



**Chirurgická klinika a Ortopedicko-traumatologická klinika
3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy
a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady**

pořádají

při příležitosti 30. výročí založení Traumacentra
ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady

Vyhnánkovy traumatologické dny

19. – 20. března 2026
Praha, hotel Don Giovanni

Program kongresu / Sborník přednášek

**Generální partner
a vystavovatel**



Vystavovatelé



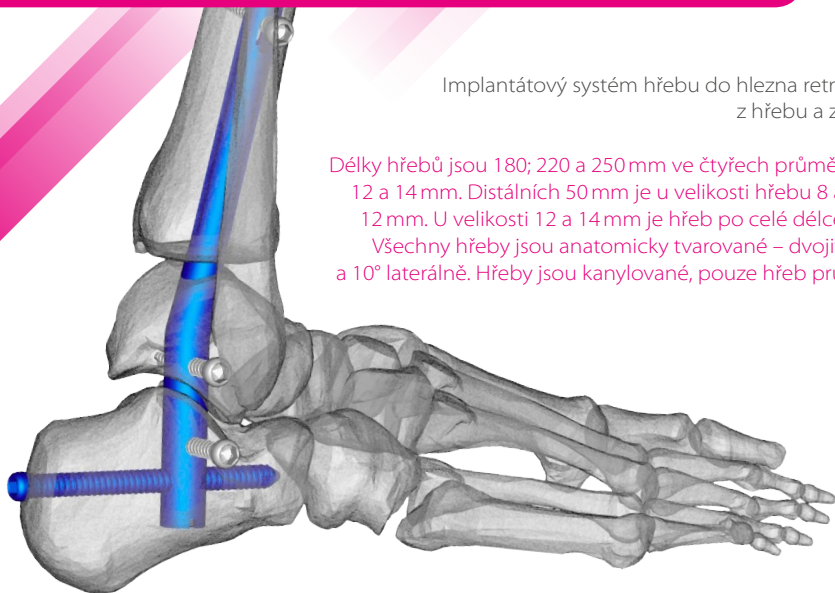
HŘEB DO HLEZNA RETROGRÁDNÍ



Implantátový systém hřebu do hlezna retrográdního se skládá z hřebu a zajišťovacích šroubů.

Délky hřebů jsou 180; 220 a 250 mm ve čtyřech průměrech – průměr 8; 10; 12 a 14 mm. Distálních 50 mm je u velikosti hřebu 8 a 10 mm zesíleno na 12 mm. U velikosti 12 a 14 mm je hřeb po celé délce stejného průměru.

Všechny hřeby jsou anatomicky tvarované – dvojitý ohyb 8° ventrálně a 10° laterálně. Hřeby jsou kanylované, pouze hřeb průměru 8 mm je plný.



Hřeby jsou opatřeny dvěma druhy otvorů pro šrouby. Nejdistančnější otvor hřebu má průměr 6,5 mm a je určen výhradně pro zajišťovací šroub průměru 6,5 mm. Ostatní otvory mají průměr 5 mm a jsou určeny pro zajišťovací šrouby průměru 5 mm, pouze u hřebu průměru 8 mm použijte v proximální části zajišťovací šrouby průměru 3,5 mm. V proximální části hřebu je standardní kruhový otvor a dále oválný otvor pro možnost dynamizace. Hřeb je v provedení zvlášť pro pravou nebo levou nohu.

Konec hřebu je uzavírán zátkou.

↓ INDIKACE

ARTRODÉZA HŘEBEM RETROGRÁDNÍM DO HLEZNA JE INDIKOVÁNA U:

- > léčby závažných deformací chodidla / kotníku
- > artrózy hlezna
- > nestability a kostních defektů po resekci tumorů v oblasti hlezna
- > nekrózy talu
- > selhání kloubní náhrady hlezna
- > nehojících se zlomenin distální tibi



**MEDIN, a. s., Vlachovická 619,
592 31 Nové Město na Moravě
Česká republika**



**prodej@medin.cz
www.medin.cz**

Vážené dámy a pánové,

vítáme Vás na „Vyhnánkových traumatologických dnech“, které se konají při příležitosti 30. výročí založení traumacentra ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady. Akce je pořádána za garance České chirurgické společnosti ČLS JEP a České společnosti úrazové chirurgie ČLS JEP.

Hlavními tématy kongresu jsou kraniocerebrální poranění v běžné chirurgické praxi, kompartment syndrom v chirurgických oborech, balistické trauma, otevřené zlomeniny bérce a ošetřovatelská a rehabilitační péče v traumatologii jako sekce NLZP. Odborný program kongresu je sestaven jak z vyzvaných, tak i přihlášených přednášek. Součástí odborného programu je sekce mladých traumatologů, ve které bude nejlepší přednáška oceněna.

Naším cílem je uspořádat odborné setkání, které svým obsahem a rozsahem přispěje k širšímu pohledu a orientaci v rámci mezioborové spolupráce a ke zkvalitnění naší profesní činnosti.

Věříme, že odborný program kongresu bude pro Vás přínosem jak po odborné tak i společenské stránce.

Přejeme příjemně strávené kongresové dny

*MUDr. Josef März, FICS
vedoucí lékař Traumacentra
Ortopedicko-traumatologická
klinika 3. LF UK a Fakultní
nemocnice Královské Vinohrady*

*MUDr. Barbora Vyhnánková
Chirurgická klinika
3. LF UK a Fakultní nemocnice
Královské Vinohrady*

*doc. MUDr. Zdeněk Šubrt, Ph.D.
Chirurgická klinika
3. LF UK a Fakultní nemocnice
Královské Vinohrady*

doc. MUDr. Zdeněk Šubrt, Ph.D., FEBS

Chirurgická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

MUDr. Josef März, FICS

Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

MUDr. Barbora Vyhnánková

Chirurgická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

prof. MUDr. Martin Oliverius, Ph.D., FEBS

Chirurgická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

MUDr. Jakub Štefka, MHA

Chirurgická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

prof. MUDr. Jiří Skála-Rosenbaum, Ph.D., MHA

Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

prof. MUDr. Valér Džupa, CSc.

Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

MUDr. Radek Bartoška, Ph.D.

Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

prof. MUDr. Pavel Haninec, CSc.

Neurochirurgická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

MUDr. Filip Šámal, Ph.D.

Neurochirurgická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

prof. MUDr. František Duška, Ph.D., AFICM, EDIC

Klinika anesteziologie a resuscitace 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

MUDr. Jiří Borovec

Stomatologická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

MUDr. Michal Fric

Klinika anesteziologie a resuscitace 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

prof. MUDr. Andrej Sukop, Ph.D.

Klinika plastické chirurgie 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Mgr. Zdeněk Juřena

Chirurgická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Mgr. Pavla Matyášková

Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Hlavní témata

Kraniocerebrální poranění v běžné chirurgické praxi

Kompartment syndrom v chirurgických oborech

Balistické trauma

Otevřené zlomeniny bérce a hlezna

Sekce mladých traumatologů

Ošetrovatelská a rehabilitační péče v traumatologii

Organizační garant kongresu

SYMMA, spol. s r.o.

Aleš Martinek

664 64 Moravské Bránice 394

Mobil: +420 607 650 654

E-mail: a.martinek@symma.cz

www.symma.cz

VYHNÁNKOVY TRAUMATOLOGICKÉ DNY

WORKSHOP

DCS PRO MLADÉ TRAUMATOLOGY

19. 3. 2026, 8:00–12:00 hodin

SZÚ, Šrobárova 49/48, Praha 10
(800m od hotelu Don Giovanni)

Garant a školitel:

doc. MUDr. Zdeněk Šubrt, Ph.D., FEBS

FNKV, Praha

REGISTRACE na workshop

Workshop bude zařazen v centrální evidenci vzdělávacích akcí
České lékařské komory a bude ohodnocen **2 kredity** za účast.

Svoji účast potvrďte na e-mailové adrese: barbora.vyhnankova@fnkv.cz

Kapacita: 8 účastníků

Hands-on workshop pro mladé traumatology zaměřený na praktický
návuk principů Damage Control Surgery na velkém zvířecím
modelu. Účastníci si pod vedením zkušených instruktorů
vyzkouší základní DCS postupy a správnou prioritizaci
kroků při řešení život ohrožujících stavů.

K dispozici i instrumentárium žeberních dlah, MEDIN.



WORKSHOP

ČASOVÝ PLÁN KONGRESU – LÉKAŘSKÁ SEKCE

| | |
|------------------------|--|
| 10.00 – 11.30 hod | Workshop – hotel Don Giovanni Hřeb do hlezna retrográdní |
| 8.00 – 12.00 hod | Workshop – SZÚ Damage control surgery pro mladé traumatology |
| 19. března 2026 | |
| 9.30 – 14.00 hod | Registrace účastníků |
| 13.00 – 13.30 hod | Slavnostní zahájení – lékaři / NLZP |
| 13.30 – 15.40 hod | Přednáškový blok I. Balistické trauma |
| 15.40 – 16.00 hod | Coffee break / doprovodná výstava firem |
| 16.00 – 17.10 hod | Přednáškový blok II. Komplexní zlomeniny bérce a hlezna |
| 17.10 – 17.30 hod | Coffee break / doprovodná výstava firem |
| 17.30 – 19.00 hod | Přednáškový blok III. Kraniocerebrální poranění v běžné traumatologické praxi |
| 20.00 – 24.00 hod | Společenský večer |
| 20. března 2026 | |
| 9.00 – 10.20 hod | Přednáškový blok IV. Sekce mladých traumatologů – věková hranice 35 let |
| 10.45 – 11.10 hod | Coffee break / doprovodná výstava firem |
| 11.10 – 12.30 hod | Přednáškový blok V. Kompartment syndrom |
| 12.30 hod | Slavnostní zakončení kongresu |

VYHNÁNKOVY TRAUMATOLOGICKÉ DNY

SATELITNÍ SYMPOZIUM MEDIN

HŘEB DO HLEZNA RETROGRÁDNÍ

19. 3. 2026, 10:30–12:00 hodin

Hotel Don Giovanni, Praha

Garant a školitel:

MUDr. Josef Kraus

VFN, Praha

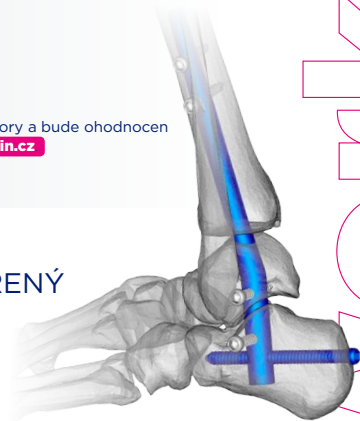
REGISTRACE

na workshop

Workshop bude zařazen v centrální evidenci vzdělávacích akcí České lékařské komory a bude ohodnocen **2 kredity** za účast. Svoji účast potvrďte na e-mailové adrese dana.jakesova@medin.cz
Účast na sympoziu je bezplatná.



