrtině případů kolonizace pacienta přetrvává i po přeléčení antibiotikem. Správná péče o operační ránu snižuje výskyt časných infektů až o 75 %. Časté převazy operační rány a nevhodné krytí jsou proto největšími riziky vzniku rané infekce. Cílem práce je vyhodnotit efekt užívání hydrofilního krytí s obsahem stříbra u primoimplantací náhrad kyčlí a kolen.

## Materiál a metodika:

Od r. 2013 využíváme ke krytí operační rány po endoprotézách kyčlí a kolen hydrofilní krytí s obsahem stříbra. Ránu převazujeme do extrakce stehů pouze jedenkrát, a to šestý nebo sedmý pooperační den. V r. 2016 jsme takto ošetřili tisícího dvoustého pacienta.

Průměrný věk našich pacientů byl 74 let. Přibližně polovina měla BMI > 30kg/m<sup>2</sup> a třetina měla cukrovku. Ve všech případech dodržujeme zásady aseptiky, které jsme prezentovali na Národní konferenci v r. 2015.

## Výsledky:

Do jednoho roku po operaci nebyla v žádném z případů zaznamenána infekční komplikace.

## Závěr:

Kvalitní hydrofilní krytí s obsahem stříbra může pomoci významně redukovat procento infekčních komplikací po kloubních náhradách.

# INTERPRETACE VÝSLEDKŮ HLADIN ALPHA-DEFENSINU PŘI DIAGNOSTICE KLOUBNÍHO VÝPOTKU

Melicherčík P.<sup>1</sup>, Jahoda D.<sup>1</sup>, Landor I.<sup>1</sup>, Klapková E.<sup>2</sup>, Čeřovský V.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>1st Department of Orthopedics, 1st Faculty of Medicine, Charles University in Prague and Motol University Hospital

<sup>2</sup>Department of Medical Chemistry and Clinical Biochemistry, 2nd Faculty of Medicine, Charles University in Prague and Motol University Hospital

<sup>3</sup>Institute of Organic Chemistry and Biochemistry AS CR, v.v.i.

## Úvod:

Na našem pracovišti jsme rozvinuly metodu na stanovení koncentrací alpha-defensinu (HNP) za pomoci vysoce účinné kapalinové chromatografie (HPLC).

Při hledání „cut-off“ koncentrace pro infekční onemocnění jsme zjistili, že zvýšené hladiny HNP mohou být i u jiných onemocnění.

## Metodika:

Na podkladě statistického zpracování výsledků hladin HNP1-3 z kloubního výpotku u pacientů s různými diagnózami jsme stanovili „cut-off“ koncentrace pro infekční komplikaci TEP a hnisavých artritid. Zvýšené hladiny HNP1-3 jsou však také u revmatologických onemocnění.

## Výsledky:

„Cut-off“ koncentrace pro purulentní artritidu je 98 mg/l (senzitivita: 0,97, specifická: 0,87), hraniční koncentrace: 63–108 mg/l.

„Cut-off“ koncentrace pro infekční komplikaci TEP je 38 mg/l (senzitivita: 0,94, specifická: 1).

## Diskuze:

Stanovení přesné koncentrace HNP1-3 z kloubního výpotku je velmi přínosná diagnostická metoda artritid a náplní kloubů s TEP. Interpretace výsledků u TEP je jednodušší. Již koncentrace HNP1-3 nad 38 mg/l je s velkou pravděpodobností způsobeno bakteriální infekcí. U artritid existuje tzv. „šedá zóna“, jejíž příčinou může být např. revmatoidní artritida, Bechtěrevova choroba, reaktivní artritida. V těchto případech při aktivní fázi onemocnění mohou být hladiny HNP i nad 108 mg/l. Proto je nutné posuzovat hladinu HNP s dalšími výsledky a klinickým nálezem pacienta. Tuto metodu lze využít také v revmatologii pro monitoraci průběhu onemocnění.

Tato studie byla podpořena AZV ČR č.16-27726A, Interním grantem FN Motol Moderní terapie č. 9777 a Interním grantem FN Motol č. 6010

## **ZLOMENINA DISTÁLNÍHO RADIA – OPERAČNÍ PŘÍSTUPY, SOUČASNÉ OPERAČNÍ TECHNIKY, JEJICH VÝHODY A MOŽNÉ KOMPLIKACE**

*Prokeš L., Pavlata J, Procházka E.*

*Ortopedická klinika FN Hradec Králové*

Zlomeniny distálního radia představují komplexní poranění, kde pro dobrou a nebolestivou funkci zápěstí a předloktí je třeba při repozici dosáhnout tří základních podmínek: kongruence kloubní plochy, udržení radiálního úhlu a dodržení výšky radia. Při diagnostice zlomenin distálního radia kromě klinického nálezu vycházíme z RTG snímků v předozadní, bočné a šikmé projekci. U komplexních nitrokloubních zlomenin využíváme i CT vyšetření včetně 3D rekonstrukce. K hodnocení zlomenin používáme Fernandezovu klasifikaci. Operační léčbu indikujeme u zlomenin, které nelze uspokojivě zreponovat a úlomky retinovat a které jsou zjevně nestabilní. Pro nestabilitu svědčí: počáteční angulace větší než 20 stupňů, výrazná kominuce dorzální kortiky, intraartikulární linie lomu spolu se zlomeninou distální ulny, výrazná osteoporóza, nutnost extrémní polohy zápěstí k retenci úlomků. Ve své přednášce autoři prezentují na souboru pacientů současné možnosti operační techniky s prezentací výsledků včetně možných pooperačních komplikací a jejich následným řešením. Je kladen důraz na volbu operačního přístupu, jejich výhody a nevýhody. Osteosyntéza distálního radia má umožnit časnější rehabilitaci a předejít póurazovým artrózám z inkongruence kloubních ploch.

## **VÝSLEDKY OPERAČNÍ LÉČBY ZLOMENIN PROXIMÁLNÍ ČÁSTI HUMERU POMOCÍ ZAMYKATELNÝCH DLAH**

*Vlček M., Streck M., Dosoudil O.*

*1. Ortopedická klinika 1. LF UK Praha a FN v Motole*

Cílem retrospektivní studie je vyhodnotit výsledky operační léčby zlomenin proximální části pažní kosti pomocí úhlově stabilních dlah. Na našem pracovišti bylo v letech 2010 až 2016 operačně léčeno 29 zlomenin proximálního humeru dlahami PHILOS (fy DePuySynthes) u pacientů v průměrném věku 56 let s poměrem muži: ženy 16:13. Z hlediska typů zlomenin se jednalo o dvou-, tří-, čtyř- a více fragmentové zlomeniny, 14 zlomenin bylo luxačních. Vždy jsme ke zlomenině přistupovali deltoideopektorálním přístupem. Ve více než polovině případů se nepodařilo plně obnovit rozsah hybnosti v rameni, v 15 případech byla omezena zejména abdukce, která se podařila obnovit průměrně do rozsahu 81°. oruchy hojení provázelo 27 % pacientů, jednalo se o rozvoj parciálních nekrotéz hlavice humeru, v jednom případě došlo k prakticky úplné resorpci kostní tkáně. Ve třech případech (10 %) byla pro klinicky symptomatologické nezhojení zlomeniny s výrazným funkčním omezením ramenního kloubu implantována totální náhrada ramenního kloubu. Prominence šroubů přes okraj hlavice do kloubu vedla k nutnosti extrakce dlahy ve dvou případech (7 %), dále byla indikována kompletní extrakce u 9 pacientů (31 %). U jednoho pacienta došlo k těžké lézi plexus brachialis, po pěti letech byl neurologický stav výrazně zlepšen. Zamykatelné dlahy umožňují dobrou anatomickou rekonstrukci zlomenin proximálního humeru, rozsáhlý operační přístup však přispívá k další ischemizaci, možným poruchám hojení a obtížné obnově funkce končetiny.

## ARTROSKOPICKÉ OŠETŘENÍ PORANĚNÍ TFC KOMPLEXU

*Veigl D., Tomaides J.*

*Ortopedická klinika 1. lékařské fakulty UK, FN Motol*

Artroskopické ošetření měkkých struktur zápěstí se postupně stává standardem v handchirurgii. Nejinak je tomu v případě ošetření poranění v oblasti triangulárního fibroartilaginozního komplexu. Artroskopie je metodou, kterou je možné velmi přesně diagnostikovat typ poranění a jednak toto poranění adekvátně ošetřit. Autoři v přednášce uvádí zkušenosti z ošetření dvou nejčastějších poranění TFC komplexu – sutury radiální trhliny a refixací foveálního úponu TFCC. Mezi lety 2013 – 2016 bylo odoperováno 34 pacientů, u 21 pacientů byla provedena sutura radiální trhliny a u 13 refixace foveálního úponu. Pacienti byli vyšetřeni z užitím modifikovaného Mayo skóre. V souboru se vyskytly dvě komplikace s poraněním šlachy extensor digiti minimi proprius. I přesto se jedná o vysoce efektivní operační zákrok vracející poranění ve většině případů k sportovním aktivitám.



