

WOFAPS



66. KONGRES ČESKÝCH A SLOVENSKÝCH DĚTSKÝCH CHIRURGŮ

12. 10. 2022 CUBEX CENTRUM PRAHA



ABSTRAKTY

**66. KONGRES ČESKÝCH
A SLOVENSKÝCH DĚTSKÝCH CHIRURGŮ**

**12. 10. 2022
CUBEX CENTRUM PRAHA**

Abstrakty

OBSAH

LÉKAŘSKÁ SEKCE.....	6
Hrudní chirurgie	6
Břišní chirurgie I	13
Břišní chirurgie II	19
Traumatologie	24
Varia	30
SESTERSKÁ SEKCE	38
Varia I	38
Varia II	40

LÉKAŘSKÁ SEKCE

HRUDNÍ CHIRURGIE

Nekrotizující pneumonie: rostoucí trend plicních resekcí

Barbora Kucerova (Department of Pediatric Surgery, 2nd Faculty of Medicine, Charles University and University Hospital Motol, Praha, Czech Republic), **Václav Koucky** (Department of Pediatrics, 2nd Faculty of Medicine, Charles University and University Hospital Motol, Praha, Czech Republic), **Petr Pohunek** (Department of Pediatrics, 2nd Faculty of Medicine, Charles University and University Hospital Motol, Praha, Czech Republic), **Kristyna Cejnarova** (Department of Pediatric Surgery, 2nd Faculty of Medicine, Charles University and University Hospital Motol, Praha, Czech Republic), **Jiri Snajdauf** (Department of Pediatric Surgery, 2nd Faculty of Medicine, Charles University and University Hospital Motol, Praha, Czech Republic), **Michal Rygl** (Department of Pediatric Surgery, 2nd Faculty of Medicine, Charles University and University Hospital Motol, Praha, Czech Republic)

Úvod: Incidence nekrotizující pneumonie u dětí se v posledních letech zvyšuje. Studie hodnotí četnost a typ chirurgických výkonů, pooperační komplikace a hodnoty plicních funkcí u pacientů, jejichž stav si vyžádal plicní resekci.

Materiál a metody: Prospektivně-retrospektivní studie pacientů s nekrotizující pneumonií operovaných od ledna 2010 do prosince 2019 na Klinice dětské chirurgie FN Motol.

Výsledky: 1295 pacientů s pneumonií bylo léčeno ve FN Motol v letech 2010–2019, 36 z nich podstoupilo plicní resekci. Za posledních pět let došlo k nárůstu plicních resekcí o 77% ve srovnání s lety 2010-2014, ke statisticky významnému nárůstu došlo především v posledních třech letech ($p < 0,05$). Medián věku v době chirurgického výkonu byl 32,5 měsíců (IQR 32,25). Nejčastějším infekčním agens byl *Streptococcus pneumoniae* (83 %), 53,3 % z těchto pacientů bylo proti pneumokokovi očkováno. 67 % pacientů absolvovalo před plicní resekci jiný chirurgický výkon: drenáž pneumotoraxu (17 %), drenáž empyému (46 %), drenáž empyému s fibrinolýzou (25 %), torakoskopickou dekortikaci (12 %). Rozsah plicní resekce zahrnoval lobektomii u 72,2 % pacientů, klínovitou resekci parenchymu u 13,9 %, bilobektomii u 8,3 % a pneumonektomii u 5,6 %. U třech pacientů se objevila pooperačně bronchopleurální píštěl. Dva pacienti ze souboru zemřeli. Prospektivní spirometrická studie (medián 39,3 měsíců po chirurgickém výkonu) prokázala normální plicní funkce u 68,3 %, restrikcii plicních funkcí u 10,0 % a periferní obstrukci u 18,3 %.

Závěr: Počet pacientů s pneumonií vyžadujících plicní resekci se statisticky významně zvýšil v posledních 3 letech ($p < 0,05$) i přes vysoký stupeň proočkovanosti dětské populace proti pneumokokovi. Včasný a radikální chirurgický výkon vedl ke klinickému zlepšení u 94 % pacientů, spirometrická studie prokázala příznivé hodnoty plicních funkcí po operaci.

Klíčová slova: nekrotizující pneumonie, očkování, *Streptococcus pneumoniae*, spirometrie, plicní resekce

Laparoscopic surgery of Morgagni hernia in 3-month-old infant

Milan Šudák (Department of Pediatric Surgery, Children's Faculty Hospital, Košice, Slovakia), **Lubomir Bockanič** (Department of Pediatric Surgery, Children's Faculty Hospital, Košice, Slovakia), **Katarina Klapáčová** (Department of Pediatric Surgery, Children's Faculty Hospital, Košice, Slovakia), **Michel Gočík** (Department of Pediatric Surgery, Children's Faculty Hospital, Košice, Slovakia)

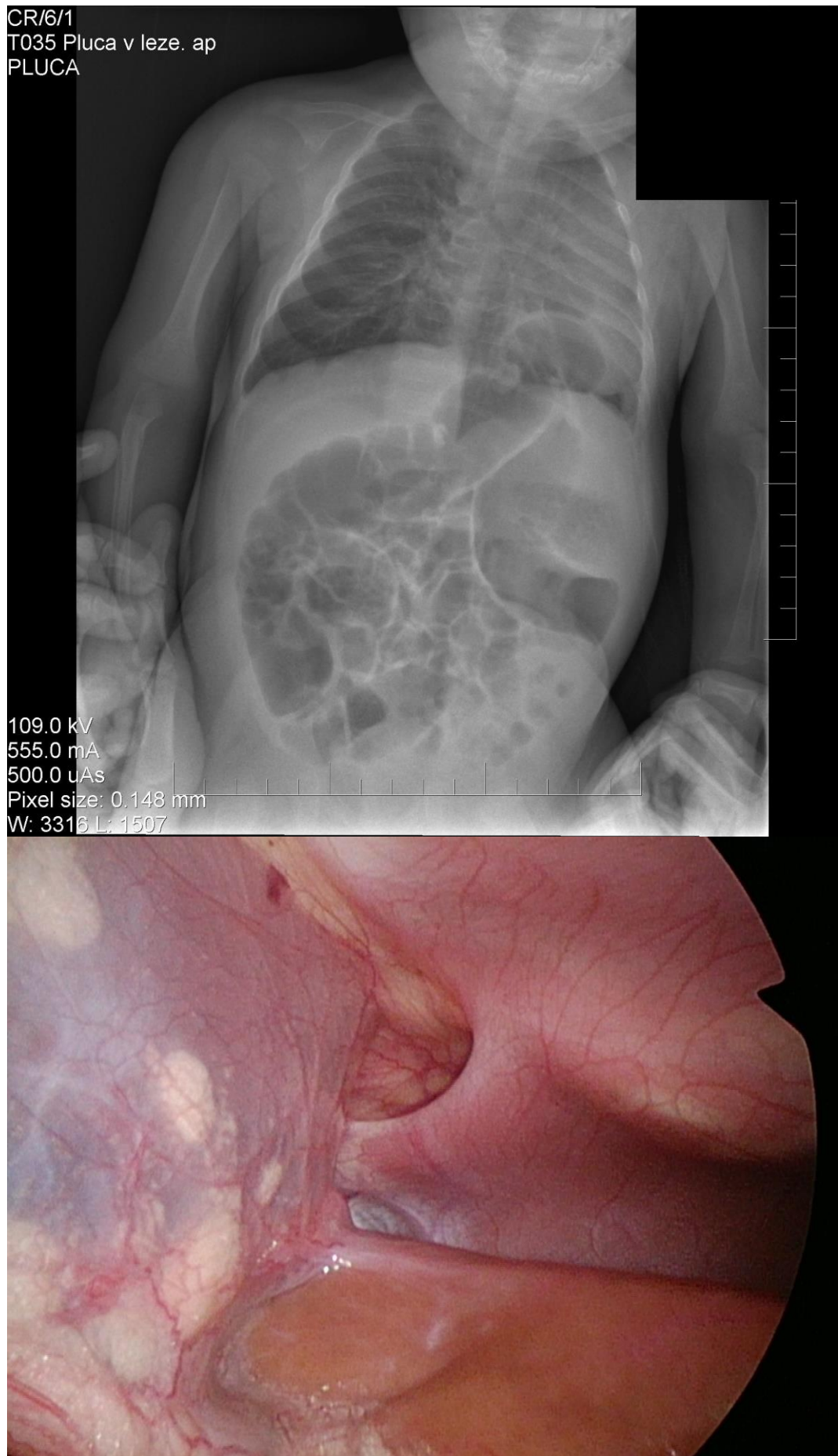
Morgagni hernia is a rare retrosternal type of diaphragmatic hernia with a prevalence of 2-5%. It occurs due to a sternocostal defect of the diaphragm, which allows abdominal organs to herniate into the thoracic cavity.

The presentation of congenital Morgagni hernia in the pediatric age group is variable. In most cases, it is asymptomatic and diagnosed incidentally by X-ray at a later age or it can present with nonspecific gastrointestinal or respiratory symptoms.

Case description: A 3-month old infant was admitted to a local hospital with an acute infection of the upper respiratory tract. A retrosternal hernia was accidentally discovered on chest X-ray and therefore it was transported to Children's Faculty Hospital in Košice.

The elective laparoscopic procedure was indicated which confirmed Morgagni hernia with a herniated part of the transverse colon. Large bowel reduction with intracorporeal laparoscopic suture of the diaphragmatic defect was performed. The postoperative course was without complications and the gastrointestinal passage after the procedure was quickly restored. No signs of recurrence were found during 5 years of follow-up.

Conclusion: Surgical correction provides the definitive treatment of Morgagni hernia to avoid future digestive or respiratory complications. The operative approach used to be performed via laparotomy or thoracotomy. Recently, laparoscopy is recommended for repair in children with Morgagni hernia. The possible laparoscopic closure method is an intracorporeal or extracorporeal suture, in a large defect the mesh is needed. Minimal invasive repair has achieved satisfactory results with less trauma and early return to physical activity.