PRAKTICKÝ WORKSHOP ZAMĚŘENÝ
NA OSTEOSYNTÉZU DOLNÍ
KONČETINY RETROGRÁDNÍM
HŘEBEM PRO DÉZU HLEZNA



ČASOVÝ PLÁN KONGRESU – SEKCE NLZP

| 19. března 2026 | |
|------------------------|---|
| 9.30 – 14.00 hod | Registrace účastníků |
| 13.00 – 13.30 hod | Slavnostní zahájení – lékaři / NLZP |
| 13.30 – 15.30 hod | Přednáškový blok I. Akutní traumatologie: První minuty rozhodují |
| 15.30 – 16.00 hod | Coffee break |
| 16.00 – 17.00 hod | Přednáškový blok II. Moderní technologie v péči o traumatologické pacienty |
| 20.00 – 24.00 hod | Společenský večer |
| 20. března 2026 | |
| 9.00 – 10.30 hod | Přednáškový blok III. Perioperační & pooperační péče |
| 10.30 – 11.00 hod | Coffee break |
| 11.00 – 12.30 hod | Přednáškový blok IV. Komplikace v traumatologii a psychologická podpora |
| 12.30 hod | Závěr sekce |

10.00 – 11.30 hod Workshop – hotel Don Giovanni**Hřeb do hlezna retrográdní***Kraus J. (Praha)***8.00 – 12.00 hod Workshop – SZÚ****Damage control surgery pro mladé traumatology***FremI J., Šubrt Z., Vyhnančková B. (Praha)***13.00 – 13.30 hod Slavnostní zahájení***Předsednictvo: Svoboda B., Kolouch P., Michálek J., Trnka J.,
Gavlasová L., Moláček J., Havlas V.,
Džupa V., März J., Šubrt Z.***13.30 – 15.40 hod Přednáškový blok I.****Balistické trauma***Předsednictvo: Frank M., Pohnán R., Šubrt Z.*

- | | |
|---|------------|
| 1. Current management of war-related extremity trauma | 20' |
| <i>Kalstad A. M. (Trondheim, Norway)</i> | |
| 2. Balistické trauma | 15' |
| <i>Frank M. (Hradec Králové)</i> | |
| 3. Střelná poranění v traumacentru Masarykovy nemocnice Ústí nad Labem | 10' |
| <i>Koptiš S. (Ústí nad Labem)</i> | |
| 4. Vícečetné střelné thorakoabdominální poranění u mladé pacientky | 10' |
| <i>Mach Ch., Houdek K., Vodička J., Fichtl J., Moláček J. (Plzeň)</i> | |
| 5. Ošetření střelného poranění z pohledu okresního pracoviště | 10' |
| <i>Hladiš P. (Uherské Hradiště)</i> | |
| 6. Střelné poranění středonoží – kazuistika | 10' |
| <i>Pompach M., Janichová K., Bajus A. (Pardubice, Ústí nad Labem)</i> | |
| 7. Balistické trauma poškozující funkci nohy – řešení, výsledek | 10' |
| <i>Schmoranzová A., Phillipp T. (Vysoké nad Jizerou, Praha)</i> | |
| 8. Blast syndrom – komplexní management | 15' |
| <i>Pohnán R., Kočišová T., Havlová K., Spudil V., Doležel R. (Praha)</i> | |
| 9. Blast syndrom | 10' |
| <i>Jícha Z. (Praha)</i> | |

15.40 – 16.00 hod Coffee break / doprovodná výstava firem**16.00 – 17.10 hod Přednáškový blok II.****Komplexní zlomeniny bérce a hlezna***Předsednictvo: Krtička M., Skála-Rosenbaum J., Veselý R.*

- | | |
|--|------------|
| 10. Otevřené zlomeniny bérce – multidisciplinární přístup v léčbě | 10' |
| <i>Veselý R., Holoubek J. (Brno)</i> | |

- | | |
|---|------------|
| 11. Rostoucí hřeb jako zlatý standard prodloužení tibie a femuru aneb délka rozhoduje | 10' |
| <i>Krtička M., Szmolka D. (Brno)</i> | |
| 12. Segmentální zlomeniny bércy | 10' |
| <i>Urban M., Skála-Rosenbaum J. (Praha)</i> | |
| 13. Transverzální tibiální transport – nová operační technika při řešení diabetické nohy | 10' |
| <i>Veselý R. (Brno)</i> | |
| 14. Zlomenina hlezna komplikovaná poraněním měkkých tkání | 10' |
| <i>Kuznetsov B. (Roudnice nad Labem)</i> | |
| 15. Geriatrické zlomeniny hlezna | 10' |
| <i>Štěpánek K., Bartoška R., Mašek J. (Praha)</i> | |
| 17.10 – 17.30 hod Coffee break / doprovodná výstava firem | |
| 17.30 – 19.00 hod Přednáškový blok III. | |
| Kraniocerebrální poranění v běžné traumatologické praxi | |
| <i>Předsednictvo: Burget F., Demel J., März J.</i> | |
| 16. Kraniotraumatologická péče aneb co by měl traumatolog vědět o poranění hlavy | 15' |
| <i>Šámal F., Svoboda T. (Praha)</i> | |
| 17. Aktuální přístupy k poranění obličejového skeletu | 15' |
| <i>Borovec J. (Praha)</i> | |
| 18. Ošetření střelného poranění obličeje z pohledu maxilofaciálního chirurga | 10' |
| <i>Kudrna L. (Praha)</i> | |
| 19. Řešení kraniotraumat v extrémních podmínkách | 10' |
| <i>Burget F., Doll D., Kraus J., Hora A. (Praha)</i> | |
| 20. Biomarkery mTBI v roce 2026 | 10' |
| <i>Parák T., Hoffmannová A., Veselý R., Suchý P., Rémanová D. (Brno)</i> | |
| 21. Problematika diagnostiky a terapie otřesu mozku ve sportu | 10' |
| <i>Demel J., Kalusková I., Stránský J., Nevšimalová M., Hon P. (Ostrava)</i> | |
| 20.00 – 24.00 hod Společenský večer | |

9.00 – 10.20 hod Přednáškový blok IV.**Sekce mladých traumatologů – věková hranice 35 let***Předsednictvo: Douša P., Džupa V., Vyhnánková B.*

-
- | | |
|--|------------|
| 22. Antegrádní hřebování proximálního humeru z Neviaserova přístupu | 10' |
| <i>Vinter L. (Olomouc)</i> | |
| 23. Implantace endoprotézy kyčle v léčbě zlomenin krčku: srovnání let 2009 a 2023 | 10' |
| <i>Koranda T., Dáňa J., Salášek M., Marvan J. (Praha, Plzeň)</i> | |
| 24. Absence bérce, cesta k excelenci „Gutta alcoholis in manibus Traumatologi benedictio patienti“ | 10' |
| <i>Szmolka D., Krtička M. (Brno)</i> | |
| 25. Komplikace otevřené zlomeniny bérce aneb co všechno je pacient schopen podstoupit pro záchranu končetiny | 10' |
| <i>Dobešová V., Uhrin A., Stankoviánský P., Křivohlávek M., Pazour J. (Liberec)</i> | |
| 26. Hlemýžď útočí aneb komplikované hojení bérce | 10' |
| <i>Tkaczyková A. (Liberec)</i> | |
| 27. Závažná infekční komplikace po extrakci osteosyntetického materiálu u dítěte | 10' |
| <i>Demlová G., Slívová I. (Ostrava)</i> | |
| 28. 3D tisk v plánování operací v kostní chirurgii | 10' |
| <i>Vlasák M., Macák D., Skála-Rosenbaum J. (Praha)</i> | |
| 10.20 – 10.40 hod Čestná přednáška | |
| Hemorhagický šok | 20' |
| <i>Duška F. (Praha)</i> | |
| 10.40 – 10.45 hod Komentovaný poster | |
| Anatomická eponyma v ortopedii – dolní končetiny | 5' |
| <i>Musil V., Kachlík D. (Praha)</i> | |
| 10.45 – 11.10 hod Coffee break / doprovodná výstava firem | |
| 11.10 – 12.30 hod Přednáškový blok V. | |
| Kompartment syndrom | |
| <i>Předsednictvo: Bystřický P., Červinka V., März J.</i> | |
| 29. Břišní kompartment syndrom a dočasný uzávěr laparotomie | 10' |
| <i>Bystřický P., Šuhájek S., Pták P. (České Budějovice)</i> | |
| 30. Laparostoma na principu podtlaku v klinické praxi | 10' |
| <i>Červinka V., Sákra L., Neumann F., Podlas M., Zakharchenko D., Litvinov F., Lubwama D. (Čáslav, Pardubice, Kolín)</i> | |
| 31. Abdominální kompartment syndrom v urgentní chirurgii | 10' |
| <i>Glombová K., Prudius V., Sasínek F., Červeňák V., Novosadová K., Penka I. (Brno)</i> | |
| 32. Provizorní uzávěr dutiny břišní u polytraumatu | 10' |
| <i>Pažin J., Hadač J., Doležel R., Pohnán R. (Praha)</i> | |
| 33. Končetinový kompartment syndrom jako komplikace luxace kolena | 10' |
| <i>März J. (Praha)</i> | |
-

- 34. Po stopách compartment syndromu v ambulanci chronických ran** 10'
– kazuistika chronického defektu bérce
Hrubovčák J., Jalůvka F., Valentová M., Zaccpálková M., Dranková K., Wolgemuthová J. (Ostrava)
- 35. Ischemicko-reperfúzní syndrom v traumatologii** 10'
Macák D., Skála-Rosenbaum J. (Praha)

12.30 hod Slavnostní zakončení kongresu
Vyhlášení ceny doc. Františka Vyhánka pro nejlepší přednášku mladých traumatologů
Džupa V., März J., Šubrt Z., Vyhánková B.

13.00 – 13.30 hod Slavnostní zahájení

*Předsednictvo: Svoboda B., Kolouch P., Michálek J., Trnka J.,
Gavlasová L., Moláček J., Havlas V.,
Džupa V., März J., Šubrt Z.*

13.30 – 15.30 hod Přednáškový blok I.**Akutní traumatologie: První minuty rozhodují**

Předsednictvo: Matyášková P., Pallag Juřena Z., Trnková I.

