

# XXIX. PRAŽSKÉ CHIRURGICKÉ DNY 2026

---

27. – 28. dubna 2026  
O2 Universum, Praha

Programový sborník s abstrakty

**Pořadatel:**

I. chirurgická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy  
a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

**Organizátor:** Congress Prague s.r.o.



## PARTNEŘI A VYSTAVOVATELÉ

---

### GENERÁLNÍ PARTNER

**Johnson & Johnson**



### PARTNER



### PODPORA



### VYSTAVOVATEL



## ZÁKLADNÍ INFORMACE

---

### POŘADATEL:

I. chirurgická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

### VĚDECKÝ A ORGANIZAČNÍ VÝBOR:

- prof. MUDr. Zdeněk Krška, DrSc. - předseda organizačního a vědeckého výboru
- doc. MUDr. Jan Ulrych, Ph.D. - koordinátor odborného programu Sekce lékařů
- PhDr. Dagmar Škočová, MBA - koordinátor odborného programu Sekce zdravotnických pracovníků nelékařských profesí

### SPOLUPRACUJÍCÍ ODBORNÉ SPOLEČNOSTI ČLS JEP:

- Česká chirurgická společnost
- Česká společnost úrazové chirurgie
- Česká onkologická společnost

### ORGANIZÁTOR:

**Congress Prague s.r.o.**

Vyšehradská 430/41,

128 00, Praha 2

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

[office@congressprague.cz](mailto:office@congressprague.cz)

### Odpovědný zástupce za organizační zajištění kongresu:

Petra Skalová

Tel.: 774 923 353

[petra.skalova@congressprague.cz](mailto:petra.skalova@congressprague.cz)

### Koordinátor pro partnery a vystavovatele

(farmaceutické společnosti):

Bohumil Sedlák

Tel.: 605 781 945

[exhibitors@congressprague.cz](mailto:exhibitors@congressprague.cz)

### Koordinátor pro registrace a ubytování:

Nikola Houdková

Tel.: 720 358 124

[nikola.houdkova@congressprague.cz](mailto:nikola.houdkova@congressprague.cz)

## DOPROVODNÝ PROGRAM

---

### **Oběd 27. dubna**

Cena: 550 Kč

Oběd se podává formou bufetu v místě konání kongresu.

### **Oběd 28. dubna**

Cena: 550 Kč

Oběd se podává formou bufetu v místě konání kongresu.

### **Společná večeře pořádaná Českou chirurgickou společností ČLS JEP**

Termín konání: 27. dubna

Začátek: 19:00 hod.

Cena: 1 250 Kč

Místo konání: Art Restaurant Mánes

Adresa: Masarykovo náměstí. 250/1, 110 00 Nové Město

Tato večeře není součástí odborného programu a není hrazena ze sponzorských příspěvků farmaceutických firem.

Pro účast na večeři je nezbytné zakoupit si vstupenku. Vstupenku si můžete koupit předem v rámci on-line registrace nebo na místě v registračním centru.

## PRAVIDLA PRO ÚČAST

---

- Vstup na kongres a doprovodnou výstavu firem je možný výlučně na základě platné registrace.
- Registrační průkaz obdrží každý registrovaný účastník při vstupu na kongres.
- V pracovní době kongresu je účastníkům k dispozici šatna s obsluhou.
- V mimopracovní době jsou kongresové sály uzavřeny. Nenechávejte v prostorách kongresových sálů, doprovodné výstavy apod. osobní věci. O2 universum, pořadatelé a organizátor kongresu nenesou odpovědnost za jejich poškození nebo ztrátu.
- Věci vnesené a používané v průběhu kongresu v prostorách O2 universa, určených pro kongres nejsou předmětem pojištění.
- Účast na kongresu, činnost a pohyb ve vyhrazených kongresových prostorách nejsou předmětem pojištění osob.
- Ve všech prostorách vyhrazených pro kongres je přísný zákaz kouření. Prosíme, respektujte toto pravidlo.
- Bez výslovného souhlasu pořadatele nebo organizátora není v rámci prostor konání kongresu dovoleno pořizovat záznamy (zvukem, obrazem).

# ORIENTAČNÍ PLÁNEK DOPROVODNÉ VÝSTAVY PARTNERŮ



## ORIENTAČNÍ PLÁNEK DOPROVODNÉ VÝSTAVY PARTNERŮ

---

PLOCHA	VYSTAVOVATEL
1.	Johnson & Johnson, s.r.o.
2.	PROMEDICA PRAHA GROUP, a.s.
3.	Bioster, a.s.
4.	Essity Czech Republic
5.	HARTMANN-RICO a.s.
6.	Medin a.s.
7.	MEDIS Pharma s.r.o.
8.	Mediservis
9.	Medtronic Czechia s.r.o.
10.	Pascoe pharm. Präparate GmbH
11.	ACCREA Medical Robotics Sp.z o.o
12.	Pharm Delivery s.r.o
13.	VAN-TEC MEDICAL s.r.o.
14.	Viatis
15.	ZARYS International Group s.r.o
16.	Teleflex Medical s.r.o.
17.	Bionik
18.	AKC konstrukce, s.r.o.
19.	ConvaTec Česká republika s.r.o.
20.	MEDKONSULT, s.r.o.
21.	Lékaři bez hranic
22.	DN FORMED Brno s. r. o.
23.	Fresenius Kabi s.r.o.
24.	SurgiCare s.r.o.
25.	MyDevice CZ s.r.o.
26.	Aspironix s.r.o.
27.	LERAM
28.	Boston Scientific
29.	OLYMPUS CZECH GROUP, s.r.o.
30.	Redakce RvCH

**Johnson & Johnson**

# CMR VERSIUS PLUS

*ROBOTICKÝ SYSTÉM NOVÉ GENERACE*

## **POKROČILÉ ROBOTICKÉ TECHNOLOGIE:**

• ICG fluorescence s real-time overlay • Integrovaný ultrasonický disektor

## **KOMPLEXNÍ VÝCVIKOVÝ PROGRAM:**

• Akreditace Royal College of Surgeons of England

## **AKTUÁLNÍ INSTALACE:**

• VFN Praha • ON Kladno • SurGal Clinic • FN Brno



Generální partner ČCHS

Více informací:  
[zt@promedica-praha.cz](mailto:zt@promedica-praha.cz)  
nebo naskenujte QR.



## PROGRAM

---

Pondělí, 27. dubna

---

08:00 – 10:00

**Registrace**

10:00 – 10:20

**Zahájení kongresu**

prof. MUDr. Zdeněk Krška, Dr.Sc., doc. MUDr. Jan Ulrych, Ph.D.,  
PhDr. Dagmar Škočková, MBA

10:30 – 12:00

**Blok I: Problematika kolorektálního karcinomu z pohledu organizace chirurgické péče**

Kongresový sál 1

Předsednictvo: prof. MUDr. Zdeněk Krška, Dr.Sc.

MUDr. Július Örhalmi, Ph.D., FASCRS, MBA

prof. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D.

Round table:

**Epidemiologie a vývoj kolorektálního karcinomu v ČR**

Ladislav Dušek

UZIS

**Koncept péče o pacienty s kolorektálním karcinomem**

Július Örhalmi

Nemocnice Hořovice

**Nedořešené otázky chirurgické péče o pacienty s kolorektálním karcinomem z pohledu high-volume pracoviště**

Jakub Tesař, Zdeněk Krška

I. chirurgická klinika VFN a 1. LF UK

10:30 – 12:00

**Blok I: Akutní peritonitida**

Kongresový sál 2

Předsednictvo: prof. MUDr. Robert Gürlich, Dr.Sc.

doc. MUDr. Jan Ulrych, Ph.D.

doc. MUDr. Helena Lahoda Brodská

**Pneumoperitoneum původem z dolní části GIT**

Jan Rejholec, Jan Moravík, Veronika Hernychová

Chirurgické oddělení, Krajská zdravotní as, - Nemocnice Děčín o.z.

**Posttraumatické pneumoperitoneum – symptom nikoliv diagnóza**

Pavel Dohnal

Chirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice

**Zánět není jenom infekť, umíme to odlišit?**

Helena Brodská Lahoda

ULBLD

**Zánět z pohledu klinického farmaceuta**

Karina Chihadová, Michal Bárta

Centrální laboratoře FNB

**Inovativní metody v léčbě pokročilé difuzní peritonitidy**

Vladimír Červinka

Chirurgické oddělení, nemocnice Čáslav

**Břišní katastrofy: kdy je nejlepší operací neoperovat**

Miroslav Sirový, Jakub Víšek, Pavel Novotný, Jiří Páral

Fakultní nemocnice Hradec Králové

12:00 – 13:00

**Oběd**

12:00 – 13:00

**Jednání výboru ČCHS**

13:00 – 14:00

**Sponzorovaná firemní symposia a přednášky**

Kongresový sál 1

**Sponzorovaná přednáška firmou Johnson & Johnson, s.r.o.** 15 min.  
**Dualto – Efektivita a preciznost. Dva chirurgové – jeden system**  
Peter Tóth

**Sponzorovaná přednáška firmou**  
**PROMEDICA Praha Group, a.s.** 15 min.  
**Robotický systém CMR Versius a intraoperační ultrazvukové sondy**  
**FUJIFILM**  
Kamil Bořek, Viktor Fafílek

**Lékaři bez hranic** 15 min.  
**Operační léčba karcinomu děložního hrdla bez dostupné radioterapie:**  
**zkušenost z mise MSF v Malawi**  
Roman Kocián  
Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

**Sponzorovaná přednáška firmou Johnson & Johnson, s.r.o.** 15 min.  
**Praktické zkušenosti v hrudní chirurgii**  
Ivo Hanke

13:00 – 13:15

**Sponzorovaná přednáška firmou MEDIS Pharma s.r.o.** 15 min.

Kongresový sál 2

**Eravacyklin v terapii komplikovaných nitrobřišních infekcí – State of the Art**  
Václava Adámková  
Všeobecná fakultní nemocnice a 1. Lékařská fakulta v Praze

14:00 – 15:30

**Blok II: Problematika kolorektálního karcinomu – novinky a inovativní přístupy**

Kongresový sál 1

Předsednictvo: prof. MUDr. Jiří Hoch, Dr.Sc.

doc. MUDr. Michal Vočka, Ph.D.,

MUDr. Petr Dytrych

**Historie a současnost kolorektálního karcinomu**

Jiří Hoch

Chirurgická klinika FNM

**Molekulární diagnostika – prediktivní a prognostické markery kolorektálního karcinomu s využitím v klinice**

Helena Skálová

Ústav Patologie VFN a 1. LF UK v Praze

**Současný stav a nové trendy v systémové onkologické léčbě kolorektálního karcinomu**

Michal Vočka

Onkologická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

**Kolorektální karcinom a robotické operace**

Petr Dytrych

I. chirurgická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

**Je technika double-stapled anastomózy rizikovým faktorem pro vznik dehiscence kolorektální anastomózy?**

Alexander Ferko, Matěj Škrovina, Boris Hadbávny  
Nemocnice Agel, Nový Jičín

**Vede rutinní provádění FA při resekcích rekta k nižšímu výskytu AL?**

Daniel Langer  
Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice Praha

14:00 – 15:30

**Blok II: Periprocedurální komplikace – pohled chirurga a forenzní dopady**  
Kongresový sál 2

Předsednictvo: prof. MUDr. Zdeněk Krška, Dr.Sc.  
JUDr. Jan Mach

**Periprocedurální komplikace – přehled a rizika**

Zdeněk Krška  
I. chirurgická klinika VGN a 1. LF UK v Praze

**Periprocedurální komplikace z pohledu právníka**

Jan Mach  
Česká lékařská komora

**Chirurg jako oběť periprocedurální komplikace**

Jan Ulrych  
I. chirurgická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

**Periprocedurální komplikace při operacích v retroperitoneu**

Ellen Konečná  
Chirurgická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

**Benigní pneumoperitoneum – jedná se o komplikaci?**

Daša Baliárová  
I. chirurgická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

15:30 – 16:00

**Přestávka**

16:00 – 17:30

**Blok III: Problematika kolorektálního karcinomu – pokročilé stavy (generalizovaný a lokálně pokročilý kolorektální karcinom)**

Kongresový sál 1  
Předsednictvo: prof. MUDr. David Hoskovec, Ph.D.  
prim. MUDr. Lukáš Sákra, Ph.D.  
prof. MUDr. Luboš Petruželka, Dr.Sc.

**Zařazení imunoterapie do léčby pokročilého kolorektálního karcinomu**

Luboš Petruželka  
Onkologická klinika VFN a I. LF UK v Praze

**Možnosti HIPEC a cytoredukční chirurgie v terapii pokročilého kolorektálního karcinomu**

David Hoskovec  
I. chirurgická klinika VFN a 1. LF UK

**Exenterace pánve u pacientů s pokročilým kolorektálním karcinomem**

Lukáš Sákra  
Chirurgická klinika, nemocnice Pardubice

**Izolovaná perfuze jater u pacientů s pokročilým metastatickým postižením jater**

Miroslav Špaček  
II. chirurgická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

## **Pokročilé nádory pánve a jejich diferenciální diagnostika z pohledu gynekologa**

Daniela Fischerová

Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie VFN a 1. LF UK v Praze

## **Multiviscerální en bloc resekce u lokálně pokročilého kolorektálního karcinomu**

Ján Koscelánský

Chirurgické oddělení, Masarykova nemocnice, Ústí nad Labem

16:00 – 17:30

### **Blok III: Periprocedurální komplikace**

Kongresový sál 2

Předsednictvo: prof. MUDr. Jiří Moláček, Ph.D.

doc. MUDr. Jan Ulrych, Ph.D.

prof. MUDr. Martin Fried, Ph.D.

#### **Když se nedaří**

Jiří Moláček

Chirurgická klinika, FN Plzeň

#### **Specifické periprocedurální komplikace v bariatrické a metabolické chirurgii**

David Michalský, Martin Fried

I. chirurgická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

#### **Endovaskulární intervence v řešení chirurgických komplikací - pseudoaneurysmata**

Tomáš Padrta, Jan Kaván

Radiodiagnostická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

#### **Periprocedurální komplikace a EndoUS navigované intervenční výkony**

Filip Neumann

Endoskopické centrum, Nemocnice Kolín

#### **Pokročilé endoskopické intervence v řešení periprocedurálních komplikací u resekcí jater**

Jan Ulrych, Vladimír Nosek

I. chirurgická klinika VFN a 1. LF UK v Praze,

Gastroenterologie, Nemocnice Jablonec nad Nisou

#### **Vzduchová embolie při užití peroxidu vodíku jako periprocedurální komplikace**

Jan Wirth, Karel Houdek, Jiří Moláček

Chirurgická klinika, FN Plzeň

17:35 – 18:20

### **Blok IV. - Valná hromada ČCHS**

19:00

### **Společná večeře pořádaná Českou chirurgickou společností ČLS JEP Art Restaurant Mánes**

Společenská večeře není součástí programu kongresu. Společenská večeře není hrazena ze sponzorských příspěvků farmaceutických firem. Počet vstupenek je limitován kapacitou společenských prostor v místě konání.

9:00 – 10:30

### **Blok I: Periprocedurální komplikace v traumatologii**

Kongresový sál 1

Předsednictvo: prof. MUDr. Valér Džupa, Ph.D.,  
prof. MUDr. Zdeněk Klézl, CSc.  
doc. MUDr. Filip Burget, Ph.D.

#### **Komplikace při léčbě zlomenin proximálního femuru**

Valér Džupa

Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a FNKV

#### **Komplikace ve spondylochirurgii**

Zdeněk Klézl

Klinika spondylochirurgie 1. LF UK a FNMH

#### **Jak se mohou řetězit komplikace - kazuistika**

Petr Baňar

I. chirurgická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

#### **Problematika konzervativní terapie zlomenin distálního radia**

Josef Kraus

I. chirurgická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

#### **Rizika a řešení sekundárního hojení zlomenin (paklouby)**

Miroslav Streck

I. chirurgická klinika VFN a 1. LF UK

10:30 – 11:00

### **Přestávka**

11:00 – 12:00

### **Blok II: Varia**

Kongresový sál 1

Předsednictvo: prof. MUDr. Zdeněk Krška, Dr.Sc.  
doc. MUDr. Jan Ulrych, Ph.D.

#### **Sponzorovaná přednáška firmou Pascoe pharmazeutische Nedostatek vitamínu C: diagnostika, důsledky a možnosti léčby**

15 min.

Štěpán Bejvančický

ARO, Plzeň

#### **Chirurgické výsledky po neoadjuvantní chemo-imunoterapii u resektabilního karcinomu plic**

Jiří Vachtenheim, Robert Lischke

FN Motol a Homolka, Praha

#### **Naše zkušenosti s léčbou získané hemofilie A a kompartment syndromem**

Denisa Nováková

IV. interní hematologická klinika FNHK, Oddělení hematologické intenzivní péče,  
Fakultní nemocnice Hradec Králové

#### **Robotická petep – první zkušenosti v moravskoslezské nemocnici Havířov**

Lukáš Ciesar, Martin Sedláček

Chirurgické oddělení, Moravskoslezská nemocnice Havířov, p.o.