Deformity prednej hrudnej steny vo svetle aktuálnych diagnostických možností

Pavol Omaník (Klinika detskej chirurgie, Národný ústav detských chorôb, Bratislava, Slovakia), **Magdalina Kraynina** (Klinika detskej chirurgie, Národný ústav detských chorôb, Bratislava, Slovakia), **Eva Štefánková** (Klinika detskej chirurgie, Národný ústav detských chorôb, Bratislava, Slovakia), **Jana Poláková Mištinová** (Národný ústav srdcových chorôb, Bratislava, Slovakia), **Peter Olejník** (Národný ústav srdcových chorôb, Bratislava, Slovakia)

Štandardnými a rokmi zaužívanými vyšetrovacími metódami pri diagnostike pectus excavatum sa stali kardiologické vyšetrenie s echokardiografiou, spirometrické vyšetrenie a CT hrudníka. Na ich podklade je možné potvrdiť alebo vylúčiť kompromitáciu kardio-respiračného systému, vizualizovať morfológiu samotnej deformity a jej vzťah k vnútrohrudným orgánom. CT vyšetrenie je však spojené s nezanedbateľnou dávkou ionizujúceho žiarenia a echokardiografické vyšetrenie je častokrát technicky limitované samotnou prítomnosťou deformity. U pectus carinatum celosvetovo pozorovať výrazný posun smerom ku konzervatívnej liečbe, čím sa realizácia CT stáva v diagnostickom protokole nepotrebnou. Novšie diagnostické modality (kardio MRI, 3D skenovanie) sú neinvazívne, nepracujú s röntgenovým žiarením a sú ľahko opakovateľné aj v priebehu liečby.

Autori hodnotia prínos longitudinálneho antropometrického sledovania v procese diagnostiky, ale aj liečby pacientov s deformitami prednej hrudnej steny. Analyzujú 2 ročné skúsenosti s kardio MRI v predoperačnom zhodnotení pectus excavatum a 3D optickým skenerom pri diagnostike a liečbe pectus excavatum a carinatum. Záverom predstavujú vlastný aktualizovaný diagnostický algoritmus u týchto ochorení.

Kongenitálne malformácie pľúc – skúsenosti na KDCH

Rebeka Pechanová (Klinika detskej chirurgie LFUK a NÚDCH, Národný ústav detských chorôb, Bratislava, Slovakia), **Pavol Omaník** (Klinika detskej chirurgie LFUK a NÚDCH, Národný ústav detských chorôb, Bratislava, Slovakia), **Marieta Hricová** (Detská klinika LFUK a NÚDCH, Národný ústav detských chorôb, Bratislava, Slovakia), **Igor Béder** (Klinika detskej chirurgie LFUK a NÚDCH, Národný ústav detských chorôb, Bratislava, Slovakia), **Jozef Babala** (Klinika detskej chirurgie LFUK a NÚDCH, Národný ústav detských chorôb, Bratislava, Slovakia)

Úvod: Vrodené malformácie pľúc patria medzi zriedkavé vývojové chyby, zahrňujúce spektrum diagnóz s nie jednotnou klinickou manifestáciou. Najčastejšie sa vyskytujúce sú cystická adenomatoidná pľúcna malformácia (CPAM) a pľúcna sekvestrácia. S pokrokom v oblasti prenatalnej ultrasonografickej diagnostiky stúpa zachytnosť pacientov s asymptomatickými kongenitálnymi pľúcnymi léziami. Optimálny manažment tejto skupiny ochorení ostáva stále predmetom diskusií.

Metodika: Retrospektívna štúdia súboru pacientov hospitalizovaných v NÚDCH s diagnózou vrodenej malformácie pľúc za obdobie rokov 2015–2020. Analyzované boli in utero priebeh, perinatálne obdobie, postnatálna symptomatológia, vek v čase operácie, rozsah a typ operačného výkonu, prípadné komplikácie a korelácia zobrazovacích vyšetrení s peroperačným nálezom a histopatologickým nálezom.

Výsledky: Súbor tvorí celkovo 26 pacientov. Prenatálne asymptomatickí pacienti boli rodení v termíne, elektívnu sekciou. Prenatálne bola stanovená diagnóza priemerne v 24. gestačnom týždni. Z prenatalných ťažkostí boli zaznamenané fluidothorax plodu a polyhydramnion. V sledovanom období bolo operovaných 21 pacientov. 17 pacientov s asymptomatickým priebehom bolo elektívne operovaných v období priemerne 14 mesiacov života. 4 pacienti s klinickou symptomatológiou po narodení resp. nálezom expanzívneho procesu v hemitoraxe podstúpili neodkladnú operáciu. Peroperačný nález nekorešpondoval s popisovaným záverom CT vyšetrenia až v 1/3 prípadov.

Záver: U asymptomatických kongenitálnych pľúcnych lézií sa elektívny operačný výkon vo veku okolo 1 roku života javí ako bezpečný, s nízkym rizikom komplikácií. V prípade klinickej symptomatológie v postnatálnom období je nevyhnutný neodkladný operačný výkon. Predoperačne realizované CT vyšetrenie nie vždy plne korešponduje s reálnym operačným nálezom. Autori na záver prezentujú vlastný diagnosticko-terapeutický algoritmus, reflektujú závery medzinárodných štúdií.

Survey of MIRPE long-term results in adolescents

Ladislav Planka (Department of Pediatric Surgery, Traumatology and Orthopaedics, Faculty of Medicine Masaryk University Brno, Brno, Czech Republic), **Dusan Ondirko** (Faculty of Medicine Masaryk University Brno, Brno, Czech Republic), **Vladimir Bartl** (Department of Pediatric Surgery, Traumatology and Orthopaedics, Faculty of Medicine Masaryk University Brno, Brno, Czech Republic)

Aim: The authors present the single center results of patients survey operated by the Miniinvasive Repair of Pectus Excavatum (MIRPE) method in the years 2013–2021 for the diagnosis of Pectus Excavatum (PE).

Methods: Since the beginning of 2013, the retrospective subjective evaluation method was applied to all patients one year after MIRPE. The web application www.surveymonkey.com was used. The answers of the operated patients to six basic questions were evaluated: Q1: Do you find the shape of your chest more favorable after the operation? Q2: Was the postoperative period as you expected? Q3: If you made a decision again, would you undergo surgery? Q4: Does the implanted Nuss bar limit you? Q5: How long has the operation limited you in full activity? Q6: Mark the symptoms that you perceived as annoying.

Main results: In the period 11/2013 – 03/2021, a total of 552 new patients with a diagnosis of congenital chest deformity (PE 409, Pectus Carinatum 137, aplasia of the ribs 3, cleft palate 3) were examined. In 70 patients with PE (17%) the MIRPE procedure was performed. Q1 was answered positively in 58 cases (83%), Q2 in 51 cases (73%), Q3 in 53 cases (76%) and Q4 in only 18 cases (26%). A total of 45% of patients reported full activity restriction within 2 months of surgery and 55% within 6 months of surgery. No patient reported a longer limit (Q5). The most common patients marked negative pain (51%) and difficulty breathing (46%) Q6 (Picture 1).

Conclusion: With sufficient patient education, almost 4/5 of them decide for conservative treatment. Based on a survey of patient outcomes, the MIRPE method appears to be successful. The vast majority of patients find the shape of the chest after the operation as better and would undergo the operation again.

Ako vnímajú pacienti s pectusom svoje ochorenie ?

Veronika Schmidtová (Klinika Detskej Chirurgie, Národný Ústav Detských Chorôb, Bratislava, Slovakia), **Pavol Omaník** (Klinika Detskej Chirurgie, Národný Ústav Detských Chorôb, Bratislava, Slovakia), **Igor Béder** (Klinika Detskej Chirurgie, Národný Ústav Detských Chorôb, Bratislava, Slovakia)

Cieľ: Pectus excavatum a pectus carinatum sú najčastejšie sa vyskytujúce deformity prednej hrudnej steny. Aj keď negatívne psycho-sociálne faktory s nimi spojené sú známe, štúdie zatiaľ nie sú dostupné vo veľkom počte. Cieľom tejto štúdie je komplexná analýza vnútorného prežívania pacientov s touto diagnózou, ich psychického a fyzického stavu a subjektívneho pohľadu pacienta na efekt chirurgickej alebo konzervatívnej intervencie.

Metódy: Na Klinike detskej chirurgie Národného ústavu detských chorôb Bratislava bolo v období 2014–2020 miniinvazívne operovaných 51 pacientov s pectus excavatum a konzervatívne, pomocou hrudníkovej kompresívnej ortézy, liečených 39 pacientov s pectus carinatum. Títo pacienti boli oslovení pomocou platformy „Google – Forms“, v ktorej boli špeciálne vytvorené dva dotazníky, každý pre jednu z diagnôz, následne odoslané mailom a anonymne vyplnené každým pacientom.

Výsledky: Na dotazník odpovedalo 30 pacientov s pectus carinatum a 36 pacientov s pectus excavatum. Okrem fyzických ťažkostí, v zmysle dyspnoe a bolesti u oboch skupín, sa potvrdili predpoklady, že pacienti s týmito ochoreniami ťažšie prežívajú nie len vnímanie svojho výzoru a problémy vyplývajúce z inakosti, ale aj obmedzenie zaradenia sa do sociálnych aktivít a skupín pre posmievanie okolia a hanblivosť. Väčšina pacientov je s liečbou a výsledným efektom spokojná nie len pre konečný vzhľad hrudnej steny, ale aj celkového zlepšenia psychických a fyzických ťažkostí a, v konečnom dôsledku, aj samotnej kvality života.

Záver: Pacienti s deformitami prednej hrudnej steny, okrem zdravotných problémov, majú aj rôznu psychickú symptomatológiu, a práve korekcia signifikantne zlepšuje tieto limitácie pri správnej komunikácii a spolupráci s adolescentným pacientom v čase formovania jeho osobnosti. Práve preto je komplexný pohľad na pacienta, so všetkými aspektami jeho dyskomfortu, dôležitý pri indikácii k terapii.