- | | |
|---|------------|
| 1. Význam a založení traumacentra | 10' |
| <i>Kocourová I., Šimůnková P. (Praha)</i> | |
| 2. Péče o pacienta s polytraumatem | 10' |
| <i>Šimůnková P., Kocourová I. (Praha)</i> | |
| 3. Polytrauma ve FN Brno v roce 2025: Mechanismy úrazů, zátěž traumacentra a klinické výsledky | 10' |
| <i>Šrámková L., Novotná M. (Brno)</i> | |
| 4. Organizace hromadného postižení osob na Oddělení urgentní medicíny – role sestry | 10' |
| <i>Kopecký J. (Liberec)</i> | |
| 5. Kontaktní místo nejen při traumaplánu | 10' |
| <i>Voráček M. (Praha)</i> | |
| 6. Aktivace traumaplánu chirurgické kliniky a role sestry | 10' |
| <i>Houliková P., Koudelková B., Šafrová N. (Praha)</i> | |
| 7. Emergency v praxi. | 10' |
| <i>Zářecká L. (Hradec Králové)</i> | |
| 8. Když jde o život aneb příjem kriticky nemocného | 10' |
| <i>Dúbravková B. (Praha)</i> | |
| 9. Spinální trauma z pohledu sestry | 10' |
| <i>Chodúrová L. (Praha)</i> | |
| 10. Komplexní péče o polytraumatizovaného pacienta od příjmu až k dimisi | 10' |
| <i>Odvárko F., Broszová S. (Praha)</i> | |

15.30 – 16.00 hod Coffee break / doprovodná výstava firem**16.00 – 17.00 hod Přednáškový blok II.****Moderní technologie v péči o traumatologické pacienty**

Předsednictvo: Čáslavská K., Málková I., Topková K.

- | | |
|--|------------|
| 11. Uplatnění virtuální reality v ošetrovatelském procesu | 10' |
| <i>Holeček O., Zlotorovičová V., Hodanová Y. (Plzeň)</i> | |
| 12. Zdravotnická technika v rukou sestry | 10' |
| <i>Gregorová Š.</i> | |
| 13. Léčebné metody u zlomenin patních kostí dříve a nyní | 10' |
| <i>Málková I., Tománková L. (Praha)</i> | |

9.00 – 10.30 hod Přednáškový blok III.**Perioperační & pooperační péče***Předsednictvo: Pallag Juřena Z., Šrámková L., Trnková I.*

- | | |
|---|------------|
| 14. Od úrazu po kranioplastiku | 10' |
| <i>Čáslavská K., Ťopková K. (Praha)</i> | |
| 15. Těžké intracerebrální krvácení u těhotné ženy ve 33. týdnu | 10' |
| <i>Hortová A., Šrámková L., Novotná M. (Brno)</i> | |
| 16. Ergoterapie u osob s traumatickým poraněním mozku – co ztrácíme, když přijdeme pozdě | 10' |
| <i>Firlová K., Pavlovcová E. (Praha)</i> | |
| 17. Úspěšný boj s pooperační bolestí | 10' |
| <i>Žabenská E., Žambochová K. (Praha)</i> | |
| 18. Neuromonitoring v intenzivní péči | 10' |
| <i>Hartmanová M. (Brno)</i> | |
| 19. Sarkopenie v traumatologii z pohledu nutriční terapie | 10' |
| <i>Nesnídalová A., Vinklárková M. (Praha)</i> | |

10.30 – 11.00 hod Coffee break / doprovodná výstava firem**11.00 – 12.30 hod Přednáškový blok IV.****Komplikace v traumatologii a psychologická podpora***Předsednictvo: Čáslavská K., Košíková L., Matyášková P.*

- | | |
|---|------------|
| 20. Compartment syndrom aneb prevence trvalých následků pacienta | 10' |
| <i>Klimšová D., Dittrich O. (Praha)</i> | |
| 21. Koňská dávka štěstí, aneb amputace se nekoná | 10' |
| <i>Kohoutová K. (Praha)</i> | |
| 22. Pečujeme o druhé – nezapomínejme na sebe | 10' |
| <i>Trnková I. (Praha)</i> | |
| 23. Zdravotně sociální péče ve FNKV – Překlad z akutního lůžka ... a co dál ...? | 10' |
| <i>Kolářová K., Košíková L. (Praha)</i> | |

12.30 hod Závěr sekce*Předsednictvo: Čáslavská K., Matyášková P.,
Pallag Juřena Z., Trnková I.*

Místo konání

Don Giovanni hotel Praha, Vinohradská 2733/157a, 130 00 Praha 3

Registrační poplatky

Lékař – člen ČHS, ČSÚCH

platba převodem

Kč 3 790,- / EUR 151,-

na místě

Kč 4 290,- / EUR 168,-

NLZP

Kč 2 890,- / EUR 119,-

Kč 3 290,- / EUR 132,-

V registračním poplatku je zahrnuto vstupné na kongres, občerstvení v průběhu akce, vstupenka na společenský večer, kongresové materiály a DPH.

Registrace účastníků

19. března 2026 9.30 – 14.00 hod

20. března 2026 8.30 – 10.00 hod

Registrující osoby Vám rádi sdělí Vaše event. dotazy.

Společenský večer

Společenský večer formou rautu se koná dne 19. března 2026 od 20.00 hod v hotelu Don Giovanni.

Cena vstupenky je zahrnuta v registračním poplatku.

Doprovodná výstava

Doprovodná výstava firem bude probíhat v těsné blízkosti přednáškového sálu.

V prostorách doprovodné výstavy bude umístěno občerstvení pro účastníky.

Akreditace

Kongres bude zařazen v centrální evidenci vzdělávacích akcí České lékařské komory a bude ohodnocen kredity dle platných předpisů.

Certifikáty budou vydávány účastníkům kongresu po ukončení akce na registraci účastníků.

Audiovizuální technika

Kongresová technika: dataprojektor, PC, bezdrátová myš vč. laserpointu, náhledový monitor

Techniku je možné si vyzkoušet před zahájením kongresu nebo v průběhu přestávek.

Technická obsluha bude k dispozici po celou dobu konání kongresu v přednáškovém sále.

Prezentace, které od Vás převezme technická obsluha v přednáškovém sále, prosíme dodat na USB Flash disku.

Sborník přednášek

MUDr. Jiří Borovec, Ph.D.

Stomatologická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

doc. MUDr. Filip Burget, Ph.D.

1. LF UK a Všeobecné fakultní nemocnice, Praha

MUDr. Petr Bystřický

Chirurgické oddělení Nemocnice České Budějovice

prim. MUDr. Vladimír Červinka, Ph.D.

Chirurgické oddělení Městské nemocnice Čáslav

MUDr. Jiří Demel, Ph.D.

LF OU a Fakultní nemocnice Ostrava

MUDr. Gabriela Demlová

LF OU a Fakultní nemocnice Ostrava

MUDr. Veronika Dobešová

Traumatologicko-ortopedické centrum Krajské nemocnice Liberec

prof. MUDr. František Duška, Ph.D., AFICM, EDIC

Klinika anesteziologie a resuscitace 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

MUDr. Martin Frank, Ph.D.

Chirurgická klinika LF UK a Fakultní nemocnice Hradec Králové

MUDr. Katarína Glombová

LF MU a Fakultní nemocnice u sv. Anny, Brno

MUDr. Petr Hladiš

Chirurgické oddělení Uherskohradištské nemocnice, Uherské Hradiště

MUDr. Jan Hrubovčák

LF OU a Fakultní nemocnice Ostrava

plk. gšt. MUDr. Zdeněk Jícha, MPA, LL.M.

Chirurgická klinika 2. LF UK a Ústřední vojenské nemocnice - Vojenské fakultní nemocnice, Praha

MUDr. Stanislav Koptiš

Klinika úrazové chirurgie FZS UJEP a Masarykovy nemocnice Krajské zdravotní, a.s., Ústí nad Labem

doc. MUDr. Milan Krtička, Ph.D.

Klinika úrazové chirurgie LF MU a Fakultní nemocnice Brno

prim. MUDr. Lumír Kudrna

1. chirurgická klinika-břišní, hrudní a úrazové chirurgie 1. LF UK a Všeobecné fakultní nemocnice, Praha

MUDr. Bohdan Kuznetsov

Chirurgické oddělení Penta Hospital - Nemocnice Roudnice nad Labem

MUDr. Dominik Macák

Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

MUDr. Christiana Mach

LF UK a Fakultní nemocnice Plzeň

MUDr. Josef März, FICS

Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

PhDr. Vladimír Musil, Ph.D.

Středisko vědeckých informací 3. LF UK, Praha

MUDr. Tomáš Parák, Ph.D.

Klinika traumatologie LF MU a Úrazové nemocnice, Brno

as. MUDr. Jaroslav Pažin

Chirurgická klinika 2. LF UK a Ústřední vojenské nemocnice - Vojenské fakultní nemocnice, Praha

plk. doc. MUDr. Radek Pohnán, Ph.D.

Chirurgická klinika 2. LF UK a Ústřední vojenské nemocnice - Vojenské fakultní nemocnice, Praha

MUDr. Martin Pompach, Ph.D.

Oddělení úrazové chirurgie Nemocnice Pradubického kraje, a.s., Pardubice

MUDr. Alena Schmoranzová

Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie Vysoké nad Jizerou

MUDr. Dominik Szmolka

Klinika úrazové chirurgie LF MU a Fakultní nemocnice Brno

doc. MUDr. Filip Šámal, Ph.D.

Neurochirurgická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

as. MUDr. Kvido Štěpánek

Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

MUDr. Anna Tkaczyková

Traumatologicko-ortopedické centrum Krajské nemocnice Liberec

MUDr. Milan Urban

Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

prof. MUDr. Radek Veselý, Ph.D.

Klinika traumatologie LF MU a Úrazové nemocnice, Brno

MUDr. Lukáš Vinter, Ph.D.

Traumatologická klinika LF UP a Fakultní nemocnice Olomouc

MUDr. Martin Vlasák

Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Bc. Kateřina Čáslavská

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Bc. Barbora Dúbravková

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Mgr. Karolína Firlová

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Bc. Šarka Gregorová, DiS.