#### **V patové situaci**

Jindřiška Ulčová

Nemocnice Nymburk

12:00 – 12:20

### **Závěr kongresu**

# SEKCE ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ NELÉKAŘSKÝCH PROFESÍ

Pondělí, 27. dubna

09:00 – 09:15

## Zahájení XXIX. pražských chirurgických dnů 2026

prof. MUDr. Zdeněk Krška, Dr.Sc., PhDr. Dagmar Škočková, MBA

09:15 – 10:45

### 1. PROGRAMOVÝ BLOK

Předsedající: doc. PhDr. Jitka Němcová, Ph.D.,  
PhDr. Dagmar Škočková, MBA, Mgr. Petra Šimíková

#### Život na vlásku s dobrým koncem

Daniela Fišerová

10 min.

#### Vztah veřejnosti k prevenci kolorektálního karcinomu v České republice

Helena Michálková

10 min.

#### Kůže jako zahrádka

Veronika Zachová

10 min.

#### Nutriční péče vedená NT na chirurgické klinice

Karolína Paloudová

10 min.

#### Psychosociální potřeby onkologicky nemocných

Radkin Honzák

20 min.

Diskuze

10:45 – 11:00

### Přestávka s občerstvením

11:00 – 12:15

### 2. PROGRAMOVÝ BLOK

Předsedající: Mgr. Petra Camprová, Mgr. Věra Brzicová, Daniela Fišerová

#### Problematické hojení abdominálních plastik

Stanislava Janošcová

10 min.

#### Hypertermická intraperitoneální chemoterapie

Jan Herčík, Daniela Pravdová

10 min.

#### Farmakologické aspekty HIPECu a PIPACu

Irena Štenglová Netíková

20 min.

#### Strach ze smrti

Laura Janáčková

20 min.

Diskuze

12:15 – 13:15

### Přestávka na oběd

13:15 – 14:30

### 3. PROGRAMOVÝ BLOK

Předsedající: Mgr. Helena Michálková, Ph.D.,  
Mgr. Veronika Zachová, Bc. Stanislava Janošcová

#### Chirurgickým výkonem to nekončí

Tetyana Sladovnik

10 min.

#### Traumata a obezita

Petra Šimíková

10 min.

<b>Vliv užívání zolpidemu na incidenci pádů, kazuistika</b>	20 min.
Marie Nejedlá	
<b>Příběh stehu: Historie chirurgických šicích materiálů</b>	20 min.
Karel Nesměrák	
Diskuze	

**14:30 – 14:45**

**Přestávka s občerstvením**

14:45 – 15:45

**4. PROGRAMOVÝ BLOK**

Předsedající: PharmDr. Irena Štenglová Netíková, Ph.D.,  
PhDr. Škochová Dagmar, MBA, doc. MUDr. Lidmila Hamplová, Ph.D.

**Zátěžové faktory v práci všeobecné sestry** 10 min.  
Věra Brzicová

**Lidskost jako jádro spirituality: momenty z kaplanské praxe v nemocnici** 20 min.  
Pavel Ruml, Matěj Hájek

**Prevence sociálního vyloučení z důvodu onkologického nebo jinak dlouhodobého onemocnění** 10 min.  
Šárka Slavíková

**Od operace k adaptaci: spolupráce zdravotníků a spolků stomiků v praxi** 10 min.  
Marie Ředinová

Diskuze

15:45 – 16:00

**Závěr**

**1. Ancient schwannoma - a rare cause of mesenteric root expansion**

Tomáš Kriegler

Nemocnice Pardubického kraje, a.s. Chrudimská nemocnice, chirurgické oddělení

**2. Využití autologních mikrograftů v léčbě chronických ran**

Aneta Erbenová

Fakultní nemocnice Bulovka, Praha

**3. Management péče o nehmatné léze karcinomu prsu**

Jan Beneš

Nemocnice Č. Budějovice, a.s., České Budějovice

**4. Inkarcerovaná levostranná paraduodenální hernie, kazuistika**

Markéta Horká

Nemocnice České Budějovice a.s., České Budějovice

**5. Divertikulitida jejunu s perforací jako příčina akutní peritonitidy**

Natálie Nepeřená

Nemocnice České Budějovice, a.s., České Budějovice

**6. Peritonitida u pacientů s ventrikuloperitoneálním shuntem**

Pavel Trnka

Nemocnice České Budějovice a.s., České Budějovice

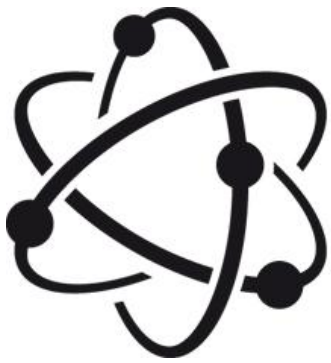
**7. Úloha imunologických markerů v diagnostice kolorektálního karcinomu**

Aneta Erbenová

Fakultní nemocnice Bulovka, Praha



**AspironiX**



**BIOSTER**

# MANTIS™ Clip

Effective in **defect closure** and  
**complication management**<sup>1</sup>



**Scan the QR code**  
to see Mantis clip in action



CAUTION: The law restricts these devices to sale by or on the order of a physician. Indications, contraindications, warnings and instructions for use can be found in the product labelling supplied with each device or at [www.IFU-BSCI.com](http://www.IFU-BSCI.com). Products shown for INFORMATION purposes only and may not be approved or for sale in certain countries. This material is not intended for use in France. © 2025 Boston Scientific Corporation or its affiliates. All rights reserved. ENDO-2074102-AA

1. Guardiola, John J et al. "A new through-the-scope clip with anchor prongs is safe and successful for a variety of endoscopic uses." *Endoscopy international open* vol. 12,6 E812-E817. 21 Jun 2024, doi: 10.1055/a-2330-9803.



**DN FORMED**  
**BRNO S.R.O.**



**essity**



**FRESENIUS  
KABI**

# Fresubin® 2 KCAL HP FIBRE

Rychlé řešení  
protein-energetického deficitu



**Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke** (Bilanzierte Diät). Vollständig bilanzierte hochkalorische (2,0 kcal/ml), eiweißreiche (2,0 Energie%) Sondennahrung, mit Ballaststoffen. Reich an einfach ungesättigten Fettsäuren, mit MCT, mit Fischöl, Natriumarm, Laktosearm und glutenfrei. Zum Diätmanagement bei Patienten mit bestehender oder drohender krankheitsspezifischer Mangelernährung, insbesondere bei erhöhtem Energie- und Eiweißbedarf. **Dosierung:** Muss durch den behandelnden Arzt entsprechend der Bedürfnisse des Patienten festgelegt werden. Zur ausschließlichen Ernährung  $\geq 1000$  ml (2000 kcal)/Tag. Im Verdauungstrakt kann z.B. durch Wechselwirkung mit Arzneimitteln auftreten. **Lagerung:** Zur ausschließlichen Ernährung geeignet. Nicht geeignet für Kinder < 1 Jahr. Bei Kindern < 6 Jahren mit Vorsicht verwenden. Nicht geeignet bei Galaktasämie. Auf adäquate Flüssigkeits- und Elektrolytzufuhr achten. **Anwendung:** Bei Raumtemperatur lagern. Geöffnet innerhalb von 24 Stunden aufbrauchen. Vor Gebrauch schütteln. **Nicht verwenden bei beschädigten/aufgeblähten Beutel oder koaguliertem Inhalt.** Nicht mit Arzneimitteln mischen. **Zutaten:** Wasser, Glukosesirup, Milcheiweiß, pflanzliche Öle (Rapsöl, Sonnenblumenöl), mittelkettige Triglyceride (MCT), Inulin (aus der Zichorie), Maltodextrin, Cellulose, Hydroxypropylmethylcellulose, Fischöl-Emulgatoren (Squalen, E 471), Säureregulator (E 507), Kaliumcarbonat, Natriumchlorid, Vitamin C, Natriumcarbonat, Magnesiumoxid, Eisensulfat, Zinksulfat, Niacin, Manganchlorid, Pantothensäure, Kupfersulfat, Natriumfluorid, Vitamin B<sub>1</sub>, Vitamin B<sub>2</sub>, Vitamin B<sub>6</sub>, Vitamin A, Beta-Carotin, Folsäure, Chromchlorid, Natriumolybdat, Natriumseleinit, Kaliumjodid, Vitamin K<sub>1</sub>, Biotin, Vitamin B<sub>12</sub>, Vitamin B<sub>9</sub>.

**Food for special medical purposes.** Nutritionally complete high-caloric (2.0 kcal/ml), high protein (2.0 energy%) tube feed with fibre. High in mono-unsaturated fatty acids, with MCT, with fish oil. Low in sodium. Clinically free from lactose and gluten free (for UK only: lactose and gluten free). For the dietary management of patients with or at risk of disease-related malnutrition, in particular with increased energy and protein needs and/or fluid restrictions. **Dosage:** To be determined by a healthcare professional according to patients' needs. Recommendation for complete nutrition  $\geq 1000$  ml (2000 kcal/day) for UK:  $\geq 750$  ml (1500 kcal/day). **Important notes:** To be used under medical supervision. Coagulation in the digestive tract, e.g. due to drug interaction, may occur. Monitor feeding rate. Suitable as sole source of nutrition. Not suitable for infants < 1 year. Use with caution in children < 6 years. Not suitable for patients with galactosaemia. Ensure adequate fluid and electrolyte intake. **Instructions for use:** Store at room temperature. Once opened, use within 24 hours. Shake well before use. Do not use if bag is damaged or swollen or content is coagulated. Do not mix with drugs. **Ingredients:** Water, glucose syrup, milk proteins, vegetable oils (rapeseed oil, sunflower oil), medium chain triglycerides (MCT), inulin (from chicory), maltodextrin, cellulose, wheat dextrin, potassium citrate, fish oil, emulsifiers (squalene, E 471), acidity regulator (E 507), potassium carbonate, sodium chloride, vit. B<sub>1</sub>, vit. B<sub>2</sub>, vit. B<sub>6</sub>, vit. A,  $\beta$ -carotene, folic acid, chromium chloride, sodium molybdate, manganese chloride, pantothenic acid, copper sulphate, sodium fluoride, vit. B<sub>12</sub>, vit. K<sub>1</sub>, biotin, vit. D<sub>3</sub>, vit. B<sub>9</sub>, sodium selenite, potassium iodide, vit. K<sub>2</sub>, biotin, vit. D<sub>3</sub>, vit. B<sub>12</sub>.

# Fresubin® 2 KCAL HP FIBRE

**Dreierle alimentaire destinée à des fins médicales spéciales.** Nutrition complète par sonde, hypercalorique (2,0 kcal/ml), hyperprotéinée (20% E\*\*% AET\*\*), avec fibres. Riche en acides gras monoinsaturés, avec triglycérides à chaîne moyenne (TCM), avec de l'huile de poisson. Pauvre en sodium. Cliniquement sans lactose, sans gluten (F: sans lactose, sans gluten). Pour les besoins nutritionnels en cas de nutrition entérale par sonde des patients dénutris ou à risque de dénutrition ayant des besoins protéino-énergétiques accrus et/ou nécessitant une restriction hydrique et nécessitant un apport en fibres. **Dosage:** Les quantités doivent être déterminées et adaptées par le professionnel de santé selon les besoins du patient. **Recommandations:** En nutrition entérale totale  $\geq 1000$  ml (2000 kcal)/jour (F: Augmenter lentement le débit en début de réalimentation). **avis important:** Doit être utilisé sous contrôle médical. Une coagulation peut survenir dans le tube digestif suite, par exemple, à une interaction avec un médicament. Contrôler le débit d'administration. Peut être utilisé comme seule source d'alimentation. Ne convient pas à l'enfant de moins de 1 an. Utiliser avec précaution chez l'enfant de moins de 6 ans. Ne convient pas aux patients atteints de galactosémie. Assurer un apport hydrique et électrolytique adéquat. (F: Usage entéral exclusif. Stérilisé). **Utilisation:** Conserver et administrer à température ambiante (15-25 °C). Après ouverture, la poche connectée à la tubulure doit être utilisée dans les 24 heures. Agiter avant utilisation. (F: Vérifier l'intégrité du conditionnement et l'aspect du produit). Ne pas utiliser si la poche est endommagée, gonflée ou si le contenu est coagulé. Ne pas mélanger de médicaments dans le produit. **Ingredients:** Eau, sirop de glucose, protéines de lait, huiles végétales (colza, tournesol), triglycérides à chaîne moyenne (TCM), huile de poisson, maltodextrine, cellulose, dextrine de blé, citrate de potassium, huile de poisson, sulfate de cuivre, fluorure de sodium, vit. B<sub>1</sub>, vit. B<sub>2</sub>, vit. B<sub>6</sub>, vit. A,  $\beta$ -carotène, acide folique, chlorure de chrome, molybdate de sodium, sélénite de sodium, iodure de potassium, vit. K<sub>1</sub>, biotine, vit. D<sub>3</sub>, vit. B<sub>9</sub>.

**Alimento para usos médicos especiales.** Alimentación por sonda nutricionalmente completa de alto valor energético (2,0 kcal/ml) y proteico (20 % de la energía), con fibra. Alto contenido en ácidos grasos monoinsaturados, con TCM, con aceite de pescado. Bajo en sodio. Exento de gluten y bajo contenido en lactosa (no apto para galactosíemias). Para el manejo dietético de pacientes con o en riesgo de desnutrición, especialmente para pacientes con necesidades energéticas y proteicas elevadas y/o con restricción de líquidos. **Dosis:** Se determina el profesional sanitario según las necesidades del paciente. **Restricción de líquidos:** Se recomienda para alimentación completa  $\geq 1000$  ml (2000 kcal/día). **Aviso importante:** debe utilizarse bajo supervisión médica. Puede ocurrir coagulación en el tracto digestivo, por ejemplo debido a la interacción con medicamentos. Monitorizar la velocidad de administración de la nutrición. No conviene al niño de menos de 1 año. Utilizar con precaución en niños < 6 años. Como única fuente de alimentación. No apropiado para niños < 1 año. Utilizar con precaución a temperatura ambiente. Una vez abierto, usar en 24 horas. Agitar bien antes de usar. No utilizar si la bolsa está dañada o hinchada o si el contenido está coagulado. No mezclar con medicamentos. **Ingredientes:** agua, jarabe de glucosa, proteínas de la leche, aceites vegetales (colza, girasol), triglicéridos de cadena media (TCM), inulina (de achicoria), maltodextrina, celulosa, dextrina de trigo, citrato de potasio, aceite de pescado, emulgantes (lecitinas de soja, E 471), corrector de acidez (E 507), carbonato de potasio, cloruro de

**Nicht zur parenteralen Ernährung! / Not for parenteral (I.V.) use / Ne pas utiliser par voie parentérale (I.V.) / No administrar por vía parenteral**

e 500 ml

**FRESENIUS  
KABI** \*Glucidos  
EasyBag



**Vysoký obsah energie 2 kcal/ml**



**Vysoký obsah bílkovin 10 g/100 ml**



**Kvalitní složení tuků (MCT, EPA & DHA)**



**Nízký glykemický index<sup>1</sup>**



**Rozpustná i nerozpustná vláknina**



**Vitamin D**

**Reference:** 1) Fresubin 2KCAL HP FIBRE byl testován v Univerzitní nemocnici Freiburg podle ISO 26642:2010(E) a dle definice je jeho GI charakterizován jako nízký GI ( $\leq 55$ ).



**FRESENIUS  
KABI**

**Fresenius Kabi s.r.o.,**  
Na Strži 1702/65, Nusle, 140 00 Praha 4  
tel.: +420-225-270-111  
e-mail: czech-info@fresenius-kabi.com  
www.fresenius-kabi.cz

Potravinová pro zvláštní lékařské účely. Dávkování musí být stanoveno zdravotnickým odborníkem dle potřeb pacienta. Podává pod lékařským dohledem. Materiál je určen pro odbornou veřejnost. EN740-1(O4/2026)-CZ  
Datum přípravy: Duben 2026



# Aqvitox®-D

Stabilizovaný superoxidovaný roztok a gel pro hojení ran

**Silná  
antimikrobiální  
účinnost s vynikající  
tkáňovou  
kompatibilitou  
také na citlivých  
anatomických  
strukturách<sup>8</sup>**

Izotonický superoxidovaný roztok a gel s **neutrálním pH** na bázi kyseliny chlorné (HClO), **se sníženým obsahem soli<sup>9</sup>**

**Dlouhá stabilita po otevření:** po celou dobu expirace 18 měsíců<sup>8,10</sup>

Dostupný také jako:  
**5 l kanystr nebo 1l vak<sup>10</sup>**

**Plná  
úhrada  
na poukaz**

**L E R A M**  
- PHARMACEUTICALS

#### Zastoupení pro ČR:

LERAM pharmaceuticals s.r.o.