BŘIŠNÍ CHIRURGIE I

Nekrotizující enterokolitída u novorozenců s extrémně a velmi nízkou pôrodnou hmotnosťou: komplikácie chirurgickej liečby a dlhodobé výsledky

Petra Zahradnikova (Department of Paediatric Surgery, Medical Faculty Comenius University, National Institute of Children's Diseases, Bratislava, Slovakia), **Rebeka Pechanová** (Department of Paediatric Surgery, Medical Faculty Comenius University, National Institute of Children's Diseases, Bratislava, Slovakia), **Lenka Fedorová** (Department of Paediatric Surgery, Medical Faculty Comenius University, National Institute of Children's Diseases, Bratislava, Slovakia), **Martin Smrek** (Department of Paediatric Surgery, Medical Faculty Comenius University, National Institute of Children's Diseases, Bratislava, Slovakia), **Igor Béder** (Department of Paediatric Surgery, Medical Faculty Comenius University, National Institute of Children's Diseases, Bratislava, Slovakia), **Jozef Babala** (Department of Paediatric Surgery, Medical Faculty Comenius University, National Institute of Children's Diseases, Bratislava, Slovakia)

Úvod: Aj napriek pokroku a modernej liečbe ostáva mortalita a morbidita nekrotizujúcej enterokolitídy (NEC) vysoká.

Metodika: Retrospektívna analýza chirurgicky riešených novorozenců s NEC s pôrodnou hmotnosťou < 1500 gramov v období 2001–2020. Primárnym cieľom bolo stanoviť rizikové faktory chirurgicky riešených pacientů s NEC. Sekundárnym cieľom bolo vyhodnotiť chirurgické postupy, komplikácie, mortalitu a dlhodobé výsledky pacientů.

Výsledky: Do štúdie bolo zaradených 97 pacientů; 29,9 % bolo liečených konzervatívne. 68 (70,1 %) vyžadovalo chirurgickú liečbu, z toho bolo 50 (73,5 %) novorozenců s extrémne nízkou pôrodnou hmotnosťou (< 1000 gramov) a 18 (26,5%) s veľmi nízkou pôrodnou hmotnosťou (< 1500 gramov). Nízke Apgar skóre (AS) v 1-minúte, mužské pohlavie, nízka pôrodná hmotnosť bola signifikantne asociovaná s vyšším rizikom chirurgickej NEC ($p < 0,05$). Dvanásť (17,7 %) pacientů bolo primárne riešených peritoneálnou drenážou (PD), z toho 7 (58,3 %) následnou laparotómiou (LPT). Enterostómia bola primárnym riešením u 40 (58,8 %) pacientů. Charakteristiku pacientů uvádza tabuľka č. 1. 49 (72 %) pacientů malo pooperačné komplikácie, z toho 22 (55 %) pacientů malo komplikácie súvisiace so stómiou. Pooperačné komplikácie sú uvedené v tabuľke č. 2. Mortalita bola 25 (36,76 %) pacientů, pričom u pacientů liečených PD bola vyššia ako v skupine pacientů liečených primárne LPT (7 (50 %) vs. 12 (18,8 %); $p = 0,299$). Syndróm krátkeho čreva sa vyvinul u 12 (17,6 %) pacientů (3 (21,4 %) v PD skupine vs. 9 (21,4 %) v LPT skupine; $p = 0,168$). Dlhodobú (> 90 dní) totálnu parenterálnu výživu vyžadovalo 14,3 % v PD skupine a 9,5 % pacientů v LPT skupine ($p = 0,436$).

Záver: Rizikóvymi faktormi pre chirurgicky riešenú NEC boli nízka pôrodná hmotnosť, nízky gestačný týždeň, mužské pohlavie a nízke AS v prvej minúte života. Mortalita bola vyššia v skupine pacientů liečených primárne PD. V skupine pacientů s enterostómiou neboli komplikácie ovplyvnené spôsobom vyvedenia ani typom stómie.

Tabuľka č. 1 Charakteristika pacientov

Charakteristika pacientov	Súbor
n (%)	68 (100)
Vek v čase diagnózy NEC (dni), ± SD	14,4±12,5
Štádium NEC v čase diagnózy	
NEC št. II, n (%)	39 (57,4)
NEC št. III, n (%)	29 (42,6)
Indikácia na chirurgickú liečbu	
Pneumoperitoneum, n (%)	38 (55,9)
Progresia klinického stavu aj napriek maximálnej konzervatívnej liečbe, n (%)	36 (52,9)
Ileus, alebo fixované črevné kľučky, n (%)	28 (41,2)
Čas od stanovenia diagnózy po operáciu (dni) ± SD	4,7±10,7
Lokalizácia NEC postihnutia (peroperačne)	
Tenké črevo, n (%)	43 (63,2)
Hrubé črevo, n (%)	27 (42,9)
Tenké aj hrubé črevo, n (%)	16 (23,5)
Rozsah postihnutia čreva	
Fokálne, n (%)	12 (17,6)
Multifokálne, n (%)	39 (57,4)
Pan-intestinálne, n (%)	6 (8,8)
Primárny chirurgický výkon	
Peritoneálna drenáž, n (%)	12 (17,7)
Laparotómia, n (%)	53 (77,9)
Primárna anastomóza, n (%)	14 (20,1)
Enterostómia, n (%)	40 (58,8)

SD: Štandardná odchýlka (Standard deviation)

Tabuľka č. 2 Pooperačné komplikácie

Charakteristika pacientov	Súbor
n (%)	68 (100)
Pooperačné komplikácie	49 (72)
Obštrukcia čreva n (%)	10 (14,7)
SBS, n (%)	12 (17,6)
Dehiscencia operačnej rany, n (%)	6 (8,8)
NEC progresia, n (%)	33 (48,5)
Reoperácia, n (%)	44 (64,7)
Mortalita, n (%)	25 (36,7)
Sepsa, n (%)	19 (76)
Pan-intestinalna NEC, n (%)	9 (36)
Komplikácie súvisiace so stómiou	22 (55)
Reoperácia stómie, n (%)	15 (37,5)
Nekróza, n (%)	6 (15)
Iritácia kože, n (%)	6 (15)
Parastomálna hernia, n (%)	3 (7,5)
Akútna obštrukcia, n (%)	6 (15)
Prolaps, n (%)	7 (17,5)
Dehiscencia, n (%)	8 (20)
Retrakcia, n (%)	6 (15)
HOS, n (%)	8 (20)

HOS: Vysoký odpad zo stómie (High Output Stoma)

SBS: Syndróm krátkeho čreva (Short Bowel Syndrom)

Necrotizing Enterocolitis in Neonates with Congenital Heart Disease

Martin Smrek (Klinika detskej chirurgie, Národný ústav detských chorôb, Bratislava, Slovakia), **Anežka Mihalová** (Klinika detskej chirurgie, Národný ústav detských chorôb, Bratislava, Slovakia), **Natália Cinková** (Novorodenecká klinika intenzívnej medicíny, Národný ústav detských chorôb, Bratislava, Slovakia), **Pavol Kunovský** (Národný ústav srdcovocievnych chorôb, Detské kardiocentrum, Bratislava, Slovakia)

Aim: Necrotizing enterocolitis (NEC) is a typical disease of a premature infant. Among children with NEC however, congenital heart disease (CHD) may play an important predisposing factor. To determine risk factors for NEC in patients with congenital heart disease, to analyze the course of the disease and prognosis of NEC in these patients, we conducted a case-control study of neonates with cardiac disease admitted to the cardiac intensive care unit at the National Institute of Cardiovascular Disease – Pediatric Heart Center during the 2-year period from January 2018 to December 2019.

Methods: Age, birth weight, and other values were analyzed at the time of admission in 31 patients with CHD with symptoms of NEC. We also analyzed the method of treatment, the outcome, and the prognosis of NEC in these infants. The control group consisted of 55 patients with NEC without CHD admitted to the neonatology intensive care unit at the Neonatology Department of Intensive Medicine of the National Institute of Children's Diseases.

Results: Mean gestational age in CHD infants with NEC was 37,15 weeks, whereas in infants without CDH with NEC was 31,51 weeks. Birth weight in CDH infants with NEC was (NBW-77,41%, LBW- 16,12%, ELBW- 6,45%) vs. (NBW-20%, LBW-38,18%, VLBW-18,18%, ELBW 23,63%) in the control group. Surgical treatment was performed in 6 infants (19,35%) with CDH and NEC vs. 25 in infants (45,55%) with NEC, without CDH.

Conclusion: Infants with CDH are at an increased risk of developing NEC. Nevertheless, in this group of patients, the course of NEC is often easier, the results of treatment and the prognosis are better.

Influence of weight on surgical outcomes and stoma related complications in infants with necrotising enterocolitis

Petra Zahradníková (Department of Paediatric Surgery, Medical Faculty Comenius University, National Institute of Children's Diseases, Bratislava, Slovakia, Bratislava, Slovakia), **Rebeka Pechanová** (Department of Paediatric Surgery, Medical Faculty Comenius University, National Institute of Children's Diseases, Bratislava, Slovakia, Bratislava, Slovakia), **Lenka Fedorová** (Department of Paediatric Surgery, Medical Faculty Comenius University, National Institute of Children's Diseases, Bratislava, Slovakia, Bratislava, Slovakia), **Igor Béder** (Department of Paediatric Surgery, Medical Faculty Comenius University, National Institute of Children's Diseases, Bratislava, Slovakia, Bratislava, Slovakia), **Jozef Babala** (Department of Paediatric Surgery, Medical Faculty Comenius University, National Institute of Children's Diseases, Bratislava, Slovakia, Bratislava, Slovakia), **Petra Zahradnikova** (Petra Zahradnikova, Bratislava, Slovakia)

Aim: NEC is a leading cause of mortality and morbidity in extremely low birth weight infants (ELBWIs). The primary aim was to evaluate the risk factors for surgical NEC in ELBWIs and the second was to find out post-operative complications, with specific emphasis on stoma related complications.

Methods: A retrospective analysis of surgically treated NEC from 2001-2020 was performed. Patients were divided into 2 groups: ELBWIs (birth weight \leq 1000 g) and VLBWIs (birth weight \leq 1500 g). Logistic regression analyses were used to identify risk factors for complications.

Results: A total of 68 patients were included. Median gestational age was 26.9 week (range 24-36 w), median birth weight was 919 grams (range 480-1490 g), 52% were male. Lower Apgar score (AS) in the 1 minute in the ELBWIs was significantly associated with the NEC progression ($p < 0.001$). Stoma creation was more often used in the ELBWIs than in VLBWIs (OR = 4.571 [95% CI, 1.186-16.11]; $p = 0.023$). A total of 49 (72%) patients had post-surgical complications, which was significant greater in the ELBWIs (44/50 (88%) vs. 5/18 (27.8%) (OR = 19.07 [95% CI, 4.669-77.09]; $p < 0.0001$). In total, 22 out of 40 (55%) ELBWIs with enterostomy had at least one stoma complication (Table). The overall rate of mortality was 25/68 patients (36.7%). There was no significant difference between the 2 groups regarding the mortality rate ($p = 0.406$).