## **EPIDEMIOLOGIE ZLOMENIN PROXIMÁLNÍHO FEMURU – 20LETÉ VÝSLEDKY REGISTRU 1997–2016**

*Skála-Rosenbaum J., Džupa V., Bartoška R., Macák D.*

*Ortopedicko-traumatologická klinika 3.LF UK a FNKV, Praha-Vinohrady*

Autoři prezentují výsledky monocentrické demograficko-epidemiologické studie zlomenin proximálního femuru z let 1997–2016.

Celkem bylo registrováno 6 965 zlomenin s průměrným věkem 78,7 let. Nejvíce pacientů bylo v 8. a 9. dekádě (72 %), pacienti starší 70 let tvořily 82 % celého souboru. Ženy tvořily většinu 72 % a tento podíl byl konstatní. Ženy byly též signifikantně starší než muži (80,9 vs. 72,9 let). V kategorii do 60 let věku však muži signifikantně dominovali nad ženami. Došlo k mírnému nárůstu průměrného věku pacientů (76,4 vs. 79,9 let). Do roku 2006 docházelo ke každoročnímu nárůstu počtu zlomenin, který se poté zastavil a počet zlomenin byl od té doby konstatní. Trochanterické zlomeniny převládaly nad zlomeninami krčku (56 % vs. 44 %), ale tento poměr nebyl konstatní. Z paritního zastoupení zlomenin krčku a trochanterických zlomenin docházelo průběžně k dominanci zlomenin trochanterických (60 % vs. 40 %), a to díky nárůstu počtu pertrochanterických zlomenin. Nenalezli jsme věkový rozdíl mezi intra a extrakapsulárními zlomeninami krčku femuru (77,9 vs. 76,4 let). Pacienti s pertrochanterickou zlomeninou byli nejstarší (80,0 let) a pacienti s intertrochanterickou zlomeninou byli signifikantně nejmladší (73,9 let).

## **DISTÁLNÍ ZAJIŠTĚNÍ KRÁTKÝCH KYČELNÍCH HŘEBŮ – PREVENCE ČI ZDROJ PERIIMPLANTAČNÍCH ZLOMENIN FEMURU?**

*Skála-Rosenbaum J., Džupa V., Bartoška R., Douša P., Krbec M.  
Ortopedicko-traumatologická klinika 3.LF UK a FNKV, Praha-Vinohrady*

Autoři prezentují výsledky studie hodnotící vliv distálního zajištění na vznik periimplantačních zlomenin femuru po osteosynéze pertrochanterických zlomenin krátkým hřebem.

Byla zhodnocena skupina 849 prospektivně sledovaných pertrochanterických zlomenin (AO/ASIF 31-A1+2) ošetřených krátkým kyčelním hřebem PFN Medin v letech 2009–2013. Nezajištěné hřebování bylo použito u 70 % případů, distální dynamické zajištění bylo provedeno ve 30 % případů, a to na základě předem stanovených kritérií. Průměrný věk pacientů byl 82 let.

V 17 případech došlo k pooperační periimplantační zlomenině femuru v oblasti hřebu (2 %), z toho 16 z nich vzniklo po nezajištěném hřebování ( $p=0,037$ ). Pacienti bez distálního zajištění tak měli o 86 % vyšší riziko periimplantační zlomeniny. K periimplantačním zlomeninám v trochantericko-metafyzární oblasti (typ I) došlo vždy před zhojením primární zlomeniny, zlomeniny v oblasti špičky hřebu (typ II) vznikaly až v řádu měsíců po prvním úrazu a tento časový rozdíl byl signifikantní ( $p=0,028$ ).

Nezajištěné hřebování pertrochanterických zlomenin mělo snížit riziko periimplantačních zlomenin femuru. Naše závěry ale prokazují, že může být i jejich příčinou. Doporučujeme proto distálně dynamicky zajišťovat naprostou většinu trochanterických zlomenin.

# **INTRACAPSULAR HIP FRACTURES – HEMIARTHROPLASTY, TOTAL HIP ARTHROPLASTY, OSTEOSYNTHESIS PCCP- ACETABULAR EROSION, CONVERSIONS, COMPLICATIONS – RETROSPECTIVE STUDY.**

*Simecek K.<sup>1</sup>, Vodslon T.<sup>1</sup>, Uher J.<sup>2</sup>, Dudek M.<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>Department of Orthopaedics and Traumatology Hospital Pisek. Czech Republic*

*<sup>2</sup>Computer Center Hospital Pisek*

## **PURPOSE OF THE STUDY**

V retrospektivní studii porovnáváme hemiarthroplasty (next HE), total hip arthroplasty (next THA) a osteosynthesi v indikaci intrakapsulární zlomeniny krčku stehenní kosti.

## **MATERIAL AND METHODS**

2007–2016 bylo ošetřeno 436 intrakapsulárních zlomenin krčku. Průměrný věk 78 let.

HE – 261 pacientů (59,9%). Průměrný věk 83,6 roku. Žen 73,6%, úraz – operace 11 hodin. Všechny cementovaný typ Cech – Beznoska.

THA – 126 (28,9%). Průměrný věk 68,7. Žen 80,2%, úraz – operace 18 hodin, 118 cementovaných 2 necementované a 6 hybridních.

29 případů (6,7%) bylo stabilizováno osteosyntézou PCCP – Průměrný věk 69,8 roku, interval úraz – operace 22 hodin.

20 zlomenin konzervativně.

## **RESULTS**

U operovaných HE zemřelo 53% pacientů. Doba přežití u zemřelých je 1,54 (0,02 – 7,8) roku a u žijících je přežívání 3,68 (0,16 – 9,44) roku. RTG 6 pacientů s HE více jak 6 let od implantace nevykazuje erozi.

HE jsme 4 x (1,5%) konvertovali v THA. Jednou pro erozi (0,4%) a 3x pro luxace. Příčinou luxací byla velká antevertze. HE jsme revidovali dvakrát pro hematom (0,8%) a pětkrát pro infekt (1,9%).

U THA 4x luxace (3,2%). 3x revize (2,4%) pro infekt. Jednou chronická píštěl s infekcí MRSA.

Ani jednou u HE a THA periprotetická zlomenina.

Osteosyntézy. Dvakrát chyba operátora a cut out, třikrát avaskulární nekróza (17,2%).. Ranné komplikace PCCP nebyly. Operace vyžaduje zkušenost s implantátem. (700 implantací pro intertrochanteric fracture).

## **DISCUSSION**

Diskutujeme biomechaniku a tribologii HE, cementovaná – necementovaná, bipolární – unipolární, přístup. Infekty a luxace.

## **CONCLUSIONS**

1. Selhání pro erozi u HE méně než 1%.
2. Menší riziko infektu u HE než u THR.
3. Méně luxací HE než THR.
4. Endoprothesis pro HE volit s fyziologickým CCD úhlem, keramika.
5. PCCP (kromě dvou případů – chyba operátora) zhojila všechny zlomeniny.

Keywords: PCCP, intracapsular fractures of the femoral neck, hemiarthroplasty, total hip replacement, THA.

## **MOŽNOSTI OPERAČNÍ LÉČBY ZLOMENIN PROXIMÁLNÍHO FEMURU U DĚTÍ**

*Hořák P., Jiroušek J.  
KOTPÚ LF a FN Plzeň*

V naší prezentaci se pokoušíme představit možnosti operační léčby zlomenin proximálního femuru u dětí včetně možných komplikací. Jednotlivé postupy prezentujeme na konkrétních kazuistikách. Budeme prezentovat úskalí diagnostická, indikace jednotlivých typů implantátů podle věku pacientů a možné komplikace léčby i u specifických diagnóz jako je například osteogenesis imperfecta.