Páteřní 1216/7, Bystrc, 635 00 Brno, Česká republika

[www.leram-pharma.cz](http://www.leram-pharma.cz)



#### Reference:

**1** Lazaro-Martinez JL et al. Diabet Med. 2018; 35(1):78–85. – Randomizovaná studie prokazující rychlejší hojení diabetických vředů pomocí HClO ve srovnání s fyziologickým roztokem. **2** Bongiovanni C et al. Int J Low Extrem Wounds. 2016;15(3):273–281. – Srovnávací studie: Gel HClO dosáhl vyšší míry hojení než povidon-jod. **3** Thorn RM et al. J Hosp Infect. 2012;80(3):199–205. – In vitro data potvrzující rychlou penetraci biofilmu a baktericidní účinek. **4** Assadian O et al. Skin Pharmacol Physiol. 2021;34(5):231–248. – Recenze potvrzující nízkou cytotoxicitu a širokou tkáňovou toleranci HClO. **5** PROTOKOL O ZKOUŠCE č. 12/2020/SVU, kvantitativní zkouška s použitím suspenze ke stanovení virucidního účinku dezinfekčních přípravků Metoda zkoušení a požadavky (fáze 2/ stupeň 1) dle ČSN EN 14476+A2: 2020 **6** PROTOKOL O ZKOUŠCE č. 26/DP/19, kvantitativní zkouška s použitím suspenze ke stanovení baktericidní aktivity pro oblast zdravotnictví – fáze 2/stupeň 1 **7** Wang, L et al. "Hypochlorous acid as a potential wound care agent: part I. Stabilized hypochlorous acid: a component of the inorganic armamentarium of innate immunity." Journal of burns and wounds vol. 6 e5. 11 Apr. 2007 **8** Sláva Jiří, Superoxidovaný roztok kyseliny chlorné v léčbě ran: komplexní monografie se zvláštním důrazem na zdravotnický prostředek Aquvitox-D roztok a gel, Acta Medicinæ, ISSN 1805-398X, číslo 16, prosinec 2025, ERA Media s.r.o., <https://www.eramedia.cz/> **9** Data on File. Aquvitox Technology s.r.o., **10** Návod k použití přípravků Aquvitox®-D roztok, Aquvitox®-D gel. \*Nesmí se kombinovat přímo se silnými oxidačními nebo jodovými antiseptiky bez předchozího opláchnutí. Aquvitox-D roztok a gel jsou zdravotnické prostředky třídy Ib, číslo notifikované osoby CE 2265 (3EC International a.s.). Předepisování a výdej na poukaz, plně hrazeno z veřejného zdravotního pojištění. AQD/2026/2/1/CZ

### Blok I: Akutní peritonitida

#### Pneumoperitoneum původem z dolní části GIT

---

*Rejholec J., Moravík J., Hernychová V.  
Krajská zdravotní a.s., - Nemocnice Děčín o.z. , Chirurgické odd.*

Pneumoperitoneum způsobené perforací dolní části gastrointestinálního traktu představuje akutní klinickou situaci vyžadující rychlou diagnostiku a léčbu. Tento stav je často důsledkem chorob jako je divertikulitida, maligní nádory či Crohnova choroba nebo také komplikacemi endoskopických vyšetřovacích metod a operačních zákroků. Pokud není včas řešen může vést až k život ohrožujícím stavům. Diagnostika se opírá zejména o zobrazovací techniky, jako je rentgen, ultrazvuk a CT, které umožňují detekci volného plynu v peritoneální dutině a lokalizaci perforace. Léčba je obvykle chirurgická a její úspěšnost závisí na rychlosti zásahu a celkovém stavu pacienta. Tento přednáška se zabývá etiologií, diagnostickými přístupy, léčebnými strategiemi a prognostickými faktory spojenými s pneumoperitoneem z perforací dolní části trávicího traktu, s důrazem na aktuální klinické postupy a doporučení.

**Klíčová slova:** pneumoperitonum, perforace , difusní peritonitida, střevní resekce, Hartmannova operace

#### Posttraumatické pneumoperitoneum - symptom nikoliv diagnóza

---

*Dohnal P.  
Chirurgické odd., Nemocnice České Budějovice a.s.*

V přednášce bude prezentována kazuisitika pacienta po vysokoenergetickém úrazu s nálezem významného pneumoperitonea, u kterého během urgentní operační revize nebylo nalezeno žádné traumatické poranění orgánů dutiny břišní.

Budou rozebrány jednotlivé možné příčiny posttraumatického pneumoperitonea včetně upozornění na Macklinův efekt - patofyziologický mechanismus, který popisuje proces, při kterém dojde k prasknutí plicních alveolů v důsledku prudkého zvýšení tlaku v dýchacích cestách nebo při významném traumatu, což vede k možnému vzniku pneumomediastina, podkožního emfyzému, ale i pneumoperitonea.

Dále budou rozebrány možnosti konzervativního postupu u posttraumatického pneumoperitonea s odkazy na výsledky zahraničních studií a přehledových článků.

#### Zánět není jenom infek, umíme to odlišit?

---

*Lahoda Brodská H.  
Ústav lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky VFN a 1. LF UK*

Časná identifikace infektu, či následné pooperační infekční komplikace je naprosto zásadní pro zahájení adekvátní komplexní (nejen pouze antimikrobiální) terapie.

Pro diagnostiku a monitoraci infektu vyšetřujeme „markery zánětu“. Asi nejčastěji indikujeme vyšetření leukocytů s diferenciálním rozpočtem, C reaktivní protein a Prokalcitonin. Často se setkáváme s elevací těchto markerů, zejména v časném pooperačním období, aniž by byl prokázán infek (klinicky, mikrobiologicky). Hovoříme o „neinfekčních elevacích“, které jsou způsobeny spuštěním zánětlivé odpovědi na neinfekční noxu, tzv. DAMPs (damage associated molecular patterns), které se uvolňují z poškozených buněk (mechanické poškození, hypoperfúze...) Takto zvýšené hladiny leukocytů, CRP, ale i PCT nesignalizují infekční zánět a neindikují zahájení antibiotické terapie.

V předkládaném sdělení jsou diskutovány limitace jednotlivých markerů, zlepšení diagnostické výtěžnosti jejich kombinací a sledování dynamiky. Zásadní význam pro diagnostiku má komplexní přístup, tedy posouzení klinického stavu pacienta, správná interpretace laboratorních vyšetření a výsledků zobrazovacích metod.

## **Zánět z pohledu klinického farmaceuta**

---

*Chihadová K., Bárta M.*

*Oddělení klinické farmacie, Fakultní nemocnice Bulovka*

Cílem práce je krátce nastínit roli klinického farmaceuta při hodnocení a léčbě zánětu.

Dále prezentace zkušeností s nově zavedeným markerem ICIS na našem pracovišti a jeho limitací.

Formou vybraných kazuistik bychom rádi sdělili, jak se infekční zánět projevuje na dynamice vývoje ICIS a ostatních měřených zánětlivých parametrech.

Metody: Kazuistické sdělení, vlastní pozorování

Klíčová slova: Zánět, ICIS

## **Inovativní metody v léčbě pokročilé difúzní peritonitidy**

---

*Červinka V., Sákra L., Neumann F., Podlas M., Litvinov F., Lubwama D.*

*Chirurgické oddělení MN Čáslav*

*Chirurgická klinika Pardubice*

*Endoskopické centrum Kolín*

### **Úvod**

Difúzní peritonitida patří mezi závažné komplikace pozdě léčených chirurgických zánětlivých onemocnění či mezi komplikace vlastních chirurgických výkonů. Díky velké absorpční ploše peritonea dochází při peritonitidě k rychlému rozvoji septického stavu. Zatímco léčba septického stavu patří do kompetence intenzivistů, lokální ošetření dutiny břišní patří plně do kompetence chirurgů.

### **Materiál a metodika**

Jednou z forem léčby pokročilé difúzní peritonitidy je laparostoma na podkladě podtlaku. Systém se skládá z polopropustné folie, která chrání orgány dutiny břišní tak, aby nedošlo k jejich poškození negativním tlakem. Další součástí je standardní pěna, odsávací hadička s terčíkem a následně generátor podtlaku. Jedná se o uzavřený systém, který kontinuálně odsává sekret z dutiny břišní, nevyžaduje tedy časté převazy dutiny břišní. To je velkou výhodou v ošetrovatelské péči zejm. u ventilovaných pacientů. Jeho výměna doplněná laváží dutiny břišní se provádí cca jednou za 4-5 dnů. Další výhodou je možnost aktuální monitorace charakteru sekretu v dutině břišní.

### **Kazuistiky**

Autoři prezentují tři kazuistiky z čáslavského a pardubického pracoviště, kde díky použití laparostomatu na podkladě podtlaku došlo ke stabilizaci pacientů v těžkém septickém stavu.

### **Závěr**

Laparostoma na podkladě podtlaku je díky aktivnímu odsávání sekretu z dutiny břišní a díky uzavřenosti systému optimální léčbou difúzní peritonitidy.

## **Břišní katastrofy: kdy je nejlepší operaci neoperovat**

---

*Sirový M., Víšek J., Novotný P., Páral J.  
Fakultní nemocnice Hradec Králové*

Termín „břišní katastrofa“ označuje závažné komplikace vznikající nejčastěji po akutních či elektivních chirurgických výkonech v dutině břišní, typicky spojené se vznikem střevní píštěle, sepse, malnutrice a komplexního selhávání hojení. V těchto situacích bývají často vyčerpány standardní chirurgické možnosti řešení a další postup vyžaduje velmi pečlivé zvažování indikací k dalším intervencím. Přednáška se zaměřuje na základní principy časného rozpoznání těchto stavů a především na strategii jejich dlouhodobého a často odloženého řešení. Klíčovou roli zde hraje kontrola sepse, adekvátní nutriční podpora, správná péče o ránu a píštěl, stabilizace vnitřního prostředí a trpělivé načasování rekonstrukčního výkonu. V mnoha případech je právě rozhodnutí „kdy neoperovat“ a vytvořit prostor pro stabilizaci pacienta zásadním předpokladem úspěšné léčby. Jednotlivé principy jsou ilustrovány na kazuistikách pacientů s komplikovaným pooperačním průběhem. Kazuistiky poukazují na typické diagnostické a terapeutické pasti, význam multidisciplinární spolupráce a také na možnosti, jak tyto pacienty postupně dovést k definitivnímu řešení. Cílem přednášky je nabídnout praktický pohled na management těchto extrémně komplikovaných stavů, sdílet zkušenosti s jejich dlouhodobou léčbou a poskytnout kolegům oporu při rozhodování v situacích, kdy se zdá, že standardní chirurgické postupy již selhávají.

## **Blok II: Problematika kolorektálního karcinomu – novinky a inovativní přístupy**

### **Historie a současnost kolorektálního karcinomu**

---

*Hoch J.  
Fakultní nemocnice Motol a Homolka, Praha*

Kolorektální karcinom patří mezi nejčastější malignity trávicího traktu a představuje závažný zdravotnický problém s vysokou incidencí, zejména ve vyspělých zemích. Historicky je vnímán jako „chirurgické“ onemocnění již od 18. století, přičemž rozsah a úspěšnost léčby byly dlouhodobě limitovány diagnostickými a operačními možnostmi. Zpočátku byla chirurgická léčba omezena převážně na rektum, zatímco vzestup operací tračnicku nastal až na počátku 20. století. Základní chirurgické principy, jako exstirpace a resekce, dodnes nesou jména svých zakladatelů.

Významný pokrok v léčbě kolorektálního karcinomu je patrný ve srovnání historických a současných výsledků. Moderní chirurgie reflektuje vývoj v oblasti techniky výkonů i perioperační péče, včetně rozsahu resekce rekta, rozsahu disekce, zdokonalení anastomóz, zavedení staplerů a principů totální mezorektální a mezokolické excize. Nedílnou součástí současného přístupu je koncept ERAS, antimikrobiální profylaxe a prevence pooperačních komplikací. Významný posun představují také minimálně invazivní metody, zejména laparoskopická a robotická chirurgie.

Současná léčba kolorektálního karcinomu je vedle chirurgie založena na multimodálním přístupu a principech medicíny založené na důkazech, s cílem dosáhnout nejlepších léčebných výsledků a zachování optimální kvality života.

### **Molekulární diagnostika – prediktivní a prognostické markery kolorektálního karcinomu s využitím v klinice**

---

*Skálová H.  
Ústav patologie VFN a 1. LF UK v Praze*

Kolorektální karcinom (CRC) představuje heterogenní onemocnění charakterizované značnou variabilitou v odpovědi na jednotlivé modalitativní systémové léčby. S ohledem na dynamicky se rozšiřující terapeutické

možnosti je nezbytné při jejich indikaci zohlednit individuální biologické vlastnosti konkrétního nádoru. V tomto kontextu zaujímá klíčové postavení molekulární diagnostika, která prostřednictvím širokého spektra metod – od imunohistochemie až po komplexní prediktivní analýzy založené na sekvenování nové generace (NGS) – umožňuje detekci biomarkerů predikujících léčebnou odpověď a současně přispívá ke stratifikaci pacientů z hlediska rizika progresu onemocnění.

Stanovení prediktivních markerů má zásadní význam zejména při indikaci cílené biologické léčby monoklonálními protilátkami a imunoterapie využívající checkpoint inhibitory. Rezistenci k léčbě anti-EGFR monoklonálními protilátkami lze s vysokou pravděpodobností předpokládat u kolorektálních karcinomů nesoucích mutace v genech signální dráhy RAS (KRAS, NRAS) či RAF (BRAF) a dále u nádorů charakterizovaných overexpresí/amplifikací genu HER2. Naopak nejvýraznější terapeutický efekt imunoterapie založené na inhibici kontrolních bodů imunitní odpovědi je pozorován u nádorů s vysokou mikrosatelitovou nestabilitou (MSI), zatímco většina mikrosatelitově stabilních (MSS) kolorektálních karcinomů z této léčebné modality obvykle neprofituje.

Některé z těchto rutinně vyšetřovaných prediktivních markerů mají zároveň význam prognostický, mohou ovlivnit volbu chemoterapeutického režimu nebo mohou přispět k identifikaci hereditárních forem CRC. V situacích, kdy dojde k vyčerpání standardních léčebných možností, umožňuje komplexní genomové profilování pomocí NGS detekci širšího spektra genetických alterací, které mohou odhalit nové, dosud nevyužité terapeutické cíle.

## **Je technika double-stapled anastomózy rizikovým faktorem pro vznik dehiscence kolorektální anastomózy?**

*Ferko A., Škrovina M., Hadbávny B.  
Nemocnice Agel Nový Jičín*

Double - stapled (DS) kolorektální anastomóza a křížení staplerových linií je považována za potenciální rizikový faktor pro vznik anastomotického leaku (AL) po resekci konečnicku. Publikovaná data uvádějí průměrný výskyt AL 8–12 %, převážně v souvislosti s totální mezorektální excízi (LAR-TME), zatímco AL se zdá být vzácná u proximálněji umístěných anastomóz. To vyvolává otázku, zda samotná technika DS přispívá ke zhoršenému hojení anastomózy.

### **Metody**

Tato unicentrická prospektivní studie byla provedena mezi dubnem 2024 a červnem 2025. Všichni pacienti podstupující resekci konečnicku (LAR-TME nebo PME) technikou DS byli prospektivně sledováni flexibilní endoskopií. První endoskopické vyšetření bylo provedeno před propuštěním (4.–7. den po operaci), následovaly kontrolní endoskopie 1 a 3 měsíce po operaci.

Operační výkon byl standardizovaný. V případech TME zahrnoval vysokou ligaci dolní mezenterické tepny (IMA) a dolní mezenterické žíly (IMV), kompletní mobilizaci splenické flexury, zachování marginální tepny a vytvoření descendento-rektální anastomózy. U nízké kolorektální anastomózy anastomózy po LAR-TME byl provedený transanálně reinforcement.

### **Výsledky**

Celkem bylo provedeno 52 resekcí pro karcinom konečnicku, z nichž 46 (88 %) bylo se zachováním sfinkteru. Technika DS byla použita ve 43 případech (93 %). Z celkového počtu pacientů byl intraperitoneální karcinom konečnicku (53,4 %) a extraperitoneální karcinom konečnicku (37,2 %). Průměrná výška anastomózy od análního okraje byla  $7,26 \pm 4,3$  cm. Neoadjuvantní terapie, včetně totální neoadjuvantní léčby (TNT), byla podána u 7 ze 16 pacientů (44 %) s extraperitoneálním karcinomem konečnicku. U 10 pacientů (23 % celkově) byla vytvořena diverzní stomie, což odpovídá 62 % případů LAR-TME.

Ve studované skupině nikdo nezemřel. Pooperační komplikace Clavien-Dindo stupně > III byly pozorovány u 4 ze 43 pacientů (9,3 %). Poruchy hojení anastomózy se vyskytly u 2 ze 43 pacientů (4,6 %). Mezi ně patřil jeden případ slizniční ischemie a jeden případ netransmurálního defektu anastomózy. Oba pacienti byli léčeni konzervativně antibiotiky.

