

X. SLOVENSKÝ KONGRES CHIRURGIE RUKY

02. – 03. 10. 2014, Tále



X. SLOVENSKÝ KONGRES CHIRURGIE RUKY

02. – 03. 10. 2014, Tále

Súhrn abstraktov

Témy:

- Riešenie úrazov a poúrazových komplikácií skeletu ruky
- Defekty skeletu a mäkkých štruktúr ruky a zápästia
- Vária

01 **TÉMA VYHRADENÁ**

LÁTAL J.

(Klinika úrazovej chirurgie, SZU, Bratislava)

02 **Indikácie a limity dlahovej osteosyntézy pri zlomeninách distálneho rádia**

CSÖRGÖ P., KILIAN M., BUČKA L., VAJCZIKOVÁ S.

(II.Ortopedicko-traumatologická klinika, UN, Bratislava)

V súčasnosti k prioritným indikáciam liečby zlomenín distálneho rádia patrí dlahová osteosyntéza. Otázkou ostáva, či je indikácia vo všetkých prípadoch adekvátne vzhľadom k závažnosti, stability zlomeniny, celkového stavu a veku pacienta. Postupne sa redukovávajú indikácie použitia miniosteosyntézy, ktorá dlhodobo vykazovala výborné výsledky. Rovnako klesá počet indikácií externého fixátora s ministabilizáciou fragmentov. V prednáške by sme ďalej chceli poukázať na nutnosť (aj keď krátkodobej) imobilizácie predlaktia po dlahovej osteosyntéze. Predídeme tým možným komplikáciám pri primárne nediagnostikovaných poraneniach karpu.

03 **Radiokarpální luxační zlomeniny**

TOUFAR P.

(Oddělení úrazové a plastické chirurgie, Nemocnice, České Budějovice, ČR)

Radiokarpální luxační zlomeniny zápěstí jsou mnohými lékaři považovány za pouhé zlomeniny distálního radia. Nepochopení charakteru poranění často vede k nesprávnému způsobu léčení a špatnému funkčnímu výsledku. Radiokarpální luxace je závažná zejména ligamentózním poraněním vazů zápěstí s doprovodným skeletálním poraněním. Skeletálně se jedná o avulze a zlomeniny různě velkých fragmentů s vazivovými úpony, odlomení proc. styloideus radii i dorzální hrany distálního radia a často velice distálně zasahující zlomeniny s porušením kloubního povrchu distálního radia. Cílem terapie je refixace vazů, zejména volárních a fixace největších kostních fragmentů, kdy je často nutné použít kombinovaný přístup. Časná rehabilitace u těchto poranění není vhodná, častěji ponecháváme imobilizaci se zevní fixací minimálně po dobu 6 týdnů. Problematika je v neposlední řadě závažná vzhledem k horším funkčním výsledkům v porovnání se zlomeninami distálního radia.

04 **Fraktury distálního rádia se sublaxací karpu - kazuistiky**

KRTIČKA M., IRA D., NEKUDA V., MAŠEK M.

(Klinika úrazové chirurgie, FN, Brno, ČR)

Operační ošetření fraktur distálního radia se již dávno stalo standardem na našich pracovištích. V případě poranění zápěstí je dobré mít na paměti, že ke kostěným poraněním se často přidružují i poranění vazivové, které jsou při osteosyntézách fraktur často přehlédnuty. V první kauzuistice bychom chtěli prezentovat komplikace a důsledky nepoznané radiokarpální nestability při fraktuře distálního radia. V dalších dvou kazuistikách nastiňujeme biomechaniku poranění a představujeme předoperační rozvahu s následným adekvátním operačním ošetřením tohoto typu poranění.

05 Komplexní poranění karpu

IRA D., KRTIČKA M., NEKUDA V., MAŠEK M.
(Klinika úrazové chirurgie, FN, Brno, ČR)

Perilunárne dislokácie so zlomeninami patria medzi úrazy s relatívne závažnou prognózou. Vysokoenergetického násilie rezultuje v závažné poranenie osteligamentózných štruktúr ako aj mäkkých tkanív. Aj keď v minulosti boli tieto poranenia po zavrenej repozíci prevažne liečené konzervatívne, súčasný koncept ošetrovania kladie dôraz na anatomické obnovenie karpálneho postavenia s operačnou rekonštrukciou poranených štruktúr aj za cenu invazívnych kombinovaných prístupov. Cieľom práce je rozbor liečebného postupu u niekoľkých takýchto raritných poranení. Kritické zhodnotenie chybných krokov pri liečbe ako aj analýza iných možných postupov terapie sú základom pre diskusiu o optimálnom ošetrení týchto poranení.

06 Je osteosyntéza zlomenín distálneho rádia kovovou a polymérovou dlahou rovnocenná?

GAJDOŠ R., LUKÁČ M., STRAŇÁK P., RAUSCH R.