# SUPRAACETABULÁRNÍ A KLASICKÝ TIFI: SROVNÁNÍ BIOMECHANIKY, FUNKČNÍCH A RADIOLOGICKÝCH VÝSLEDKŮ

## SUPRAACETABULAR AND CLASSIC TIFI: COMPARISON OF BIOMECHANICS, OUTCOME, AND RADIOLOGIC RESULTS

Salášek M.<sup>1,2</sup>, Pavelka T.<sup>1</sup>, Lobovský L.<sup>2</sup>, Hartlová J.<sup>2</sup>, Krystek J.<sup>2</sup>, Křen J.<sup>2</sup>, Weisová D.<sup>1,2</sup>, Zeman J.<sup>1</sup>, Tupý R.<sup>3</sup>, Ferda J.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> *Klinika ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí LF UK a FN Plzeň*

<sup>2</sup> *NTIS (Nové technologie pro informační společnost) ZČU v Plzni*

<sup>3</sup> *Klinika zobrazovacích metod LF UK a FN Plzeň*

<sup>1</sup> *Department of Orthopaedics and Traumatology of Motoric Apparatus, University Hospital in Plzeň*

<sup>2</sup> *NTIS (New Technologies for the Information Society – European Centre of Excellence), University of West Bohemia in Plzeň*

<sup>3</sup> *Department of Radiology University Hospital in Plzeň.*

**Purpose:** A transiliac internal fixator (TIFI) can be inserted both in the supraacetabular region and in the posterior part of the iliac wing outside the supraacetabular bone corridor (classic technique by Füchtmeier). The goal of study was comparison of radiologic results, outcome and biomechanics.

Methods of clinical trial: Patients with unstable sacral fractures (OTA C1, C2, C3) were treated with supraacetabular TIFI or with classic one. Basic epidemiologic data, etiology and type of injury were collected. At least one year after osteosynthesis both analysis of radiologic results and outcome measurement (Majeed pelvic score) were performed.

Radiologic results were evaluated by pelvic outcome score. Metric scaled data were analyzed by Kruskal-Wallis test and Student t-test, categorical data were compared by Fisher exact test. Data normality was screened by Shapiro-Wilk test.

23 patients with supraacetabular and 18 patients with classic TIFI were included.

**Methods of biomechanical study:** Plastic pelvic models made of solid foam were used in the study. Stiffness of the intact models was assessed. Then vertically unstable right-sided linear transforaminal fracture was created and subsequently fixed by classic TIFI, supraacetabular TIFI and dual TIFI (one fixator for one model). Displacement of the posterior pelvis was measured by stereo-photogrammetric system with 4 cameras. Load/displacement curve was recorded and used for evaluation of slope, every measurement was repeated 10 times. Stiffness ratio (i.e. ratio between stiffness of treated and of intact pelvis) was computed for comparison. Obtained data were analyzed by ANOVA with post hoc Bonferroni correction.

**Results:** The mean Majeed score ( $\pm$  1SD) was  $82.6 \pm 19.8$  in supraacetabular TIFI group and  $83.3 \pm 23.1$  for classic one ( $p=0.9377$ ). The mean posterior ( $\pm$  SEM) displacement was  $1.1 \pm 0.3$  mm in supraacetabular and  $3.6 \pm 0.7$  mm in classic one ( $p=0.0038$ ), there were no significant displacement differences of the symphysis ( $1.2 \pm 0.3$  mm vs.  $2.8 \pm 0.8$  mm;  $p=0.1562$ ) and the pubic rami ( $5.2 \pm 0.7$  mm vs.  $6.0 \pm 1.0$ ;  $p=0.5718$ ).

Mean stiffness ratio ( $\pm$  1SD) of classic TIFI was  $0.702 \pm 0.020$ , for supraacetabular TIFI  $0.766 \pm 0.030$  and for DTIFI  $0.780 \pm 0.016$  was calculated. Dual transiliac internal fixator and supraacetabular TIFI were superior to the classic one ( $p < 0.0001$ ), but DTIFI and supraacetabular TIFI stiffness ratios were statistically equivalent ( $p = 0.5863$ ).

**Conclusion:** Both types of TIFI stabilization had similar outcome, supraacetabular insertion was coupled with significantly better position of the posterior pelvic ring.

Modified transiliac internal fixators were significantly stiffer than classic one in case of linear non-comminutive transforaminal sacral fractures.

## **DALBAVANCIN. PRVNÍ ZKUŠENOSTI S UŽITÍM PŘI LÉČBĚ INFEKČNÍCH KOMPLIKACÍ V ORTOPEDII.**

*Jahoda D.<sup>1</sup>, Landor I.<sup>1</sup>, Judl I.<sup>1</sup>, Pokorný D.<sup>1</sup>, Popelka S. Jr.<sup>1</sup>, Jahodová I.<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup> I. Ortopedická klinika 1. LF UK a FN Motol*

*<sup>2</sup> VŠ ZaSP sv. Alžbety, Bratislava, Vysoká škola zdravotnická, Praha*

Infekce v ortopedii se stávají stále větším problémem. Stále častěji se setkáváme s infekcemi G+ patogeny, především multirezistentními stafylokoky, meticilin-rezistentními stafylokoky a rezistentní streptokoky. Nemocní jsou stále častěji alergičtí na běžná antibiotika, polymorbidní s alterací ledvinových a jaterních funkcí. Zajištění dlouhodobé, účinné hladiny antibiotiky při parenterálním podávání vyžaduje dlouhodobé zajištění žilních vstupů, při perorálním podávání je pak provázené dyspeptickými a střevními obtížemi. Kombinace a personál antibiotik je pak pro nemocného i zdravotnický personál časově náročné. V domácím prostředí pak ani není jistota, zda byly dodrženy správné intervaly a dávky antibiotik.

V současnosti máme k dispozici nové antibiotikum, z řady glykopeptidových antibiotik. Dalbavancin je výsledkem studijního programu vývoje lipoglykopeptidů, semisyntetický derivát teikoplaninu. Je baktericidní, kdy principem jeho účinku je interference se stavbou bakteriální membrány. Má silný účinek proti G+ patogenům. Nebyla zatím proti němu popsána rezistence. Hlavní výhodou je podání 1x týdně 30 minutovou infuzí. V případě renálního poškození při clearance kreatininu pod 30/ml se doporučuje snížit úvodní dávku na 750 mg a po týdnu na 375 mg. Nebyl pozorován na myelosupresi in vitro i in vivo, stejně tak nebyla hlášena ototoxicita a kardiotoxicita.

Naší první zkušenost u pacientky 80 leté pacientky po amputaci DK ve stehně po infekci TEP genus komplikované MRSA infekcí a pertrochanterickou zlomeninou. Pacientka s psychiatrickou alterací jiná antibiotika pro dyspepsii a alergii nesnášela. dalbavancin snesla velmi dobře. Došlo k rychlému doléčení infekce a normalizaci lokálního nálezu i CRP ze 112 na 4,5. Compliance pacientky byla výrazně zlepšena.

Podpořeno projektem (Ministerstva zdravotnictví) koncepčního rozvoje výzkumné organizace 00064203 (FN MOTOL)

# **PŘÍPRAVA TKÁNÍ PRO ORTOPEDICKÉ OPERACE PODLE NOVÉ LEGISLATIVY – 5 LET ZKUŠENOSTÍ**

*Karkoška J.*

*Národní Centrum Tkání a Buněk, a.s., Brno*

## **Cíl práce:**

Použití alogenních ms transplantátů jako jsou kostní štěpy, ligamenta, šlachy a další je součástí léčby pacientů v ortopedii, spondylochirurgii příp. traumatologii. Příprava těchto tkání je koncentrována do specializovaných tkáňových zařízení. V ČR je může připravovat pouze tkáňové zařízení s příslušným povolením Státního ústavu kontroly léčiv. Cílem prezentace je vysvětlení transformace přípravy ms tkání pro ortopedické operace podle Zákona 296/2008 Sb. (zákona o lidských tkáních a buňkách) na Národním centru tkání a buněk.

## **Soubor a metody:**

Odběry tkání jsou prováděny za aseptických podmínek na patologiích a soudně lékařských ústavech. Dárci jsou pečlivě posuzováni z hlediska zdravotní způsobilosti, časových a věkových kritérií. Po odběru jsou vyšetřováni na přítomnost původce infekce hepatitidy, HIV, Syfilis a HTLV, nad rámec požadavků české legislativy jsou dárci vyšetřeni na přítomnost nukleových kyselin HIV 1, HBV, HCV. Dále jsou v rámci odběrů získávány vzorky na bakteriologii.