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Mgr. Markéta Hartmanová

Fakultní nemocnice Brno

Ondřej Holeček

Fakultní nemocnice Plzeň

Bc. Adéla Hortová

Fakultní nemocnice Brno

Bc. Petra Houlíková

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Mgr. Lucie Chodúrová

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Bc. Dagmar Klimšová

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Ivana Kocourová

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Bc. Kateřina Kohoutová

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Mgr. Kristina Kolářová, DiS.

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Mgr. Jakub Kopecký, DiS.

Krajská nemocnice Liberec, a.s.

Bc. Ilona Málková

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Bc. Andrea Nesnídalová, DiS.

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Filip Odvárko

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Bc. Petra šimůnková

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Mgr. Lenka Šrámková, DiS.

Fakultní nemocnice Brno

Mgr. Ivana Trnková

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Bc. Miroslav Voráček, DiS.

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Mgr. Kateřina Zářecká

Fakultní nemocnice Hradec Králové

Bc. Evelina Žabenská, DiS.

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Balistické trauma*Frank M.**6. polní nemocnice Armády České republiky**Chirurgická klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové*

Balistické trauma zahrnuje skupinu poranění způsobených projektily, střepinami, tlakovou vlnou nebo jejich vzájemnou kombinací. Přestože se tato poranění vyskytují převážně v oblastech válečného konfliktu, lze se s nimi setkat i za mírových podmínek (trestný čin, terorismus).

Nejčastěji se vyskytujícím balistickým traumatem je střelné poranění. Zatímco v současných válečných konfliktech dominuje poranění střepinové (improvizované nástražné systémy, dalekonosné rakety, drony, protipěchotní miny), za mírových podmínek převažuje poranění projektilové. Práce popisuje specifika diagnostiky a léčby jednotlivých druhů střelných poranění s důrazem charakteristiky přenosu energie na postiženou tkáň. Popisuje charakteristiky specifických poranění, jako jsou konturová poranění a poranění minami. Balistické trauma je také výrazně ovlivněno nošením balistické ochrany trupu. V soudobých válečných konfliktech jsou při nošení balistické ochrany (helma, vesta) nejčastěji zasaženým regionem končetiny, které při jsou relativně nechráněnou částí těla.

Práce prezentuje zkušenosti autora s léčbou střelných poranění jak za mírových, tak i za válečných podmínek.

Střelná poranění v traumacentru Masarykovy Nemocnice Ústí nad Labem**Koptiš S.***Klinika úrazové chirurgie FZS UJEP a Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, Krajská Zdravotní a.s.; 6. jednotka PPZdrP 6. ZdrPr AZ, Agentura vojenského zdravotnictví, Armáda České republiky*

Ačkoliv jsou střelná poranění primárně doménou válečné chirurgie a v civilních podmínkách České republiky se vyskytují s nízkou incidencí, představují pro civilní traumacentra extrémní diagnosticko-terapeutickou výzvu vyžadující specifický přístup. Cílem tohoto sdělení je na kazuistikách dvou pacientů ošetřených na našem pracovišti demonstrovat management těchto vysokoenergetických traumat, která se svým charakterem vymykají běžné úrazové operativě. Prezentace analyzuje rozhodovací procesy od akutního příjmu až po definitivní ošetření a poukazuje na nutnost udržovat erudici v principech damage control surgery i v mírových podmínkách, zejména v době, kdy v Evropě probíhá ozbrojený konflikt. Rychlá a cílená intervence je klíčem k úspěšné léčbě pacienta.

**Ošetření střelného poranění z pohledu okresního pracoviště
- Uherskohradištská nemocnice a.s.***Hladiš P.**Uherskohradištská nemocnice a.s. - chirurgie/traumatologie*

V prezentaci bych chtěl zmínit 3 kazuistiky z prostředí naší nemocnice. Pacienti byli řešeni na chirurgicko-traumatologickém pracovišti po střelném poranění. V kazuistikách popíšeme stav pacienta při příjmu, diagnostiku poranění, terapii s operačním řešením, stav pacienta po propuštění.

Střelné poranění středonoží - kazuistika*Pompach M., Janichová K., Bajus A.**Oddělení úrazové chirurgie, Pardubická nemocnice, Nemocnice Pardubického kraje, a.s.,
Oddělení rekonstrukční a plastické chirurgie, Ústí nad Labem*

Autoři prezentují kazuistiku střelného poranění středonoží u pacienta vyššího věku. Polymorbidní pacient byl primárně ošetřen revizí střelné rány, mechanickou očištěnou a aplikací zevní fixace. Následně byly prováděny opakované převazy v celkové anestezii. Zresekovaná část metatarzu byla nahrazena spacerem a vzniklý defekt byl překryt volným venózním lalokem z předloktí.

Balistické trauma poškozující funkci nohy m řešení, výsledek*Schmoranzová A.¹, Phillipp T.²**¹Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie Vysoké nad Jizerou,**²Klinika revmatologie a rehabilitace 3. LF UK*

Mladý pacient, voják, poraněný v roce 2024 výbuchem miny v oblasti zadní strany pravého stehna, závažné poškození peroneu a deformity z dlouhé inaktivity .

Pacient byl připraven českou rehabilitací k rekonstrukci chůze, která proběhla atypickým řešením.

Otevřené zlomeniny bérce - multidisciplinární přístup v léčbě*Veselý R., Holoubek J.**Klinika traumatologie LF MU Brno v Úrazové nemocnici v Brně*

Autoři ve sdělení prezentují zkušenosti a vyzdvihují potřebnost spolupráce mezi úrazovým chirurgem a plastickým chirurgem u ošetření otevřených zlomenin III stupně. Na kazuistikách prezentují možnosti ošetření, věnují se otázce timingu definitivního ošetření skeletu i měkkých tkání a prezentují řešení možných komplikací.

Rostoucí hřeb jako zlatý standard prodloužení tibie a femuru, aneb délka rozhoduje*Krtička M., Szmolka D.**Klinika úrazové chirurgie LF MU a Fakultní nemocnice Brno*

Rostoucí hřeby jsou jednou z možností korekce délky končetin nejen v případě pourazových stavů. Na rozdíl od dalších řešení, založených na principu kalusdistrakce, se jedná o metodu miniinvasivní, pro pacienta komfortní, leč s limitujícím indikačním rozsahem, který nepostihuje např. úhlové deformity dolních končetin.

Přednáška postihuje vyhodnocení souboru pacientů ošetřených touto metodou na našem pracovišti, základní principy správného provedení, stejně tak je součástí rozbor problematiky rozdílu délky končetin, kdy korelace mezi hodnotou rozdílu délky dolních končetin a jejich správnou funkcí, je velmi individuální a základní indikační standardy jsou hodnotami orientačními.

Segmentální zlomeniny bérce

Urban M., Skála-Rosenbaum J.

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Segmentální zlomeniny bérce jsou unikátní typ zlomenin charakterizované izolovaným kostním fragmentem odděleným alespoň dvěma lomnými liniemi. Mnohdy vznikají jako následek vysokoenergetického úrazu. Jsou nezdívka doprovázeny dalším poraněním měkkých tkání, a tím i vyšším procentem komplikací. Čistě segmentální zlomeniny (AO 42-C2) jsou vzácné a běžně se prolínají s komplexními kominutivními zlomeninami (AO 42-C3). Způsob terapie závisí na typu zlomeniny, stavu měkkých tkání, celkovém stavu pacienta, a často vyžaduje mezioborovou spolupráci traumatologa, cévního či plastického chirurga.

Většinu souboru tvořili muži v počtu 35 pacientů (81%), ženy naopak zastupovaly menší procento v počtu 8 pacientek (19%). Průměrný věk celého souboru byl 50 let. Nakonec jsme zhodnotili 45 zlomenin, 2 pacienti měli zlomeniny obou bérců. Segmentálních zlomenin bylo ošetřeno 27 (60%), u 6 se jednalo o otevřené zlomeniny (22%). Komplexních kominutivních zlomenin bylo 18 (40%), zde k otevřené zlomenině došlo v 10 případech (56 %). Jako primární způsob ošetření byla nejčastěji zvolena osteosyntéza hřebem, a to u 32 pacientů (71 %). Úhlově stabilní dlahy byla provedena v 5 případech (11%) a zevní fixace v 8 případech (18%). U pacientů primárně léčených na zevním fixátéru došlo ve druhé době ke konverzi na vnitřní osteosyntézu hřebem u 5 pacientů, na dlahu u 2 pacientů a 1 pacient byl doléčen na zevním fixátéru. Nekomplikovaného zhojení u zlomenin typu C2 bylo dosaženo u 14 zlomenin, a to v průměru 15 měsíců od úrazu. V případě zlomenin typu C3 bylo při použití hřebu dosaženo nekomplikovaného zhojení u 9 zlomenin, v průměru 18 měsíců od úrazu. Při použití úhlově stabilní dlahy došlo k nekomplikovanému zhojení u 5 zlomenin v průměru 13 měsíců od úrazu.

Výskyt obou typů komplexních zlomenin bérce byl srovnatelný. Osteosyntéza hřebem je metodou volby zejména u C2 zlomenin, které se v průměru zhojily za 15 měsíců. Zlomeniny typu C3 se v průměru hojily déle, celkem 18 měsíců. Je u nich možné i využít úhlově stabilní dlahy, kdy tyto zlomeniny měly v našem souboru kratší dobu hojení, a to 13 měsíců.

Zlomenina hlezna komplikovaná poraněním měkkých tkání*Kuznetsov B.**Nemocnice Roudnice nad Labem*

Zlomenina hlezna není jen záležitostí poranění skeletu a jeho osteosyntézou. Vždy je nutné brát v úvahu i stav měkkých tkání, správně časování osteosyntézy a péči o kožní kryt, zvažování zda a jakou přídatnou imobilizaci využít. Pokud toto opomineme, může to vést k prodloužení hojení, zvýšenému riziku infektu, případně i k ohrožení celé končetiny. Pokud je to vyžadováno, je vhodné volit fázové ošetřování.

Geriatrické zlomeniny hlezna*Štěpánek K., Bartoška R., Mašek J.**Ortopedicko-traumatologická klinika Fakultní nemocnice Královské Vinohrady a 3.LF UK*

Vzhledem ke stárnutí populace vzrůstá i incidence geriatrických zlomenin hlezna. Tyto zlomeniny vzhledem ke špatnému stavu měkkých tkání, časté osteoporóze a heterogenitě geriatrické populace vyžadují specifický a individuální léčebný přístup. Existuje několik vhodných terapeutických metod, které by měli kromě obnovení anatomických poměrů v hlezenním kloubu také umožnit časnou vertikalizaci a zátěž operované končetiny a tím snížit morbiditu těchto pacientů.