### **Závěry**

1. Technika DS anastomózy nebyla spojena s rozvojem AL při resekcích horní části konečnicku (PME).

2. Naše zjištění nepodporují hypotézu, že technika DS je nezávislým rizikovým faktorem pro AL.  
Financování: Grant AGEL, Česká republika, č. 2023003

## **Vede rutinní provádění FA při resekcích rekta k nižšímu výskytu AL?**

---

*Langer D.*

*Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice Praha*

Úvod: V multimodální terapii rektálního karcinomu je operační léčba klíčová. Porucha hojení anastomózy představuje závažnou a obávanou chirurgickou komplikaci, která je spojena s vysokou morbiditou, letalitou a rekurencí maligního onemocnění. Předpokladem zdárného hojení anastomózy je její dostatečné prokrvení. Kvalitu perfuze lze během operace ověřit pomocí fluorescenční angiografie s použitím indocyaninové zeleně ve spektru blízkého infračerveného záření (ICGFA). Cíl: Prezentace výsledků klinické studie, ve které jsme porovnávali četnost anastomotického leaku (AL) během 30 dnů u dvou charakteristicky srovnatelných skupin pacientů, kteří podstoupili robotickou nízkou přední resekci rekta pro malignitu, a zhodnocení výsledků vycházejících z 5leté dispenzarizace. Sekundárně jsme porovnávali další prospektivně získaná data (perioperační, klinické a patologické ukazatele, morbiditu, mortalitu, délku hospitalizace a četnost rehospitalizace během 30 dnů). Materiál a metoda: Do prospektivní unicentrické studie bylo konsekutivně zařazeno 60 nemocných s karcinomem rekta (KR), kteří na našem pracovišti podstoupili robotickou nízkou přední resekci s provedením primární anastomózy. U 30 nemocných bylo během operace prováděno zobrazení a hodnocení kvality perfuze prostřednictvím ICGFA. U druhé skupiny 30 nemocných byla vaskularizace tkáně posuzována operačním týmem bez provedení ICGFA. Výsledky: Ve všech případech bylo zobrazení perfuze úspěšné a kvalita prokrvení byla v celém souboru vyhovující. Ve většině sledovaných chirurgických ukazatelích se oba soubory nelišily. Výjimkou byl operační čas, který byl ve skupině ICGFA+ delší (240 min. vs. 210 min.). Četnost a závažnost pooperačních komplikací byla u obou skupin obdobná. V každém souboru byla u jednoho pacienta (3.3 %) zaznamenán AL bez klinické symptomatologie (typ A) a jeden případ (3.3 %) ileozního stavu vyžadujícího operační léčbu (Clavien-Dindo stupeň III b). V každém souboru byla identifikována lokální rekurence u jednoho nemocného (3.8 % vs. 3.7 %). Ve dvou případech (7.7 % vs. 7.4 %) každého souboru byly diagnostikovány metachronní jaterní nebo plicní metastázy, které byly chirurgicky léčeny. V 5letém období byla mortalita (7.1 % vs. 3.6 %) i přežívání bez přítomnosti onemocnění (92.9 % vs. 89.3 %) v obou souborech statisticky srovnatelné. Závěr: V naší práci se přínos rutinního provádění ICG fluorescenční angiografie při robotické nízké přední resekci nepotvrdil. Podpořeno MO1012

## **Blok II: Periprocedurální komplikace – pohled chirurga a forenzní dopady**

### **Periprocedurální komplikace z pohledu právníka**

---

*Mach J.*

*Společnost medicínského práva ČLS JEP*

Z právního hlediska nejčastější forenzní následky přináší nikoli pochybení při vlastním chirurgickém výkonu, ale údajné pochybení v pooperační péči (pozdní diagnóza pooperační komplikace) nebo v opožděném přistoupení k operačnímu výkonu. Někdy chirurg včas indikuje potřebu operačního výkonu, ale stanovisko anesteziologa je, že zdravotní stav pacienta neumožňuje podání anestezie. Komplikace chirurgického výkonu nikdy nelze vyloučit ani při zcela správném postupu, ale pacient musí být na ně v informovaném souhlasu upozorněn. Lékař neodpovídá za výsledek, ale za správný odborný postup. Jeho činnost je třeba hodnotit z pozice ex ante, nikoli ex post. Při hodnocení je důležitá úloha soudního znalce hodnotícího postup chirurga. Podle zákona je nutno brát v úvahu také konkrétní podmínky a objektivní možnosti lékaře na daném pracovišti v době kdy případ řešil. Podle judikatury diagnostický omyl není postupem non lege artis, leda by lékař bezdůvodně nevyužil standardní metody ke zjištění správné diagnózy, které měl k dispozici.

## **Periprocedurální komplikace při operacích v retroperitoneu**

---

*Konečná E.*

*Chirurgická klinika VFN*

Komplikace při operacích ledvin, nadledvin, aorty, pankreatu, při střevních resekcích, lymfadenektomiích. Často závažné vzhledem k blízkosti velkých cév.

Ureterální komplikace-zejména při výkonech v malé pánvi-střevní resekce, rozsáhlé gynekologické výkony, při kterých je mobilizován ureter.

Krvácivé komplikace-jedna z nejzávažnějších komplikací, často z velkých cév (aorta, vena cava inferior, renální cévy) -adrenalectomie.

## **Benigní pneumoperitoneum – jedná se o komplikaci?**

---

*Baliarová D., Krška Z.*

*I.chirurgická klinika 1.LF UK a VFN, Praha*

Benigní pneumoperitoneum představuje vzácný klinický nálezn charakterizovaný přítomností volného vzduchu v dutině břišní bez prokazatelné perforace trávicího traktu a bez známek peritonitidy. Nejčastěji je spojováno s endoskopickými výkony, přičemž pravděpodobnou etiologií jsou mikroperforace vzniklé barotraumatem při insuflaci. Další možné příčiny zahrnují traumata, intrathorakální či gynekologické intervence nebo onemocnění střeva.

Diagnostika vychází zejména ze zobrazovacích metod (RTG, CT), přičemž zásadní roli hraje klinický stav pacienta. V případě absence příznaků peritonitidy je doporučen konzervativní postup zahrnující observaci, eventuálně podpůrnou léčbu. Naopak při zhoršení klinického obrazu je nutná urgentní chirurgická intervence.

Incidence tohoto stavu je obtížně stanovitelná a pravděpodobně podhodnocená, jelikož většina případů probíhá asymptoticky. Literatura je převážně kazuistická a chybí rozsáhlejší prospektivní studie. Přesto znalost benigního pneumoperitonea umožňuje předejít zbytečným chirurgickým výkonům. Prognóza je při nekomplikovaném průběhu příznivá, avšak vyžaduje pečlivé sledování k vyloučení rozvoje peritonitidy.

## **Blok III: Problematika kolorektálního karcinomu – pokročilé stavy (generalizovaný a lokálně pokročilý kolorektální karcinom)**

### **Zařazení imunoterapie do léčby pokročilého kolorektálního karcinomu**

---

*Petruželka L., Špaček J.*

*Onkologická klinika 1.LF UK ÚVN a VFN*

Základní léčebné modalit pro většinu kolorektálních karcinomů (KRK) tvoří chirurgie, radioterapie, chemoterapie a cílená biologická terčová léčba. Imunoterapie inhibitory kontrolních bodů imunitní reakce imunoterapie checkpoint inhibitory ICI) je účinnou inovativní modalitou léčby KRK. Strategie multimodalitní léčby u nemetastazujících lokalizovaných karcinomů tlustého střeva a konečníku je odlišná. Léčebná strategie je naopak obdobná u metastazujících karcinomů tlustého střeva a konečníku. Systémová léčba vychází z molekulárního biomarkerového profilu každého nádoru. Nepodkročitelné biomarkerové minimum pro klinickou praxi obsahuje stanovení RAS (KRAS/NRAS) mutace, BRAF V600 mutace, MMR/MSI statusu, amplifikace HER 2. Výsledky mají zásadní význam pro volbu cílené terapie a imunoterapie (ICI). Klíčový prediktor pro účinnost ICI u KRK je průkaz defektního systému opravy chyb párování (dMMR) nebo vysoké mikrosatelitové nestability (MSI-H). V klinické praxi je doporučeno univerzální testování MMR nebo MSI u

všech pacientů s karcinomy tlustého střeva nebo konečníku. Kromě své role jako prediktivního markeru pro indikaci ICI u KRK může stav MMR/MSI také pomoci identifikovat osoby s Lynchovým syndromem a má význam při volbě adjuvantní terapie u pacientů s onemocněním ve stadiu II. Poslední NCCN guidelines pro léčbu karcinomů tlustého střeva a konečníku doporučují rozšíření indikace ICI u KRK kromě dMMR/MSI-H o POLE/POLD1 mutace (silný prediktor účinnosti ICI). V současné době neexistuje žádný důkaz podporující testování PD-L1 u KRK. Vyjma klinických studií se testování PD-L1 v klinické praxi u KRK nedoporučuje. Budoucností je sekvenace nové generace (NGS) u všech nádorů před léčbou. Imunoterapie (ICI) je v současnosti standardní modalitou u dMMR/MSI-H nebo POLE/POLD1 mutovaných metastazujících kolorektálních karcinomů a u vybraných nemetastazujících karcinomů konečníku. U lokálně pokročilých karcinomů konečníku dMMR/MSI-H zpochybnila tradiční přístup přelomová práce Cercek et al. (NEJM 2022), která hodnotila léčbu dostarlimabem (anti-PD-1) u pacientů s neléčeným lokálně pokročilým dMMR rektálním karcinomem. Ve studii bylo dosaženo 100% klinických kompletních remisí bez nutnosti chemoradioterapie či chirurgického výkonu. Tyto výsledky ukazují, že imunoterapie může vést k úplné eradikaci nádoru i bez potřeby mutilujícího výkonu. Současná doporučení ESMO (2024) a NCCN (2025) proto umožňují zvážit neoadjuvantní PD-1 monoterapii u dMMR rektálních karcinomů, ideálně v rámci klinické studie nebo po rozhodnutí MDT. Implementace imunoterapie u dMMR karcinomu rekta přineslo možnost nechirurgického kurativního přístupu. Pacienti s kompletní klinickou odpovědí (cCR) po imunoterapii musí být intenzivně sledováni pomocí MRI, endoskopie, digitálního vyšetření, biopsie z místa původního tumoru. Při potvrzení cCR je možné upustit od resekce rekta zvolit přístup „watch and wait“. Tento postup vyžaduje přísné sledování a dostupnost okamžité chirurgické intervence při relapsu. Výhodou je zachování kontinence, vyhnutí se stomiím, nižší morbidita, zlepšení kvality života. Zatím chybí dlouhodobá data o trvání odpovědi a přežití bez onemocnění. Studie zahrnují malé počty pacientů, často bez kontrolní skupiny. Otázkou zůstává optimální délka léčby, interval sledování a přesné definice cCR a tento léčebný postup by měl být prováděn pouze ve specializovaných centrech.

1. Cercek A, Lumish M, Sinopoli J, et al. PD-1 blockade in mismatch repair–deficient, locally advanced rectal cancer. *N Engl J Med*. 2022;386(25):2363–2376.
2. Chalabi M, Fanchi LF, Dijkstra KK, et al. Neoadjuvant immunotherapy leads to pathological responses in mismatch repair–deficient colorectal cancer. *Nat Med*. 2020;26:1419–1424.
3. De Gooyer PG, Verschoor YL, et al. Neoadjuvant nivolumab and relatlimab in locally advanced mismatch repair–deficient colon cancer. *Nat Med*. 2024;30:3284–3290. NICHE-2 trial
4. Hu Y, Yu I, Takabe K. Immunotherapy: recent advances and its future as neoadjuvant, adjuvant and primary treatment in colorectal cancer. *Cells*. 2023;12(2):258.
5. Li Y, Xue C, Gao Z, et al. Efficacy of neoadjuvant immunotherapy in advanced colorectal cancer: meta-analysis. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2023;149:4839–4846.
6. Liu XZ, et al. Neoadjuvant immunotherapy in mismatch repair–deficient colorectal cancer: pathological response analysis. *Front Immunol*. 2023.
7. Ganesh K, Stadler ZK, Cercek A, et al. Immunotherapy in colorectal cancer: emerging role in early-stage disease. *J Clin Oncol*. 2023;41:321–330.
8. Yu H, et al. Neoadjuvant immunotherapy for colorectal cancer: right patients and right regimens. *Front Immunol*. 2023;14:1120684.
9. Rahma OE, Yothers G, et al. Immune checkpoint blockade in localized mismatch repair-deficient colorectal cancer: current status. *Lancet Oncol*. 2024;25:e210–e222.
10. Sinicrope FA. Immunotherapy for early-stage colorectal cancer: biological rationale and clinical trials. *Gastroenterology*. 2024;166(2):345–360.
11. André T, et al. Pembrolizumab in MSI-H/dMMR colorectal cancer: implications for earlier-stage disease. *N Engl J Med*. 2020;383:2207–2218.
12. Chalabi M, et al. Pathologic complete response after short-course PD-1 blockade in localized dMMR colorectal cancer. *Nat Med*. 2023;29:xx–xx.
13. Cercek A, et al. Nonoperative management after PD-1 blockade in rectal cancer: sustained clinical complete response. *Ann Oncol*. 2023;34:xx–xx.
14. Grothey A, et al. Integration of immunotherapy into curative treatment strategies for colon cancer. *Lancet Oncol*. 2024;25:e120–e130.

15. Overman MJ, et al. Immune checkpoint inhibition in non-metastatic mismatch repair-deficient colorectal cancer. *J Clin Oncol.* 2023;41:1234–1245.

## **Zavedení programu izolované jaterní perfuze s využitím systému DELCATH u pacientů s jaterními metastázami uveálního melanomu**

---

Špaček M.<sup>1</sup>, Vočka M.<sup>2</sup>, Procházka P.<sup>3</sup>, Švarc M.<sup>1</sup>, Lukáč P.<sup>1</sup>, Kopecký P.<sup>4</sup>, Bartošová T.<sup>4</sup>, Grus T.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>2. chirurgická klinika kardiovaskulární chirurgie, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze a 1.lékařská fakulta Univerzity Karlovy

<sup>2</sup>Onkologická klinika Všeobecná fakultní nemocnice v Praze a 1.lékařská fakulta Univerzity Karlovy

<sup>3</sup>Klinika kardiologie, Oddělení intervenční angiologie, Komplexní kardiovaskulární centrum, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha

<sup>4</sup>Klinika anesteziologie a intenzivní medicíny, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze a 1.lékařská fakulta Univerzity Karlovy

**Úvod:** Uveální melanom je spojen s vysokým výskytem jaterních metastáz, které často představují hlavní nebo jediné místo progresu onemocnění. Izolovaná jaterní perfúze (IHP) s použitím melphalanu podávaného prostřednictvím systému DELCATH představuje regionální léčebný přístup, který umožňuje vysokodávkovou chemoterapii zaměřenou na játra při minimalizaci systémové expozice. Komplexní onkologické centrum Všeobecné fakultní nemocnice v Praze zahájilo program IHP ve spolupráci s II. chirurgickou klinikou kardiovaskulární chirurgie.

**Metody:** V období od 1. ledna 2024 do 30. listopadu 2025 podstoupilo šest pacientů s postižením jater v důsledku uveálního melanomu intrahepatální perfuzi (IHP) s využitím perfuzního systému DELCATH. Celkem bylo provedeno 16 zákroků. Pacienti byli k zákroku doporučeni multidisciplinárním týmem. Byla posouzena proveditelnost léčby, logistika zákroku a zkušenosti s péčí v průběhu zákroku.

**Výsledky:** Během 23měsíčního období byla u všech šesti pacientů provedena IHP, přičemž ve vybraných případech došlo k opakovaným zákrokům na základě klinické indikace a snášenlivosti. Celkem bylo provedeno 16 perfuzí. Zkušenosti poukázaly na nutnost standardizovaného intraoperačního postupu, strukturovaného předoperačního vyhodnocení a pečlivého sledování po léčbě. Začlenění do institucionálních léčebných postupů umožnilo provozní konsolidaci a rozšíření dostupnosti léčby. Jako ilustrativní případovou studii představujeme případ 47leté ženy, která podstoupila čtyři sezení. Snímky z magnetické rezonance ukazují postupnou regresi jaterních metastáz z 30 mm na méně než 8 mm s příznivým účinkem, čímž bylo dosaženo stabilizace onemocnění.

**Závěr:** Opakovaná izolovaná perfúze jater u pečlivě vybraných pacientů s převládajícím metastatickým postižením jater u pacientů s uveálním melanomem může zajistit rychlou a dlouhodobou kontrolu onemocnění v játrech při přijatelné toxicitě. Postupné nasazení lokální léčby následované systémovou terapií zvyšuje šanci na prodloužení přežití u biologicky nepříznivého onemocnění. Klíčové zůstává správné načasování a centralizace péče ve zkušených centrech. Zavedení programu IHP s využitím systému DELCATH u pacientů s uveálním melanomem a jaterním onemocněním bylo v komplexním onkologickém centru proveditelné. Tato počáteční zkušenost potvrzuje reprodukovatelnost postupu a vytváří základ pro budoucí hodnocení klinických výsledků, kritérií výběru pacientů a sekvence léčby v rámci algoritmu léčby metastatického uveálního melanomu.

## **Multiviscerální en bloc resekce u lokálně pokročilého kolorektálního karcinomu**

---

Koscelánský J.