(Oddelenie úrazovej chirurgie - traumatológie, FNsP, F.D.Roosevelta,
Banská Bystrica)

Použitie kompozitných termoplastických polymérov v traumatologickej klinickej praxi je zatiaľ v začiatkoch. Literárne údaje o implantácii osteosyntetických dláh z týchto materiálov sú veľmi obmedzené. Autori prezentujú svoje skúsenosti s použitím dláh z karbónovými vláknami zosilneného polyéteréterketónu na 17 pacientoch so zlomeninou distálneho rádia. Anatomicky preformované volárne dlahy na distálny radius, u ktorých odpadá problém s ohýbaním, vykázali dostatočnú pružnosť, mechanickú pevnosť a odolnosť proti únave materiálu. Neboli zaznamenané žiadne komplikácie týkajúce sa zlyhania implantátu a dosiahnuté funkčné výsledky boli porovnateľné s klasickými implantátmi. Berúc do úvahy ďalšie výhody, ako sú radiolucencia s možnosťou dokonale sledovať proces hojenia a nižší výskyt artefaktov pri MRI a CT vyšetrení, ako aj krátka learning curve, predstavuje použitie dláh z polyéteréterketónu vhodnú alternatívu ku klasickým kovovým implantátom. Na druhej strane rozdielne mechanické vlastnosti termoplastického materiálu v

porovnaní s klasickými kovovými dlahami predstavujú určité obmedzenia napríklad v nemožnosti použitia techniky repozície dlahou.

07 EBM v léčbě zlomeniny distálního radia a poranění zápěstí

DRÁČ P.

(Traumatologické oddělení, FN, Olomouc, ČR)

Rozvoj léčebných metod v oblasti pohybového aparátu přináší často otázky, které z těchto metod jsou pro daný typ poranění nejlepší ve smyslu funkčního výsledku a minimalizace komplikací. Zvyklosti jednotlivých pracovišť jsou stále často dány spíše historickými okolnostmi a rozhodování o léčebném postupu je mnohdy založeno pouze na bázi „expert opinion“. Sdělení se snaží zmapovat validní studie, které mohou pomoci při rozhodování o způsobu léčby u zlomenin distálního radia a poranění zápěstního kloubu a poukázat i na ty otázky, kde jasnou odpověď stále ještě neznáme.

08 Dlahová osteosyntéza zlomenin distální ulny při přidružené zlomenině distálního radia řešené dlahovou osteosyntézou ORIF

MELUZINOVA P.¹, KOPP L.¹, DRÁČ P.², EDELMANN K.¹

(¹Klinika úrazové chirurgie Masarykovy nemocnice, Ústí nad Labem),

(²Traumacentrum, FN, Olomouc, ČR)

Cílem práce autorů je prezentovat indikační kritéria a první zkušenosti s operační technikou dlahové osteosyntézy zlomenin distální ulny implantátem LCP Distal Ulna Plate (De Puy Synthes) při přidružené zlomenině distálního radia řešené dlahovou osteosyntézou ORIF.

Materiál

a

metody:

V období od 03/2013 do 05/2014 bylo na našem pracovišti provedeno celkem 10 dlahových osteosyntéz zlomenin distální ulny při přidružené zlomenině distálního radia řešené dlahovou osteosyntézou ORIF. K chirurgické léčbě byly indikovány dislokované zlomeniny baze styloidního výběžku ulny ve 4 případech, kominutivní dislokované zlomeniny hlavy ulny v 5 případech a subkapitální zlomenina hlavice ulny v 1 případě. Operační výkon byl prováděn průměrně 7 dní (1-14) od primárního traumatu, průměrná doba pooperačního sledování byla 9 měsíců (5-13). K hodnocení výsledků operační léčby jsme v rámci klinických kontrol užili hodnocení RTG a CT nálezu a hodnocení funkčního výsledku léčby pomocí Mayo Wrist Score a QuickDASH Questionnaire.

Diskuze:

Rentgenové a CT nálezy prokazují kvalitní repozici v oblasti DRUJ a retenci fragmentů implantátem. Časné funkční výsledky zachycují zlepšení funkčního skóre oproti kontrolní skupině.

Závěr:

Příznivě časné funkční i rentgenové výsledky svědčí pro pozitivní přínos referované metody, ke stanovení léčebných doporučení však bude třeba dokončit celou prospektivní studii.

09 Posttraumatická artróza radiokarpálneho kĺbu - je totálna artrodéza zápästia najvýhodnejším riešením?

SLODIČKA R.

(DRK Kliniken Thüringen, DE)

Totalna artrodeza karpu (TAK) je všeobecne akceptovaným riešením pri posttraumatickej destrukcii radiokarpálneho sklbenia. Cieľom TAK je redukcia bolesti, nárast sily uchopu za cenu straty hybnosti radiokarpálneho ale aj midkarpálneho a karpometakarpálneho sklbenia. Konverzia TAK na ine chirurgické riešenie pri perzistencii bolesti je prakticky vylúčená. Parcialna artrodeza karpu (PAR) v zmysle RSL (radioscapolunárnej) artrodezy je riešením, pri ktorom je strata hybnosti karpu len parcialna pri dostatočnej redukcii bolesti a naraste sily uchopu. V prednáške sú podané kazuistiky riešenia pourazovej radiokarpálnej artrozy pomocou novej titanovej uhlovostabilnej RSL platne

10 Nejčastejší poranení vazů v oblasti zápěstí

PILNÝ J.