Conclusions: Our results showed that the risk factors associated with the surgical NEC in ELBWIs include: low birth weight, low gestational age, male gender, and low AS in 1 minute. ELBWIs had a higher complication rate and most of them required reoperation. The type of stoma configuration had no impact on the complication rate. Mortality rate was not affected by the birth weight.

Table. Postoperative complications

Characteristic	Overall	ELBW group	VLBW group	p-value	Odds ratio (95% CI)
n (%)	68 (100)	50 (73.5)	18 (26.5)		
Postoperative complications	49 (72)	44 (88)	5 (27.78)	0.0001	19.07 (4.669-77.09)
Bowel obstruction, n (%)	10 (14.7)	8 (16)	2 (11.1)	>0.999	1.524 (0.294-7.702)
SBS, n (%)	12 (17.64)	8 (16)	4 (22.22)	0.719	0.666 (0.178-2.247)
Wound dehiscence, n (%)	6 (8.82)	4 (8)	2 (11.1)	0.651	0.695 (0.150-3.951)
NEC progression, n (%)	33 (48.52)	22 (44)	11 (61.1%)	0.275	0.500 (0.177-1.454)
Reoperation, n (%)	44 (64.7)	31 (62)	13 (81.25)	0.225	0.376 (0.100-1.503)
Mortality, n (%)	25 (36.76)	20 (40)	5 (27.8)	0.406	1.733 (0.555-5.022)
Sepsis, n (%)	19 (76)	15 (75)	4 (80)	>0.999	0.750 (0.051-7.890)
Pan-intestinal NEC, n (%)	9 (36)	6 (30)	3 (60)	0.312	0.285 (0.044-1.784)
Stoma related complications	22 (55)	16 (48.5)	6 (50)	>0.999	0.923 (0.311-1.201)
Stoma revision, n (%)	15 (37.5)	12 (42.86)	3 (25)	0.477	2.250 (0.481-8.860)
Necrosis, n (%)	6 (15)	5 (17.86)	1 (8.33)	0.647	2.391 (0.335-30.45)
Skin irritation, n (%)	6 (15)	5 (17.86)	1 (8.33)	0.647	2.391 (0.335-30.45)
Parastomal hernia, n (%)	3 (7.5)	2 (7.14)	1 (8.33)	>0.999	0.846 (0.091-13.28)
Acute bowel obstruction, n (%)	6 (15)	5 (17.86)	1 (8.33)	0.647	2.391 (0.335-30.45)
Prolapse, n (%)	7 (17.5)	6 (21.43)	1 (8.33)	0.652	3.000 (0.356-37.21)
Dehiscence, n (%)	8 (20)	5 (17.86)	3 (25)	0.676	0.652 (0.118-2.899)
Retraction, n (%)	6 (15)	5 (17.86)	1 (8.33)	0.647	2.391 (0.335-30.45)

Prečo je Spontánna Intestinálna Perforácia samostatnou nozologickou jednotkou? SIP vs. NEC – v čom je SIP iná?

Marko Szakál (Klinika detskej chirurgie, Národný ústav detských chorôb, Bratislava, Slovakia), **Pavol Omaník** (Klinika detskej chirurgie, Národný ústav detských chorôb, Bratislava, Slovakia), **Igor Béder** (Klinika detskej chirurgie, Národný ústav detských chorôb, Bratislava, Slovakia)

Autori tejto prezentácie s cieľom je predstaviť termín spontánna perforácia čriev (SIP) ktorý vyjadruje perforáciu v gastrointestinálnom trakte novorodenca bez preukázateľnej príčiny, ako závažnú patofyziologickú jednotku novorodeneckého obdobia a tak upriamiť pozornosť na dôležitosť včasného rozpoznania tohto ochorenia. Spontánna črevná perforácia (SIP), tiež označovaná ako izolovaná perforácia alebo fokálna črevná perforácia (FIP) novorodenca je samostatná klinická entita a na rozdiel od nekrotizujúcej enterokolitídy nemá dlhodobé gastrointestinálne pokračovanie a diferenciacii týchto dvoch termínov je dôležitá najmä z hľadiska manažmentu novorodenca. SIP sa vyskytuje predovšetkým u predčasne narodených detí s veľmi nízkou pôrodnou hmotnosťou (VLBW, pôrodná hmotnosť < 1500 g) a u novorodencov s extrémne nízkohmotnosťou (ELBW, pôrodná hmotnosť < 1 000 g).

Cieľ: Prezentácia 3 nájdených pacientov so spontánnou intestinálnou perforáciou, z toho jeden novorodenec ženského pohlavia a dvaja novorodenci mužského pohlavia. U pacientov bol najprv zvolený konzervatívny postup až definitívne riešenie bolo operačné riešenie – laparotómia...

Metódy: Traja novorodenci so spontánnou perforáciou čreva boli analyzovaní s ohľadom na klinickú prezentáciu, manažment a výsledok

Záver: SIP je samostatná klinická entita a má lepší výsledok ako novorodenci s črevnou perforáciou sekundárnou k nekrotizujúcej enterokolitíde (NEC). Po chirurgickej intervencii a dodržiavaní pooperačnej starostlivosti sú bez výskytu komplikácií a známkov recidívy patologického procesu.

Kľúčové slová: Spontánna intestinálna perforácia, chirurgická liečba.

Klinická aplikácia ERAS protokolu pri liečbe hypertrofickej pylorostenózy – naše prvé skúsenosti.

Lenka Fedorová (Department of Pediatric Surgery. Comenius University in Bratislava, National Institute of Children's Diseases, Bratislava, Slovakia), **Petra Zahradníková** (Department of Pediatric Surgery. Comenius University in Bratislava, National Institute of Children's Diseases, Bratislava, Slovakia), **Lubica Pevalová** (Clinic of Anesthesiology and Intensive Medicine. Comenius University in Bratislava, National Institute of Children's Diseases, Bratislava, Slovakia), **Dominika Barloková** (Department of Pediatric Surgery. Comenius University in Bratislava, National Institute of Children's Diseases, Bratislava, Slovakia), **Jozef Babala** (Department of Pediatric Surgery. Comenius University in Bratislava, National Institute of Children's Diseases, Bratislava, Slovakia)

Úvod: Hypertrofická pylorostenóza (HP) je idiopatické zhrubnutie svaloviny pyloru, ktoré vedie k obštrukcii pylorického kanála, s následným masívnym zvracaním bez prímеси žlče. ERAS® (Enhanced Recovery After Surgery) protokol je štandardizovaný, multimodálny a multidisciplinárny peroperačný prístup určený na podporu rýchlejšieho zotavenia a skorého prepustenia pacientov podstupujúcich chirurgický zákrok. Cieľom našej štúdie bolo zistiť uplatniteľnosť ERAS protokolu v liečbe HP.

Metodika práce: Porovnali sme súbor pacientov s HP riešených podľa štandardných terapeutických postupov zavedených na KDCH LF UK a NÚDCH so súborom pacientov operovaných podľa ERAS odporúčaní. Cieľom práce bolo vyhodnotiť a porovnať peroperačný a pooperačný manažment pacientov oboch skupín. Sledovali sme celkovú dĺžku hladovania detí s HP, čas do kŕmenia plnými dávkami, dĺžku hospitalizácie, počet ambulantných pooperačných kontrol a kozmetický efekt.

Výsledky: Počet dní hladovania detí v prvom súbore bol 4,93, v druhom súbore 4,20. Deti boli kŕmené plnými dávkami na 2,55 pooperačný deň v prvom súbore, 1,40 deň v druhom súbore. Dĺžka hospitalizácie v prvom súbore bola 6,15 dní, prepustenie na 3,46 pooperačný deň, dĺžka hospitalizácie v druhom súbore bola 5,25 dní, prepustenie na 2,2 pooperačný deň. Počet ambulantných kontrol bol v prvom súbore 2, v druhom súbore 1.

Záver: Zavedením ERAS protokolu do praxe pri liečbe HP sme dokázali skrátiť počet dní hladovania detí s HP, skrátiť čas do kŕmenia plnými dávkami, skrátiť dĺžku hospitalizácie, znížiť počet ambulantných kontrol po operácii a potvrdiť kozmetický efekt MIS (minimally invasive surgery). Zo všetkých dosiahnutých benefitov profitujú najmä dieťa a jeho rodič a v neposlednom rade je odľahčený zdravotnícky systém. Naše pozitívne výsledky je potrebné potvrdiť na väčšom súbore pacientov.

BŘIŠNÍ CHIRURGIE II

Severe pylorostenosis – how long do you wait?

Pavel Dohnal (General surgery, Nemocnice České Budějovice a.s., České Budějovice, Czech Republic), **Radek Hanák** (General surgery, Nemocnice České Budějovice a.s., České Budějovice, Czech Republic)

Aim: In a case report of a severe pylorostenosis we would like to discuss the management of feeding after operation, drugs support and question concerning timing of the potential re-operation.

Case description: 8 weeks old child with a history of long-term vomiting. Birth weight: 2800 g, weight in 8 weeks: 2650 g. Dehydration, metabolic alkalosis, hypokalemia. Ultrasound signs of pylorostenosis. After stabilisation the child was indicated to the operation. Standard open pyloromyotomy was done. 1st postoperative day we started with initials doses of milk, but the upper obstruction remained. 3rd day the RTG control showed the pyloric obstruction. Complete parenteral feeding and other drugs support was given to the child. From the 7th postoperative day the obstruction slowly disappeared without a need of re-operation. 14th postoperative day the child was discharged, wound healed, 70 ml of milk per dose, weight 3150 g.

Conclusions: In this case we would like to discuss our and literature experiences with severe pylorostenosis. Does anyone still try the conservative method? How do you deal with atropin – timing, dosage, side effects? When do you think about indication of re-operation because of incomplete pyloromyotomy? And other questions we would like to discuss.

Intussusception

Karolina Kocmanová (Surgery, Krajská nemocnice Liberec, a.s., Liberec, Czech Republic)

Introduction: Intussusception is one of the most common causes of acute abdominal pain in children. It is mostly idiopathic and usual treatment is conservative, using different types of enemas.