Chirurgické oddělení, Masarykova Nemocnice, Ústí nad Labem

Kolorektální karcinom se vyznačuje lokoregionálním růstem, t.j. může dorůst velkých rozměrů bez vytvoření metastáz do LU a vzdálených orgánů. 5-22% pacientů s kolorektálním karcinomem je diagnostikováno ve stádiu T4 N0 a právě to jsou pacienti kteří mohou profitovat z multiviscerální en bloc resekce. Multiviscerální en bloc resekce /MVEBR/ je en bloc odstranění orgánů nebo struktur, do kterých primární tumor prorůstá. Je indikována u primárních i recid. nádorů. Literární údaje, stejně jako naše zkušenosti prokazují, že MVEBR, která je součástí multimodální léčby u lokálně pokročilého a recidivujícího

kolorektálního karcinomu, při absenci neléčitelných metastáz poskytuje největší naději na dlouhodobé přežívání u vhodně selektované skupiny pacientů. Důkladný předoper. staging na určení lok. a systém. rozsahu malignomu je rozhodující na určení resekability a vhodnosti pac. k operaci, protože jen R0 resekce mají kurativní potenciál.

### **Blok III: Periprocedurální komplikace**

#### **Endovaskulární intervence v řešení chirurgických komplikací – pseudoaneurysmata**

---

*Padrta T.*

*Radiodiagnostická klinika VFN a 1. LF UK v Praze*

Pseudoaneurysmata jsou jednou ze závažných komplikací chirurgické léčby, která nesou významné riziko ruptury a krvácení. Chirurgické řešení může být komplikované a rizikové, zejména v terénu po rozsáhlých výkonech. Endovaskulární intervence jsou minimálně invazivní metody, které nabízí několik možností léčby pseudoaneurysmat, například embolizací přívodné tepny či jejich překrytím stentgraftem. Tato prezentace stručně ukazuje indikace, technické možnosti a limitace endovaskulární léčby.

#### **Periprocedurální komplikace a EndoUS navigované intervenční výkony**

---

*Neumann F.*

*Endoskopické centrum, Nemocnice Kolín*

**Klíčová slova:** EUS navigované výkony, terapeutická endoskopie, periprocedurální komplikace  
S rozvojem EUS a terapeutických výkonů dochází i k méně příjemným situacím, což jsou komplikace a jejich řešení. V úvodních fázích bylo až 30% komplikací řešitelných endoskopicky, nyní se dosahuje úspěšnosti endoskopického řešení až v 80%. Zbývajících 20% je doménou chirurgie, případně intervenční radiologie. V současnosti neexistují chirurgické guideline k řešení jednotlivých typů komplikací a je na rozhodnutí chirurga společně s endoskopujícím lékařem o optimálním postupu. V prezentaci se zaměřujeme na pokročilé EUS techniky – cholecystoduodenoanastomóza, choledochoduodenoanastomóza, hepaticogastrosanastomóza a EUS navigovaná gastroenetroanastomóza a možné komplikace.

#### **Vzduchová embolie při užití peroxidu vodíku jako periprocedurální komplikace**

---

*Wirth J., Houdek K., Moláček J.*

*Chirurgická klinika, FN Plzeň*

**Úvod:** Vzduchová embolie při laváži peroxidem vodíku představuje vzácnou, ale potenciálně fatální komplikaci užití běžného a široce používaného antiseptika. Peroxid vodíku je tradičně využíván na chirurgických pracovištích pro svoje baktericidní vlastnosti, přestože jej s jeho využitím spojuje celá řada rizik, včetně vysoké cytotoxicity nebo právě zmíněné vzduchové embolie. Povědomí o tomto riziku zůstává relativně nízké a roztok je rutinně používán v rámci lokálního ošetření ran, a to i přes existující doporučení. **Metodika:** Představujeme komplikovanou kazuistiku pacienta překládaného z jiného pracoviště, odmítajícího krevní deriváty, s pooperačním krepitem levé dolní končetiny. Pro suspektní plynatou gangrénu byl neodkladně indikován k chirurgickému výkonu, během kterého došlo ke vzniku vzduchové embolie po laváži operačních ran peroxidem vodíku. **Závěr:** Cílem této práce je na základě kazuistiky vzduchové embolie vzniklé při výplachu rány peroxidem vodíku a přehledu dostupné literatury poukázat na patofyziologii vzniku této komplikace, rizikové situace a faktory, které k ní přispívají, a zároveň diskutovat možnosti prevence a bezpečnějších alternativ v lokální terapii ran.

## Blok I: Periprocedurální komplikace v traumatologii

### Komplikace při léčbě zlomenin proximálního femuru

---

*Džupa V.*

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

Cílem prezentace je na základě nejvíce používaných klasifikací vymezit indikace a popsat techniky operační léčby zlomenin proximálního femuru s akcentem na předcházení vzniku nejčastějších komplikací a možnosti jejich řešení.

Při léčbě trochanterických zlomenin se setkáváme s těmito specifickými komplikacemi: varizace proximálního fragmentu bez nebo s proříznutím krčkových šroubů (cut out), migrace krčkových šroubů (Z-efekt), vznik periimplantační zlomeniny, vzácněji rozvoj avaskulární nekrózy hlavice femuru či časné poúrazové artrózy. Řešením jsou reosteosyntéza, valgizační intertrochanterická osteotomie, aloplastika.

Osteosyntéza zlomenin krčku je spojena se specifickými komplikacemi časnými (selhání osteosyntézy, sekundární dislokace) a pozdními (rozvoj pakloubu, avaskulární nekrózy hlavice femuru nebo časné artrózy). Léčba spočívá ve valgizační intertrochanterické osteotomii nebo implantaci endoprotézy.

Aloplastika jako řešení zlomenin krčku femuru je zatížena luxacemi, periprotetickými zlomeninami, uvolněním komponent nebo infektem. Řešením jsou revizní endoprotetické výkony.

Léčení zlomenin hlavice femuru komplikují selhání osteosyntézy se sekundární dislokací nebo rozvoj avaskulární nekrózy hlavice femuru či časné artrózy. Tyto komplikace řešíme implantací endoprotézy.

### Problematika konzervativní terapie zlomenin distálního rádia

---

*Kraus J.*

*I. chirurgická klinika VFN a 1. LF UK v Praze*

Zlomenina distálního rádia je nejčastější jednoduchá zlomenina. Zlomenina postihne zhruba 17% populace starší šedesáti let. Poměrně přísná indikační kritéria k operační léčbě spolu s dobrými výsledky nyní jednoznačně preferované dlahové osteosyntézy z volárního přístupu zmenšují počet pacientů léčených konzervativně. Nicméně schopnost kvalitně zreponovat a vhodně imobilizovat zlomeninu distálního rádia stále patří mezi základní chirurgické dovednosti. Autoři se snaží poukázat na nejčastější chyby při konzervativní léčbě a dát návod jak to dělat lépe.

## Blok II: Varia

### Chirurgické výsledky po neoadjuvantní chemo-imunoterapii u resektabilního karcinomu plic

---

*Vachtenheim J., Lischke R.*

*FN Motol a Homolka, Praha*

Rakovina plic zůstává celosvětově jednou z hlavních příčin úmrtí na maligní onemocnění, přičemž chirurgická léčba je hlavní léčebnou modalitou pro pacienty s resektabilním nemalobuněčným karcinomem plic (NSCLC). Zavedení neoadjuvantní chemo-imunoterapie do klinické praxe v roce 2023 změnilo klinickou praxi a léčebné strategii pro pacienty s primárně resektabilním NSCLC. Nicméně podrobnější data z klinické praxe o vlivu neoadjuvantní chemo-imunoterapie na hrudní chirurgii (tedy plánování operace, komplexitu a náročnost samotné operace, perioperační a pooperační výsledky) se zatím v literatuře teprve začínají objevovat. Tato

data budou v přednášce prezentována na vlastním souboru pacientů léčených neoadjuvantní chemoimunoterapií a následnou operací ve FN Motol.

## **Naše zkušenosti s léčbou získané hemofilie A a kompartment syndromem**

---

*Nováková D.*

*Fakultní nemocnice Hradec Králové, IV.inetní hematologická klinika FNHK, Oddělení hematologické intenzivní péče*

Získaná hemofilie představuje velmi vzácné, potenciálně život ohrožující krvácivé onemocnění s vysokou mortalitou, které se neobjevuje v 1. diferenciatní rozvaze při výskytu krvácivých obtíží a jeho diagnostika tak bývá velmi často opomíjená. Toto kazuistické sdělení prezentuje případ pacientky, která byla léčena na našem pracovišti hematologické intenzivní péče ve spolupráci s chirurgickou klinikou FNHK pro získanou hemofilii A s rozsáhlým krvácením do oblasti pravého lýtka, jehož důsledkem byl rozvoj kompartment syndromu vyžadující opakované urgentní chirurgické intervence. Současně byla podávána specifická hemostatická léčba zaměřena na kontrolu krvácení včetně terapie zaměřené na eradikaci inhibitoru. Součástí kazuistiky je obrazová dokumentace. Případ demonstruje závažnost krvácivých komplikací u získané hemofilie a zdůrazňuje význam včasné diagnostiky, neodkladného zahájení adekvátní léčby a úzké multidisciplinární spolupráce.

## **Robotická petep – první zkušenosti v moravskoslezské nemocnici havířov**

---

*Ciesar L., Sedláček M.*

*Chirurgické oddělení, Moravskoslezská nemocnice Havířov, p.o.*

V poslední dekádě se postupně vyvinuly nové miniinvazivní operační techniky řešení ventrálních kýl kombinovaných s diastázou přímých svalů břišních nebo bez ní. Mezi tyto operační postupy patří techniky jako IPOM, IPOM+, LIRA a jejich postupný vývoj na techniky s využitím extraperitoneálního přístupu eTEP/eTEP-TAR. Uvedené procedury již prokázaly svou efektivitu s excelentními pooperačními výsledky i přesto, že se využívají krátkou dobu. Další zdokonalenou technikou s využitím extraperitoneálního přístupu je metoda PeTEP (preperitoneal extended totally extraperitoneal), kterou popsal Dr. Héctor Alí Valenzuela Alpuche (Department of General Surgery, Hospital Ángeles del Carmen, Jalisco, Mexico), vycházející z práce Dr. Todda Heniforda (Division of GI & Minimally Invasive Surgery, Carolinas Medical Center, Charlotte, USA) při otevřené operativě. Principem této metody je totální preperitoneální respektive pretransverzální preparace ve vrstvách břišní stěny se zachováním kontinuity zadního listu přímého svalu břišního a linea alba. V našem sdělení představíme první zkušenosti s danou operační technikou s využitím robotického systému (R-PeTEP) na pracovišti havířovské Chirurgie.

## **V patové situaci**

---

*Ulčová J.*

*Nemocnice Nymburk s.r.o. , Nymburk*

Prezentace tří kazuistik, které používáme k ukázce návaznosti práce u hospitalizovaných i ambulantních klientů, procházejících poradnou chronických ran. Vybírám schválně problematiku hojení pat s obnaženou kostí a u polymorbidních pacientů různého věku, na základě vzniků defektů rozdílnými principy (popálení laserem, masážní vana na nohy....) protože dobře ukazují, že při správně nastaveném krytí a přístupu k péči o ránu lze dosáhnout velmi dobrých výsledků. Hojení defektů pat jako takových bývá často totiž velkým strašákem.

## 1. PROGRAMOVÝ BLOK

### Život na vlásku s dobrým koncem

---

Fišerová D.

1. Chirurgická klinika, stomická poradna, VFN v Praze

V prezentaci představím v kazuistice ošetřování pacienta s břišní katastrofou. Přednáška je zaměřena na důležitost multioborové spolupráce

### Vztah veřejnosti k prevenci kolorektálního karcinomu v České republice.

---

Michálková H.

1. Lékařská fakulta Univerzita Karlova Geriatrická klinika Praha

Úvod: Kolorektální karcinom (KRK) patří v České republice dlouhodobě mezi nejčastější zhoubné nádory a představuje významnou příčinu morbidit i mortality. Podle dat ÚZIS ČR je každoročně diagnostikováno přibližně 7 000 nových případů a více než 3 000 pacientů na toto onemocnění umírá. Přestože od zavedení organizovaného screeningu na přelomu tisíciletí došlo k výraznému poklesu incidence i úmrtnosti, Česká republika nadále patří mezi země s vysokým výskytem KRK. Významnou roli v nízké účasti populace na preventivních programech hraje tabuizace témat spojených se stolicí, obavy z vyšetření a nedostatečná informovanost veřejnosti. Cíl práce: Cílem práce bylo zhodnotit postoj veřejnosti k prevenci kolorektálního karcinomu a screeningovým vyšetřením, identifikovat hlavní důvody odmítání či nevyhledávání screeningu a poukázat na význam primární a sekundární prevence tohoto onemocnění. Výsledky: V České republice je v rámci sekundární prevence doporučeno u osob ve věku nad 50 let pravidelné vyšetření stolice na okultní krvácení v intervalu dvou let, případně screeningová kolonoskopie v desetiletém intervalu. Přesto účast na screeningu zůstává dlouhodobě nedostatečná. Respondenti nejčastěji uváděli stud, strach z výsledku, podcenění rizika onemocnění a nedostatek informací jako hlavní bariéry. Historické srovnání ukazuje významný pokles mortality v posledních dekádách, což koreluje se zlepšením diagnostiky, léčby a zavedením preventivních programů. Diskuse: Výsledky potvrzují, že kolorektální karcinom je onemocnění s vysokým preventabilním potenciálem. Primární prevence založená na zdravé výživě, dostatku pohybu, nekouření a omezení konzumace alkoholu spolu se sekundární prevencí prostřednictvím screeningu představují efektivní nástroje ke snížení výskytu pokročilých stadií onemocnění. Přetrvávající tabuizace tématu a pasivní přístup části zdravotníků však limitují plné využití těchto možností. Závěr: Prevence kolorektálního karcinomu má v České republice prokazatelný dopad na snížení mortality, avšak její potenciál není dosud plně využit. Je nezbytné, aby zdravotníci aktivně komunikovali význam screeningu a prevence a aby se veřejnost přestala vyhýbat tomuto tématu. Systematická edukace a otevřená komunikace mohou významně přispět ke zvýšení účasti na screeningových programech a ke zlepšení prognózy pacientů.

### Kůže jako zahrádka

---

Zachová V.

VFN Praha I. chirurgická klinika

Úvod: Ošetrovatelská stomická péče zahrnuje individuální výběr stomických pomůcek podle terénu břišní stěny konkrétního člověka. V mnoha ohledech můžeme okolí stomatu také modelovat prostřednictvím variant sortimentu stomických pomůcek nebo postupy. Metody: Na modelových obrazových kazuistikách dokumentujeme pooperační vývoj u nových stomiků a rovněž dlouhodobé působení rutinních kroků v péči o stomika. Výsledky: Včasná intervence stomasestry a spolupráce s chirurgem je nutnou cestou ke spokojenému životu se stomií díky předcházení komplikacím. Všechny odborné činnosti stomasestry jsou rámovány kontinuální edukací stomika v průběhu

dispenzarizace ve stomaporadně. Závěr: Bez vzájemné spolupráce mezi lékařem, stomasestrou a pacientem stomikem není možné dosáhnout stabilizace kvality života po operaci. Klíčová slova: hypergranulace, sutura, dehiscence, stomická pomůcka, příslušenství, parastomální hernie, peristomální iritační dermatitis, stenóza

## **Nutriční péče vedená NT na chirurgické klinice**

---

*Paloudová K., Marková P.*

*Všeobecná fakultní nemocnice, Praha*

Nutriční péče představuje nedílnou součást komplexní léčby chirurgického pacienta. Přednáška představí roli nutričního terapeuta v multidisciplinárním týmu a praktické zajištění nutriční podpory u pacientů podstupujících elektivní chirurgické výkony.

Zaměří se na průběh péče od prehabilitace přes hospitalizaci až po ambulantní sledování, včetně vyhodnocování nutričního screeningu, hodnocení stavu výživy, komunikace s lékařem, nutriční vizity a indikace perorální, enterální a parenterální výživy. Důraz bude kladen na časnou realimentaci, individualizaci dietního režimu a edukaci pacienta.

Součástí bude také představení nutriční ambulance a kazuistika dokumentující přínos včasné nutriční intervence pro hojení, rekonvalescenci a další léčbu. Cílem je ukázat význam aktivního zapojení nutričního terapeuta pro zlepšení výsledků chirurgické péče.

## **Psychosociální potřeby onkologicky nemocných**

---

*Honzák R.*

*IKEM, Remedis*

SOUHRN: Při poskytování psychosociální podpory je nutno vzít v úvahu také rodinu pacienta, která se octne v roli pomáhajících. To reprezentuje významnou psychosociální zátěž.

Sdělení závažné diagnózy může být následováno kaskádou obranných psychologických reakcí popsaných podrobně Elizabeth Kübler-Rossovou. Reakce pacienta a jeho blízkých nemusí probíhat paralelně. Také se mohou po odeznění vracet.

Pacienta i rodinu je správné upozornit, že požádat o pomoc není známkou selhání, ale legitimní možností v době, kde nároky na péči hrozí vyčerpáním a vyhořením. Pomoc může být jak z oblasti zdravotní, tak sociální.