Řešení kraniotraumat v extrémních podmínkách*Burget F., Doll D., Kraus J., Hora A.**I. chirurgická klinika – břišní, hrudní a úrazové chirurgie 1. LF UK
a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze*

Autoři předkládají zkušenosti při triagi, určení prognózy a následné léčby u pacientů se závažným poraněním hlavy, kteří byli ošetřeni v nemocnici Chirs Hani Baragwarath Hospital v jihoafrickém Johannesburgu v 3 leté retrospektivní studii.

Biomarkery mTBI v roce 2026*Parák T., Hoffmannová A.; Veselý R.; Suchý P.**Úrazová nemocnice Brno, Centrum laboratorní medicíny**Klinika traumatologie LF MU**ÚHFT FAF MU*

V problematice malých poškození mozku (mTBI), definovaných pomocí GCS a modifikujícími faktory, se dostaly do popředí biomarkery GFAP a UCGL-1. Zásadně se hodnotí oba markery současně, vyšetření je doporučeno u pacientů do 12 hod. od úrazu, ve věku 18 - 65 let. Negativní výsledek obou biomarkerů představuje významný negativní prediktor, který s vysokou pravděpodobností vylučuje intracerebrální poškození a navozuje otázku, zda je nutné provádět CT vyšetření i u malých poškození mozku. V řadě zahraničních zemí se vyšetření biomarkerů standartně provádí a jednotlivé národní guidelines stanovují podmínky, za kterých není nutné při malých úrazech hlavy provádět CT mozku. Vyšetření GFAP a UCGL-1, která provádíme v ÚN, splňují kritéria IVDR a jsou pro ČR schváleny SÚKL. Širšímu použití v ČR zatím brání mimo jiné fakt, že u nás zatím není schválena úhrada zdravotními pojišťovnami, řada pracovišť nemá k dispozici adekvátní přístrojové vybavení a v neposlední řadě také absence českých meziobrových guidelines, které by použití biomarkerů mTBI a CT přesněji vymezovaly. Pravděpodobně je ale jen otázka času, kdy se biomarkery stanou nedílnou a nutnou součástí vyšetření pacientů s podezřením na traumatické (nebo i jiné) poškozením mozku.

Problematika diagnostiky a terapie otřesu mozku ve sportu*Demel J., Kalusková I., Stránský J., Nevšímalová M., Hon P.**Klinika úrazové chirurgie a ortopedie Fakultní nemocnice Ostrava a LF OU*

Sport related Concussion je nosologická jednotka, které se ve světě věnuje čím dál větší pozornost. Autoři ve svém sdělení poukazují na problematiku zvedení SCAT protokolu v českém sportu, zejména hokeji. Nabízejí přehled současné úrovně diagnostiky a terapie mTBI v České republice.

Antegrádní hřebování proximálního humeru z Neviaserova přístupu*Vinter L.**Traumatologická klinika Fakultní nemocnice Olomouc*

Úvod: Antegrádní hřebování humeru z anterolaterálního přístupu je v současnosti rutinní výkon k řešení zlomenin proximální části a diafýz humeru. Jako ještě méně invazivní lze zvolit také Neviaserův přístup.

Popis přístupu: Neviaserův portál je znám při artroskopických operacích ramene. Jedná se o prostor mediálně od skloubení laterálního klíčku a akromia.

Indikace: Na našem pracovišti užíváme k řešení zlomenin proximálních metafýz a diafýz humeru u méně muskulatorních a starších pacientů.

Provedení a poloha pacienta

Poloha pacienta je možná vleže, v mírném polosedu s polohovanou hlavou do strany nebo beach chair poloha.

Z instrumentáříí užíváme Synthes implantáty - Multiloc nebo Targon.

Pod RTG zavedení dlouhého K- drátu a nalezení enterpointu, minincize, šídlo a zavedení implantátu, klíčová je repozice. Používáme mechanickou ruku Trimano.

Kontraindikace: Muskulatorní pacient- cíliče obou implantátů nedovolí dostatečné zanoření hřebu do kosti. Z našeho pohledu nevhodné u mladých pacientů (následná extrakce v podstatě z Neviasera nelze) a tříštivých zlomenin proximálního humeru.

Závěr: Alternativní Neviaserův přístup považujeme za výhodný u starších normostenických pacientů z důvodu menší invazivity, rychlejšímu provedení a také snížení RTG zátěže. Při užití mechanické ruky rovněž není třeba asistence dalšího traumatologa.

Implantace endoprotézy kyčle v léčbě zlomenin krčku: srovnání let 2009 a 2023*Koranda T.¹, Dáňa J.¹, Salášek M.², Marvan J.¹**¹Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a FNKV v Praze**²Klinika ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí LF UK a FN v Plzni*

Cílem studie bylo porovnat dva soubory pacientů, u nichž byla v letech 2009 a 2023 implantována totální (TEP) nebo cervikokapitální (CCEP) endoprotéza kyčelního kloubu pro zlomeninu krčku femuru, a identifikovat faktory spojené s výskytem komplikací vyžadujících reoperaci a s úmrtím. Retrospektivně byla analyzována data pacientů operovaných v uvedených letech na Ortopedicko-traumatologické klinice 3. LF UK a FNKV.

Studie zjistila, že během 14 let došlo k nárůstu věku pacientů u všech typů TEP, dále ke zvýšení průměrné hodnoty BMI a prevalence polymorbidity, tedy zhoršení zdravotního stavu pacientů léčených pro zlomeninu krčku femuru. Ve sledovaném období však bylo zaznamenáno nižší riziko úmrtí do 2 let od operace. Výsledky také potvrdily, že rizikovými faktory pro vznik komplikace s nutností revizní operace jsou věk a odklad operace o více než 48 hodin od úrazu.

Absence bérce, cesta k excelenci „Gutta alcoholis in manibus traumatologi – benedictio patienti“*Szmolka D., Krტიčka M.**Klinika úrazové chirurgie LF MU a Fakultní nemocnice Brno*

Akutní pouřazová amputace v oblasti dolních končetin s sebou nese témata, která stavi traumatologa před nesnadná rozhodnutí #rychle. Otázka „amputovat či nikoliv“ je pouze začátkem, na který navazuje zvolení optimálního způsobu ošetření tak, abychom mohli předejít časným i pozdním komplikacím našeho výkonu a připravit jak pacienta, tak samotnou oblast našeho chirurgického zájmu na vyhovující řešení v následujících krocích. Zároveň je ošetření amputačního pahýlu v časné i pozdní fázi předmětem zájmu vývoje biotechnologií, implantátů i robotické protetiky.

V přednášce sekce „Mladých traumatologů“ budou prezentovány výsledky našeho hodnocení souboru případů na Klinice úrazové chirurgie FNB s důrazem na komplikace a možnosti jejich prevence. Navazovat budou výstupy rešersního šetření jak sporných témat, tak současného vývoje v oblasti biotechnologií a implantátů, předcházející zavedení, v ČR dosud ojedinelého, ošetření pahýlu osteointegračním hřebem na našem pracovišti.

Komplikace otevřené zlomeniny bérce – aneb co všechno je pacient schopen podstoupit pro záchranu končetiny*Dobešová V., Uhrin A., Stankoviánsky P., Křivohlávek M., Pazour J.**Krajská nemocnice Liberec, a.s., Traumatologicko-ortopedické centrum se Spinální jednotkou*

Otevřené zlomeniny bérce jsou typické pro vysokoenergetické úrazy, nejsou však zcela raritní při prostých pádech s rotací končetiny.

Autoři prezentují kazuistiku geriatrického pacienta léčeného na pracovišti autorů pro otevřenou zlomeninu bérce po dobu 1,5 roku s tím, že léčba není stále ukončena. V průběhu léčby docházelo ke komplikacím více či méně očekávaným, které souvisely kromě vlastní zlomeniny též s polymorbiditou a křehkostí seniorského věku. Rozhodnutí o amputaci končetiny v určité fázi léčby by pravděpodobně výrazně zkrátilo dobu léčení a zlepšilo kvalitu života pacienta, nicméně v tomto konkrétním případě odmítnutí výkonu ze strany pacienta vedlo k "nekonečnému příběhu".

Hlemýžď' útočí, aneb komplikované hojení bérce*Tkaczyková A.**Krajská nemocnice Liberec, a.s.*

Naše kazuistika prezentuje komplikované hojení otevřené zlomeniny bérce. Snažíme se poukázat na základní principy ošetření otevřené zlomeniny, včetně fázového ošetření. Za důležité považujeme dobrou mezioborovou spolupráci. I přes veškerou snahu nám naši léčbu komplikuje nečekaný "faktor".

Závažná infekční komplikace po extrakci osteosyntetického materiálu u dítěte*Demlová G., Slívová I.**Chirurgická klinika, Fakultní nemocnice Ostrava a LF OSU*

Extrakce osteosyntetického materiálu patří mezi rutinní výkony dětské traumatologie a je považována za bezpečný zákrok s minimálním rizikem komplikací. Presentujeme kazuistiku dětské pacientky, u které došlo po plánované extrakci osteosyntetického materiálu k rozvoji závažné infekční komplikace vyžadující intenzivní péči.

3D tisk v plánování operací v kostní chirurgii – první zkušenosti*Vlasák M., Macák D., Skála-Rosenbaum J.**Fakultní nemocnice Královské Vinohrady*

3D tisk je aditivní metoda výroby materiálů. Kromě průmyslových a hobby odvětví se v posledních letech začíná stále více využívat 3D tisk i v medicínském prostředí.

Cílem využívání 3D tisku je především personalizace léčby, kdy pomocí individuálního přístupu zaměřeného na konkrétního pacienta, jsme schopni lépe porozumět konkrétním potřebám pacienta a zároveň i lépe přizpůsobit léčbu.

Na naší klinice od listopadu 2025 provozujeme 3D tisk, který zatím používáme k předoperačnímu plánování. Tímto způsobem jsme prozatím byli schopni využít 3D tisk k ošetření 16-ti pacientů.

Naše přednáška bude zaměřena na seznámení s 3D tiskem v traumatologii a jeho praktickým využitím na naší klinice. Máme připraveny 3 kazuistiky, ve kterých ukážeme výhody 3D tisku v rámci předoperačního plánování.