Tkáně jsou zpracovány výhradně v prostorech kvalifikované třídy čistoty A za přísných kontrolovaných podmínek dle požadavků dle požadavků SVP. Způsob zpracování je v rámci platné legislativy na úrovni farmaceutické výroby. Zpracování v specializovaném zařízení – izolátoru zamezuje emitaci částic, kontaminaci tkáně současně zamezuje zkřížené kontaminaci. Jedná se tedy o zajištění nadstandardní kvality přípravy. Zpracované transplantáty procházejí následně přísnou kontrolou kvality a propouštěním pro léčbu pacientů v ČR a zahraničí.

## **Výsledky a závěr**

V průběhu 5 let Národní centrum tkání a buněk zajistilo velké množství tkání pro léčbu pacientů v ČR a zahraničí. Po celou tuto dobu probíhalo zpracování ms tkání novým způsobem s použitím izolátorové technologie. Všechny postupy přípravy tkání byly řádně zvalidovány a schváleny ze strany SÚKL. Zavedení technologie izolátorů do zpracování ms tkání umožnilo naplnění požadavků legislativy.

## **HODNOCENÍ ÚČINKU TRANEXAMOVÉ KYSELINY U NÁHRAD KYČELNÍHO A KOLENNÍHO KLOUBU**

*Mannová J.<sup>1</sup>, Pospíchal M., Kubát P.<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup> Anesteziologicko-resuscitační oddělení Nemocnice Havlíčkův Brod*

*<sup>2</sup> Ortopedicko-traumatologické oddělení Nemocnice Havlíčkův Brod*

Podání kyseliny tranexamové (Exacylu) může vést ke snížení krevních ztrát během operací totálních endoprotéz kyčelního a kolenního kloubu a k redukci počtu podaných transfúzí. Doposud ale nebyl stanoven optimální způsob podávání tranexamové kyseliny u těchto operací. Většina zahraničních studií se příliš nezaměřuje na pooperační období a celou dobu hospitalizace pacienta, stejně jako jsou často vyřazováni pacienti s vyšším kardiovaskulárním rizikem. Provedli jsme hodnocení účinku podání tranexamové kyseliny u našich pacientů s nízkým i vysokým anesteziologickým rizikem operovaných pro primární artrózu kyčelního a kolenního kloubu ve IV.–VI. měsíci loňského roku. Tuto skupinu jsme porovnali s pacienty operovanými ve stejném období roku 2015, jimž tranexamová kyselina podávána nebyla. Ve vlastním hodnocení jsme se zaměřili jak na perioperační, tak i pooperační období, sledovali jsme efektivitu podání dvou dávek kyseliny tranexamové, stejně jako bezpečnost jejího podání. Vlastní hodnocení jsme provedli samostatně pro operace kyčelního a kolenního kloubu, přičemž jsme srovnali i efektivitu podání kyseliny tranexamové u obou typů operací.



## **NAŠE SKÚSENOSTI S PODÁVANÍM KYSELINY TRANEXAMOVEJ PRI TOTÁLNYCH ENDOPROTÉZACH BEDROVÉHO A KOLENNÉHO KLBU.**

*Sedláčková T., Kóňa Š.*

*Nemocnica A. Wintera, Piešťany, Slovenská republika*

Kys. tranexamová má fibrinolytický účinok – inhibuje fibrinolytickú aktivitu plazmínu tak, že vytvorí komplex s plazminogénom počas jeho premeny na plazmín. Takto v komplexe viazaný plazmín má nižšiu fibrinolytickú aktivitu než plazmín voľný. Preto sa kys. tranexamová používa na prevenciu a liečbu krvácania v dôsledku generalizovanej alebo lokálnej fibrinolýzy u dospelých a detí starších ako jeden rok. Špecifické indikácie zahŕňajú hemoragickú príhodu spôsobenú generalizovaným alebo lokálnym fibrinolytickým stavom, ORL výkony, gynekologické zákroky, veľké chirurgické výkony, alebo liečba krvácania v dôsledku podávania fibrinolytika. V našej praxi sa kys. tranexamová používa najmä v súvislosti s totálnymi endoprotézami bedra a kolena.

Do štatistiky sme zahrnuli 368 pacientov, z toho bolo 163 mužov a 205 žien. Totálna endoprotéza kolena bola vykonaná v 206 prípadoch, endoprotéza bedrového kĺbu v 162 prípadoch, z čoho bolo cementovaných 28, hybridných 29 a necementovaných 105 totálnych endoprotéz bedrového kĺbu. Sledovaní pacienti boli operovaní v rokoch 2014 – 2016, a v každej skupine – s použitím a bez použitia kys. tranexamovej – bol zahrnutý rovnaký počet probandov – 184 v každej skupine. Všetci pacienti boli sledovaní za rovnakých štandardných podmienok podľa protokolu zavedeného na našom oddelení. Sledovali sme počet krvných transfúzií a koncentráciu hemoglobínu. Všetkým pacientom v skupine s podaním kys. tranexamovej bola podávaná v štandardnom dávkovaní – 0,5 mg i.v. na operačnej sále tesne pred incíziou kože a druhá dávka 0,5 mg i.v. 6 hodín po operácii. V skupine s použitím kys. tranexamovej bola signifikantne nižšia spotreba krvných transfúzií, z čoho vyplýva aj zníženie nákladov na pacienta, tiež bola v tejto skupine pozorovaná vyššia hladina hemoglobínu. Na druhej strane neboli pozorované žiadne komplikácie, naopak pacienti boli rýchlejšie vertikalizovaní a rehabilitovaní. Preto naďalej pokračujeme v podávaní kys. tranexamovej pri totálnych endoprotézach bedra a kolena ako prevenciu krvácania, čo má výrazný dopad na pooperačný stav pacienta, jeho rekonvalescenciu, a v neposlednom rade má pozitívny ekonomický dopad.

## **NAŠE SKÚSENOSTI S PODÁVANÍM KYSELINY TRANEXAMOVEJ PRI TOTÁLNYCH ENDOPROTÉZACH BEDROVÉHO A KOLENNÉHO KLBU**

*Paračka M., Mačák M., Svetlík M., Piatkovský M.*

*Městská nemocnice Ostrava*

Kys. tranexamová má fibrinolytický účinok – inhibuje fibrinolytickú aktivitu plazmínu tak, že vytvorí komplex s plazminogénom počas jeho premeny na plazmín. Takto v komplexe viazaný plazmín má nižšiu fibrinolytickú aktivitu než plazmín voľný. Preto sa kys. tranexamová používa na prevenciu a liečbu krvácania v dôsledku generalizovanej alebo lokálnej fibrinolýzy u dospelých a detí starších ako jeden rok. Špecifické indikácie zahŕňajú hemoragickú príhodu spôsobenú generalizovaným alebo lokálnym fibrinolytickým stavom, ORL výkony, gynekologické zákroky, veľké chirurgické výkony, alebo liečba krvácania v dôsledku podávania fibrinolytika. V našej praxi sa kys. tranexamová používa najmä v súvislosti s totálnymi endoprotézami bedra a kolena.

Do štatistiky sme zahrnuli 368 pacientov, z toho bolo 163 mužov a 205 žien. Totálna endoprotéza kolena bola vykonaná v 206 prípadoch, endoprotéza bedrového kĺbu v 162 prípadoch, z čoho bolo cementovaných 28, hybridných 29 a necementovaných 105 totálnych endoprotéz bedrového kĺbu. Sledovaní pacienti boli operovaní v rokoch 2014 – 2016, a v každej skupine – s použitím a bez použitia kys. tranexamovej – bol zahrnutý rovnaký počet probandov – 184 v každej skupine. Všetci pacienti boli sledovaní za rovnakých štandardných podmienok podľa protokolu zavedeného na našom oddelení. Sledovali sme počet krvných transfúzií a koncentráciu hemoglobínu. Všetkým pacientom v skupine s podaním kys tranexamovej bola podávaná v štandardnom dávkovaní – 0,5 mg i.v. na operačnej sále tesne pred incíziou kože a druhá dávka 0,5mg i.v. 6 hodín po operácii. V skupine s použitím kys tranexamovej bola signifikantne nižšia spotreba krvných transfúzií, z čoho vyplýva aj zníženie nákladov na pacienta, tiež bola v tejto skupine pozorovaná vyššia hladina hemoglobínu. Na druhej strane neboli pozorované žiadne komplikácie, naopak pacienti boli rýchlejšie vertikalizovaní a rehabilitovaní. Preto naďalej pokračujeme v podávaní kys. tranexamovej pri totálnych endoprotézach bedra a kolena ako prevenciu krvácania, čo má výrazný dopad na pooperačný stav pacienta, jeho rekonvalescenciu, a v neposlednom rade má pozitívny ekonomický dopad.