## **Psychosocial needs of cancer patients**

---

*Honzák R.*

*IKEM, Remedis*

SUMMARY: When providing psychosocial support, it is also necessary to take into account the patient's family, who find themselves in the role of helpers. This represents a significant psychosocial burden.

The announcement of a serious diagnosis can be followed by a cascade of defensive psychological reactions described in detail by Elizabeth Kübler-Ross. The reactions of the patient and his loved ones do not have to occur in parallel. They can also return after the end of the illness.

It is right to inform the patient and family that asking for help is not a sign of failure, but a legitimate option at a time when the demands for care threaten exhaustion and burnout. Help can be from both the health and social sectors.

## 2. PROGRAMOVÝ BLOK

### Problematické hojení abdominálních plastik

---

*Janošcová S.*

*Všeobecná fakultní nemocnice v Praze*

Problematické hojení abdominálních plastik Ráda bych vás seznámila s kazuistikou pacientky, operované na naší klinice. Pacientka podstoupila laparoskopickou gastroplikaci a byla indikována k operačnímu řešení převisu břišní stěny s opakovanými dermatitidami. 3. pooperační den se objevuje lividní zbarvení okraje rány v levém podbřišku s následně dochází k rozvoji infikované buly a zánětlivé reakce v okolí operační rány. Rána je revidována na operačním sále a je započata podtlaková terapie rány. Opakovaně převazy na operačním sále v celkové anestezii, postupné vyčištění rána a zmenšení defektu, které umožnilo propuštění pacientky do domácího ošetřování. Během pravidelných kontrol a převazů dochází k úplnému dohojení rány. Kazuistika je zaměřena na problematiku hojení ran pomocí podtlakové terapie, posunem v možnostech využití této metody v hojení nejen chronických ran.

### Hypertermická intraperitoneální chemoterapie

---

*Herčík J.*

*VFN v Praze, Praha*

Přednáška přináší technický pohled na problematiku hypertermické intraperitoneální laváže z pohledu biomedicínského inženýra a nelékařského zdravotnického personálu. Zaměřuje se na technické aspekty systému, fáze laváže, jejich možné komplikace a bezpečnost práce z cytostatiky.

### Farmakologické aspekty HIPECu a PIPACu

---

*Štenglová Netíková I., Blahová D.*

*Všeobecná fakultní nemocnice, Praha*

HIPEC (Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy) spočívá v podání cytostatika zahřátého většinou na 41-43 °C po chirurgickém odstranění viditelného nádorového postižení. Hypertermie zvyšuje citlivost nádorových buněk k některým cytostatikům a pomáhá eradikovat zbytky nádoru v dutině břišní po cytoreduktivním výkonu. PIPAC (Pressurized intraperitoneal aerosol chemotherapy (PIPAC) je minimálně invazivní technika aplikace cytostatika do břišní dutiny formou aerosolu pod tlakem, během laparoskopie. Aerolizace a tlak zlepšují distribuci a penetraci cytostatika do nádorových ložisek. Většina intravenózně podávané chemoterapie (95-98 %) peritoneum obchází a způsobuje systémovou toxicitu. Peritoneum je špatně vaskularizované, do peritonea se dostane pouze 2-5 % minutového objemu srdeční tekutiny. Peritoneální mikrocirkulace se vyznačuje nízkou hustotou kapilár, lokální cévní distribuce liší mezi vitálními a nekrotickými zónami, přičemž některé oblasti nejsou prokrveny téměř vůbec. To je důvodem špatné tkáňové absorpce sloučenin podávaných do systémového krevního oběhu. Dále zvýšený tlak intersticiální tekutiny v nádorovém uzlu způsobuje menší absorpci léčiv do nádoru. Terapeutický poměr (tkáňová koncentrace/aplikovaná dávka) oproti systémovému podání je u HIPECu i PIPACu výrazně lepší. V rámci prezentace bude popsáno farmakokinetické chování jednotlivých užívaných cytostatik a ukázána fotodokumentace přípravy cytostatik v nemocniční lékárně.

## Strach ze smrti

---

Janáčková L.

Strach ze smrti je přirozenou součástí lidské existence a často se objevuje u pacientů s vážným onemocněním, v terminálním stadiu nemoci, ale i u jejich rodin. Pro zdravotníky představuje důležité téma, protože může výrazně ovlivnit psychický stav pacienta, jeho spolupráci při léčbě i kvalitu prožívání závěru života. Strach ze smrti může mít různé podoby – obavy z bolesti, ztráty kontroly, samoty, nebo nejistoty z toho, co bude následovat. Citlivá komunikace, empatie a schopnost naslouchat jsou klíčové nástroje, kterými mohou zdravotníci pacientovi pomoci. Cílem přednášky je přiblížit základní projevy strachu ze smrti, jeho psychologické souvislosti a možnosti podpory pacienta v rámci zdravotnické péče.

### 3. PROGRAMOVÝ BLOK

#### Chirurgickým výkonem to nekončí...

---

*Sladovník T.*

*VFN v Praze*

Postradiační dermatitida a mukositida představuje nepříjemnou vedlejší reakci kůže a sliznic pacienta na účinky radioterapie. V následujících několika kazuistikách pacientů bude představena preventivní a terapeutická péče o kůži a sliznice ozařovaných pacientů.

#### Traumata a obezita

---

*Šimíková P.*

*Nemocnice České Budějovice a.s., Oddělení úrazové a plastické chirurgie*

Obezita není jen kosmetický problém, ale chronické onemocnění. Dnes jí trpí víc než miliarda lidí na světě, v Česku má přes 60 % dospělých nadváhu nebo obezitu. Vtraumacentru se s tím setkáváme čím dál častěji. Pacient k nám přichází kvůli úrazu, ale jeho obezita je skrytý nepřítel, který zásadně ovlivní průběh celé léčby – od prvního kontaktu až po rehabilitaci. Obézní pacienti mívají často těžší úrazy. Jednak kvůli větší kinetické energii, například při pádu nebo autonehodě, jednak kvůli horší stabilitě a mobilitě. Problémem je i to, že obezita maskuje některé příznaky – hematomy, palpační citlivost nebo i krvácení se hůř odhaluje. V důsledku toho může být zpožděná diagnostika a komplikovanější léčba. Obézní pacienti představují velkou výzvu i pro samotný transport a manipulaci. Často je potřeba více lidí, což zvyšuje riziko pracovních úrazů u personálu. Neobejdeme se bez speciálních pomůcek – bariatrická lůžka, nosítka nebo skluzné podložky. Velkým limitem bývá také prostor – výtahy, CT, ambulance. Každá manipulace navíc trvá déle a zvyšuje riziko sekundárních poranění. Každý z těchto pacientů znamená velkou zátěž nejen pro tým, ale i pro zdravotnický systém. Je potřeba více personálu, více pomůcek a často i speciální vybavení. To znamená vyšší náklady. Zároveň roste riziko úrazů zdravotníků, kteří musí fyzicky manipulovat těžkými pacienty. To všechno ukazuje, že obezita není problém jednotlivce, ale celé společnosti. Obezita také komplikuje jak anestezii, tak samotný chirurgický výkon. Pro anesteziology je typická obtížná intubace, rychlá desaturace a složitý žilní přístup. Chirurgové mají horší přístup v operačním poli, operace trvají déle a bývají spojeny s větší krevní ztrátou. Riziko infekcí, dehiscence nebo trombózy je u těchto pacientů výrazně vyšší. Celý tým zdravotníků je vystaven větší fyzické i psychické zátěži.

## Vliv užívání zolpidemu na incidenci pádů, kazuistika

---

*Nejedlá M.*

*Vysoká škola zdravotnická o.p.s Praha*

Úvod: Hypnotika ze skupiny tzv. „Z-léčiv“ jsou u seniorů široce předepisována pro léčbu insomnie, přestože jejich bezpečnostní profil ve velmi vysokém věku ( $\geq 85$  let) zůstává diskutabilní. Zolpidem je obecně považován za méně rizikovou alternativu benzodiazepinů, nicméně jeho dlouhodobé užívání může být spojeno se zvýšeným rizikem pádů, poruchou rovnováhy, kognitivním ovlivněním a následnými úrazy. Cíl: Upozornit na vztah mezi chronickým podáváním zolpidemu a incidencí pádů s traumatem u seniora ve velmi vysokém věku. Kazuistika: prezentuje pacienta s anamnézou dlouhodobého užívání zolpidemu pro chronickou insomnií. Byla analyzována farmakoterapie, komorbidita, funkční stav, okolnosti opakovaných pádů a jejich následky. U pacienta došlo během sledovaného období k opakovaným nočním pádům s následnými úrazy bez jiné zjevné akutní příčiny. Podávání zolpidemu doprovázela řada dalších nežádoucích účinků, deklarovaných výrobcem, nicméně ve zdravotnickém zařízení nebyla nikdy zkoumána souvislost pádu a úrazu s užíváním hypnotik. Po postupné depreskripci zolpidemu ustaly nejen pády, ale naprostá většina dalších nežádoucích účinků, které byly připisovány vysokému věku. Diskuse: potenciální souvislost mezi chronickým užíváním zolpidemu a zvýšeným rizikem pádů s úrazy u seniorů ve velmi vysokém věku. Závěr: u zranitelné populace je nezbytné individuálně zvažovat přínos a rizika hypnotické léčby, preferovat nefarmakologické intervence a pravidelně revidovat farmakoterapii s cílem minimalizovat riziko pádů a jejich závažných následků.

## Příběh stehu: Historie chirurgických šicích materiálů

---

*Nesměrák K.*

*Univerzita Karlova, Přírodovědecká fakulta*

Přednáška představuje stručný historický přehled vývoje chirurgických šicích materiálů od nejstarších civilizací až po současné technologické inovace. Základním problémem chirurgie od jejich počátků bylo nalezení způsobu, jak spojit živou tkáň tak, aby byla rána mechanicky stabilní, ale zároveň nedošlo k infekci či odmítnutí materiálu organismem. Již starověké prameny, například egyptské lékařské papýry z doby kolem roku 1600 př. Kr., dokládají používání lněných vláken k uzavírání ran. Vedle toho existovaly i pozoruhodné biologické postupy, známé například ze starověké Indie a Jižní Ameriky, kde byly k uzavírání ran využívány velké mravence rodu *Atta*: jejich čelisti sevřely okraje rány a po oddělení těla zůstala hlava jako přirozená „biologická svorka“. Ve starověkém Římě popsal Claudius Galénos použití zvířecích střev – později známých jako *catgut* – při ošetřování ran. Jejich použití však provázely značné problémy, zejména nekonzistentní vstřebávání a vysoké riziko infekce způsobené nedostatečnou sterilizací. Zásadní obrát přinesla až práce Josepha Listera v druhé polovině 19. století, který rozpoznal roli mikroorganismů při pooperačních komplikacích a zavedl antiseptické postupy, včetně tzv. karbolizovaného *katgut* ošetřeného kyselinou karbolovou. Na přelomu 19. a 20. století se rozšířilo také používání hedvábí a bavlny, prosazované například Williamem Halstedem, které nabízely lepší mechanické vlastnosti, avšak jako nevstřebatelné materiály mohly způsobovat granulomy či píštěle. Definitivní technologický zlom nastal až ve druhé polovině 20. století zavedením syntetických vstřebatelných vláken na bázi polyglykolové kyseliny a polyglaktinu, které umožnily přesně kontrolovat mechanické i degradační vlastnosti šicích materiálů. Současný vývoj směřuje k dalším inovacím, jako jsou ostnaté stehy bez nutnosti uzlení, antibakteriální povrchy nebo experimentální „chytré stehy“ vybavené senzory schopnými monitorovat fyziologické parametry v ráně.

## 4. PROGRAMOVÝ BLOK

### Zátěžové faktory v práci všeobecné sestry

---

*Brzicová V.*

*VFN v Praze*

Tato přednáška se zabývá především psychickou a fyzickou zátěží všeobecné sestry na chirurgickém oddělení. Zaměřím se především na tyto aspekty v práci sestry: -pacienti s agresivním chováním - pacienti přijímaní v ebrietě, absence záchytek -neklidní a zmatení pacienti -ošetřování cizinců, multikulturní ošetřovatelství -pacienti s konfliktním jednáním -pacienti bez přístřeší V závěru přednášky nastíním, jak se s touto zátěží vyrovnat a jak na prevenci syndromu vyhoření.

### Spirituální podpora onkologicky nemocných

---

*Ruml P.*

*VFN Praha*

Spirituální a etické aspekty péče o nemocné a personál : spirituální péče, duchovní život : kritéria duchovní péče : úskalí, umírání smrt, strach : důstojnost, stud : jak s tím pracovat a žít

### Psychosociální problematika u onkologicky nemocných

---

*Slavíková Š.*

*Zdravotně sociální pracovník Amelie, z.s.*

Klíčová slova: onkologická péče, koordinátor péče, KOC, psychosociální podpora, Amelie z.s., sociální bezpečí, patientská participace.

Onkologické onemocnění nepředstavuje pouze medicínskou výzvu, ale je zásadním zátěžovým faktorem, který hluboce zasahuje do psychické stability a sociální integrity pacienta i jeho rodinného systému. Předložený příspěvek se zaměřuje na kritická místa v cestě pacienta léčbou, kde se střetává potřeba vysoce individualizované medicínské péče s nezbytností adekvátní psychosociální podpory.

V kontextu aktuální reakreditace Komplexních onkologických center (KOC) v České republice článek reflektuje zavádění nových systémových prvků. Klíčovou roli zde přebírá koordinátor onkologické péče, jehož úkolem je zrychlení diagnosticko-terapeutického procesu, zejména u tzv. fast track diagnóz (karcinom plic, slinivky břišní), kde čas hraje rozhodující roli v prognóze pacienta. Autor dále analyzuje posun v oblasti zapojování pacientů skrze patientské rady, které vytvářejí prostor pro kultivaci komunikačního prostředí a provozní zlepšení „na míru“ konkrétním zařízením.

Výrazná pozornost je věnována psychosociálním dopadům léčby. I přes absenci striktních personálních standardů pro psychology a sociální pracovníky v nové reakreditaci se otevírá cesta k povinné dostupnosti těchto služeb v ambulantním traktu. Text kriticky hodnotí současnou sociální situaci nemocných, kteří se často ocitají v pasti mezi dlouhodobou pracovní neschopností, poklesem příjmů a nepřehledností aktuálního systému sociálních dávek (tzv. superdávka). Specifickou zátěž představuje péče o závislé členy rodiny v době vlastní nemoci, což činí finanční a logistické plánování rodiny extrémně zranitelným.

Závěrečná část příspěvku prezentuje 20 let zkušeností organizace Amelie, z.s. v oblasti onkopsychologie a sociální práce. Ukazuje se, že klíčem k úspěšnému zvládnutí nemoci je včasná navigace pacienta k odborníkům (nutriční terapeuti, fyzioterapeuti, psychologové) a aktivní podpora zdravotnického personálu v poskytování relevantních kontaktů. Příspěvek apeluje na posílení mezioborové spolupráce a destigmatizaci využívání podpůrných služeb jako integrální součásti moderní onkologické péče.

Ředinová M., Plesniková J.