(Ortopedické oddělení, PKN, a.s., Pardubice, ČR)

11 Skafolunárna disociácia ako jedna z komplikácií po zlomenine distálneho rádia

MOLITOR J.

(Oddelenie úrazovej chirurgie, FN, Žilina)

12 Možnosti riešenia skafolunárnej disociácie

VAJCZIKOVÁ S., KILIAN M., ŠAJTER M., CSÖRGÖ P.

(II. Ortopedicko - traumatologická klinika, UN, Bratislava)

Skafolunárna disociácia je problém prevažne mladých pacientov ako súčasť závažných úrazov ruky, ktoré sa pri primárnom vyšetrení pomerne často prehliadajú pre ešte nevytvorenú štrbinu medzi skafoidom a lunatom. Pri immobilizácii ruky a predlaktia môže dôjsť k spontánnemu prehojeniu ešte nerozídenej disociácie. V prípade stabilnej operačnej intervencie zlomeniny distálneho rádia bez následnej immobilizácie môže dôjsť k rozídeniu skafolunárneho spojenia a k jeho následným komplikáciám. Na II. OTK sme sa po čiastočným druhoch operácií priklonili k operácii podľa Filana – fixácii skafoidu a lunata Herbertovou skrutkou. Zatiaľ je súbor pomerne malý 7 pacientov (až najedného – uvoľnenie skrutky pre nesprávnu polohu) sú výsledky uspokojivé.

13 Artróza zápěstí a její řešení

PILNÝ J.

(Ortopedické oddělení, PKN, a.s., Pardubice, ČR)

- 14 **Chirurgické řešení chronické LT instability a instability DRUJ pomocí autologního capitato-hamatního BTB graftu a plastiky dle Adamse-case report**
MELUZINOVA P., KOPP L., MIŠIČKO R., EDELMANN K.
(Klinika úrazové chirurgie, Masarykovy nemocnice, Ústí/Labem, ČR)

Cílem práce autorů je prezentovat chirurg. řešení vzácného poranění zápěstí formou kasuistiky. Jedná se o kombinaci posttraumatické chronické lunotriquetrální instability a chron. instability distálního radioulnárního kloubu u 41-leté pacientky po násilné rozi zápěstí v důsledku pracovního úrazu. Poranění bylo primárně léčeno konzervativním postupem imobilizací ve vysoké sádrové fixaci na dobu 6 týdnů. Pro přetrvávající obtíže byla s odstupem provedena diagnostická arthroskopie zápěstí, která potvrdila suspekci na chronickou posttraumatickou LT instabilitu a instabilitu DRUJ. Poranění bylo řešeno kolektivem autorů v první době plastikou LT intervalu pomocí autologního capitato-hamatního BTB graftu a plastikou DDRUJ podle Adamse v době druhé. Funkční výsledek chirurgické léčby poranění s odstupem půl roku od poslední operace lze hodnotit jako velmi dobrý.

- 15 **Excize člunkové kosti a čtyřrohá fúze zápěstí pomocí VA-LIF v léčbě degenerativních poúrazových změn zápěstního kloubu**
DRÁČ P., HOMZA M., ČIŽMÁR I.
(Traumatologické oddělení, FN, Olomouc, ČR)

Autoři prezentují výsledky léčby u 9 pacientů s degenerativními poúrazovými změnami zápěstního kloubu typu SLAC nebo SNAC třetího stupně, kteří byli ošetřeni excizí člunkové kosti a čtyřrohou fúzí pomocí dorzálně uložené cirkulární úhlově stabilní dlahy. Minimální doba pooperačního sledování byla 18 měsíců. Při klinickém vyšetření před a po provedení artrodézy je srovnáván rozsah hybnosti v zápěstí, síla stisku, přítomnost bolesti, skóre podle DASH dotazníku a při radiologickém vyšetření pak index výšky karpu a index ulnární translace zápěstí, dále byla zjišťována i celková spokojenost pacientů s funkčním výsledkem. Při kontrolním vyšetření v pooperačním období byla zjištěna i statisticky významně nižší přítomnost bolestí během běžných denních aktivit a stejně tak i statisticky významné zlepšení indexu výšky karpu. Osm z devíti ošetřených pacientů bylo spokojeno s výsledkem léčby. U zbývajících pacientů si přetrvávající obtíže vyžádaly provedení limitované denervace zápěstí. I přes relativně krátkou dobu pooperační fixace jsme nezaznamenali v našem souboru žádné nezhojení.