Anatomická eponyma v ortopedii - dolní končetiny*Musil V.^{1,2,3}, Kachlík D.^{1,2,4}*¹Ústav anatomie 2. LF UK, Praha²CESKA – Centrum pro endoskopickou, chirurgickou a klinickou anatomii 2. LF UK, Praha³Středisko vědeckých informací, 3. LF UK, Praha⁴Katedra zdravotnických studií VŠPJ, Jihlava

Poslední funkční verze anatomického názvosloví, tedy Terminologia Anatomica (TA) z roku 1998, neobsahuje žádná eponyma spojená s oborem ortopedie, nicméně v klinické praxi se mnohá používají. Nejznámějším, a to i pro laiky, je eponymum Achillova šlacha, podle bájného řeckého hrdiny. Další se týkají zejména vazů, čárů, trojúhelníků a hrbolků, které nesou pojmenování podle velkých osobností anatomie a medicíny – Adams, Amantini, Babcock, Barkow, Bellini, Bertin, Bigelow, Blumensaat, Bourgerie, Bryant, Cruveilhier, Farabeuf, Henry, Hilgenreiter, Hoffa, Humphry, Chopart, Kager, Kaplan, Langenbeck, Lisfranc, Meckel, Mikulicz, Nélaton, Ogston, Perkins, Roser, Salvi, Shenton, Shoemaker, Vesalius, Weber, Weitbrecht, Winslow a Wrisberg.

Cílem tohoto sdělení je shrnout definice a odpovídající oficiální latinské termíny výše zmíněných eponym pro jednodušší orientaci v literatuře.

Břišní kompartment syndrom a dočasný uzávěr laparotomie*Bystřický P., Šuhájek S., Pták P.**Chirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.*

Břišní kompartment syndrom má mnoho příčin, ať už traumatických, či netraumatických. Má řadu negativních dopadů na různé orgánové funkce a může vést k multiorgánovému selhání. Po vyčerpání konzervativních možností ovlivnění zvyšujícího se nitrobřišního tlaku je proto nutné zvážit provedení dekompresní laparotomie a následně k založení provizorního uzávěru laparotomie ke kontrole nitrobřišní patologie a prevenci recidivy kompartment syndromu. Možnosti dočasného uzávěru laparotomie zaznamenaly v posledních dekádách rychlý vývoj, od statických po dynamické, které kombinují např. nesmáčivé vrstvy, fasciální trakci, podtlakovou terapii. Žádná z těchto technik není zcela bezpečná a spolehlivá, nicméně jejich aplikace vede ke snížení morbidity i mortality. Péče o tyto pacienty ve velmi těžkém stavu vyžaduje multidisciplinární přístup a základní znalosti o technikách rekonstrukce břišní stěny.

Laparostoma na principu podtlaku v klinické praxi*Červinka V., Sákra L., Neumann F., Podlas M., Zakharchenko D., Litvinov F., Lubwama D.**Chirurgické oddělení, Městská nemocnice Čáslav,**Chirurgická klinika Pardubice, Endoskopické centrum ON Kolín*

Úvod: Využití podtlakové léčby (negative wound pressure therapy -NWPT) v datujeme v chirurgii od v 90 let dvacátého století. Postupem času byla zavedena do klinické praxe a v současné době se používá napříč spektrem jednotlivých chirurgických oborů všeobecnou chirurgií počínaje přes ortopedii, traumatologii, cévní chirurgii, gynekologii, urologii a hrudní chirurgii a kardiochirurgií konče.

Materiál a Metodika: Laparostoma na principu podtlaku se užívá při abdominálním kompartmentu, obtížném uzávěru dutiny břišní nebo při rozvoji abdominálních katastrof. Systém se skládá z polopropustné folie, kterou lze pokrýt kličky střevní tak, aby nedocházelo ke kontaktu mezi pěnou a orgány dutiny břišní. Tímto se eliminuje riziko artefciálního vytvoření střevní píštěle. Dále systém obsahuje pěnu a terčík s odsávací hadičkou. Vše se následně napojí na generátor podtlaku. Tento systém nejenom odsává patologický obsah dutiny břišní, ale také odsává patologický obsah na úrovni stěny břišní, kterou dekontaminuje a čistí. To následně umožní efektivnější suturu stěny břišní.

Kazuistiky: Autoři prezentují tři kazuistiky z Chirurgického oddělení v Čáslavi a Chirurgické kliniky v Pardubicích, kdy byl tento systém použit.

Závěr: Laparostoma na podkladě podtlaku je s výhodou využíváno při obtížném uzávěru dutiny břišní, obtížném uzávěru dutiny břišní nebo při rozvoji abdominálních katastrof.

Abdominální kompartment syndrom v urgentní chirurgii*Glombová K., Prudius V., Sasínek F., Červeňak V., Novosadová K., Penka I.**I. chirurgická klinika Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně a LF MU*

Abdominální kompartment syndrom (AKS) je život ohrožující stav definovaný trvalým zvýšeným nitrobřišním tlakem (IAP) >20 mmHg s novou orgánovou dysfunkcí, často způsobující multiorgánové selhání. Je důsledkem těžkého poranění břicha, rozsáhlé tekutinové resuscitace nebo sepse. Zlatým standardem pro měření je nepřímé monitorování tlaku pomocí močového katétru. Mezi příčiny vzniku patří náhlé příhody břišní (zejm. akutní pankreatitida), trauma (hemoperitoneum), střevní obstrukce nebo stavy po komplikovaném uzávěru dutiny břišní. Základním problémem AKS je orgánové selhání a pokud není včas zahájena adekvátní léčba má vysokou mortalitu.

Léčba AKS se zaměřuje na rychlé snížení nitrobřišního tlaku (IAP) za účelem obnovení perfuze orgánů, primárně prostřednictvím urgentní chirurgické dekomprese (laparotomie) v závažných refrakterních případech. Počáteční léčba zahrnuje lékařské intervence ke snížení objemu břicha, jako je evakuace intraluminálního obsahu (nazogastrické/rektální sondy), drenáž ascitu, zlepšení poddajnosti břišní stěny a opatrné hospodaření s tekutinami.

Mezi nové postupy v managementu vysokého IAP a AKS patří používání botulotoxinu (Botox/BTX-A). Primárně se používá před operací k prevenci AKS při komplexních operacích kýl. Vyvolává chabou paralýzu svalů laterální břišní stěny (mm. obliques/transversus abdominis), což zvyšuje poddajnost břišní stěny, snižuje napětí a umožňuje snadnější a bezpečnější uzavření fascie.

Další možnosti managementu AKS, obzvláště v terénu náhle příhody břišní, je využití vertikální fasciální trakce u open abdomen (IFT). Primárně je IFT určený k léčbě otevřeného břicha (laparostomie) a prevenci AKS. Funguje na principu kontinuální vertikální trakce (tahu) za fasciální okraje břišní stěny, čímž se zvyšuje objem dutiny břišní a snižuje intraabdominální tlak. Zařízení vytváří řízený tah na fascii, což zabraňuje její retrakci a zároveň zvyšuje intraabdominální objem. Tím působí proti hlavní příčině AKS, což je kriticky zvýšený tlak v dutině břišní. Technika umožňuje časnou primární uzavěření fascie (early closure), snižuje riziko vzniku velkých ventrálních kýl a poskytuje možnost ošetřování otevřené rány. Na rozdíl od horizontálních metod (např. vakuová terapie/NPWT) přináší IFT vertikální tah, který efektivně rozšiřuje břišní stěnu. Zařízení lze kombinovat s metodami podtlakové terapie (NPWT), umožňuje snadnou manipulaci a také rychlou demontáž při vzniku akutních stavů na JIP. IFT tak představuje moderní přístup k damage control chirurgii, který má za cíl snížit mortalitu a morbiditu spojenou s otevřeným břichem.

K dalším strategiím přinášejícím benefit pacientům s open abdomen patří dynamická sutura přední břišní stěny, která také slouží jako významné preventivní opatření proti retrakci břišní stěny. Obdobným způsobem jako IFT snižuje incidenci pooperačních kýl a přispívá k následnému efektivnímu uzávěru břišní stěny.

Po stopách compartment syndromu v ambulanci chronických ran – kazuistika chronického defektu bérce*Hrubovčák J., Jalůvka F., Valentová M., Zaccpálková M., Dranková K., Wolgemuthová J.**Chirurgická klinika Fakultní nemocnice Ostrava*

Kompartment syndrom je komplikací, která se může vyskytnout po takřka všech frakturách bérce. Prognóza se shoršuje při dlouhých intervalech mezi nástupem a léčbou. Ne všechny compartment syndromy však mají klasickou klinickou prezentaci. Uvedená kazuistika popisuje pacienta s chronickým defektem bérce, který byl způsoben nerozpoznaným compartment syndromem. Příčinná souvislost defektu bérce a proběhlým compartment syndromem po fraktuře proximální tibie byla zjištěna až dodatečně více než 2 roky po úrazu. Léčba defektu jako neskorá komplikace způsobená compartment syndromem trvala přes 15 měsíců, vyžadovala operaci a desítky ambulantních kontrol. Náklady pojišťovny tvořily přes 250000 Kč. Kazuistika připomíná, že compartment syndrom není omezen pouze na vysokoenergetické úrazy a může skomplikovat i zdánlivě jednoduché fraktury.

Klíčová slova: fraktura bérce, compartment, chronický defekt

Ischemicko-reperfúzní syndrom v traumatologii*Macák D., Skála-Rosenbaum J.**Fakultní nemocnice Královské Vinohrady*

Ischemicko-reperfúzní syndrom představuje komplexní patofyziologický proces, který vzniká při obnovení průtoku krve do dříve ischemické tkáně. Ačkoli je reperfúze nezbytná pro záchranu životaschopných buněk, paradoxně může vést k dalšímu poškození tkání. Tento jev je klinicky významný zejména u pacientů s akutním infarktem myokardu, cévní mozkovou příhodou, transplantacemi orgánů, při chirurgických výkonech spojených s dočasnou ischemizací nebo při kompartment syndromu.

Mechanismus ischemicko-reperfúzního poškození zahrnuje nadprodukcí reaktivních forem kyslíku, intracelulární přetížení vápníkem, aktivaci zánětlivé odpovědi a dysfunkci endotelu. Reperfúze vede k aktivaci neutrofilů, zvýšené expresi adhezivních molekul a k poruše mikrocirkulace, což může vyústit v tzv. „no-reflow“ fenomén. Významnou roli hraje také mitochondriální dysfunkce a otevření mitochondriální permeability transition pore (mPTP), které spouští apoptózu či nekrózu buněk.