České ILCO, z.s., Praha

České ILCO, z. s. sdružuje 17 spolků stomiků v ČR. Zastupuje více než 10 tisíc lidí. Hlavním cílem naší práce je již od roku 1993 aktivní a spokojený stomik. Jsme členem Evropské i Světové asociace stomiků, jsme držitelem ocenění Neziskovka roku 2022 v kategorii Malá neziskovka, WOA 2022 a dalších významných cen. Máme mnoho proškolených dobrovolníků - stomiků, peerů, kteří pomáhají zdravotníkům tím, že na základě vlastní zkušenosti mluví s pacienty - budoucími stomiky před operací, případně i po ní, mají dostatek času zodpovědět dotazy, ukázat, jak se lze vyrovnat se životem se stomií, předávají cenné informace a kontakty. Pacienta uklidní, zmírní strach z operace a vrátí často chuť se léčit a vyléčit. Pro informaci uvádím pohled pacientek-stomiček a názor stomasestry. Stomička Daniela: po operaci jsem se cítila velmi bídě, zejména psychicky. Kamarádka mi našla kontakt na dobrovolnici. Po propuštění z nemocnice jsem jí napsala mail. Ještě odpoledně mi zavolala. Kontakt s člověkem, který prožil to, co mě čekalo, byl k nezaplacení. Díky radám a psychické podpoře jsem si řekla, že to musím taky zvládnout. A zvládla jsem to. Bez prášků a psychologa. Podporovala mě i rodina. S dobrovolnicí jsem i po dvou letech v kontaktu a děkuji za její podporu. Stomasestra VFN: možnost návštěvy dobrovolníka - zkušeného stomika aktivně pacientům nabízíme. Z naší zkušenosti je takový kontakt pro pacienta velmi přínosný. Ale bohužel velký zájem o tuto možnost návštěvy mezi pacienty nyní není. Mají starosti sami se sebou a často nechtějí sdílet svoje problémy s pro ně cizími lidmi. Většinou, především mladší, si dohledají informace a zkušenosti stomiků na sítích, často hledají podporu jen v blízké rodině. Při kontrolách v stomaporadně pak mají příležitost dostat odpovědi na všechny své otázky. Jindra stomička od října 2025 VFN: uvítala návštěvu dobrovolnice u lůžka. Po propuštění z nemocnice jí několikrát telefonovala, 2x navštívila Centrum. Přijde říci, jak jí kontakt se zkušenou stomičkou pomohl. Centrum pro stomiky: v 2025 nás kontaktovalo telefonem, mailem, osobně 152 stomiků, evidujeme s nimi 1141 konzultací. Našich cvičení se zúčastnilo 69 stomiků. Důležitou prací odvádějí také proškolení dobrovolníci-stomici regionálních spolků. Nabízejí konzultace, organizují společné aktivity, pořádají rekondiční pobyty apod. I v jejich řadách jsou dobrovolníci, kteří nabízejí návštěvy v nemocnicích a pomáhají tak budoucím stomikům vyrovnat se s novým začátkem. [www.ILCO.cz](http://www.ILCO.cz)

## ABSTRAKTA – POSTEROVÁ SEKCE

---

### 1. Ancient schwannoma - a rare cause of mesenteric root expansion

---

*Kriegler T.*

*Hospital of Pardubice region, Department of Surgery, Hospital in Chrudim, Vaclavska 570, 537 Chrudim, Czech Republic, University of Defence in Brno, Military Faculty of Medicine in Hradec Kralove, Department of Military Surgery, Trebesska 1575, 500 02 New Hradec Kralove*

Abstract Ancient schwannoma is rare cause of mesenteric root expansion. It grows from nerve fibres in mesentery and it presents with nonspecific symptoms. The authors present the case of a 53-year-old patient who was examined for 10 months of fatigue and occasional abdominal cramps. Ultrasound examination of the abdomen showed resistance in the left mesogastric area. Oncological markers were negative. Blood count and biochemical blood tests were without pathological values. Magnetic resonance did not show activation of lymph nodes during resistance and metastatic spread in the abdominal cavity. The expansion was diagnosed as benign ancient schwannoma by computed tomography biopsy performed before surgery. Patient underwent elective laparoscopic surgery and the tumor was completely removed. Diagnosis was subsequently histologically verified postoperatively. Adjuvant therapy and further dispensary of the patient due to the benign nature of the tumor was not indicated. Complete surgical removal of the tumor remains the best therapy.

### 2. Využití autologních mikrograftů v léčbě chronických ran

---

*Erbenová A., Böhmová J., Kroneisl M.*

*FN Bulovka, Praha*

Využití autologních mikrograftů v léčbě chronických ran MUDr. Aneta Erbenová, MUDr. Jitka Böhmová, MUDr. Marie Kroneisl Chirurgická klinika Fakultní nemocnice Bulovka, 1. LF UK a IPVZ Rádi bychom představili soubor prvních 12 pacientů s chronickým defektem, u nichž jsme využili v léčbě technologii autologních mikrograftů – fragmentovaných dermoepidermálních štěpů. Jedná se zatím v ČR o minimálně využívanou metodu v hojení chronických ran. Zákrok je prováděn ambulantně, v lokální anestezii je pacientovi odebrána kůže v plné tloušťce, která je následně zpracována za užití speciální technologie. Kůže je fragmentována a přidáním fyziologického roztoku vzniká suspenze, kterou jsme aplikovali jak injekčně do spodiny a okrajů defektu, tak i přes kolagenní nosič na spodinu rány. První převaz provádíme za 5 dní, následně pacienti absolvují pravidelné kontroly v naší ambulanci a efekt na hojení rány je pečlivě fotodokumentován. U všech pacientů jsme zaznamenali akceleraci procesu hojení ve smyslu zmenšení defektu, a to i u pacientů se značně stagnujícími chronickými defekty. Nadále pracujeme na rozšíření našeho souboru pacientů a tím prověření uvedené metody mikrograftů u pacientů s defekty různé etiologie. Cílem tohoto sdělení je prezentovat první výsledky aplikace fragmentovaných štěpů na našem pracovišti.

Za podpory grantu FNB, číslo: 25-IGS06-24

### 3. Management péče o nehmatné léze karcinomu prsu

---

*Beneš J., Horká M.*

*Nemocnice Č. Budějovice, a.s., České Budějovice*

S ústupem od radikálních operací prsu směrem k šetrnějším výkonům nabývá přesné značení nehmatných nálezů na klíčovém významu. Kvalitní lokalizace přímo ovlivňuje úspěšnost operace – minimalizuje nutnost reoperací kvůli neúplnému odstranění nádoru a zajišťuje lepší estetický výsledek prsu. Nárůst nálezů: Díky efektivnímu screeningu tvoří nehmatné léze již 40–60% všech případů (v závislosti na propojení chirurgie na

screeningové centrum).Estetické nároky: Stoupá tlak na prs šetřící výkony, které vyžadují vysokou chirurgickou preciznost pro zachování přirozeného vzhledu.Zastaralé metody: Značení fixem na kůži nebo tetování „stopou uhlíku“ je dnes považováno za překonané; tyto postupy vyhovovaly dřívějším rozsáhlým kvadrantektomiím, nikoliv však moderní cílené chirurgii.Srovnání lokalizačních technik Dlouholetý standard v podobě Frankova vodiče (drátková lokalizace) s sebou nese rizika: Vytvoření dlouhého punkčního kanálu.Vysoké riziko dislokace vodiče při pohybu pacientky nebo během samotné operace.Jako nevhodnější alternativu současnosti vnímáme lokalizační zrna (magnetická, radioaktivní jodová či radarová). Jejich hlavní výhody jsou: Stabilita: Minimální riziko posunu v tkáni.Logistická flexibilita: Zrna lze zavést s velkým časovým předstihem. To usnadňuje plánování operací zejména v případech, kdy diagnostika a chirurgie probíhají na odlišných pracovištích. Kontrola radikality operačního výkonu: Pro ověření dostatečné radikality resekce se jako nejvhodnější metoda jeví perioperační mamografie. Na rozdíl od histologického vyšetření představuje rychlou, nákladově efektivní a relativně přesnou cestu ke kontrole zdravého lemu tkáně. Provedení tohoto rentgenového vyšetření přímo na operačním sále zajišťuje okamžitou kontrolu polohy preparátu v přístroji a umožňuje chirurgovi operativně doplnit resekci o příslušný okraj v místě nálezu. Obsah posteru: V našem posteru porovnáváme jednotlivé typy značení dostupné na českém trhu a doplňujeme je o vlastní klinické zkušenosti z praxe.

#### **4. Inkarcerovaná levostranná paraduodenální hernie, kazuistika**

---

*Horká M., Beneš J.*

*Nemocnice České Budějovice a.s., České Budějovice*

Úvod: Levostranná paraduodenální hernie je vrozená vnitřní kýla vznikající na podkladě poruchy rotace středního střeva během fetálního vývoje. Po dlouhou dobu může probíhat asymptomaticky, přičemž prvním klinickým projevem bývá její uskřínutí s obrazem náhlé příhody břišní. Kazuistika: Autoři prezentují případ 46letého pacienta s akutně vzniklými bolestmi břicha provázenými zvracením. Anamnesticky byl pacient bez předchozích gastrointestinálních obtíží. CT vyšetření dutiny břišní vyslovilo podezření na volvulus orálních kliček jejunu bez známek střevní ischemie. Při operační revizi byla zjištěna inkarcerovaná levostranná paraduodenální hernie. Po repozici nejevily kličky tenkého střeva známky ischemie, proto nebyla nutná jejich resekce. Defekt v oblasti tzv. Landzertovy fossy byl ošetřen suturou. Závěr: Levostranná paraduodenální hernie je vzácnou příčinou náhlé příhody břišní. Včasná diagnostika a chirurgická intervence jsou zásadní pro prevenci ischemických komplikací a příznivý pooperační průběh. Proto je nutné při nejednoznačných výsledcích konvenčního postupu diagnostiky bolestí břicha myslet i na takto raritní diagnózu a včas indikovat operační revizi. Tento pacient je pět měsíců po operaci bez obtíží a v dobrém klinickém stavu.

#### **5. Divertikulitida jejunu s perforací jako příčina akutní peritonitidy**

---

*Nepeřená N., Trnka P.*

*Nemocnice České Budějovice, a.s., České Budějovice*

Divertikulární nemoc tenkého střeva představuje vzácné onemocnění, které je ve většině případů klinicky němé a bývá diagnostikováno až při rozvoji komplikací, mezi něž patří zejména divertikulitida, perforace, obstrukce, litiaza a krvácení. V našem sdělení se zaměřujeme na problematiku divertikulitidy jejunu komplikované perforací a diskutujeme úskalí diagnostiky i volbu optimálního terapeutického postupu. Prezentujeme dvě kazuistiky pacientů s rozdílným terapeutickým postupem. V prvním případě se jednalo o 70letého muže s týden trvajících nespécifickými obtížemi a elevací zánětlivých parametrů. CT vyšetření prokázalo zánětlivě změněné kličky jejunu s mezikličkovými abscesy bez známek pneumoperitonea. Na základě klinického, laboratorního a zobrazovacího nálezu byla indikována chirurgická revize, při níž byla zjištěna vícečetná divertikulóza jejunu s abscesem v okolí zaníceného divertiklu. Byla provedena segmentální resekce postiženého úseku s provedením primární anastomózy. Pooperační průběh byl bez komplikací.

Druhá kazuistika popisuje 25letého pacienta přijatého pro bolesti břicha s výraznou elevací zánětlivých parametrů (CRP 314 mg/l) a CT obrazem difuzní peritonitidy s pneumoperitoneem suspektním z perforace jejunu. Přestože byla indikována akutní chirurgická revize, pacient opakovaně odmítl operační řešení a podepsal negativní revers. Vzhledem k odmítnutí chirurgického výkonu bylo přistoupeno ke konzervativnímu postupu terapie za pečlivé monitorace vývoje. Konzervativní terapie, která u pacienta spočívala v podávání kombinace antibiotik, střevním klidu, postupně vedla ke klinickému i laboratornímu zlepšení a regresi nálezu na kontrolních zobrazovacích vyšetřeních (UZ a CT břicha). Diskutujeme rozdíly mezi operační a konzervativní léčbou komplikované divertikulární nemoci tenkého střeva, mimo jiné s ohledem na anatomicky rizikovou oblast v blízkosti Treitzova vazů. Zatímco chirurgická resekce je častější volbou vzhledem k nejistotě etiologie intraabdominálního zánětu, za přísně stanovených podmínek může být u vybraných pacientů bezpečně zvolena konzervativní terapie. Klíčovým faktorem zůstává celkový stav nemocného, přesná diagnostika a možnost intenzivní monitorace s připraveností k včasné změně terapeutické strategie.

## **6. Peritonitida u pacientů s ventrikuloperitoneálním shuntem**

---

*Trnka P., Nepeřená N.*

*Nemocnice České Budějovice a.s., České Budějovice*

Úvod: Ventrikuloperitoneální shunt (VPS) je drenážní systém odvádějící mozkomíšni mok z mozkových komor do dutiny břišní a používá se při léčbě hydrocefalu. Přítomnost katetru v dutině břišní může vést nejen k neurochirurgickým, ale též k nitrobřišním komplikacím, včetně peritonitidy. Současně je VPS ohrožen ascendentní infekcí při peritonitidě jiného původu. Cíl: Cílem práce je upozornit na problematiku peritonitidy u pacientů se zavedeným VPS z pohledu všeobecného chirurga, který řeší pacienty s příznaky akutního břicha. Diskutujeme možnosti diagnostického a léčebného postupu. Metodika: Prezentujeme kazuistiky pacientů s různými formami peritonitidy při zavedeném VPS v kontextu vybraných literárních údajů. Výsledky: Peritonitida způsobená VPS může být aseptická nebo bakteriální. CT vyšetření je zásadní pro identifikaci zdroje peritonitidy a posouzení vztahu patologického procesu k distálnímu katetru VPS. U peritonitid způsobených VPS je často větší prostor pro konzervativní léčbu. Chirurgická léčba spočívá v sanaci infekčního ložiska, laváži, drenáži dutiny břišní v kombinaci s případným zákrokem na VPS. Zvažována je extrakce, dočasná externalizace VPS, přičemž optimální postup není jednoznačně určen. U sekundární peritonitidy s původem v gastrointestinálním traktu je snahou minimalizovat kontaminaci VPS infikovaným výpotkem. Zvláštní situaci představuje peritonitida způsobená migrací katetru do orgánu dutiny břišní s jeho perforací. Průběh může být v těchto případech pozvolný v důsledku postupné eroze orgánu katetrem a obranné reakce peritonea a tedy dlouho i asymptomatický. Závěr: Pro včasnou diagnózu je zásadní provedení CT břicha a při podezření na infekci VPS také punkce likvoru s jeho kultivací. U pacientů s VPS je cílem kromě eliminace břišní infekce také prevence ascendentní infekce VPS. Rozsah operačního zákroku závisí na závažnosti sepse a rozsahu peritonitidy, přičemž klíčové je rozhodnutí o dalším osudu VPS. U lokalizovaných nálezů má své místo i konzervativní léčba.

## **7. Úloha imunologických markerů v diagnostice kolorektálního karcinomu**

---

*Erbenová A., Horák P., Slavíková Červinková M.*

*Chirurgická klinika FN Bulovka, 1. LF UK a IPVZ, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova*

Úvod: Kolorektální karcinom (CRC) stále patří mezi nejčastěji se vyskytující solidní nádory v západní populaci. I přes pokroky ve screeningu, diagnostice a léčbě dosud neexistují specifické testy pro časnou diagnózu a sledované hodnoty, které by byly jednoznačně specifické pro rizikové pacienty, případně by sloužily k monitoraci průběhu choroby lépe než dosud známé nádorové markery. Patogeneze onemocnění je úzce spojena s chronickým zánětem, oxidativním stresem a remodelací nádorového mikroprostředí.

Předmětem našeho studia je několik markerů, které jsme vybrali na základě dostupné literatury a které úzce souvisí s výše uvedeným. LOX-1 (lectin-like oxidized LDL receptor-1), RAGE (receptor for advanced glycation end products), HMGB1 (high mobility group box-1) a matrixová metaloproteináza MMP-19 se podílejí na regulaci zánětlivých signálních drah, angiogenezi a degradaci extracelulární matrix.

Cílem práce je potvrdit hypotézu, že exprese daných markerů je signifikantně zvýšená u pacientů s kolorektálním karcinomem oproti zdravým kontrolám. Dále jsme pozitivitu markerů vyšetřovali v různých typech tkáně u pacientů s tumorem.

Metodika: Do studie bylo zařazeno 31 pacientů s kolorektálním karcinomem a vzorky 20 pacientů z kontrolní skupiny, kteří podstoupili na našem pracovišti střevní resekci pro nenádorové a nezářlivé onemocnění. U onkologických pacientů jsme analyzovali tři typy tkáně – makroskopicky zdravou tkáň, přechodovou zónu a nádorovou tkáň. Vzorky jsme zpracovali za užití imunohistochemických metod a hodnotili jsme pozitivitu markerů v několika typech buněk.

Výsledky: Zjistili jsme statisticky významné rozdíly v expresi markerů mezi kontrolní skupinou a pacienty s CRC. LOX-1 vykazoval zvýšenou expresi zejména v epitelu a cévních strukturách. RAGE byl výšší zejména v cévách a přechodové zóně, což naznačuje jeho roli v zánětlivém prostředí nádoru. Exprese MMP-19 byla nejvýraznější v oblasti přechodu nádoru do zdravé tkáně, což odpovídá její funkci při invazi tumoru.






Závěr. Studie prokazuje význam uvedených markerů v patogenezi kolorektálního karcinomu. Tyto molekuly přispívají k propojení zánětlivých procesů, oxidativního stresu a remodelace nádorového mikroprostředí. Jejich exprese může mít význam jak pro lepší pochopení biologické aktivity CRC, tak i jako možný prognostický marker.

Práce byla podpořena interním grantem Fakultní nemocnice Bulovka

# KOMPLEXNÍ SLUŽBY V OBLASTI CHIRURGIE



## Řešení dopadů regulace MDR

-  Posouzení nástrojů odborným týmem
-  Servis, repase a renovace nástrojů
-  Laserové značení UDI / Datamatrix
-  Dokumentace zdravotnických prostředků
-  Dodání nových nástrojů



**Šetřete náklady.**  
**Zachovejte bezpečnost.**

VÍCE INFORMACÍ



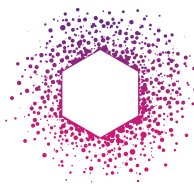
**MEDIN – když záleží  
na každém nástroji.**



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



prodej@medin.cz  
www.medin.cz



**XERAVA™**  
(eravacyklin)

**Přípravek Xerava je indikován k léčbě komplikovaných intraabdominálních infekcí (cIAI) u dospívajících ve věku od 12 let o tělesné hmotnosti nejméně 50 kg a u dospělých.**

Literatura: 1. Souhrn údajů o přípravku Xerava 12/2025.