- 16 **Možnosti posilování dynamických stabilizátorů zápěstí**
JANČÍKOVÁ V.
(Oddělení rehabilitace, FN, Olomouc, ČR)

Abstrakt: Nestability kloubní jsou v dnešní době velmi častým fenoménem. Etiologie nestabilit zápěstí je často úrazová. Dochází tak ke skeletálnímu nebo ligamentóznímu poškození. Nejčastějším typem nestability zápěstí je skafolunární nestabilita, která vzniká poškozením skafolunárního vazů. Tato poranění mohou být mnohdy kombinována se zlomeninami distálního radia. Neléčené nestability zápěstí jsou podkladem vzniku bolestí, omezení pohybu, jistého dyskomfortu ruky, později i celé horní končetiny a v konečném důsledku i příčinou rozvoje časných artrotických změn.

Předložený příspěvek nabízí možnosti kinezioterapie pro zlepšení dynamické stabilizace zápěstí a celé horní končetiny.

17 **Riešenie pseudoartrózy os scaphoideum humerálnou frézou Medin**

ELKO M., MARCINČÁKOVÁ J., ROVDER P.

(Svet zdravia, OÚCH, NsP, Š. Kukuru, a.s. Michalovce)

Ide o kazuistiku ďalšej možnosti liečby pseudoartrózy os scaphoideum spongioznym štepom odoberaným humerálnou frézou Medin z lopaty bedrovej kosti a súčasne resekciou pakľbu touto frézou.

18 **TEP CMC při řešení intraartikulárních zlomenin base prvního metakarpu**

TRTÍK L.

(Ortopedicko - traumatologické oddělení, Nemocnice, Havlíčkův Brod, ČR)

Autor popisuje možnosti řešení tříštivých zlomenin base prvního metakarpu, při u kterých selhala primární osteosyntéza

19 **Artroskopická artrolýza poúrazových algických stiffness zápästia, áno, či nie?**

CIGAŇÁK J., PRIEHODA T., CIGAŇÁK T., MAGDIN D.

(MANUS-MED, Chirurgia ruky, Prievidza)

Posttraumatická algická reštrikcia mobility a stiffness radiokarpálneho kľbu ako následok najmä dislokovaných intraartikulárnych a aj extraartikulárnych fraktúr distálneho radia zostáva i dnes - napriek pokrokom v operačnej a aj konzervatívnej liečbe - závažným problémom i po dlhšej rehabilitačnej liečbe. Tradičná manipulácia v celkovej anestéze s redresívnymi procedúrami môže viesť dočasne k zlepšeniu hybnosti avšak častou s nežiadúcimi ligamentóznymi léziami, chondrálnymi a osteochondrálnymi avulziami, ktoré po prechodnom období zlešenia opäť môžu viesť k algickej radiokarpálnej semistiffness. Často nesprávna alebo neúplná repozícia zlomenín distálneho radia je príčinou bolestivej funkcie zápästia. Artroskopia zápästia, hoci obtiažna v tejto indikácii, umožňuje nielen vizualizovať

posttraumatickú artrofibrózu a synovitídu, ale shavingom, kobláciou, punchom urobiť artroskopickú artrolýzu so zlepšením hybnosti zápästia. Artroskopická artrolýza vždy začína z radiálnej strany radiokarpálneho kĺbu. Začínajúci port je zvyčajne 3-4 a ako pracovný port je 1-2, avšak podľa potreby si vymenia pozíciu. Fibrotické adhézie sú iniciálne odstránené v radiálnej časti radiokarpálneho kĺbu pomocou shavera a radiofrekvenčnej koblácie. Tradične je fibrotický zväzok lokalizovaný medzi scaphoideo-lunatným ligamentom a hrebeňom medzi fossa scaphoidea a fossa lunata distálneho radia. Podľa rozsahu pohybu zápästia po resekcii fibroticko-adhezívnych zväzkov intraartikulárne môže byť pri pretrvávajúcom stuhnutí RC kĺbu doplnená o druhý krok a to volárnu a dorzálnu kapsulárnu resekciu s resekciou radiocarpálnych ligament. Artroskopia zápästia môže byť indikovaná aj v pokročilejších štádiách scaphoid nonunion advanced collapse /SNAC/, scapholunate advanced collapsed /SLAC/, kde okrem arthroscopic wrist arthrolysis, môže byť doplnená o parciálnu radiálnu styloidektómiu a resekciu avitálnych častí oss scaphoideum ev.lunatum. Vďaka miniinvazívite artroskopia zápästia sa javí ako vhodná metóda liečby, ktorá by mala predchádzať indikáciám: proximal carpal row carpectomy, radiokarpálnym a limitovaným artrodézam.