Methods: Retrospective study, 2008–2021, of pediatric patients diagnosed with intussusception in our hospital. Our data show a shift in management of intussusception during the research period from mostly operative to mostly conservative.

Results: Improvement of cooperation across departments (pediatric, surgery, radiology, anaesthesiology) with application of up-to-date knowledge results in better care of our little patients.

Methods of treatment duodenal arteriomesenteric occlusion (Wilkie's syndrome) – 15 years results

Tomáš Malý (1st Department of Surgery, University Hospital of Palacký's University Olomouc, Olomouc, Czech Republic), **Jiří Kysučan** (1st Department of Surgery, University Hospital of Palacký's University Olomouc, Olomouc, Czech Republic), **Eva Karásková** (Pediatric Department, University Hospital of Palacký's University Olomouc, Olomouc, Czech Republic), **Radim Petro** (Pediatric gastroenterology, Regional Hospital Karviná-Ráj, Karviná, Czech Republic)

Aim: Authors would like point out on rare syndrome, which has clear clinic and diagnostic criteria Wilkie's syndrome (arteriomesenterial duodenal occlusion) incidence is between 0.1–0.3 %.

First description made Karel Rokitanský in 1861. Scottish surgeon Wilkie made description of this syndrome in 1921 and in 1927 reports about 75 cases.

75% of cases of this syndrome occurs between 10–30 years of age. It's diagnose between children and adults age.

Methods: Difficulties of patients are typical and general, too. It's epigastric pain, nausea, intermittent vomiting of undigested food in short time after eating, pyrosis.

Diagnostic by x-ray passage can show dilatation of D2-D3 of duodenum- is typical, but not so often (better is x-ray sciascopy-can show antiperistalsy in D2-D3).

Ultrasound exam of aorta and aortomesenteric arteria with measure angle between this arterias (normal angle is 38–56 degrees angle 25 and less degrees is symptomatic for Wilkie's syndrome) and measure of distance between of this arterias (normal is 10–20 mm ... distance 8 mm and less is typical for Wilkie's syndrome). Distance between aorta and upper mesenteric artery is more important than angle.

The exact examination is made by CT arteriography.

Results: Between May 2007 till April 2022 (15 years) we made diagnosis of Wilkie's syndrome in 33 patients. 5 of them were conservative treated. 28 were operated. 5 cases of operated patients were adults (20-50 age, all women). 23 cases were children (8–18 of age).

First 6 of patients were operated by duodeno-jejunosomy side-to-side (DJA), other 6 patients were operated by duodeno-duodostomy (DDA) side-to-side.

11 times were treated according Strong.

Conclusion: Strong method is from our point of view the best – most safe (without danger of anastomotic problems) and is also the quickest in comparison of others methods.

Urachal anomalies – only newborn pathology?

Ales Prech (Department of Pediatric and Trauma Surgery, Third Faculty of Medicine, Charles University, Thomayer Teaching Hospital, Prague, Czech Republic), **Milan Machart** (Department of Pediatric and Trauma Surgery, Third Faculty of Medicine, Charles University, Thomayer Teaching Hospital, Prague, Czech Republic), **Tomas Pesl** (Department of Pediatric and Trauma Surgery, Third Faculty of Medicine, Charles University, Thomayer Teaching Hospital, Prague, Czech Republic)

Aim: Urachal anomalies are resulting from failure of closure of the communication between the umbilicus and the dome of the bladder. In this study we aimed to determine the frequency and age distribution of urachal anomalies. We also compared our operative management with current general approach. Initial presenting symptoms of the patients before diagnosis were also described.

Methods: We collected retrospectively data between years 2010-2020 using the hospital information system. We excluded patients with persistent umbilical vessels, who only underwent revision of the umbilicus. We define four categories: type I persistent urachus; type II urachal sinus; type III urachal diverticulum; type IV urachal cyst (simple or complicated).

Results: There were total of 44 patients with urachal pathology in the studied period 2010-2020. The main presenting complaint was discharge from the umbilicus, problems with umbilical cord healing and abdominal or umbilical pain. Mainly used paraclinical examination was ultrasound. We did not see any urinary symptoms in this patient group. Overall, there were 28 (63%) patients in type I, type II 2 (4.5%), type III 0 and type IV 12 (27%). The remaining 2 (4.5%) patients had obliterated chorda urachi. The average age was 4 years ranging from 14 days of age up to nearly 18 years. In terms of operative management, we used infraumbilical approach with resection of the pathologic structure up to the bladder mucosa, in case of infected urachal cyst, the whole patent urachus, if present, was resected in one stage surgery.

Conclusion: Urachal anomalies are rare, but given the relatively wide spread in age groups, one should be aware of the diagnosis even in the pre-adulthood age group. However, the diagnosis and treatment of the urachal anomalies in children should not be underestimated, given the relatively rare, but threatening malignant degeneration risk, which is gradually increasing with age.

Překvapivý peroperační nález u operace hydrokély

Lukáš Penc (Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, Fakultní Nemocnice Bulovka, Praha, Czech Republic), **Jana Pejšová Šilerová** (Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, Fakultní Nemocnice Bulovka, Praha, Czech Republic), **Hana Koutníková** (Patologicko-anatomické oddělení, Fakultní Nemocnice Bulovka, Praha, Czech Republic), **Jan Škvařil** (Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, Fakultní Nemocnice Bulovka, Praha, Czech Republic)

Úvod: Hydrokéla je častá diagnóza dětského věku a většina drobných hydrokél má tendenci ke spontánní regresi. Velké hydrokély novorozeneckého a kojeneckého věku se pak indikují k operaci. Operace bývá nekomplikovaná s dobrým pooperačním průběhem.

Metodika: Kazuistika kojence operovaného s diagnózou hydrokély s raritním peroperačním nálezem. Předkládáme diagnostickou rozvahu, dokumentaci, výsledky histologického vyšetření včetně obrazové dokumentace.

Kazuistika: 8měsíční kojenec operovaný v květnu 2020 pro progredující hydrokélu L varlete. V průběhu operačního výkonu zjištěna abnormální konzistence varlete, proto provedena peroperační biopsie. Předběžně nález dle histologického vyšetření diagnostikován jako teratom a doporučena orchiektomie. Dle definitivního histologického vyšetření nález odpovídá teratomu.

Diskuze: Nádory varlat v dětském věku jsou vzácnou diagnózou a tvoří asi 1–2 % solidních tumorů u dětí. Vrchol incidence je kolem 2. roku života a poté v pubertě. Teratom tvoří asi 14 % nádorů prepubertálního věku a bývá většinou benigní (vyzrálý). Mikroskopicky jsou zde struktury endodermu, mezodermu i ektoodermu, což dokládají i výsledky našeho histologického vyšetření. Tumory mohou být nebolestivé, při bolestech imitují torzi varlete. Základním vyšetřením je palpce, případně doplněná o ultrazvukové vyšetření. V případě našeho pacienta byla indikována operace na základě progredující velikosti hydrokély, bez doplnění ultrazvukového vyšetření. V literatuře jsou uváděné podobné případy operace tumorů varlete v kojeneckém věku, klinicky se manifestující bolestí, hmatnou tuhou rezistencí a pouze v některých případech přítomnou reaktivní hydrokélou.

Závěr: Předoperační ultrazvukové vyšetření by mohlo vést k upřesnění diagnózy, stanovit správný operační postup i následná pooperační vyšetření, včetně plánování dispenzarizace pacienta a též k adekvátní erudici rodičů při seznámení s diagnózou a následnou péčí. Pacientův pooperační stav byl dobrý, hojení probíhalo bez komplikací a je nadále sledován v péči dětského chirurga.

TRAUMATOLOGIE

Úrazy pankreasu – retrospektívna analýza pacientov Kliniky detskej chirurgie NUDCH Bratislava

Jaroslav Bibza (*Department of Paediatric Surgery, Medical Faculty Comenius University, National Institute of Children's Diseases, Bratislava, Slovakia*), **Lenka Fedorová** (*Department of Paediatric Surgery, Medical Faculty Comenius University, National Institute of Children's Diseases, Bratislava, Slovakia*)

Úvod: Poranenia pankreasu v detskom veku sú v literatúre popisované prevažne ako jednotlivé prípady – kazuistiky. V našej analýze sme sa zamerali na vyhodnotenie súboru pacientov s úrazom pankreasu.

Metodika práce: Retrospektívna analýza pacientov s úrazom pankreasu hospitalizovaných na KDCH LF UK a NÚDCH za

obdobie 10 rokov (2010–2020). Cieľom práce bolo vyhodnotenie terapeutického prístupu:

konzervatívna / chirurgická liečba. Miera invazivity pri chirurgickom prístupe.

Záver: V detskom veku, pri léziách pankreasu v dôsledku tupej traumy brucha, preferujeme konzervatívny prístup, súčasťou ktorého je parenterálna výživa so zabezpečením sekrečného kľúdu pankreasu.

Poruchy hojenia zlomenín hornej končatiny

Lubomír Sýkora (Klinika detskej chirurgie, Národný ústav detských chorôb, Bratislava, Slovakia), **René Jáger** (Klinika detskej chirurgie, Národný ústav detských chorôb, Bratislava, Slovakia), **Andrej Dolnák** (Klinika detskej chirurgie, Národný ústav detských chorôb, Bratislava, Slovakia), **Peter Jacko** (Klinika úrazovej chirurgie, NsP akademika Déreera UNB, Bratislava, Slovakia)

Úvod: v roku 2003 u 15,5 r. dievčaťa v rámci polytraumy sa trieštvá zlomeninu ľ. humeru po osteosyntéze (OS) metódou ESIN zahojila v distrakcii pakľbom (PSA). Vo veku 28 rokov (13 rokov po úraze) na kontrolnej rrtg snímke bola PSA zahojená. Táto kazuistika nás viedla k odpovedi, ako to vlastne s PSA po zlomeninách hornej končatiny vyzerá.

Materiál, metódy a výsledky: v rokoch 2013–2017 sme na KDCH NÚDCH liečili 505 detí pre zlomeninu diafýzy kľúčnej kosti, z toho 28, t.j. 5,54 %operačne. Len jedna zlomenina u 14 r. hokejistiky po otvorenej repozícii a stabilizácii Kirschnerovým drôtom(KD) sa zahojila PSA. 17 mesiacov po úraze pre bolesti táto bola úspešne riešená operačne.