## **VYUŽITÍ KMENOVÝCH BUNĚK Z TUKOVÉ A POJIVOVÉ TKÁNĚ U DEGENERATIVNÍ OSTEOARTRÓZY VELKÝCH KLOUBŮ U PACIENTŮ STARŠÍCH 80 LET**

*Michálek J., Dudášová Z.*

*International Consortium for Cell Therapy and Immunotherapy a klinika Cellthera*

Degenerativní osteoartróza postihuje více než 50% osob starších 50 let, ve věkové kategorii nad 80 let je velmi často přítomná komorbidita, která často znemožňuje použití standardních operačních postupů včetně totální endoprotézy pro vysokou morbiditu a mortalitu. Řešením u indikovaných pacientů může být využití hojivého potenciálu autologních kmenových buněk čerstvě izolovaných ze stromální vaskulární frakce (SVF) tukové a pojivové tkáně. V souboru 30 pacientů ve věku 80–94 let, sledovaných po dobu 12–48 měsíců a vybraných z rozsáhlé databáze 1128 pacientů s degenerativní osteoartrózou stupně 2–4, jsme pozorovali po jednorázovém podání autologních buněk SVF statisticky významné zlepšení v parametrech bolesti, týdenní spotřeba analgetik, kulhání, ztuhlost kloubu a rozsah pohybu kloubu. Výhodou podání buněk SVF je také minimální invazivita procedury, která je zcela bezpečná, bez rizika vzniku infekčních komplikací, infarktu myokardu, cévní mozkové příhody, které se vyskytují při standardní operaci totální endoprotézy, zejména u komorbidních pacientů. Aplikace buněk SVF je prováděna ambulantně, nevede k invalidizaci pacienta. Pacientům se výrazně zlepšuje mobilita ošetřených kloubů a rychle se navrací k běžným fyzickým aktivitám bez nutnosti dlouhodobé rehabilitace. Podání kmenových buněk z vlastní tukové a pojivové tkáně tak významně a dlouhodobě zlepšuje kvalitu života seniorů nad 80 let věku.

*Tato práce byla podpořena grantem International Consortium for Cell Therapy and Immunotherapy ([www.iccti.eu](http://www.iccti.eu)) a Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy č. CZ.1.07/2.3.00/20.0012.*

## **VEDLEJŠÍ NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY ANALGETIK U PACIENTŮ S DEGENERATIVNÍ OSTEOARTRÓZOU**

*Michálek J.*

*International Consortium for Cell Therapy and Immunotherapy a klinika Cellthera*

Degenerativní osteoartróza postihuje více než 50% osob starších 50 let. Pro bolesti kloubů pacienti často užívají analgetika a nesteroidní antiflogistika, v anglické literatuře souhrnně označovaná jako non-steroidal antiinflammatory drugs (NSAIDs), řádově měsíce či roky v různých lékových formách. Často nejsou svým ošetřujícím lékařem dostatečně poučeni o závažných skutečnostech, zejména, že se rozhodně nejedná o kauzální léčbu a že mohou být vystaveni závažným nežádoucím účinkům analgetik. Vzhledem k tomu, že v USA v posledních letech je úmrtnost na nežádoucí účinky NSAIDs prakticky stejná jako úmrtnost na AIDS, měla by tomuto tématu být věnována patřičná pozornost i v České a Evropské populaci. Mezi nejzávažnější vedlejší účinky patří kardiovaskulární toxicita včetně zvýšené četnosti infarktu myokardu, srdečního selhání a cévní mozkové příhody. Mezi další velmi závažné nežádoucí účinky analgetik patří gastrointestinální toxicita a renální toxicita, která může vyústit do akutního nebo chronického selhání ledvin. Křeče, únavový syndrom, zmatenost, vyčerpání a aseptická meningitida jsou hlavními projevy neurotoxicity analgetik. Většina analgetik také podstatně urychluje samotnou osteoartrózu a zhoršuje hojení kostí. Ortoped a traumatolog by si měl být vědom závažnosti těchto vedlejších nežádoucích účinků analgetik, kterým lze ve většině případů předejít vhodným doporučením a optimalizací komplexního léčebného programu.

## ZKUŠENOSTI S IMPLANTACÍ REVERZNÍHO REVIZNÍHO SYSTÉMU LIMA

*Pellar D., Vícha J.*

*Ortopedická klinika FN Hradec Králové*

Autoři ve svém sdělení informují o svých zkušenostech s implantací reverzního revizního systému firmy Lima. Použití tohoto systému je indikováno většinou u složitých revizních operací po předešlých výkonech na ramenním kloubu, kde již nelze implantovat běžný typ endoprotézy.

Na ortopedické klinice FN Hradec Králové je reverzní typ endoprotézy ramenního kloubu implantován od roku 2011. Zkušenosti s tímto typem výkonu mají 2 lékaři. Celkem bylo dosud implantováno 78. Z toho u 9 pacientů byl použit revizní systém. Jednalo se ve většině případů o periprotetické zlomeniny, poúrazové stavy, replantace a konverze TEP a CKP, postinfekční stavy a pacienta s metastázou.

Vzhledem ke složitosti výkonu a individuálnímu přístupu k jednotlivým případům je i odlišný přístup pooperační péče a rehabilitace. Zaznamenali jsme i vyšší procento komplikací, hlavně luxací po těchto výkonech. Přesto použití revizního systému firmy Lima umožňuje řešení složitých stavů v oblasti ramenního kloubu.

## **INDIKACE A VÝSLEDKY LÉČBY ZLOMENIN PROXIMÁLNÍHO HUMERU ŘEŠENÉ HŘEBOVÁNÍM**

*Pustějovský P., Kocián P., Podivínský J.*

*Městská nemocnice Ostrava – ortopedické oddělení*

Vzhledem ke geografii a stáří populace v centrální části Ostravy, chirurgicky ošetřujeme na našem ortopedickém pracovišti v průměru 2 zlomeniny proximálního humeru týdně. Chirurgickému ošetření zlomenin proximálního humeru se na našem pracovišti věnují tři lékaři s největším počtem ošetřených pacientů. Naše přednáška se zabývá indikacemi a výsledky léčby zlomenin proximálního humeru na našem pracovišti a zároveň statistickými údaji o výskytu počtu a druhu zlomenin proximálního humeru. Preferujeme zásadně záchovné, osteosyntetické operace. Náš soubor sledovaných pacientů obsahuje 162 pacientů, z toho 9x s oboustrannou zlomeninou. Při osteosyntéze preferujeme hřebování v poměru 9:1 vůči dlahové osteosyntéze, CKP proximálního humeru jsme na našem souboru provedli celkově 31x. Do tohoto čísla jsou započítány i řešení komplikací osteosyntézy – nejčastěji stran nekrózy hlavice u čtyřúhelníkových zlomenin primárně řešených osteosyntézou – hřebováním. Dále jsme srovnali i výsledky podobných typů zlomenin řešených osteosyntézou hřebováním a osteosyntézou dlahovou. Součástí naší přednášky je technika provedení a přehledné tabulky výsledků.

## **HRANICE ÚSPĚCHU DLAHOVÉ OSTEOSYNTÉZY KOMINUTIVNÍCH FRAKTUR PROXIMÁLNÍHO HUMERU**

*Herúfek R., Veselý R., Paša L.*

*Úrazová nemocnice Brno, Klinika traumatologie LF MU*

Operační terapie kominutivních fraktur proximálního humeru je stále předmětem opakovaných debat v odborných kruzích a nemá jednoznačně doporučený postup. V posledních dekádách zejména díky vývoji nových implantátů se hranice možnosti osteosyntézy značně posunuly a osteosyntéza je proveditelná a léčba úspěšná i u zlomenin v minulosti takřka neoperovatelných.

Autoři prezentují současnou strategii léčby těžce tříštivých zlomenin proximálního humeru užívanou v Úrazové nemocnici, předkládají výsledky osteosyntézy pomocí LCP dlahy doplněnou několika kazuistikami.