- 20 **Algoritmus ošetrovania pacienta s chronickými bolesťami zápästia (na našej klinike)**
HEGER T.
(Klinika úrazovej chirurgie, SZU, Bratislava)
- 21 **6-ti leté zkušnosti s AS loketného kĺbu**
VODIČKA Z., KREJČÍ F., STEHLÍK J.
(Ortopedické oddělení, Nemocnice, České Budějovice, ČR)
- 22 **Low medianus palsy, reconstruction of the movement, tips and tricks**
SCHMORANZOVÁ A.
(Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou, ČR)
- 23 **Endoskopicky asistovaná in situ neurolyza n. ulnaris - dlhodobé zkušnosti**
FIBÍR A.
(Oddělení plastické a estetické chirurgie, SANUS, Hradec Králové, ČR)

Syndrom kubitálního kanálu je druhou nejčastější mononeuropatií horní končetiny. Léčba pokročilých postižení je pouze chirurgická. Provádějí se zákroky různého rozsahu jako je prostá neurolyza in situ, transpozice nervu subkutánně nebo submuskulárně, případně posun nebo resekce mediálního epikondylu humeru. Před operací většinou nelze přesně specifikovat, ve kterém místě je nerv utlačen a proto je nutno nerv uvolnit v relativně velkém rozsahu jak proximálně tak distálně. Otevřený výkon tedy znamená větší či menší zásah na

měkkých tkání se všemi nevýhodami a riziky, které to přináší. Technika endoskopicky asistované neurolyzy je schopna z krátkého řezu umožnit rozsáhlé uvolnění nervu při maximálním šetření měkkých tkání. Autor předkládá svoje zkušenosti s touto technikou na základě hodnocení souboru pacientů z let 2008 až 2014. Autor považuje endoskopický přístup jako jednoduchý, spolehlivý, efektivní, umožňující časnou rehabilitaci a zátěž a ve výsledku pro pacienty výhodnější než ostatní otevřené techniky.

24 Rizartróza - Súčasný koncepty v operačnej liečbe

GAŠPAROVÁ M., ALMÁSI J.

(Ortopedické odd., NsP, Dunajská Streda, a.s., Dunajská Streda)

Rizartróza patrí k najčastejším degeneratívnym ochoreniam ruky. Postihuje približne 10 % populácie. Je to ochorenie, ktoré alteruje kvalitu života nielen zo zdravotného, ale aj psychologického a socio-ekonomického hľadiska. Je známych mnoho liečebných modalít, medzi ktorými je jednou z najdôležitejších aj možnosť chirurgickej liečby. Cieľom operačnej liečby rizartrózy je eliminácia bolesti bez výraznejšej alterácie stability kĺbu. Jednotlivé, dnes najčastejšie používané operačné techniky sa líšia svojimi výhodami a nevýhodami a indikáciou podľa štádia ochorenia. Dlhodobé výsledky niektorých z techník sú ešte hudbou budúcnosti. Existuje veľký počet rôznych, precízne vypracovaných operačných techník, no hlavnou výzvou je nájsť pre každého individuálneho pacienta to správne riešenie, pričom úspešná liečba vychádza z predpokladu anatomických a iomechanických znalostí kĺbu, vedomostiach o patogenéze a klinickom obraze ochorenia, a samozrejme o možnostiach liečby jednotlivých štádií ochorenia.

25 Kolagenáza v liečbe Dupuytrenovej kontraktúry

KLUKA T., ŠLÁRKO G.

(Klinika plastickej, rekonštrukčnej a estetickej chirurgie, UN, L. Pasteura, Košice)

Autori v práci poukazujú na novú metódu riešenia pokročilého štádia Dupuytrenovej kontraktúry (ďalej len DK) injektovateľnou kolagenázou clostridium histolyticum. V súčasnosti liečba DK pozostáva zo štyroch postupov: 1. ihlová fasciotómia, 2. otvorená fasciektómia, 3.- otvorená derofasciektómia + VTK a 4. injektovateľnou kolagenázou clostridium histolyticum. Táto metóda sa radí medzi nechirurgické, alebo miniinvazívne. Pri aplikácii nie je potrebná anestéza, kolagenáza sa aplikuje do zhrubnutého vlákna priamo a na druhý deň je pacient vystavený extenzii prsta (ov) s následnou ruptúrou vlákna – vlákien. Výhodnejšie forma je postihnúť len MCP kĺbov, menej ak je prítomné pruhy aj v PIP kĺboch. Doporučená dávka je 0,25 ml roztoku pre MCP kĺby a 0,20 ml pre PIP kĺby. Niektorí lekári dávajú dlahu pooperačne, niektorí nie. Výhoda: krátky čas operácie aj rekonvalescencie, nie je rana (a následne ani jazva), nie je potrebná

RHB,

krátkodobá

alebo

žiadna PNS. Nevýhoda : cena , možnosť recidívy, popisovaná alergická reakcia

26

MIHÁLY J., TARBAJOVSKÝ P.