Klinické projevy se liší podle postiženého orgánu, avšak mohou zahrnovat poruchu funkce orgánu, arytmie, edém či systémovou zánětlivou odpověď. Navzdory pokroku ve výzkumu zůstává ischemicko-reperfúzní syndrom významnou příčinou morbidit a mortality.

Význam a založení traumacentra. Péče o pacienta s polytraumatem*Kocourová I., Šimůnková P.**Fakultní nemocnice Královské Vinohrady*

Úvod: Polytrauma představuje závažný stav, při kterém dochází k současnému poranění více orgánových systémů a bezprostřednímu ohrožení života pacienta. Z pohledu ošetřovatelství se jedná o vysoce náročnou situaci, která klade vysoké nároky na odborné znalosti, rychlé rozhodování a schopnost týmové spolupráce. Sestra má v péči o pacienta s polytraumatem nezastupitelnou roli již od prvního kontaktu s pacientem až po následnou intenzivní a rehabilitační péči.

Tělo: Ošetřovatelská péče o pacienta s polytraumatem vychází z principů systematického hodnocení stavu podle ABCDE, na jejichž realizaci se sestra aktivně podílí. Mezi klíčové činnosti patří zajištění průchodnosti dýchacích cest, asistence při oxygenoterapii a umělé plicní ventilaci, monitorace vitálních funkcí a včasné rozpoznání známek zhoršení stavu. Sestra se podílí na zajištění žilních vstupů, podávání infuzní terapie, krevních derivátů a léčiv dle ordinace lékaře. Důležitou součástí péče je prevence hypothermie, správná manipulace s pacientem a důsledná dokumentace. V rámci dlouhodobé péče se sestra zaměřuje na prevenci komplikací, jako jsou infekce, dekubity či tromboembolická nemoc, a poskytuje podporu pacientovi i jeho rodině.

Závěr: Ošetřovatelská péče o pacienta s polytraumatem je komplexní, dynamický proces vyžadující vysokou míru profesionality a odpovědnosti. Aktivní role sestry, její schopnost rychle reagovat a efektivně spolupracovat v multidisciplinárním týmu zásadně ovlivňují průběh léčby i celkovou prognózu pacienta.

Polytrauma ve FN Brno v roce 2025: Mechanismy úrazů, zátěž traumacentra a klinické výsledky**Šrámková L., Novotná M.***Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny LF MU a Fakultní nemocnice Brno*

Prezentace shrnuje epidemiologická data polytraumatizovaných pacientů hospitalizovaných ve FN Brno v roce 2025. Zaměřuje se na celkový počet přijatých pacientů, mechanismů úrazů, tíži poranění a potřebu intenzivní péče. Součástí bude analýza délky hospitalizace, časných klinických výsledků a jednotlivých složek péče. Úvodní přehled vytváří rámec pro pochopení trendů komplexní multioborové péče.

Organizace hromadného postižení osob na Oddělení urgentní medicíny - role sestry**Kopecký J.***Oddělení urgentní medicíny Krajské nemocnice Liberec, a.s*

Hromadné postižení osob představuje pro oddělení urgentní medicíny mimořádnou zátěž, která klade vysoké nároky na organizaci péče, koordinaci týmů a efektivní komunikaci. Přednáška se zaměřuje na obecné principy zvládnání hromadného neštěstí v nemocničním prostředí se zvláštním důrazem na klíčovou roli všeobecných sester v celém procesu. Pozornost je věnována aktivaci traumatologického plánu, řízení provozu urgentního příjmu, formování traumatýmů, třídění pacientů podle medicínských priorit a organizaci příjmových míst. Zdůrazněna je nezbytnost jasně definovaných kompetencí, dodržování standardizovaných postupů a checklistů, stejně jako význam jednoznačné a strukturované komunikace napříč profesemi. Specifická role sestry je prezentována nejen v přímé péči o pacienty, ale také v oblasti koordinace, logistiky, dokumentace a zajištění plynulého chodu pracoviště. Součástí sdělení jsou také organizační a personální aspekty zvládnání mimořádných událostí, včetně rychlé mobilizace personálu, práce v náhradních prostorách a řešení atypických situací, jako je identifikace pacientů nebo péče o dětské pacienty. Závěrem jsou shrnuta klíčová poučení pro praxi a možnosti optimalizace postupů s cílem zvýšit připravenost urgentních příjmů na situace s hromadným postižením osob. Přednáška nabízí praktický pohled na fungování urgentního příjmu při hromadném neštěstí a podtrhuje zásadní význam sester jako stabilizačního a organizačního prvku celého systému.

Aktivace traumaplánu chirurgické kliniky FNKV a role sestry

Houlíková P., Koudelková B., Šafrová N.

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Úvod: Prezentace je zaměřena na praktické fungování traumaplánu v podmínkách chirurgické kliniky, včleně kapacity lůžek, personálního zajištění a role jednotlivých pracovišť při příjmu a třídění pacientů dle triážního systému. Zvláštní důraz je kladen na spolupráci s přednemocniční neodkladnou zdravotní péčí a významu jasně definovaných kompetencí.

Traumatologický plán představuje klíčový nástroj připravenosti nemocnice na řešení hromadných neštěstí a mimořádných událostí s vyšším počtem zraněných. Chirurgická klinika FNKV hraje v tomto systému významnou roli, zejména v oblasti péče o pacienty v přímém ohrožení života.

Cíl: Cílem je představit proces aktivace traumatologického plánu na chirurgické klinice FNKV a poukázat na významnou roli sestry v jeho praktickém fungování. Pozornost je věnována organizaci příjmů pacientů, triáži a kapacitním možnostem pracoviště.

Metodika: Prezentace vychází z metodických pokynů a směrnic Fakultní nemocnice Královské Vinohrady.

Závěr: Vyhlášení a spuštění traumatologického plánu znamená pro všechny zaměstnance stresovou a náročnou situaci, která vyžaduje klid, soustředění a efektivní spolupráci. Role sestry při aktivaci je klíčová a náročná. Sestra JIP 1 má při aktivaci traumatologického plánu na chirurgické klinice FNKV významnou roli, zejména v úvodní fázi mimořádné události. Její úloha spočívá nejen v přímé péči o pacienty, ale také v organizačních a koordinačních činnostech. V krizových situacích je sestra často jedním z prvních článků řetězce nemocniční péče a její připravenost, zkušenosti a schopnost týmové spolupráce zásadně ovlivňují kvalitu a bezpečnost poskytované péče. Z prezentace vyplývá nezbytnost pravidelného nácviku traumatologického plánu, který přispívá ke zvýšení připravenosti personálu, zlepšení týmové spolupráce a minimalizaci chyb v krizových situacích. Pravidelná cvičení jsou zásadní pro udržení funkčnosti traumaplánu v praxi a zajištění bezpečné a efektivní péče o pacienty při mimořádných událostech.

Emergency v praxi*Zářecká K.**Fakultní nemocnice Hradec Králové*

Emergency je vstupní branou pro velkou část akutních pacientů Fakultní nemocnice Hradec Králové. Oddělení se nikdy v historii působení neuzavřelo ani na chvíli. Funguje jako nízkoprahové i vysokoprahové. Za rok přes něj projde necelých padesát tisíc pacientů. Spádovost je obrovská. Cílem přednášky je seznámení s naší klinikou a náročným provozem. Určitě to stojí za to.

Spinální trauma z pohledu sestry**Chodúrová L.***Ortopedicko - traumatologická klinika Fakultní nemocnice Královské Vinohrady*

Přednáška se zaměřuje na problematiku spinálního traumatu z pohledu sestry jako nelékařského zdravotnického pracovníka. V dnešní uspěchané době spinální traumata představují závažný medicínský i ošetrovatelský problém s významným dopadem na kvalitu života pacienta. Ošetrovatelská péče je velice důležitá v akutní fázi, ale i v následné dlouhodobé péči. Přednáška bude zaměřená na specifickou péči o pacienty se spinálním traumatem, především o zajištění základních životních funkcí, prevence sekundárního poškození, řešení bolesti a prevence komplikací - dekubity, respirační obtíže, infekce. Důraz bude kladen na význam spolupráce, komunikace s pacientem a jeho rodinou a psychologické aspekty péče. Přednáška nabídne komplexní pohled na roli sestry v péči o pacienty se spinálním poraněním. Je určena nelékařským zdravotnickým pracovníkům, kteří se s touto problematikou setkávají v klinické praxi.

Od avíza k dimisi*Odvárko F., Brozová S.**Fakultní nemocnice Královské Vinohrady*

Péče o traumatologického pacienta představuje komplexní proces, který klade vysoké nároky na odbornost, rychlost a organizaci práce nelékařského zdravotnického personálu (NLZP). Tato prezentace mapuje cestu pacienta systémem traumatologické péče od prvotního kontaktu až po jeho propuštění.

Úvodní část se zaměřuje na klíčovou fázi příjmu avíza od zdravotnické záchrané služby a přípravu trauma týmu či přijímací ambulance. Popisuje proces převzetí pacienta, zajištění vitálních funkcí, realizaci akutních lékařských ordinací a koordinaci nezbytných vyšetření (zobrazovací metody, laboratoř).

Další část prezentace ukazuje specifika ošetrovatelské péče standardním chirurgickým oddělení. Důraz je kladen na monitoraci, polohování a rehabilitaci. Prezentace vyzdvihuje nezastupitelnou roli multidisciplinárního týmu – spolupráci s lékaři, fyzioterapeuty, nutričními terapeuty a sociálními pracovníky. Cílem tohoto řetězce činností je nejen stabilizace zdravotního stavu, ale především včasná mobilizace, prevence komplikací a návrat pacienta do běžného života, zakončený úspěšnou dimisí.

Uplatnění virtuální reality v ošetrovatelském procesu*Holeček O., Zlotorovičová V., Hodanová Y.**Fakultní nemocnice Plzeň*

Virtuální realita (VR) představuje rychle se rozvíjející nástroj s rostoucím uplatněním ve zdravotnictví. Přednáška se zaměřuje na praktické využití VR v péči o pacienty v nemocničním prostředí, a to jak v oblasti diagnostiky a rehabilitace, tak ve vzdělávání zdravotnických pracovníků

V klinické praxi je VR využívána jako podpůrný nástroj při funkční diagnostice a cílené rehabilitaci, kde umožňuje individualizaci terapie, zvýšení motivace pacientů a objektivní sledování jejich pokroku. Součástí přednášky je kazuistika pacienta s řezným poraněním, u kterého byla VR použita jak v procesu ošetření, tak následně v rehabilitační péči. Kazuistika ilustruje přínosy VR z hlediska efektivity rehabilitace a zapojení pacienta do léčebného procesu.