Zlomenina radiálnej časti kondylu humeru – v našom súbore 157 detí (2014–2018) sme PSA nepozorovali. Z iného pracoviska bol riešený 14 r. chlapec, ktorý vo veku 2 rokov mal po úraze laktového kĺbu PSA s valgózou deformitou a bolesťami. Bola urobená resekcia PSA, spongioplastika a fixácia dlahou.

Typické poruchy hojivosti a sklon k PSA sú pri zlomeninách diafýzy predlaktia. V rokoch 2014–2018 sme liečili spolu 734 detí, z toho 137 adolescentov (71 zatvorenou repozíciou + OS, 4x otvorenou repozíciou). Z nich išlo 3x o PSA ulny po otvorených repozíciách – tieto sme riešili miniinvazívne re-OS hrubým prútom alebo KD. U všetkých došlo k zahojeniu PSA bez nutnosti resekcii PSA. U 7 r. dievčaťa po otvorenej repozícii zlomeniny rádia a insuficientnej OS KD v zahraničí sa vytvorila po 9 m. PSA. Postupovali sme konzervatívne, po 3 rokoch konštatujeme zahojenie zlomeniny bez PSA.

Záver: príčiny poruchy hojenia zlomenín hornej končatiny sú otvorená zlomenina, otvorená repozícia, tenké implantáty, skorá extrakcia implantátov. Naopak k úspechu vedie: zatvorená repozícia, pri otvorenej zväžiť dlahovú OS, pri tenkých implantátoch zlomeninu doliečiť s vysokou fixáciou, neponáhľať sa s extrakciou a agresívnymi výkonmi (resekcia PSA, spongioplastika).

Monteggiaove zlomeniny – princíp liečby

René Jáger (Klinika detskej chirurgie NÚDCH a LFUK, Národný ústav detských chorôb, Bratislava, Slovakia),
Ľubomír Sýkora (Klinika detskej chirurgie, Národný ústav detských chorôb, Bratislava, Slovakia), **Andrej Dolnák** (Klinika detskej chirurgie, Národný ústav detských chorôb, Bratislava, Slovakia)

Úvod: Monteggiaove lézie (ML) tvoria 0.8 % všetkých Fx a 1-3% zlomenín (Fx) predlaktia. ML obsahujú Monteggiaove Fx (MFx) a Monteggia ekvivalent (ME). MFx bývajú často nepoznané, riešený je len ulnárny komponent zlomeniny. Dislokácia hlavy býva prehliadnutá. Metódy liečby sa líšia pracoviskom a sú niekedy insuficientné.

Metodika: Štandardne liečime na Klinike detskej chirurgie v Bratislave akútnu MFx v závislosti od veku a stability: zatvorenou repozíciou dolomenín kortiky ulny v mladšom veku a sadrovou fixáciou, pri dislokovanom ME perkutánou osteosyntézou ulny a rádia. U starších detí v časovej závislosti od vzniku úrazu okrem osteosyntézy ulny (intramedulárna osteosyntéza ulny 4 bodovou fixáciou) aj intramedulárnu osteosyntézu rádia pri dislokovanom ME (CIMP metódou). U inveterovaných MFx dominuje po osteotómii ulny intramedulárna stabilizácia ulny pred dlahovou technikou, doplnená po debridmente rádioumerálneho kĺbu transkapitálnou transfixáciou hlavy rádia, kedy je drôt vedený ascendentne z distálnej metafýzy rádia cez capitulum humeri cez jeho protiľahlú kortikalis. Na Klinike detskej chirurgie dominuje preferencia intramedulárnej osteosyntézy ulny ako stabilnej osteosyntézy práve spomínanou 4 bodovou fixáciou.

Výsledky: Zo súboru pacientov liečených na KDCH v rokoch 2010–2020 na jednotlivých kazuistikách autori poukazujú na možnosti liečby, hojenie MFx a ME, ako aj komplikácie liečby.

Záver: MFx a ME sú zriedkavé Fx so stúpajúcim percentom výskytu. Pri MFx dochádza často k ich prehliadnutiu chybnou RTG diagnostikou alebo jej vyhodnotením. Včasné riešenia majú väčšinou výborné výsledky, naopak inveterované (missed) MFx majú v závislosti od doby diagnostiky po operačný výkon rôzne výsledky. Je preto lepšie predchádzať trvalým následkom správnou diagnostikou, ktorá začína už v mysli detského chirurga. Každá zlomenina predlaktia v strednej alebo proximálnej tretine vyžaduje jednu bočnú RTG projekciu na lakeť za účelom posúdenia postavenia hlavy rádia voči capitulum humeri, zvlášť pri MFx so zlomeninou ulny z ohnutia (bowing).

Indikácie k implantácii zaisteného tibiálneho klinca

Ján Chochol (Klinika detskej chirurgie, Národný ústav detských chorôb, Bratislava, Slovakia), **Andrej Dolnák** (Klinika detskej chirurgie, Národný ústav detských chorôb, Bratislava, Slovakia), **Lubomír Sýkora** (Klinika detskej chirurgie, Národný ústav detských chorôb, Bratislava, Slovakia), **René Jáger** (Klinika detskej chirurgie, Národný ústav detských chorôb, Bratislava, Slovakia)

Autori prezentujú formou kazuistík indikácie implantácie zaisteného tibiálneho klinca.

Za päť rokov, od roku 2016, bolo naimplantovaných jedenásť klinčov u desiatich pacientov. Najmladší pacient mal 14 rokov a u jedného pacienta boli stabilizované zlomeniny oboch predkolení po zoskoku z 85 metrov. U piatich pacientov bola indikovaná primárna, stabilná osteosyntéza zaisteným klincom. U piatich bol indikovaný kliniec po zlyhaní iniciálnej liečby – u jedného pre redislokáciu pri konzervatívnej terapii a u štyroch na metóde ESIN. Dôvody zlyhania ESIN boli nestabilita a z nej tvoriaci sa pakľb u jedného pacienta, redislokácia u jedného a refraktúra u dvoch pacientov.

Za indikáciu k implantácii zaisteného tibiálneho klinca autori považujú dostatočnú šírku dreňovej dutiny, zájdenú fyzárnu štrbinu na proximálnej túbii, s tým súvisiaci vek pacienta, ďalej hmotnosť pacienta a v neposlednom rade zlyhanie konzervatívnej liečby alebo metódy ESIN.

Retrospektivní analýza pacientů ošetřených v dětském traumacentru v Ústí nad Labem v letech 2012 až 2021 s diagnózou bolestivé pronace

Tomáš Sedlačko (Oddělení dětské chirurgie – dětské úrazové centrum Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, Ústí nad Labem, Czech Republic)

Úvod a cíl: Bolestivá pronace (pronatio dolorosa, pulled elbow, nursemaid's elbow) je poranění malých dětí (1 až 4 roky) s typickým mechanismem úrazu při zatažení za horní končetinu a následným uskřínutím lig. anulare radii mezi hlavičku radiu a hlavičku humeru. Typicky po repozici nastává rychlá úleva od bolesti a je obnovena plná hybnost v lokti. Cílem analýzy je celkové zhodnocení mechanismu úrazu při vzniku bolestivé pronace u dětí ošetřených v naší ambulanci a porovnání s výsledky zahraničních článků.

Metodika: Retrospektivní počítačová analýza pacientů s kódem diagnózy S530 (vymknutí hlavičky kosti vřetenní) léčených ambulantně v dětském traumacentru v Ústí nad Labem v letech 2012 až 2021.

Výsledky: V letech 2012 až 2021 bylo ošetřeno v naší ambulanci celkově 296 dětí (70,6 % děvčat) a zaznamenáno 390 epizod bolestivé pronace. Typické zatežení za horní končetinu bylo udáváno u 71,02 % epizod bolestivé pronace. U 28,98 % epizod byla bolestivá pronace výsledkem jiného mechanismu úrazu, zejména pádu na ruku, přilehnutí nebo přimáčknutí horní končetiny.

Závěr: Přibližně třetina všech bolestivých pronací vzniká jiným mechanismem, než je typické zatažení za horní končetinu. Toto číslo je porovnatelné s výsledky nalezenými v zahraničních publikacích a je důležité na to myslet při správné diagnóze a léčbě úrazu dětského lokte.

Pitfalls of treatment of multiple upper limb fractures

Pavel Hořák (*Department of orthopedics and traumatology of the skeletal system, University Hospital of Pilsen, Pilsen, Czech Republic*)

We want to demonstrate the difficulties of diagnosing and treatment of multiple upper limb injuries in several case reports.

Fractures in the forearms or elbows are accompanied by many risks of complications, nerve lesions, vascular lesions up to the most serious possible consequence of compartment syndrome – the Volkmann's contracture. The consequences of multiple fractures can be all the more serious. Therefore, their precise diagnosis and appropriate treatment are very important.

We will present, on particular case reports, our preferred procedures for the prevention and treatment of possible complications.

VARIA

Strategies for Management of Regional Limb Ischaemia in Early Childhood

Adela Knizetova (Pediatric Surgery and Traumatology, Thomayer's Teaching Hospital, Prague, Czech Republic), **Pavla Dolezalova** (Pediatric Rheumatology, General Teaching Hospital, Prague, Czech Republic), **Klara Schwarzmannova** (Plastic Surgery, Teaching Hospital Kralovske Vinohrady, Prague, Czech Republic), **Tomas Pesl** (Pediatric Surgery and Traumatology, Thomayer's Teaching Hospital, Prague, Czech Republic), **Robert Zajicek** (Department of Burn Medicine, Teaching Hospital Kralovske Vinohrady, Prague, Czech Republic)

Aim: The aim of the study is to provide an overview of surgical techniques which are used in small children (up to age of 5) with regional limb ischaemia.

Methods: 12 patients were referred to surgeon between 2012 and 2021 with diagnoses: meningococcal sepsis (n=3), trauma (n=5), acute ischaemic necrosis of a limb in neonate (compartment syndrome neonatorum) (n=1), SAVI syndrome (n=1), polyarteritis nodosa (2). All cases were retrospectively reviewed.

