

TRAUMA A VIHARSAROKBAN



BÉKÉS MEGYEI
KÖZPONTI KÓRHÁZ

XXIV. DÉL-MAGYARORSZÁGI TRAUMATOLÓGUS KONGRESSZUS

A BÉKÉS MEGYEI KÖZPONTI KÓRHÁZ, DR. RÉTHY PÁL TAGKÓRHÁZ,
TRAUMATOLÓGIAI OSZTÁLY RENDEZVÉNYE



Békéscsaba, 2019. május 31 – június 1.

Csabagyöngye Kulturális Központ (5600 Békéscsaba, Széchenyi u. 4.)

RÉSZLETES PROGRAM ÉS ELŐADÁS ÖSSZEFOGLALÓK



**Prima
Protetika**
a teljesebb életért



ORTÉZIS PROTÉZIS DIGITÁLIS MÉRETVÉTEL

a világon ismert egyik **legfejlettebb** méretvételi és gyártási technológia.

A hagyományos **gipszelés**en alapuló eljárás **helyett** számítógép vezérelt **digitalizált** formában történik a **méretvétel**. A technológia nem csak **gyorsaságában** és **pontoságában** kiemelkedő, de rendkívül **higiénikus** is, hiszen a páciens bőrfelülete a méretvétel során semmilyen anyaggal nem érintkezik.



Szakembereink

Baranyi Csaba ☎ (20) 946-5759
*gyógyászati segédeszköz-ismertető,
fejlesztő, ortopédiai műszerész mester*

Ficzere Zoltán ☎ (20) 943-5885
ortopédiai műszerész mester

Hévizi Márton ☎ (20) 968-4347
ortopédiai műszerész



minőség • szakértelem • megbízhatóság
prima-protetika.hu

Kedves Kolléganők és Kollégák!

Megtisztelő számomra, hogy 2019-ben a XXIV. Dél-Magyarországi Traumatológus Kongresszuson köszönhetem Önöket a „Viharsarokban”. A kongresszus fő témája a felső végtag sérülései, ellátásuk, helyreállító sebészetük, mellkas sérültek ellátása, antikoagulált betegek operatív kezelése, haemostasissal kapcsolatos traumatológiát érintő kérdések, illetve olyan érdekes esetek, melyek tanulságosak mindennapi gyakorlatunkban.

Mint csaknem 4 évtizede praktizáló baleseti sebész, különösen hasznosnak tartom, hogy tapasztalatot cseréljünk a mellkas sérültek ellátásáról, hiszen ebben a témában gyakran még az is kérdéses, hogy ki és hol lássa el, arról nem is beszélve, hogy ki mire jogosult, illetve az adott szinten mi az elvárás.

A másik különösen aktuális probléma az antikoagulált betegek műtéti ellátása, hiszen mindnyájan tapasztalhatjuk, hogy az utóbbi években a valamilyen módon antikoagulált betegek száma ugrásszerűen megemelkedett, és ezen betegek optimális ellátása gyakran jelent kihívást az ügyeletben.

A felső végtag sérülései nagyon sok beteget érintenek, így ez a téma mindig aktuális. Ugyanígy az érdekes, tanulságos esetek ismertetése is örökzöld téma. A tapasztalatcsere, műtétechnikai tippek, trükkök megosztásával egymás képességeit csiszoljuk és ez mindenképpen a betegek javára válik.

A Dél-Magyarországi Kongresszus tradicionálisan kötetlen, baráti légkörű, így kitűnő alkalom ad arra, hogy tapasztalatainkat – akár a társszakmákkal is – megosszunk.

Bízom benne, hogy minél többen vendégeink lesznek itt, az ország dél-keleti szegletében!

Szeretettel köszöntjük Önöket ezen a baráti-szakmai találkozón!

Békéscsaba, 2019. május 10.

Dr. Nacsai István

*osztályvezető főorvos
BMKK Réthy Pál tagkórház,
Traumatológia
a Kongresszus Elnöke*

RENDEZVÉNY FŐVÉDNÖKE:

Szarvas Péter, *Békéscsaba Megyei Jogú Város Polgármestere*

RENDEZVÉNY VÉDNÖKE:

Dr. Becsei László *BMKK Főigazgató*

TUDOMÁNYOS BIZOTTSÁG:

Prof. Dr. Varga Endre *tanszékvezető egyetemi tanár*

Dr. Csotye János *osztályvezető főorvos*

Dr. Nacsai István *osztályvezető főorvos*

SZERVEZŐ:

Dr. Nacsai István *osztályvezető főorvos, a kongresszus elnöke*

ÁLTALÁNOS INFORMÁCIÓK:

RÉGIÓ Horváth Lilla
 **Régio-10 Kft. Kongresszusi Iroda**
6720 Szeged, Dugonics tér 12.
Tel./Fax: +36 62 710 500; +36 20 450 6336
E-mail: info@regio10.hu

REGISZTRÁCIÓ:

2019. május 31. péntek 11³⁰ – 17³⁰

2019. június 1. szombat 08⁰⁰ – 13⁰⁰

AKKREDITÁCIÓ:

A rendezvény akkreditációja folyamatban van.

TECHNIKAI TUDNIVALÓK:

Az előadásokon a vetítés projektorral történik. A prezentációkat kérjük leadni az előadóteremben pénteken 12⁰⁰ és 12³⁰ között, szombaton pedig 8⁰⁰ és 8³⁰ között, de legkésőbb az aktuális szekció megkezdése előtt 20 perccel.