## KOMPLEXNÉ RIEŠENIE ZLOMENINY RAMENNEJ KOSTI /KAZUISTIKA/

*Sedláčková T., Kóňa Š., Kalúz I.*

*Nemocnica A. Wintera, Piešťany, Slovenská republika*

Pacient vo veku 58 rokov, etnylik, lieči sa na Art. hypertenziu, CHOCHP, opakovane hospitalizovaný pre úrazy – lacerácia obličky s útlakom ureteru, commotio cerebri, fr. pelvis atd., utrpel trojúlomkovú frakturu diafýzy ramennej kosti – AO klasifikácia: AO 12-C1. Po RTG verifikovaní nachádzame starú zhojenú zlomeninu hlavice humeru z 2011, ktorá bola riešená konzervatívne. Anamnesticky zisťujeme, že pacient mal po prvom úraze v ramene takmer nulovú hybnosť. Rozhodujeme sa pre komplexné riešenie zlomeniny diafýzy humeru spolu s výmenou ramenného kĺbu v jednom sedení. Avšak pre rozsiahle exkoriácie operácia odložená o 3 týždne od dátumu úrazu. Z deltoideopektorálneho prístupu predĺženého do predného prístupu k humeru volíme repozíciu a OS pomocou serklážnych drôtov a LCP periprotetickej dlahy Zimmer, následne z tohoto istého prístupu nakladáme reverznú totálnu endoprotézu ramena Zimmer. Po repozícii je postavenie správne, bez tendencie k luxácii. Pooperačný priebeh bez infekčnej komplikácie, rana zhojená per primam int., vzhľadom na non compliance pacienta po extrakcii stehov naložená Sarmiento ortéza, po sňatí a RTG verifikovanom zhojení fraktury pacient odoslaný na rehabilitáciu.



## **LIMITY LÉČBY ČASNÝCH FOREM ARTRÓZY KOLENNÍHO KLOUBU POMOCÍ IMPLANTÁTŮ K OŠETŘENÍ DEFEKTŮ KLOUBNÍ CHRUPAVKY**

*Otaševič T.<sup>1</sup>, Vališ P., Rouchal M., Šprláková –Puková A.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> *Ortopedická klinika FN Brno*

<sup>2</sup> *Radiologická klinika FN Brno*

Defekty kloubní chrupavky jsou jedním z možných faktorů vedoucích k rozvoji gonartrózy, proto je naší snahou tyto defekty včas diagnostikovat a vhodným způsobem ošetřit. V současnosti je k dispozici několik způsobů ošetření poškozeného kloubního povrchu zahrnující metody stimulující kostní dřev, použití osteochondrálních štěpů, implantace autologních chondrocytů a umělé preparáty (scaffoldy). O výsledku operace rozhoduje nejen zvolená metoda ošetření ale také věk pacienta a stupeň poškození kolenního kloubu již nastartovaným artrotickým procesem.

Autoři ve svém sdělení na základě dlouhodobých zkušeností s léčbou poškozeného kloubního povrchu stanovují limity použití jednotlivých metod v léčbě časných forem gonartrózy, podložené klinickými výsledky a změnami na magnetické rezonanci. Současně také předkládají svá doporučení pro klinickou praxi.

## **FAST TRACK V ALOPLASTICE**

*Pastucha M., Bešček J.*

*Ortopedie Hořovice*

Počty náhrad kyčelního a kolenního kloubu celosvětově stoupají tempem 4% ročně a je tedy na místě uvažovat o změnách, které by dané procedury efektivizovaly, zrychlovaly návrat do pracovního procesu a zároveň by nebyly krokem zpátky. Fast track v oblasti aloplastik byl definován koncem 90. let v Dánsku Henrikem Keheltem. Zahrnuje – regionální anestezii, miniinvazi v operačním přístupu, optimální analgetickou terapii, agresivní pooperační rehabilitaci a časnou dimisi.

Na našem pracovišti jsme v období 10/2016-4/2017 danou technikou ošetřili téměř 300 pacientů a přinášíme zhodnocení výsledků a možných komplikací.

## **ARTROSKOPIE KYČLE U PACIENTŮ S KOXARTRÓZOU – SOUČASNÝ KONCEPT A ZKUŠENOSTI Z NAŠEHO PRACOVÍŠTĚ**

*Zeman P., Kudela J., Skala P., Havel O.*

*Klinika ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí LF UK a FN v Plzni*

Artroskopie (ASK) kyčelního kloubu zaznamenala v posledních dvou dekadách mohutný rozvoj nejen ve světě, ale i v ČR. Došlo k upřesnění indikací, byla vyvinuta řada operačních technik a vylepšila se vybavení potřebná k provádění těchto výkonů. Bylo prokázáno, že ASK je vhodná operační metoda umožňující miniinvasivní a cílenou terapii řady intra- i periartikulární patologií kyčelního kloubu. ASK kyčle umožňuje dokonalou diagnostiku kloubu, velmi přesnou terapii a časný návrat pacientů do běžné denní i sportovní zátěže. Nejčastěji je ASK doporučována k terapii chondrolabrální lézí acetabula, ke korekci subtilní i středně těžkých strukturální deformit např. u femoroacetabulárního impingement syndromu a v řadě dalších indikacích.

Počínají a středně těžká koxartróza je asi nejvíce kontroverzní indikací k ASK kyčle. Toto téma je probírané na většině světových kongresů zaměřených na ASK kyčle. Cílem našeho sdělení bude prezentovat současný pohled na možnosti ASK kyčle u koxartrózy a zkušenosti z našeho pracoviště.

## **OSTEOTOMIE TUBEROZITY TIBIE V REVIZNÍ ENDOPROTETICE KOLENNÍHO KLOUBU**

*Kubát P., Ptáček Z.*

*Ortopedicko-traumatologické oddělení Nemocnice Havlíčkův Brod*

Autoři vyhodnocují soubor revizních operací kolenního kloubu z let 2006–2016. V případě obtížného přístupu upřednostňují osteotomii tuberozity tibie před incízí šlachy quadricepsu (quadriceps snip či patellar turndown). Svě sdělení uzavírají tvrzením, že osteotomie tuberozity tibie je bezpečná metoda umožňující velmi dobrý přístup do kolenního kloubu. Toto tvrzení konfrontují s literárními údaji.

## LATERÁLNÍ PŘÍSTUP V LÉČENÍ FIXOVANÉ VALGÓZNÍ DEFORMITY PŘI TEP KOLENNÍHO KLOUBU

Šponer, P., Kučera T.

Ortopedická klinika LF UK a FN Hradec Králové

**Úvod:** Cílem je sdělení je zhodnocení výsledků operační léčby fixované valgózní deformity pomocí implantace kloubní náhrady z laterálního přístupu.

**Materiál a metodika:** V letech 2007 – 2015 bylo na našem pracovišti implantováno 1379 primárních náhrad kolenního kloubu. Do hodnoceného souboru jsme zařadili 37 žen (1 oboustranný výkon) a 4 muže, kterým byla implantace kloubní náhrady provedena pro degenerativní kloubní postižení s fixovanou valgózní deformitou z laterálního přístupu. Klinické a rentgenologické zhodnocení výsledků léčby proběhlo v odstupu 1–9 roků po operaci.

**Výsledky:** Při klinickém hodnocení bylo všech 42 operovaných kloubů stabilních s rozsahem pohybu do flexe 117° (90–140°), 4 pacienti měli patelofemorální obtíže ve smyslu bolestí. Při rentgenologickém vyšetření se míra předoperační valgózní deformity pohybovala mezi 15–40°. Pooperační femorotibiální úhel koreloval s mírou korekce dle předoperačního plánu provedeného s využitím rtg.snímku celé dolní končetiny v předozadní projekci.

**Závěr:** Implantace kloubní náhrady kolenního kloubu z laterálního přístupu umožňuje při fixované valgózní deformitě adekvátní uvolnění zkrácených laterálních struktur a účinnou korekci vedení pately.

## **OTEVŘENÝ DORZÁLNÍ PŘÍSTUP DO KOLENNÍHO KLOUBU A JEHO KLINICKÉ VYUŽITÍ, SHRNUTÍ ANATOMIE A POPIS CHIRURGICKÉ TECHNIKY**

*Vyskočil R., Vališ P., Sklenský J.*

*Ortopedická klinika, FN Brno*

Otevřený dorzální přístup do kolenního kloubu je dalším možným přístupem vedoucím k ozřejmení anatomických i patologicky změněných struktur kolenního kloubu. Je mnohem méně užívaným přístupem ve srovnání s přístupem předním. Pokrývá však široké rozmezí klinického využití, při kterém nelze přední přístup použít. Mezi indikace pro zadní přístup patří například resekce tumoru vyplňujícího zadní kolenní kompartment, zadní synovektomie, ošetření vaskulárního poranění v popliteální fosse, otevřená repozice a fixace zadní porce tibiálního plató, fixace kostní avulze často spojená s poraněním zadního zkříženého vazů či samotná rekonstrukce LCP. Detailní znalost anatomie je naprosto nezbytná jak pro správné chirurgické provedení operačního zákroku, tak i jako prevence poškození neurovaskulárních struktur vedoucích k devastujícím následkům.