Results: All of patients developed skin necrosis or regional limb ischaemia. 7 patients lost tissue leading to 8 skin grafts (including 2 full-thickness skin grafts). 1 patient needed muscular flap. 2 patients were concerned by an amputation (5 fingers, 2 transmetatarsal amputations). Vacuum Assisted Closure therapy was used in 3 cases. In 1 patient we performed allografting with Matriderm®. 2 patients underwent acute fasciotomy. 2 patients were treated conservatively.

Conclusion: Limb ischaemia (skin-limited or regional) is uncommon condition in early childhood. However, it can have devastating consequences. The amputation should be delayed for as long as possible and the line of demarcation awaited. Strategies for management are still evolving and there is still limited experience.

Possible results of drowning

Pavel Dohnal (General surgery, Nemocnice České Budějovice a.s., České Budějovice, Czech Republic), **Radek Hanák** (General surgery, Nemocnice České Budějovice a.s., České Budějovice, Czech Republic)

Aim: Case report about a late complication after severe drowning.

Case description: 2,5 years old boy in 12/2021 had to be resuscitated for 20 minutes after severe drowning. In the hospital: 2 weeks of ECMO and other complete care – 50 days of hospitalization.

In 2/2022 came back to hospital with the diagnosis of ileus. After the beginning of treatment a father signed out against medical advise and went home with the boy.

3 weeks later they came back to hospital – ileus in serious conditions. After a short stabilisation the child was indicated to the surgical revision. Solid adhesions between the small intestines were found. Resection 30 cm of ileum had to be done. Postoperative course was uneventful.

Conclusions: This case report should be in the category: “Our errors and mistakes”. We will go through the whole case report, show and discuss our mistakes. We would like to point this rare but possible complication after drowning also with the view to the literature.

Antropozoonóza v dětské chirurgii – kazuistika

Tomáš Tekula (Oddělení dětské chirurgie, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, Ústí nad Labem, Czech Republic), **Martin Konečný** (Oddělení dětské chirurgie, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, Ústí nad Labem, Czech Republic)

Tato kazuistika pojednává o zánětlivé komplikaci ulceroglandulární formy tularémie v následné terapii dětského chirurga. Práce zahrnuje základní poznatky o onemocnění, diagnostiku, primární antibiotickou terapii infekčního oddělení a další terapii chirurgického oddělení. Dětské chirurgové se poměrně často setkávají s relativně běžnou diagnózou abscesových ložisek kůže a podkoží. Nyní ale vzniklé působením raritního patogenu.

Miniinvazívna liečba pilonidálneho sinusu u detí pomocou tekutého fenolu

Anton Vik (Klinika detskej chirurgie SZU, Detská fakultná nemocnica s poliklinikou Banská Bystrica, Banská Bystrica, Slovakia), **Roman Koreň** (Klinika detskej chirurgie SZU, Detská fakultná nemocnica s poliklinikou Banská Bystrica, Banská Bystrica, Slovakia), **Martin Michalisko** (Klinika detskej chirurgie SZU, Detská fakultná nemocnica s poliklinikou Banská Bystrica, Banská Bystrica, Slovakia), **Andrej Sádovský** (Klinika detskej chirurgie SZU, Detská fakultná nemocnica s poliklinikou Banská Bystrica, Banská Bystrica, Slovakia)

Úvod: Miniinvazívne metódy liečby pilonidálneho sinusu v súčasnosti získavajú popularitu medzi chirurgami po celom svete a dá sa povedať, že majú potenciál stať sa novým zlatým štandardom liečby. Naším cieľom bolo overiť úspešnosť fenolizácie pilonidálneho sinusu u detí a porovnať prípadné výhody a nevýhody tohto miniinvazívneho riešenia s našimi skúsenosťami pri klasickom riešení na našom pracovisku.

Metódy: Od roku 2019 u pacientov praktizujeme trepanáciu fistúl a jamiek, exkochleáciu a fenolizáciu. Prospektívne sme sledovali perioperačný a pooperačný priebeh a komplikácie (dobu liečby, bolesti a nutnosť analgézy, preferovanú anestézu, secernáciu, komplikácie výkonu a hojenia rany). Porovnávali sme vplyv rozsahu pilonidálneho sinusu na dĺžku liečby, výskyt komplikácií a recidív ochorenia.

Výsledky: V našom súbore 20 pacientov bola priemerná doba hojenia 37 dní, prítomnosť bolestí 1,4 dňa; priemerná doba secernácie rany 20 dní, zaznamenali sme 1 recidívu, 2 infikovania rany. Fenolizácia znižuje dĺžku hospitalizácie takmer v 100% prípadov. Ako najčastejšiu anestéziu si pacienti zvolili spinálny blok. Pri samotnom výkone sme nezaznamenali významnejšie komplikácie, zaznamenali sme 4-krát malé poleptanie kože a nevýznamné krvácanie. V pooperačnom priebehu dve infekcie rany. Počet recidív ochorenia je porovnateľný ako pri štandardných výkonoch.

Záver: Výsledky nášho súboru pacientov naznačujú, že fenolizácia pilonidálneho sinusu je výkon, ktorý možno bezpečne a s porovnateľným úspechom vykonávať aj u detských pacientov. Zaznamenali sme významný benefit tejto liečby pre pacienta. V porovnaní s radikálnou excíziou je prítomné skrátenie limitujúcej liečby, takmer okamžitý návrat k bežným aktivitám, nižšia potreba analgézy, zníženie komplikácií a najmä zvýšenie komfortu pre pacienta. Úspešnosť liečby je porovnateľná s ostatnými výkonmi. K signifikantnému záveru je však potrebné vykonať štúdie, ktoré by naše výsledky doložili aj na väčšom počte pacientov.

Educational videos on balloon transanal irrigation for the management of severe chronic constipation and fecal incontinence

Jan Trachta (Department of Paediatric Surgery, Second Faculty of Medicine, Charles University and Motol University Hospital, Prague, Czech Republic), **Lucie Hurkova** (Department of Paediatric Surgery, Second Faculty of Medicine, Charles University and Motol University Hospital, Prague, Czech Republic), **Michal Rygl** (Department of Paediatric Surgery, Second Faculty of Medicine, Charles University and Motol University Hospital, Prague, Czech Republic)

Aim: To present two educational videos showing the implementation of balloon catheter transanal irrigation in children suffering from congenital disorders prone to severe chronic constipation or fecal incontinence.

Video description: The vast majority of children with congenital or acquired neurogenic bladder and bowel suffer from chronic constipation and/or fecal incontinence. This also applies to some patients with persistent dysfunction of defecation due to anorectal malformation, Hirschsprung disease or functional constipation refractory to other treatment options. Current evidence suggests that the most effective long-term bowel management tool is not the traditional enema but transanal irrigation by a device enabling caregivers to wash out not only the rectum but also a longer part of the colon. Typically, there is a commercially available cone system or a balloon catheter used for irrigation. However, in many countries, the commercial system is either not covered by health insurance or not available at all. In the educational videos, we demonstrate to caregivers and elder pediatric patients the feasibility of a home transanal irrigation system composed of a 24F Foley catheter and a simple filling bag attached to the Foley. With appropriate instructions and safety warnings, we recommend irrigation with body-temperature tap water in the amount of 10 to 20 mL/kg of body weight and a Foley balloon inflated with 20 to 60 mL of air. The first video is intended for caregivers who perform transanal irrigation on their children, and the second video is intended for children who can already perform the whole procedure themselves.

Conclusion: The Foley balloon transanal irrigation system is a simple, safe and economically affordable way to treat chronic constipation and fecal continence worldwide, including low-income countries, in the majority of children suffering from severe chronic constipation and/or fecal incontinence.

Anorektálna manometria u detí

Dominika Števková (Klinika detskej chirurgie LF UK a NÚDCH, Národný ústav detských chorôb, Bratislava, Slovakia), **Daniela Trepáčová** (Klinika detskej chirurgie LF UK a NÚDCH, Národný ústav detských chorôb, Bratislava, Slovakia), **Rastislav Králik** (Klinika detskej chirurgie LF UK a NÚDCH, Národný ústav detských chorôb, Bratislava, Slovakia), **Zuzana Blusková** (Detská klinika LF UK a NÚDCH, Národný ústav detských chorôb, Bratislava, Slovakia), **František Horn** (Klinika detskej chirurgie LF UK a NÚDCH, Národný ústav detských chorôb, Bratislava, Slovakia), **Igor Béder** (Klinika detskej chirurgie LF UK a NÚDCH, Národný ústav detských chorôb, Bratislava, Slovakia)

Cieľ: Anorektálna manometria je bezpečná a bezbolestná vyšetrovacia metóda, ktorá je v súčasnosti čoraz viac využívaná aj na diagnostiku ťažkostí s vyprázdňovaním u detí. V spojení s vhodnými zobrazovacími vyšetreniami umožňuje odhalenie komplexných patofyziologických mechanizmov spôsobujúcich inkontinenciu stolice alebo chronickú obstipáciu a taktiež diagnostiku iných ochorení distálnej časti gastrointestinálneho traktu, napríklad Hirschsprungovej choroby.

Metódy: Retrospektívna analýza výsledkov anorektálnej manometrie u detí vo veku 3–10 rokov vyšetrených v období od marca 2020 do marca 2022.

Výsledky: Anorektálna manometria bola v danom období realizovaná u 40 pacientov bez predchádzajúcej operačnej liečby za účelom diagnostiky poruchy vyprázdňovania. U 3 pacientov bola na základe výsledkov sponujúcej poruchu inervácie čreva realizovaná rektálna biopsia, pričom v dvoch prípadoch bola histopatologicky potvrdená aganglionóza vo vyšetrovanej vzorke. Najväčšiu skupinu predstavovali pacienti s dysynergickou defekáciou (91%), prevažne I. typu.

Záver: Manometrické vyšetrenie anu a rekta umožňuje detailne hodnotiť funkcie análneho sfinkterového komplexu, rektoanálne reflexy, citlivosť a motilitu v oblasti rekta. Doteraz získané výsledky preukazujú prínos v diferenciálnej diagnostike ťažkostí obrovskej skupiny pacientov sledovaných gastroenterologickými a chirurgickými špecialistami alebo opakovane ošetrovaných na urgentnom príjme pre akútne komplikácie ťažkostí s vyprázdňovaním. Správne zvolená liečba môže výrazne zvýšiť kvalitu života pacienta.