(Oddelenie úrazovej chirurgie, FN, Prešov)

Poranenie šliach extenzorov prstov ruky v rėgiu DIP kĺbu je klasifikované ako poranenie šliach extenzorov prstov ruky v Zóne I. V štúdií je prezentovaný chirurgický spôsob ošetrenia kompletného prerušenia extenzora prsta ruky v ZI a následná pooperačná liečba. Chirurgické ošetrenie je robené v infraklavikulárnom bloku a bezkrvnom operačnom poli s turniketom umiestneným na bráchii. Po príprave operačného poľa je urobená dočasná dėza DIP kĺbu v extenzii. Oblúkovitá incízia na dorzálnej strane DIP a sutúra aproximovaných koncov šľachy pokračovacím stehom s uzlami na laterálnej a mediálnej strane tendinea. , Prolén 6/0. Po uvoľnení turniketu šetrná kompresia rúškou s peroxidom vodíka a sutúra kože. Ortėza na prst od MCP kĺbu 3 tťždne, potom prst ponechaný bez ortėzy. Po 5 tťždňoch odstránený K drôt a rehabilitácia. Klasifikácia výsledkov podľa TAM a Louisville. U spolupracujúcich pacientov obnovenie hybnosti v DIP kĺbe pri komparácii s druhou rukou 90-100%. Nevýhodou tohto chirurgického postupu je dočasná dėza DIP kĺbu Kirschnerovým drôtom.

27

PALENČÁR D., SIMONOVÁ K.

(Klinika plastickej chirurgie, LF, UK, Bratislava)

28

ULIANKO J., FALŤANOVÁ L.

(Klinika plastickej chirurgie SZU, FNŠP, F. D. Roosevelta, Banská Bystrica)

Úvod: Transpozície šliach predstavujú štandardný spôsob rekonštrukcie úchopovej funkcie ruky, hlavne u inveterovaných lézií šliach ruky. Metodika: V prednáške je popísaná diagnostika a indikácie transpozície spolu s možnosťami, výhodami a nevýhodami použitia jednotlivých šliach na obnovenie funkcie u traumatologických pacientov. Výsledky: štatistický prehľad transpozičných operácií na KPCH BB Záver: Transpozičné operácie šliach u traumatologických pacientov umožňujú rekonštrukciu úchopovej schopnosti ruky v plnom rozsahu, obmedzenia hybnosti odberových častí ruky sú zanedbateľné a nepredstavujú významnú prekážku v transpozícii. Kľúčové slová: transpozície šliach, lézie šliach, poranenie extenzorov, inveterované lézie.

29 **Voľba anestéziologickej techniky v chirurgii hornej končatiny**

VENGLARČÍK M., KRIŽANSKÝ R., VALKY J.

(Oddelenie anesteziológie a intenzívnej medicíny, FNsP, F. D. Roosevelta, Banská Bystrica)

30 **"Pílim s odpílenou rukou" - amputácia ruky v zápästí**

ŠIMKO L., MENDEL M., KOŠTÁL L.

(Klinika plastickej chirurgie; Oddelenie chirurgie ruky, FNsP, Ružinov, Bratislava)

31 **Devastujúci poranění rukou výbušninou u adolescenta - kazuistika**

BIBROVÁ Š., PLÁNKA L., HORÁK M., FIALA M.

(Klinika detské chirurgie, ortopedie a traumatologie, PDM FN, Brno, ČR)

Devastující poranění horních končetin výbušninou v dětském věku nepatří k nejčastějším zraněním, ale svými trvalými následky k nejzávažnějším poraněním rukou v dětském a adolescentním věku. Autoři ve sdělení prezentují případ adolescentního chlapce, který si způsobil závažné poranění obou horních končetin, zejména rukou, doma vyráběnou výbušninou. Shrnuty jsou etiologické faktory, diagnostika a terapie vzniklých poranění bezprostředně po úraze a pooperační péče.

32 **Defektné a otvorené zlomeniny ruky riešené externou minifixáciou**

CIGAŇÁK J., CIGAŇÁK T., MAGDIN D., BAKOŠ T.

(Traumatologické oddelenie, Nemocnica, Bojnice)

Operačné riešenie otvorených zlomenín prstov ruky je často problémom vzhľadom na dokonalosť funkcií ruky, ktoré sú ťažko porušené mutilujúcou otvorenou traumou, infekciou, posttraumatickým edémom, pretrvávajúcou algiiou. Porušenie a prerušenie senzomotorických spätných väzieb vedie často k poúrazovej deteriorácii so vznikom algoneurodystrofického syndrómu ruky. Autori referujú 20-ročné skúsenosti s externou minifixáciou limitovanou často len na poranený skelet, resp. susedné kĺby s cieľom zachovania funkcií ruky v čo najväčšom rozsahu i počas hojenia komplikovanej otvorenej traumy.

33 **Replantačná chirurgia na Klinike plastickej chirurgie v UNLP v Košiciach**

KAVEČANSKÝ M., KLUKA T., JABUR V., ŠLÁRKO G., LACKOVÁ K., TURKIN O., HOJSTRIČOVÁ Z.

(Klinika plastickej, rekonštrukčnej a estetickej chirurgie, UN, L. Pasteura, Košice)

Autori prezentujú vývoj a výsledky replantačnej chirurgie na Klinike plastickej, rekonštrukčnej a estetickej chirurgie v UNLP v Košiciach. Podrobnejšie sa zaoberajú niektorými menej obvyklými úrazmi spojenými s devastáciou štruktúr ruky a indikáciami k primárnemu ošetreniu poranení ruky.