Cílem přednášky je představit konkrétní zkušenosti z praxe a diskutovat možnosti dalšího rozvoje VR technologií ve zdravotnictví.

Od úrazu po kranioplastiku

Čáslavská K., Ťopková K.

Neurochirurgická klinika Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Ve sdělení bychom chtěli na kazuistice pacienta po pádu s úderem do hlavy se subdurálním krvácením sdělit jaké nastali po operaci komplikace, jak závažné toto poranění může být, je důležitá sounaležitost rodiny a multioborového týmu v péči o pacienta. Závěrem objasníme problematiku kranioplastik.

Těžké intracerebrální krvácení u těhotné ženy ve 33. týdnu**Hortová A., Šrámková L., Novotná M.***Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny LF MU a Fakultní nemocnice Brno*

Kazuistika představuje těhotnou pacientku s náhle vzniklým masivním intracerebrálním krvácením způsobeným rupturou aneuryzmatu. V souladu s prioritou záchrany života matky byl nejprve proveden urgentní neurochirurgický výkon, následovaný okamžitým ošetřením aneuryzmatu s cílem zastavit krvácení a stabilizovat intrakraniální tlakové poměry. Vzhledem k přetrvávajícímu riziku ohrožení plodu i matky byla poté bezprostředně navazujícím krokem provedena akutní sekce. Presentace demonstruje náročnou koordinaci neurochirurgie, anestezie, gynekologie a neonatologie v situaci, kdy je nutné rychle rozhodovat o intervencích ovlivňujících dva životy. Současně zdůrazňuje etickou náročnost, komunikaci s rodinou a význam realistické prognózy v kritickém stavu.

Klíčová slova: intracerebrální krvácení; rupturované aneuryzma; těhotenství 33. týden; neurochirurgie; akutní císařský řez; etická rozhodnutí.

Ergoterapie u osob s traumatickým poraněním mozku – co ztrácíme, když přijde pozdě*Firlová K., Pavlovcová E.**Fakultní nemocnice Královské Vinohrady*

Traumatologická péče se v současnosti nezabývá jen akutním ošetřením pacienta, ale čím dál častěji se zaměřuje také na obnovu funkčních schopností a soběstačnosti. V této fázi se ergoterapeut stává nedílnou součástí multidisciplinárního týmu, a to již v akutní fázi hospitalizace pacienta.

Tento příspěvek má za cíl účastníky seznámit s potenciálem ergoterapie u pacientů s traumatickým poškozením mozku. Ukáže vliv zahájení terapie již v začátku hospitalizace a jaký může mít dopad na prognózu pacienta a jeho návrat do běžného života, pokud není zahájena včas. Budou představeny základní postupy a využívané metody z praxe.

V rámci metodiky je příspěvek založen na klinické praxi ergoterapeutů Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, oddělení akutní rehabilitace, následné intenzivní neurorehabilitace a neurologie. Také jsou shrnuty aktuální přehledy odborných publikací z oblasti ergoterapie v traumatologii.

V závěrečné části je prostor pro diskutování na témata týkající se přínosu ergoterapeutické intervence v traumatologii, zkušenosti se spoluprací v rámci multidisciplinárního týmu a další.

Úspěšný boj s pooperační bolestí

Žabenská E., Žambochová K.

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Klinika anesteziologie a resuscitace – Acute Pain Service (APS)

Úspěšná léčba pooperační bolesti je přímým výsledkem systematické a společné péče celého zdravotnického týmu. Tým pro léčbu akutní bolesti APS v roce 2025 realizoval celkem 2891 vizit. Statistické ukazatele vykazují průměrnou délku péče 4 dny, přičemž medián činí 2,75 dne. Významnou skupinu tvořili pacienti s chronickou bolestí, u nichž byla prioritou koordinace a zajištění kontinuity jejich dlouhodobé terapie v průběhu hospitalizace. Zásadním pilířem úspěchu v léčbě pooperační bolesti je včasná intervence APS týmu v situacích, kdy je stávající léčba neúčinná nebo nedostatečná. Pro překlenutí časného pooperačního období se snesitelnou mírou intenzity bolesti je významné načasování analgezie před rehabilitací, transportem pacienta nebo překlady mezi odděleními. Odborná úroveň péče byla zvýšena technickou precizností při fixaci a aplikaci epidurální analgezie nebo periferních nervových blokad. V metodách léčby pooperační bolesti mají nefarmakologické postupy, jako je polohování, aplikace chladu či tepla a empatický přístup personálu, nezastupitelnou hodnotu. Aktivní naslouchání a vytvoření pocitu bezpečí pomáhá pacientům lépe zvládnout bariéry v komunikaci o jejich bolesti a se zpracováním emocí. Včasné řešení komplikací a aktivní reakce na nevhodně nastavenou terapii jsou zásadními kroky v prevenci pooperační bolesti. Synergie mezi APS a ošetřujícím týmem vede k reálnému zlepšení komfortu pacientů a tím i k včasné rekonvalescenci.

Klíčová slova: APS tým, pooperační bolest, synergie péče, nefarmakologické postupy, kontinuita léčby, načasování analgezie, epidurální analgezie, nervové blokády, prevence komplikací, empatie.

Neuromonitoring v intenzivní péči**Hartmanová M.**¹*Fakultní nemocnice Brno, Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Oddělení resuscitační a intenzivní medicíny*²*Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Ústav zdravotnických věd*

Neuromonitoring představuje nedílnou součást intenzivní péče u pacientů s traumatickým poraněním mozku. Jeho cílem je včasná detekce sekundárního poškození mozku, optimalizace terapie a hodnocení závažnosti stavu pacienta. Současným trendem v neurointenzivní péči je multimodální monitorace, která kombinuje několik monitorovacích metod a umožňuje komplexní posouzení mozkové perfuze, autoregulace a metabolických změn. Mezi nejčastěji používané metody patří měření intrakraniálního tlaku (ICP), sledování cerebrálního perfuzního tlaku (CPP), monitorace mozkové oxygenace (PbtO₂) a teploty mozku. Nedílnou součástí neuromonitoringu je pravidelné hodnocení neurologického stavu pacienta, včetně posouzení vědomí, zornic a reakcí na podněty. Zásadní roli v procesu monitorace, interpretace hodnot a včasné reakce na změny stavu pacienta hraje sestra. Cílem sdělení je přiblížit základní principy neuromonitoringu a specifika ošetrovatelské péče o pacienta s kraniocerebrálním poraněním v intenzivní péči.

Sarkopenie v traumatologii z pohledu nutriční terapie*Nesnídalová A., Vinklárková M.**Oddělení léčebné výživy, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady*

Sarkopenie a s ní související malnutrice představují u traumatologických pacientů častý, přesto podceňovaný rizikový faktor komplikací. Akutní úraz a následná chirurgická léčba zvyšují zánětlivou odpověď organismu, energetický výdej a katabolismus, což urychluje ztrátu svalové hmoty i svalové funkce. Výsledkem může být horší hojení ran a fraktur, vyšší výskyt infekčních komplikací, delší hospitalizace, nižší tolerance rehabilitace a větší riziko ztráty soběstačnosti, zejména u seniorů a polymorbidních pacientů. Cílem přednášky je shrnout prakticky využitelné postupy nutriční terapie u traumatologických pacientů se sarkopenií nebo vysokým rizikem jejího rozvoje. Budou prezentovány principy včasného screeningu nutričního rizika a funkčního stavu, orientační cíle pro příjem bílkovin a energie v akutní i rekonvalescentní fázi, role perorální nutriční podpory a modulární suplementace. Součástí bude i propojení nutriční intervence s rehabilitací a důraz na kontinuitu péče po propuštění. Přednáška nabízí konkrétní „take-home“ doporučení pro klinickou praxi s cílem zlepšit funkční výsledky léčby a snížit zátěž komplikací u traumatologických pacientů.

Compartment syndrom aneb prevence trvalých následků pacienta*Klimšová D., Dittrich O.**Ortopedicko - traumatologická klinika Fakultní nemocnice Královské Vinohrady*

Přednáška se zaměřuje na příčiny, příznaky a léčbu compartment syndromu včetně jeho diagnostiky. Je doplněná o několik kazuistik pacientů, kteří u nás byli léčeni. Zaměřuje se zejména na ošetrovatelskou péči, lékařská péče je zmíněna okrajově. Prezentace obsahuje fotky, video a minimum textu, aby nebyla pozornost posluchače rušena obsáhlým čtením.

Koňská dávka štěstí, aneb amputace se nekoná*Kohoutová K.**Fakultní nemocnice Královské Vinohrady*

Úvod: Traumata způsobená manipulací s koňmi patří často mezi devastující a velmi závažná. Kazuistika představuje devastační poranění měkkých tkání horní končetiny způsobené utažením lonží kolem končetiny při vedení koně.

Kazuistika: Prezentace se věnuje případu 43leté ženy, která byla urgentně transportována na naše pracoviště z důvodu závažného poranění horní končetiny při vedení koně do přepravního boxu. Úraz vedl k arteriálnímu uzávěru v distální třetině paže.

Výsledky: Během hospitalizace byly provedeny opakované operační revize, byla diskutována amputace končetiny. Bylo zapotřebí multioborové spolupráce. Přestože průběh léčení byl velmi komplikovaný, podařilo se končetinu zachovat s překvapivě dobrou motorickou aktivitou. Pacientka se nakonec mohla vrátit k aktivnímu jezdeckví.

Závěr: Tento případ demonstruje, že i u devastujících poranění, která víceméně směřují k amputaci, může včasná multidisciplinární péče vést k funkční záchraně končetiny. Mezi důležitý aspekt patří rychlý transport zraněného do specializovaného traumacentra.

Zdravotně sociální péče ve FNKV - Překlad z akutního lůžka ... a co dál ...?*Kolářová K., Košíková L.**Fakultní nemocnice Královské Vinohrady*

Prezentace se zaměřuje na roli zdravotně-sociální práce ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady (FNKV) a její význam v procesu plánování propuštění pacienta a zajištění návazných služeb. Věnuje se řešení situace pacienta s ohledem na jeho zdravotní stav a sociální zázemí. Součástí příspěvku budou také kazuistiky, které ukáží zdravotně-sociální práci v praxi. Cílem prezentace je poukázat na nezastupitelnou roli zdravotně-sociální práce v nemocnici a podpořit povědomí a její důležitosti v rámci komplexní péče o pacienta.