Obsahem přednášky je detailní popis anatomických struktur v zadním kolenním kompartmentu a popis chirurgické techniky, jakož i jeho praktické využití při léčbě pacientů se synoviální chondromatózou a synoviálním sarkomem.

## **RT-PLUS – 10-LETÉ ZKUŠENOSTI**

*Stoklas J., Pink T., Prokeš J.*

*Úrazová nemocnice v Brně – Ortopedické oddělení*

RT-PLUS je závěsný typ náhrady kolenního kloubu s rotačním plateau. Varianta RT-PLUS Modular vychází z původního modelu, ale umožňuje použití necementovaných dříků a výplň kostních defektů augmentačními bločky.

Na ortopedickém oddělení Úrazové nemocnice v Brně jsme v letech 2007 až 2016 použili daný typ implantátu k ošetření 63 kloubů u 59 pacientů. U 4 pacientů byla tato kloubní náhrada použita oboustranně. Průměrná doba sledování v našem souboru byla 6,4 roku od operace. Indikací k implantaci byla převážně pokročilá gonartróza s výraznou osovou deformitou a insuficiencí postranních vazů. Méně často byla endoprotéza využita při reimplantaci TEP kolenního kloubu.

Komplikace ve formě infekčního nebo aseptického uvolnění se v našem souboru vyskytovaly minimálně. Vzhledem k většímu rozsahu nutné kostní resekce při primoimplantaci je jejich řešení technicky obtížné s nutností využití složitějších revizních systémů.

Náhrada kolenního kloubu RT-PLUS je na našem pracovišti i po 10 letech metodou volby při implantaci TEP kolenního kloubu u výrazných osových deformit.

## **ATYPICKÁ TRAUMATOLOGICKÁ INDIKACE TUMOROSNÍ TEP KOLENNÍHO KLOUBU – KAZUISTIKA**

*Dlábek R., Chrást B., Vyskočil R.  
ORTK FN BRNO*

Kazuistika popisuje klinický případ 47-letého muže, který utrpěl polytrauma při autonehodě. Z traumatologicko-ortopedického pohledu byla nejzávažnější otevřená bilaterální fraktura distálního femuru. Primární ošetření bylo provedeno užitím zevního fixátoru. Definitivní ošetření potom osteosyntézou pomocí LISS dlahy na jedné straně. Pro chybějící kostní tkáň a tedy nemožnost osteosyntézy, bylo indikováno užití tumorózní náhrady kolenního kloubu na straně druhé. Kazuistika zahrnuje RTG snímky, diagnosticko-terapeutický algoritmus, pooperační snímky a pooperační výsledky léčby pacienta.



## **REVERZNÍ ENDOPROTÉZA RAMENNÍHO KLOUBU: CENTRUM ROTACE (MEDIALIZACE X LATERALIZACE)**

*Lena T.<sup>1</sup>, Čepera L.<sup>1</sup>, Frič V.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> *Ortopedické oddělení Nemocnice Jihlava*

<sup>2</sup> *Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a FNKV Praha*

Autoři prezentují ve sdělení pohled na filozofii vývoje centra rotace u reverzních náhrad ramenního kloubu, variabilitu implantátů a možnosti ovlivnění centra rotace na straně humeru a na straně glenoidu, Cílem prezentace je přinést komplexní pohled na změnu centra rotace v závislosti na volbě implantátu a poukázat na důsledky. Především na stabilitu implantátu, scapular notching, a polethylenovou nemoc. Důležitou součástí prezentace je informace o ovlivnění rozsahu pohybu a funkce svalů podílejících se na pohybu v glenohumerálním kloubu u neoperovaného jedince a v případě použití totální endoprotézy ramenního kloubu reverzního typu.

Autoři preferují modulární systémy náhrad, které umožňují konverzi z anatomické náhrady na reverzní, ale zároveň přináší možnost řešení defektů především na straně glenoidu. Kladou důraz na adekvátní a kvalitní personální i technické vybavení pracoviště.

## NESTABILITA CMC KLOUBU PALCE RUKY

*Pilný J.*

*Ortopedické oddělení, Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.*

Nestability karpometakarpálního kloubu /CMC/ palce ruky vznikají v důsledku hypermobility a následného přetěžování, nebo v důsledku pouřazové poškození vazů. Pokud není včas nestabilita léčena, vede k rozvoji risartrózy. Pacienti v případě nestability udávají bolesti kořenového kloubu palce a omezení až nemožnost úchopu, jako např. otevření PET lahve. K ošetření bylo popsáno jak artroskopické ošetření /shrinkage kloubního pouzdra/, tak otevřené /operace dle Littler-Eatona/. Autor referuje svoje výsledky s oběma metodami.

Soubor obsahuje 67 ošetřených CMC kloubu palce ruky /45 ženy, 22 muži/ průměrného věku 26 roků. U 15 pacientů šlo o pouřazový stav a u 52 u stavů při hypermobilitě. U 14 pacientů byla provedena synovektomie a shrinkage kloubního pouzdra s fixací na 6 týdnů. U 53 pacientů pak byla provedena operace dle Littler-Eatona. Pacienti byli hodnoceni po 2 letech. U pacientů s artroskopickým ošetřením bylo po 2 letech 71 % bez obtíží a 29 % pacientů s obtíží, které je neomezovali v běžné činnosti. Špatné výsledky jsme nezaznamenali. U pacientů, kde byla provedena operace dle Littler-Eatona bylo 74 % pacientů bez obtíží, 19 % pacientů a obtížemi neomezující běžnou denní činnost a 7 % pacientů s obtížemi omezující běžnou činnost. Z komplikací jsme zaznamenali 2 přechodnou parézu kožní větve n. medianus, ve dvou případech komplexní regionální bolestivý syndrom. U dvou pacientek bylo nutné stav řešit interpoziční artroplastikou CMC kloubu. Při obtížích na palcové straně zápěstí a ruky je třeba myslet na nestabilitu CMC kloubu zvláště u mladých jedinců, kde jsou RTG nálezy pro risartrózu negativní. Pokud se vyskytnou je vhodné je operačně řešit buď artroskopicky či otevřenou metodou. V případě artrotických změn nejsou tyto operace indikovány.

## NÁHRADA ZÁPĚSTÍ UNIVERSAL 2

*Veigl D., Pech J., Zatrpa T.*

*Ortopedická klinika 1. lékařské fakulty UK, FN Motol*

Náhrada zápěstí kloubní náhradou je výkon, který je stále považován za alternativu provedení totální artrodézy zápěstí. Nicméně z hodnocení vlastního souboru pacientů (64 náhrad zápěstí Medin, 21 náhrad zápěstí Universal 2) vyplývá, že se jedná o výkon, který jednoznačně přispívá ke zlepšení kvality života pacientů. Implantace kloubních náhrad byla provedena mezi lety 2004 a 2015. Průměrný rozsah pohybu po náhradě je 28 st extenze, 32 st flexe, 22 st ulnární dukce a 13 st radiální dukce. Pooperační DASH skóre je 45,47 bodů, Mayo skóre 61,56 bodů. Komplikace se týkaly náhrady Medin – 1x infekt, 3x deviace osy zápěstí, 3x zlomenina náhrady a 5x aseptické uvolnění. Komplikace řešeny extrakcí a provedení artrodézy. I přes komplikace pacienti byli s výsledky spokojeni. 5-letý horizont přežívá 81% náhrad Medin. Dle literárních údajů míra přežití náhrad Universal 2 dosahuje 95%. Na základě získaných zkušeností byly upřesněny ideální indikace k náhradě zápěstí – pacient s oboustranným postižením, s dobrým osovým postavením a s relativně malými pohybovými nároky.

## **POUŽITÍ SILASTIKOVÝCH NÁHRAD PŘI ŘEŠENÍ DEFEKTŮ MALÝCH MTP KLOUBŮ**

*Hlubek R., Zagroba J.*

*Fakultní nemocnice Ostrava*

Autor předkládá první zkušenosti s renovovanou technikou řešení onemocnění MTP skloubení. Destrukce malých MTP kloubů se může vyskytnout jako důsledek traumatu, infekce, porušené biomechaniky či předchozí podiatrické operace. Výsledný stav pak hrubě narušuje fyziologické rozložení tlaku na chodilo s následným rozvojem metatarzalgie ostatních paprsků a tvorbou funkčně nevyhovujících deformit přednoží. Konzervativní terapeutické postupy nebývají často dostatečně účinné. Jejich role zahrnuje především preventivní opatření před rozvojem výsledných deformit. Chirurgický výkon pak bývá logickým východiskem k dosažení optimální funkce nohy. Implantace kloubních náhrad na rozdíl od resekčních artroplastik a artrodéz zachovává délku paprsků přednoží a korektní postavení a funkci MTP kloubů. Jednou z dostupných řešení je použití silastikových náhrad, které jsou známé především jako implantáty drobných kloubů rukou. Ve světové literatuře se nacházejí jen ojedinělé zmínky o použití implantátů MTP skloubení. Přes nízký počet provedených implantací autor předkládá jasné zlepšení obtíží pacientů včetně AOFAS skóre. Racionální indikační kritéria pak dávají slibné výsledky i do budoucna.