34 **Ťažká dilacerácia ruky**

KLUKA T., ROCHOVÁ P.

(Klinika plastickej, rekonštrukčnej a estetickej chirurgie, UN, L. Pasteura, Košice)

Kľúčové slová : Ruka, brušný lalok,
Sumár : Autori v kazuistike opisujú ťažké devastačné poranenie u mladého muža. Úraz sa stal 28.11.2012, keď pacient vsunul obe ruky do pracovného stroja, ktorý sťahuje z kovových drôtov obal, takže v princípe ako manglovací stroj. Už z prvej vizualizácie po úraze bolo jasné, že pravá ruka sa prakticky nedala zachrániť, prsty boli dilacerované, skalpované, avitálne, ale rodičia veľmi naliehali na ošetrojúci personál, aby sme neamputovali prsty, čo nám výrazne sťažovalo postup. Aj keď sme vedeli, že nepostupujeme úplne radikálne, urobili sme pokus, ktorý sme nazvali „psychologický“, aby pacient aj jeho rodičia videli po operácii čo najviac prstov. Pacientovi sme urgentne aplikovali pooperačnú hyperbariu, ale prsty postupne nekrotizovali a museli sme pristúpiť k ďalším fázam. Je viacero spôsobov krytia ruky a prstov, ale pri takejto veľkej ploche sme nakoniec volili klasický osvedčený brušný lalok v kombinácii s transplantátmi, postupné rozdeľovanie prstov a nakoniec záverečná fáza – rekonštrukcia úchopovej schopnosti s napravením prstov do fyziologickej polohy. **Diskusia :** Vhodnosť operačného postupu? Či sme nemali byť už v prvej fáze radikálnejší?

35 **Stratové poranenie distálneho rádia lisom - kazuistika**

LUKAČKO J.¹, LUKAČKOVÁ² K.

(¹Klinika úrazovej chirurgie a ortopédie, FN, Nitra, ²Oddelenie plastickej chirurgie, FN, Nitra)

V kazuistike je prezentované riešenie drvivého poranenia pravého zápästia u 28 ročného muža, pri ktorom došlo k strate mäkkých tkanív a 7 cm distálnej meta a diafýzy rádia. Počas etapovitých operačných výkonov bol najskôr vykonaný debridement so stabilizáciou zápästia premostňujúcim fixátorom, s následnou náhradou straty kosti Harmsovou klietkou vyplnenou autológny kostným štepom a krytie defektov voľným kožným transplantátom. V ďalšom priebehu bola nutná sekundárna stabilizácia dlhou radiálnou LCP dlahou, pri ktorej bola vykonaná tenolýza. Vzhľadom k výslednej relatívnej plus variante ulny, ktorá obmedzovala hybnosť zápästia a P/S pohyb predlaktia bola ako posledný výkon, po viac ako 15 mesiacoch od úrazu realizovaná Sauve-Kapandjiho operácia. Po ukončení rehabilitácie sa pacient vrátil do aktívneho života a do zamestnania.

36 **Riešenie defektov hornej končatiny - kazuistiky**

ULIANKO J.

(Klinika plastickej chirurgie, SZU, FNsP, F. D. Roosevelta, Banská Bystrica)

Úvod: Riešenie defektov hornej končatiny, vzhľadom na komplexnosť poranení, a zložitosť orgánu predstavuje výzvu pre chirurga. V záujme zachovať čo najlepšiu funkčnosť orgánu je nevyhnutné vybrať čo najpriateľnejší spôsob rekonštrukcie, ktorý čo najmenej postihuje funkciu. Metodika: V prednáške sú popísané základné spôsoby rekonštrukčných operácií hornej končatiny, spolu s kazuistikami z KPCH BB. Výsledky: popisujeme kazuistiky devastačných poranení hornej končatiny spolu s menej častými možnosťami rekonštrukcie defektov. Záver: Riešenie defektov na hornej končatine predstavuje komplexný problém. Cieľom je nielen obnoviť integritu krytu končatiny, ale aj zachovať čo najlepšiu funkčnosť. Popísané metódy rekonštrukcie považujeme za optimálne a výhodné pre pacienta v danej situácii. Kľúčové slová: defekty hornej končatiny, laloky, rekonštrukcie, NPWT, transplantácie kože,

37 **Vrozené cévní malformace rukou - kazuistika**

FIALA M., VOKURKOVÁ J., FÁBEROVÁ R.

(Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, PDM, FN, Brno, ČR)

Vrozené postižení cévního systému se nevyhýbá žádnému úseku cévního řečiště včetně prstů rukou. Zmnožení cév (nidus) vzniká již v prvním trimestru intrauterině. Pokud se přidá i zmnožení endotelu kapilár, je i poporodní klin. průběh více dramatický. Differenciální diagnostika je obtížná i vzhledem k možnosti výskytu novorozeneckých sarkomů. Diagnostika i terapie je multioborová. Ohraničený cévní nidus se léčí úplnou chirurgickou exstirpací v optimálním věku viz. Předkládaná kazuistika.