Perineal Groove

Rastislav Králik (Pediatric surgery, National Institute of Children's Diseases, Bratislava, Slovakia), **Daniela Trepáčová** (Pediatric surgery, National Institute of Children's Diseases, Bratislava, Slovakia)

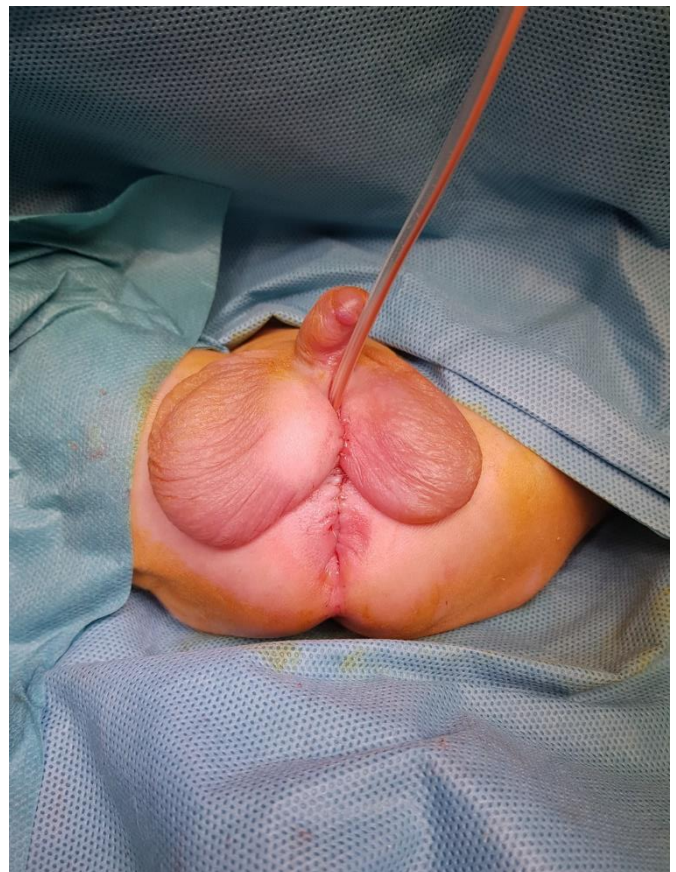
Perineal groove (PG) – perineálna brázda – ryha je vzácny variant anorektálnych anomálií (ARM). Jedná sa o nekeratinizovaný pruh mukózy tiahnucej sa od análneho otvoru ku genitáliám – vestibulu u dievčat, alebo koreňu penisu u chlapcov.

Už v 1963 roku Stephens a Smith vo svojej klasifikácii ARM založenej na embryologických konceptoch zaradil PG medzi rektálne deformity u dievčat. V Melbourskej klasifikácii z 1970 roku je PG zaradená medzi rôznymi ARM tiež len u dievčat. U chlapcov popisuje PG až tzv. "International classification" aj vo svojej zjednodušenej verzii.

V literatúre sa PG popisuje Aleem v r. 1985 v Z. Kinderchir. u 2 chlapcov a 3 dievčat, Scharli v r. 2000 popisuje PG u chlapca na 7. mítingu kolorektálneho klubu v Ríme, Holschneider v r. 2003 (2 chlapci, 1 mal penoskrotálnu hypospádiu), Stephen a Smith v r. 2005 (4 dievčatá). PG s penoskrotálnou hypospádiou popisuje aj Chatterjee v *Pediatr. Surg Int* v r. 2003.

V našej prezentácii popisujeme prípad novorodenca- chlapca s penoskrotálnou hypospádiou a tumoróznym útvarom krytým sliznicou siahajúcim od ústia uretry k análnemu otvoru. Zobrazovacie metódy RDG a MRI poukázali na možnosť protrudujúcej perineálnej brázdy. Dieťaťu bol útvar odstránený. Pri operácii bola overená správna pozícia anu v sfinkteri, ktorý bol ventrálne otvorený – urobená plastika perinea. Histológia popisuje sliznicu rektálneho typu. Dieťa je pooperačne bez ťažkostí.

Perineal groove je vzácna forma anorektálnej malformácie predovšetkým u chlapcov. Správna interpretácia nálezu preto môže byť vždy témou diskusie.



Panaritium

Kristýna Žďárská (chirurgie, Krajská nemocnice Liberec, Liberec, Czech Republic)

Přednáška se věnuje zánětlivým afekcím prstů ruky a zaměřuje se na jejich správnou léčbu. Prezentace je doplněna kazuistikou z našeho pracoviště, která „drobnost“ jako panaritium mělo mutilující důsledky na život 13. letého chlapce.

SESTERSKÁ SEKCE

VARIA I

Nové trendy v ošetrovatelské péči o dítě s diagnózou gasroschízy

Hana Chlumová (Klinika dětské chirurgie, 2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, V Úvalu 84 Praha 5 Motol, Praha, Czech Republic)

Cíl: Prezentace je zaměřena na použití sila typu Alexis u dětí s diagnózou gastroschízy a měření intraabdominálního tlaku (IAP) přes močový měchýř jako další pomoc v ošetrovatelské péči o tyto děti

Metody: Soubor kazuistik dokumentujících použití sila typu Alexis a měření intraabdominálního tlaku.

Výsledky: Použití sila, tam kde není možno dutinu břišní uzavřít primárně, umožňuje vidět a hodnotit vitalitu střevních kliček v reálném čase. Zkracuje délku a hloubku anestézie v bezprostředním poporodním období. Měření IAP u všech pacientů s touto diagnózou nás dostatečně dopředu upozorňuje na možné komplikace – compartment syndrom.

Závěr: Použití sila typu Alexis a měření IAP jsou metody, které výrazně pomáhají při ošetrovatelské péči o děti s touto diagnózou.

A zase ta baterka...

Kateřina Fenzelová (Klinika dětské chirurgie 2. lékařské fakulty University Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole, Praha, Czech Republic), **Ivana Nečasová** (Klinika dětské chirurgie 2. lékařské fakulty University Karlovy, Praha, Czech Republic)

Cíl: V prezentaci Vás seznámíme s komplexní ošetřovatelskou péčí o pacienta po poranění jícnu a trachey, kdy v důsledku časové prodlevy po spolknutí knoflíkové baterie došlo ke vzniku tracheoesofageální píštěle.

Metodika: Vycházíme z kazuistiky kriticky nemocného pacienta a z praktických zkušeností získaných během jeho hospitalizace. Popisujeme specifika péče, při založené tracheostomii, gastrostomii a jejunostomii. Nezbýtně nutné bylo zapojení matky pacienta do ošetřovatelského procesu, z důvodu následné domácí péče po ukončení hospitalizace.

Závěr: Poukazujeme na nutnost individuálního přístupu v péči o pacienta se závažným poraněním a s tím související spolupráce s rodiči.

Otázkou je, jak dostat do povědomí veřejnosti závažnost této problematiky.

VARIA II

Balónková vodná klyzmata u dětských pacientů

Lucie Hůrková (dětská chirurgická ambulance, Klinika dětské chirurgie FN Motol, Praha, Czech Republic), **Helena Zamykalová** (dětská chirurgická ambulance, Klinika dětské chirurgie FN Motol, Praha, Czech Republic)

Cíl sdělení: Prezentace je zaměřena na aplikaci balónkových klyzmat, jako efektivní, bezpečný a jednoduchý způsob vyprazdňování tlustého střeva, vhodný pro všechny pacienty trpící poruchou vyprazdňování. Současně prezentujeme edukační materiál pro dětské pacienty a jejich rodiče.

Metodika: Sběr dat na základě zpráv v ambulantních kartách a pohovorů s rodiči a pacienty. K aplikaci balónkových klyzmat používají pacienti komerční set na klyzma ze zdravotnických potřeb prodloužený o Foleyův katétr průměru 24 F a kolon plní vodou z vodovodu o tělesné teplotě, bez jakýkoliv přísad v množství 10 až 20 ml na kg tělesné váhy.

Výsledky: V období let 2020–2022 jsme zaučili 28 pacientů v balónkových klyzmatech s následujícími diagnózami : neurogení močový měchýř a střeva , rozštěpové vady páteře a míchy (spina bifida), anorektální atrézie a chronická funkční zácpa. Do studie je zahrnuto celkem 28 pacientů. Balónková klyzmata jsou efektivní u 85,7 % (n=24) pacientů. U zbytku pacientů nedošlo k dostatečnému vyprázdnění stolice.

Závěr: Balónková klyzmata přispívají významně k vyšší kvalitě života dětí s těžkou zácpou, a to jak v důsledku vrozených vad, tak v případě funkční chronické zácpy rezistentní na jakoukoliv jinou terapii.

Apendektomie v čase na Klinice dětské chirurgie

David Müller (Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN Motol, Praha, Czech Republic), **Lenka Rubešová** (Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN Motol, Praha, Czech Republic), **Vojtěch Dotlačil** (Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN Motol, Praha, Czech Republic)

Cíl: Akutní apendicitida je nejčastější náhlou příhodou břišní u dětí, která v naprosté většině pacientů vyžaduje chirurgické řešení. Jak se apendektomie vyvíjela v průběhu let a jak jsme s její poslední verzí single port laparoskopickou apendektomií (SILA) spokojeni po ošetřovatelské stránce?

Metodika: Retrospektivní zpracování dat z lékařské a ošetřovatelské dokumentace za vymezené období uplynulých let (4/2015, 4/2017, 4/2021) a popis zkušeností ošetřovatelského personálu na Klinice dětské chirurgie FN Motol.

Výsledky:

V období 4/2015 bylo odoperováno laparotomicky 5 pacientů, laparoskopicky 1 pacient, z toho byli 2 dívky (33 %), 4 chlapci (67 %).

V období 4/2017 bylo odoperováno laparotomicky 3 pacienti, laparoskopicky 5 pacientů, z toho byli 4 dívky (50 %), 4 chlapci (50 %).

V období 4/2021 bylo odoperováno laparoskopicky single port apendektomií 18 pacientů, z toho bylo 8 dívek (44 %), 10 chlapců (56 %).

Sledované parametry – délka hospitalizace, monitoring bolesti, podávání analgetik, zatížení stravou.

Závěr: Ze získaných výsledků a zkušeností se ukazuje, že současný přístup při apendektomii je benefitem pro pacienta i ošetřovatelský personál.