#### Zkrácené informace o léčivém přípravku

**Název léčivého přípravku:** Xerava 100 mg prášek pro koncentrát pro infuzní roztok. **Složení:** Jedna injekční lahvička obsahuje eravacyclinum 100 mg. Jeden ml rekonstituovaného roztoku obsahuje eravacyclinum 20 mg. Po dalším naředění obsahuje 1 ml naředěného roztoku eravacyclinum 0,6 mg. **Terapeutické indikace:** Léčba komplikovaných intraabdominálních infekcí (cIAI) u dospívajících ve věku od 12 let o tělesné hmotnosti nejméně 50 kg a u dospělých. **Dávkování a způsob podání:** Dávkování: Doporučený režim dávkování je podání eravacyklinu v dávce 1 mg/kg každých 12 hodin po dobu 4 až 14 dní. U pacientů, kterým jsou souběžně podávány silné induktory CYP3A4, je doporučený režim dávkování je podávání eravacyklinu v dávce 1,5 mg/kg každých 12 hodin po dobu 4 až 14 dní. **Zvláštní populace:** viz úplný SPC. **Způsob podání:** intravenózní infuzí trvající přibližně 1 hodinu. Návod k rekonstituci a naředění viz úplný SPC. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. Hypersenzitivita na antibiotika z třídy tetracyklinů. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** U jiných antibiotik z třídy tetracyklinů mohou nastat závažné a příležitostně fatální hypersenzitivní reakce a takové reakce byly i hlášeny. Při použití téměř všech antibiotik byl hlášen výskyt kolitidy související s antibiotiky a pseudomembranózní kolitidy, jejichž závažnost se může pohybovat od mírné až po život ohrožující. U pacientů, u kterých se během léčby eravacyklinem či po ní objeví průjem, je nutné mít tuto diagnózu na paměti. V klinických studiích byly u intravenózního podání eravacyklinu pozorovány erytém, bolest/citlivost, flebitida a tromboflebitida v místě aplikace infuze. Delší použití přípravku může vést k přerůstání jiných než citlivých mikroorganismů, včetně plísní. U eravacyklinu byla hlášena pankreatitida, která byla v některých případech závažná. Přípravek Xerava se nemá používat během vývoje chrupu (během 2. a 3. trimestru těhotenství a u dětí do 8 let věku), protože může způsobit trvalou změnu zbarvení chrupu (na žlutošedohnědé). U pacientů s těžkou poruchou funkce jater (třídy C dle Childa-Pugha) může dojít ke zvýšení expozice. Eravacyklin může prodloužit protrombinový čas (PT) i aktivovaný parciální tromboplastinový čas (aPTT). Kromě toho byla při používání eravacyklinu hlášena hypofibrinogenemie. Proto mají být před zahájením léčby eravacyklinem a pravidelně během léčby sledovány parametry krevní srážlivosti. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Při souběžném podávání rifampicinu nebo jiného silného induktoru CYP3A, například fenobarbitalu, karbamazepinu, fenytoinu a třezalky tečkované má být dávka eravacyklinu navýšena přibližně o 50 % (1,5 mg/kg i.v. každých 12 h). **Nežádoucí účinky:** Časté: hypofibrinogenemie, zvýšení INR, prodloužení aPTT, prodloužení PT, tromboflebitida, flebitida, nauzea, zvracení, reakce v místě podání infuze. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Uchovávejte injekční lahvičku v krabičce, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** PAION Pharma GmbH, Heussstraße 25, 52078 Aachen, Německo. **Registrační číslo:** EU/1/18/1312/005. **Datum revize textu:** 12/2025. **Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Tento léčivý přípravek není hrazen z veřejného zdravotního pojištění.** Dříve než předepíšete tento přípravek, seznámte se s úplným souhrnem údajů o přípravku, který je k dispozici na webových stránkách Státního ústavu pro kontrolu léčiv nebo na adrese držitele rozhodnutí o registraci.

Pro více informací prosím kontaktujte Medis Pharma s.r.o., Národní 60/28, 110 00 Praha 1 - Nové Město, email: stanislav.hláša@medis.com.

Datum zpracování informací: 04/2026.  
POUZE PRO ODBORNOU VEŘEJNOST  
CZ-XER-0426-001

 mediservis



**Medtronic**



# OLYMPUS

## Be Visionary

### Multifunkční laparoskopická platforma pro příští desetiletí

- Zdokonalený standard péče o pacienta
- Nové funkce dostupné softwarovou aktualizací
- Snížení nákladů na budoucí modernizace systému
- Možnost fluorescenčně vedených operací s přirozeným 3D obrazem

**VISERA**  
ELITE III

[www.olympus.eu/ViseraEliteIII](http://www.olympus.eu/ViseraEliteIII)



**OLYMPUS CZECH GROUP, S.R.O., ČLEN KONCERNU**

Evropská 16/176, Vokovice, 160 00 Praha 6 | tel. 221 985 211 | [www.olympus.cz](http://www.olympus.cz)  
zápis v ORMS v Praze, oddíl C, vložka 93921 | IČO: 27068641 | DIČ: CZ27068641 | DS: 644rdaw  
zdravotnické přístroje: [info@olympus.cz](mailto:info@olympus.cz) | [objednavky@olympus.cz](mailto:objednavky@olympus.cz) | tel. 221 985 401 | servis ZT: [servis@olympus.cz](mailto:servis@olympus.cz) | tel. 221 985 400

## Vitamin C (kyselina askorbová)

150 mg/ml 50 ml

Vitamin C Injektapas se používá k předcházení a léčbě nedostatku vitamínu C, které nelze odstranit výživou ani nahradit perorálním podáváním (podáváním ústy)<sup>1</sup>

- ✓ Obecně dobře snášena<sup>1</sup>
- ✓ Lze skladovat při pokojové teplotě (chlazení není nutné)\*
- ✓ Bez konzervačních látek<sup>1</sup>

1 lahvička = 1 dávka se 7,5 g vitamínu C



\* Uchovávejte při teplotě do 25°C. Uchovávejte injekční lahvičku v krabici, aby byl přípravek chráněn před světlem<sup>1</sup>

**Ing. Ivan Dyba**  
Key Account Manager  
Pascoe Česko s.r.o.

**Mobil: +420 603 216 965**  
Email: [ivan.dyba@uriach.com](mailto:ivan.dyba@uriach.com)  
[www.pascoe.cz](http://www.pascoe.cz)

**ZKRÁCENÁ INFORMACE O LÉKU: Vitamin C-Injektapas 7,5 g** · Složení: 1 injekční lékavka s 50 ml infuzního roztoku obsahuje 7,5 g kyseliny askorbové (150mg/ml), pomocné látky: hydrogenuhličitan sodný, voda na injekci. Terapeutické indikace: Léčbu nedostatku vitamínu C nebo jeho zvýšené potřeby, kterou nelze dostatečně zabezpečit příjmem potravy nebo podáváním perorálních přípravků. Dávkování a způsob podávání\*: Dávka parenterálního vitamínu C, která je potřebná k účinné léčbě, závisí na stupni oxidačního stresu a následném orgánovém poškození a dysfunkci. Pokud není předepsáno jinak, podává se až do objemu 50 ml injekčního roztoku denně pomalou intravenózní infuzí. Periferní intravenózní infuze (trvání přibližně 20 minut) léku Vitamin C-Injektapas (přibližně 100 mg/kg tělesné hmotnosti) po naředění 50 ml roztoku se 100 ml izotonického roztoku chloridu sodného nebo 50 ml vody na injekci, může udržet plazmatické hladiny askorbátu na suprafyziologických až normálních fyziologických hladinách 4 hodiny (až do 6 hodin). Toto se doporučuje za účelem rychlého dosažení tkáňových hladin a na potlačení oxidačního stresu. Při chronických stavech oxidačního stresu lze podání opakovat po několika dnech, dokud nedojde k úlevě od klinických symptomů. Kontraindikace: Přecitlivělost na léčivo nebo na kteroukoli z pomocných látek. Vitamin C-Injektapas 7,5 g se nesmí používat u pacientů s onemocněním nebo predispozicí k ledvinovým kamenům nebo u pacientů s ledvinovou nedostatečností nebo při onemocnění s akumulací železa (talasémie, hemochromatóza, sideroblastická anémie). Zvláštní upozornění\*: Pacientům s obstrukčním a restriktivním bronchiálním a plicním onemocněním lze podávat dávky jen do 7,5 g kyseliny askorbové denně. Interakce\*: Informace pro diabetiky: Parenterální podávání kyseliny askorbové může interferovat s některými krevními testy na stanovení glukózy, které se používají u diabetiků a které jsou citlivé na redoxní potenciál. Nežádoucí účinky\*: Kyselina askorbová je obecně dobře tolerována. Méně často: průjem. Při akutních infekcích se podání přípravku Vitamin C-Injektapas 7,5 g spojovalo se zimnicí a zvýšenou teplotou. Předávkování: Případ předávkování nebyl zaznamenán. Balení\*: 1 x 50 ml. Datum první registrace: 27. únor 2013. Poslední revize textu: 7. února 2025. Upozornění: Přípravek je vázán na lékařský předpis. Způsob úhrady: přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Držitel rozhodnutí o registraci: Pascoe Pharmazeutische Präparate GmbH, Schiffenberger Weg 55, D-35394 Giessen, Německo, [www.pascoe.cz](http://www.pascoe.cz) · [info.cz@pascoe.com](mailto:info.cz@pascoe.com).

Ředění a podání\*: po naředění 50 ml infuzního roztoku (lahvička) Vitamin C-Injektapas 7,5 g se 100 ml fyziologického roztoku NaCl, periferní intravenózní infuze (trvání přibližně 20 minut).

\* Podrobné informace o přípravku Vitamin C-Injektapas 7,5 g je možné získat v SPC, nebo na adrese: Pascoe Česko s.r.o., Václavské náměstí 795/40, 110 00 Praha 1  
Kompletní informace lze nalézt na:  
[www.sukl.cz](http://www.sukl.cz)

[https://prehledy.sukl.cz/prehled\\_levic.html#/levica/0201312](https://prehledy.sukl.cz/prehled_levic.html#/levica/0201312)

Odkazy · 1. VITAMIN C INJEKTOPAS, 150MG/ML INF CNC SOL 50ML, Koncentrát pro infuzní roztok, pouze na lékařský předpis (Rx), Souhrn údajů o přípravku.  
K dispozici na adrese: [www.sukl.cz](http://www.sukl.cz)

 Pharmdelivery



JEDNOU DENNĚ

# arixtra

fondaparinuxum natriicum

## SYNTETICKÝ A SELEKTIVNÍ INHIBITOR AKTIVOVANÉHO FAKTORU X (Xa), INJEKČNÍ ANTITROMBOTIKUM

### Jednoduché dávkování

1× denně 2,5 mg - rutinní monitoring není nutný\*

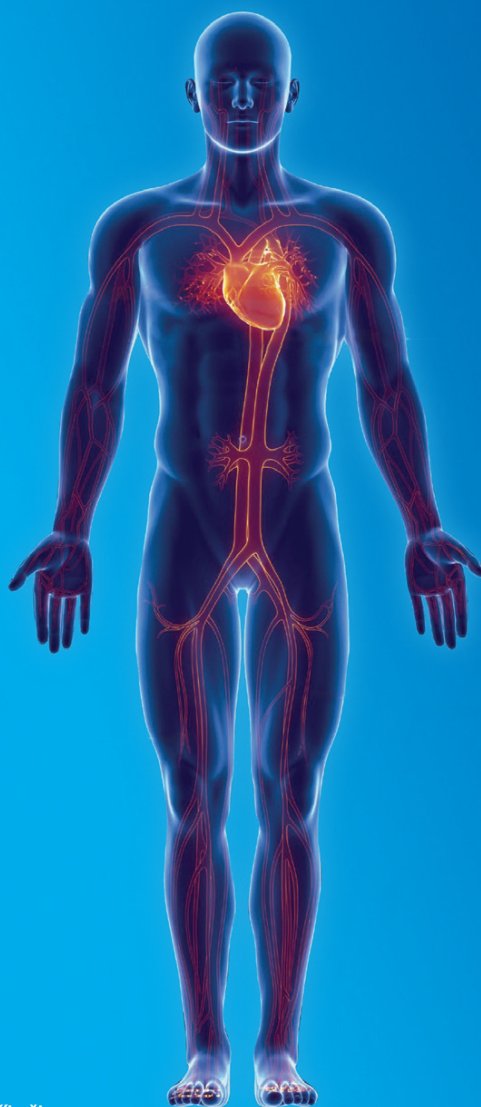
### Rychlý nástup účinku

do 30 min po s.c. podání\*

### Minimum interakcí

s jinými léčivými přípravky

### Riziko HIT II raritní\*



\*Švihovec J a kol. Farmakologie. Grada Publishing a.s., 1. vydání, Praha 2018, počet stran: 1008; ISBN 987-80-247-5558-8

HIT - heparinem indukovaná trombocytopenie

**Základní informace o přípravku:** Arixtra 2,5 mg/0,5 ml injekční roztok, předplněná injekční stříkačka

**Složení:** Jedna předplněná injekční stříkačka (0,5 ml) obsahuje fondaparinuxum natriicum 2,5 mg. **Indikace:** *Prevence žilních tromboembolických příhod (VTE) u dospělých pacientů podstupujících závažnější ortopedický zákrok na dolních končetinách, jako např. zlomenina kyčle, závažnější operace kolena nebo náhrada kyčelního kloubu. Prevence žilních tromboembolických příhod (VTE) u dospělých pacientů podstupujících břišní operaci, u kterých se předpokládá vysoké riziko tromboembolických komplikací, jako jsou např. pacienti podstupující operaci zhoubného nádoru v břišní dutině. Prevence žilních tromboembolických příhod (VTE) u dospělých pacientů s interním onemocněním, u kterých se usuzuje na vysoké riziko VTE a kteří jsou nepohybliví kvůli akutní chorobě jako např. srdeční nedostatečnost a/nebo akutní respirační onemocnění, a/nebo akutní infekce nebo zánětlivé onemocnění. Léčba nestabilní anginy pectoris nebo infarktu myokardu bez elevace úseku ST (UA/NSTEMI) u dospělých pacientů, u kterých není indikována urgentní (< 120 minut) invazivní léčba (PCI). Léčba infarktu myokardu s elevací úseku ST (STEMI) u dospělých pacientů, kteří jsou léčeni trombolitiky nebo u pacientů, kteří zpočátku nejsou léčeni žádnou jinou formou reperfuční terapie. Léčba akutní symptomatické spontánní tromboflebitidy dolních končetin bez současné flebotrombózy u dospělých.* **Dávkování a způsob podání:** Doporučená dávka fondaparinuxu je 2,5 mg jedenkrát denně ve formě subkutánní injekce. Výjimkou je pouze první dávka u pacientů se STEMI, která se aplikuje intravenózně. Délku podávání a další specifika pro jednotlivé indikace, včetně způsobu podávání u zvláštních skupin pacientů naleznete v aktuálním SPC. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku; aktivní klinicky významné krvácení; akutní bakteriální endokarditida; těžké poškození ledvin definované clearance kreatininu < 20 ml/min. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Opatrnost u pacientů se zvýšeným rizikem krvácení, u pacientů podstupujících operační výkon, míšň/epidurální anestetizaci nebo míšň punkci, u starších pacientů a u pacientů s clearance kreatininu < 50 ml/min (tj. < 0,83 ml/s). Opatrnost u pacientů s HIT (vzácně byly u pacientů léčených Arixtrou hlášeny případy HIT. Kauzální souvislost dosud nebyla stanovena). Podání nedoporučeno u STEMI pacientů před/v průběhu primární PCI a pacientů s UA/NSTEMI podstupujícími urgentní revaskularizaci. **Interakce:** Při podávání Arixtry v prevenci VTE nepodávat současně látky zvyšující riziko krvácení (např. desirudin, fibrinolytika, antagonisté GP IIb/IIIa, UFH, LMWH, heparinoidy). Ostatní antiagregancia a NSAID s opatrností. Při nutném současném podávání pacienta pečlivě sledujte. Fondaparinux užívat s opatrností u pacientů současně léčených dalšími přípravky zvyšujícími riziko krvácení. Ochranný kryt jehly předplněné stříkačky obsahuje suchou přírodní latexovou gumu, která může vyvolat alergickou reakci. **Nežádoucí účinky:** Časté: Anémie, pooperační krvácení, utero-vaginální krvácení, haemoptýza, hematurie, hematoma, krvácení z dásní, purpura, epistaxe, gastrointestinální krvácení, hemartróza, oční krvácení, modřiny. Více viz platné SPC. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte při teplotě do 25 °C. Chraňte před mrazem. **Balení:** 2,5 mg/0,5 ml × 10 předplněných injekčních stříkaček. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Viatris Healthcare Limited, Damastown Industrial Park, Mulhuddart, Dublin 15, Dublin, Irsko. **Registrační číslo:** EU/1/02/206/003. **Datum schválení:** 21. 3. 2002. **Způsob výdeje:** Vázaný na lékařský předpis. **Způsob úhrady:** Hrazený z veřejného zdravotního pojištění. **Dříve, než přípravek předepíšete, seznamte se, prosím, s úplnou informací o přípravku (SPC).**

**Viatris CZ s.r.o.**

Evropská 2590/33c, 160 00 Praha 6, tel.: +420 222 004 400, e-mail: czoffice@viatris.com  
CZ-ARX-2025-00001





ZARYS