## **SOUHRNY PŘEDNÁŠEK – SEKCE SESTER**

## **CHARAKTERISTIKA A SPECIFIKA PACIENTŮ PO TRAUMATU NA JIP**

*Malokosová K., Voříšková A., Tříšková I.*

*I. Ortopedická klinika, JIP1*

Tato přednáška se zaměřuje na problematiku pacientů po traumatu. Vyzdvihuje nutnost komplexní péče k zvládnutí této náhle vzniklé události a zajištění optimálního multidisciplinárního přístupu. Po krátkém shrnutí průběhu hospitalizace bude následovat prezentace výsledků analýzy dat, která nám ukáže složení pacientů, kteří vyžadují péči na JIP. Dále budou zmíněny nejčastější mechanizmy vzniku úrazů, druhy poranění, věk pacientů a doba hospitalizace na naší klinice. Bude diskutována imobilita a nesoběstačnost jako komplikace návratu do domácího prostředí.

**Klíčová slova:** trauma, průběh hospitalizace, multidisciplinární přístup, problematika péče, imobilita

## SMYSLOVÁ AKTIVIZACE A KOGNITIVNÍ REHABILITACE NA JIP

Šnajdarová P.

Traumatologické centrum JIP, FN Ostrava

V důsledku inaktivity pacientů dochází ke zvýšené únavě, výraznému omezení pohybové aktivity, apatii, ztrátě zájmu, nechutenství a hmotnostnímu úbytku. Aktivizace již v nemocnici může pomoci jako prevence těchto a dalších změn, které vznikají jako následek nečinnosti pacientů.

Aktivita je důležitá pro udržení a posílení fyzického i psychického zdraví. Při zapojení do aktivizačního programu má nemocný pozitivní dojem ze seberealizace, sociální interakce. Často aktivizace slouží jako pomůcka k odreagování při separaci od rodiny a blízkých. Aktivizace v nemocnici je proto velmi důležitá, ale bohužel často opomíjená. V praxi se setkáváme s pacienty, kteří po celou dobu hospitalizace odpočívají na lůžku bez jakéhokoli podnětu, což vede k postupnému zhoršování soběstačnosti a případnému prohlubování depresivních stavů. Je nezbytné pacienty neustále stimulovat, pobízet k činnosti a motivovat k určitým úkonům v rámci jejich možností. Protože jen tak neztratí v nemocnici chuť do života a schopnost péče o sebe samého.

Nosnými tématy mé přednášky jsou:

- Stárnutí populace
- Komplikace institucionální péče
- Poruchy chování u geriatrických pacientů, delirium
- Bazální stimulace – somatická stimulace, polohování, nastavbové prvky
- Reminiscence
- Kognitivní rehabilitace
- Biografie
- Kazuistika

## **METODA ROSTOUCÍCH TYČÍ JAKO OPERAČNÍ ŘEŠENÍ SKOLIOZY PÁTEŘE. NÁSLEDNÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O DĚTSKÉHO PACIENTA NA JIP**

*Kamenská I.*

*Fakultní nemocnice Brno, Ortopedická klinika – jednotka intenzivní péče*

V první části chci představit diagnózu skoliozy páteře u dětských pacientů. Pohovořím o základním dělení skolióz, diagnostice, vyšetřovacích metodách, následně o možnostech léčby se zaměřením na operační řešení metodou rostoucích tyčí.

Nedílnou součástí úspěšně léčby je i pooperační péče na JIP, se kterou chci posluchače seznámit.

Účelem přednášky je představit všem přítomným operační řešení a pooperační ošetrovatelskou péči, která je nedílnou součástí naší každodenní práce na Ortopedické klinice FN Brno.



# KREVŇÍ ZTRÁTY A JEJICH HRAZENÍ PO TOTÁLNÍCH NÁHRADÁCH VELKÝCH KLOUBŮ

*Šnejdarová J., Černíková B., Mandová K.*

*I. ortopedická klinika FN Motol*

Úvod do přednášky

Anémie - definice  
- rozdělení

Krevní deriváty - alogenní  
- autologní

Pooperační péče - příjem JIP  
- RD drenáž  
- poop. odběry krve

Příznaky anemie + komplikace

Statistika

Závěr

## **OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTY PO PROTETICKÝCH NÁHRADÁCH RAMENNÍHO KLOUBU NA JIP**

*Klímová R., Pytelová L.  
FN Brno ORTK JIP2*

Přednáška na téma ošetrovatelská péče o pacienty po protetické náhradě ramenního kloubu bude v první části zaměřena na indikaci náhrady ramenního kloubu, typy endoprotéz a na komplexní ošetrovatelskou péči po operaci na JIP, ve které je obsaženo sledování fyziologických funkcí, hrazení krevních ztrát, prevence TEN a analgetizace.

Druhá část bude obsahovat edukaci pacienta o pooperačním režimu ,rehabilitaci a nácvik soběstačnosti v prvních dnech po operaci.

# KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ PO TOTÁLNÍ NÁHRADĚ KOLENNÍHO KLOUBU

*Marková I., Bielik J.*

*Univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíně*

**Klíčová slova:** kvalita života, onemocnění kolenního kloubu – gonartróza, totální náhrada kolenního kloubu, ošetrovatelská péče.

Přednáška je zaměřena na kvalitu života pacientů po totální náhradě kolenního kloubu. Kvalita, jako pojem je v současné době stále velmi vyhledávaným tématem prací a výzkumného zkoumání, tento zájem je zcela oprávněný. Hodnocení kvality života ze strany pacientů se zatím začíná prosazovat. V rámci České Republiky nebyla zatím realizována práce o kvalitě života po totální náhradě kolenního kloubu s časovým odstupem 6 měsíců.

Skládá se z několika částí, z nichž první část pojednává o charakteristice onemocnění a přiblížení obtíží pacientů, další část je již zaměřuje na možnosti léčby konzervativní a operační, obecného popisu operačního výkonu a poslední část je věnována přiblížení výzkumného problému.

Přednáška je doplněna o soubory operovaných pacientů s gonartrózou a to minimálně 6 měsíců od operace.

Výsledky vychází z průzkumného šetření, které bylo provedeno v rámci rigorózní práce, obhájené červen 2016.

## VAC V TRAUMATOLOGII

*Hornáková D.*

*FN Ostrava, Traumatologické centrum B*

Poslední dobou přibývá vysokoenergetických úrazů, které mají za následek rozsáhlé ztrátové poranění měkkých tkání, ale taky hluboké nehojící se defekty. Nehojící se hluboké rány mohou být také důsledkem infekcí po operační léčbě zlomenin, ale také, jako následek dlouhodobé imobilizace - dekubity.

Na našem pracovišti využíváme k hojení defektů moderní prostředky vlhké terapie. Jednou z metod hojení je řízený podtlak - VAC terapie.

V mém sdělení se zabývám zejména kazuistikami a ukázkami ran, se kterými se nejčastěji setkáváme. VAC terapie výrazným způsobem zkracuje dobu hojení a zvyšuje komfort pacientů po těžkých úrazech. V závěru svého sdělení shrnu pozitivní, ale i negativní zkušenosti s VAC terapií.

## **LÉČBA CHRONICKÉ RÁNY METODOU LARVÁLNÍ TERAPIE A VLHKÉHO HOJENÍ RAN. KAZUISTIKA U PACIENTA S DEFEKTEM NA LDK PO NASLOŽENÍ SÁDROVÉHO OBVAZU**

*Václavková R.*

*FN Brno*

Pacient po operaci achillovi šlache, LDK fixována sádrou dlahou. Hojení operační rány per primam, komplikace po naložení sádrového obvazu, 3.den pod sádrovým obvazem defekt s přítomností infekce, hojení per secundam. Léčba metodou larvární terapie v kombinaci s materiály vlhkého hojení ran.