38 **Využitie podtlakovej liečby v chirurgii ruky**

BOHÁČ M., FEDELEŠ J.jr., MACHO P., ŠIMKO L., KEVICKÁ D., GABRIELOVÁ Z., TRŠKA R.

(Klinika plastickej chirurgie, UNB, Ružinov, Bratislava)

39 **Tumory ruky**

ŠLÁRKO G., KLUKA T., LACKOVÁ K.

(Klinika plastickej, rekonštrukčnej a estetickej chirurgie, UN, L. Pasteura, Košice)

Kľúčové slová: Tumory ruky, malígnym tumory ruky, benígne tumory ruky
Key Words: Hand tumours, malignant hand tumours, benign hand tumours

Sumár : Incidencia benígnych a malígnych tumorov ruky je v porovnaní s ostatnými časťami relatívne nízka, napriek tomu musíme byť schopní rozlíšiť medzi typickými

benígnymi nálezmi od život alebo končatinu ohrozujúcich malígnych ochorení. Klinická prezentácia malígnych ochorení môže byť podobná tým benígnym, preto je nevyhnutné im venovať veľkú dávku pozornosti. Aj benígne tumory môžu byť lokálne deštruktívne a obmedzovať funkciu ruky. Liečba tumorov je primárne chirurgická ale v manažmente je nutný multimodálny prístup zahŕňajúc chemoterapiu a rádioterapiu. Vo vhodných prípadoch je možná záchrana končatiny ale odstránenie ochorenia by malo byť primárnym cieľom pred zachovaním funkcie.

The incidence of both benign and malignant tumours in the hand is relatively low in comparison with other locations despite the fact we must be able to distinguish benign finding from life or limb-threatening malignant diseases. The clinical presentation may be similar to benign lesions therefore it is necessary to pay attention. Even benign tumours can be locally destructive and compromise hand function. The management of these tumours is primarily surgical. Limb salvage surgery may be applied though eradication of disease should be the primary goal rather than preservation of function. A multimodal approach is necessary for appropriate management including chemotherapy and radiotherapy.

POSTER

Využití kyseliny hyaluronové v prevenci tvorby adhezí po rekonstrukci flexorů prstů ruky šlachovým štěpem

KUBEK T., STREIT L., VITOVSKÁ E., DVOŘÁK Z., STIBOROVÁ Š.,
VENTRUBA T., NOVÁK P., STUPKA I., VÝŠKA T., VESELÝ J.

(Klinika plastické a estetické chirurgie, FN u sv. Anny, Brno, ČR)

Úvod: Nejčastějším medicínským problémem po rekonstrukci šlach flexorů prstů ruky šlachovým štěpem je vytvoření adhezí šlachy a šlachového štěpu s jejich okolím. Časná a správně vedená rehabilitace omezuje tvorbu pooperačních srůstů, ale jejich vzniku nedokáže zcela zabránit. V posledním desetiletí byly vyvinuty vstřebatelné polymerní materiály na bázi kyseliny hyaluronové, které mají funkci biologické bariéry zabraňující tvorbě adhezí. Pacienti a metody: V současné době na našem pracovišti probíhá prospektivní, randomizovaná a jednoduše zaslepená klinická studie s cílem porovnat funkční výsledky u pacientů po rekonstrukci flexorů šlachovým štěpem, kteří závěrem operace dostanou gel polymerizované hyaluronové kyseliny k transplantované šlaše (preparát Hyaloglide®) oproti kontrolní skupině pacientů, kteří žádný antiadhezivní preparát nedostanou. Do studie jsou zařazováni pacienti ve věku 18-65 let indikováni k rekonstrukci flexorů prstů ruky šlachovým štěpem. Randomizace je prováděna obálkovou metodou. Rozsah aktivního pohybu je vyhodnocován pomocí výpočtu Total Active Motion a subjektivní potíže pacientů jsou objektivizovány pomocí českého analogu dotazníku DASH. Doba sledování je 6 měsíců.

Výsledky: Studie probíhá od ledna 2013, do studie bylo doposud zařazeno 8 pacientů. Z toho u 6 pacientů již můžeme hodnotit výsledky 6 měsíců od operace,

tedy po ukončení sledovaného intervalu.

Závěr: Gel polymerizované hyaluronové kyseliny je snadno aplikovatelný a neprodlužuje dobu operace. V dosavadním průběhu studie nebyly po aplikaci preparátu Hyaloglide® zaznamenány žádné místní ani celkové nežádoucí účinky. Anti-adhezivní efekt preparátu kyseliny hyaluronové aplikovaný při rekonstrukci šlachy šlachovým štěpem bude možné řádně posoudit až z výsledků většího počtu pacientů pomocí statistického zpracování dat.