TÁMOGATÓK, KIÁLLÍTÓK

Medimetál Kft.

Johnson&Johnson Kft.

Prima-Protetika Kft.

Sanatmetal Kft.

Sanofi-Aventis Zrt.

ScanMedic Kft.

Pegera Medical Kft.

Allegro Kft.

Békéscsaba Megyei Jogú Város Önkormányzata

PROGRAM

2019. május 31. péntek

12⁰⁰**Érkezés a Csabagyöngye Kulturális Központba, regisztráció**

Frissítő kávé, üdítő, pogácsa

12⁰⁰ – 18⁰⁰**Kiállítók megtekintése**12⁴⁵ – 13⁰⁰**MEGNYITÓ** *Dr. Becsei László**Dr. Nacsai István*13⁰⁰ – 15⁰⁰**I. MODUL**Moderátorok: *Gárgyán István*, SZTE*Csotye János*, BÉKÉS MEGYEI KÖZPONTI KÓRHÁZ13⁰⁰ – 13¹⁰**Mellkasi sérültek drenázsadatainak vizsgálata***Csonka Ákos*, *Dózsai Dávid*, *Gárgyán István*, *Csonka István*, *Ecseri Tamás*,
*Varga Endre*SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM, ÁLTALÁNOS ORVOSTUDOMÁNYI KAR, TRAUMATOLÓGIAI
KLINIKA 2/B OSZTÁLY, SZEGED13¹⁰ – 13²⁰**Mellkasfal stabilizációt igénylő politraumatizált sérültek ellátása****Miskolcon***Ungvári Gábor*¹, *Tóth Imre*²¹ B.-A.-Z MEGYEI KÖZPONTI KÓRHÁZ ÉS EGYETEMI OKTATÓ KÓRHÁZ AO
REFERENCIA TRAUMATOLÓGIAI OSZTÁLY; ² B.-A.-Z MEGYEI KÖZPONTI KÓRHÁZ ÉS
EGYETEMI OKTATÓ KÓRHÁZ MELLKAS- ÉS ÉRSEBÉSZETI OSZTÁLY13²⁰ – 13³⁰**Serratus kanüllel végzett blokád alkalmazása sorozat bordatörött
betegeken***Gárgyán István*¹, *Furák József*², *Szabó Zsolt*³, *Varga Endre*¹SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM, ÁLTALÁNOS ORVOSTUDOMÁNYI KAR, ¹ TRAUMATOLÓGIAI
KLINIKA, SZEGED; ² SEBÉSZETI KLINIKA MELLKASBÉSZETI OSZTÁLY, SZEGED;³ ANESZTEZIOLÓGIAI ÉS INTENZÍV TERÁPIÁS INTÉZET, SZEGED

- 13³⁰ – 13⁴⁰ **Acut thoracotomiát igénylő mellkas sérültek ellátása osztályunkon**
Fehér Szilárd, Kincses Zoltán, Csotya János
BÉKÉS MEGYEI KÖZPONTI KÓRHÁZ, TRAUMATOLÓGIAI OSZTÁLY, GYULA
- 13⁴⁰ – 13⁵⁰ **Penetráló mellkasi lövés gyógyítása mellkacsövezéssel –
Esetbemutató**
Mester Attila, Nacsai István, Varsányi Gábor
BÉKÉS MEGYEI KÖZPONTI KÓRHÁZ – DR. RÉTHY PÁL TAGKÓRHÁZ, TRAUMATOLÓGIAI
OSZTÁLY, BÉKÉSCSABA
- 13⁵⁰ – 14¹⁰ **State of art mellkasi traumatológia**
Varga Endre
SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM ÁOK, TRAUMATOLÓGIAI KLINIKA, SZEGED
- 14¹⁰ – 14²⁰ **Súlyos proximális humerus törés kezelése 3D nyomtatott,
betegspecifikus célzóval beültetett reverz vállprotézissel**
*Csonka Endre¹, Csete Károly¹, Tasi Tamás Sámuel², Kiss Marcell²,
Nagy Lajos², Nagy András³, Varga Endre¹*
¹ SZTE ÁOK SZENT-GYÖRGYI ALBERT KLINIKAI KÖZPONT, TRAUMATOLÓGIAI KLINIKA,
² DICOMLAB, ³ AFFIDEA KFT., SZEGED
- 14²⁰ – 14³⁰ **Periprotetikus humerus törések beosztása és kezelése**
Nót László Gergely¹, Lázár István², Wiegand Norbert²
¹ TOLNA MEGYEI BALASSA JÁNOS OKTATÓ KÓRHÁZ, TRAUMATOLÓGIAI OSZTÁLY,
SZEKSZÁRD; ² PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM, ÁLTALÁNOS ORVOSTUDOMÁNYI KAR,
KLINIKAI KÖZPONT, TRAUMATOLÓGIAI ÉS KÉZSEBÉSZETI KLINIKA, PÉCS
- 14³⁰ – 14⁴⁰ **Számítógépes műtéti tervezés és páciens-specifikus megoldások a
Traumatológiai Klinikán**
Tasi Tamás S.¹, Csonka Endre², Bánki László², Gombár Csaba³, Varga Endre PhD²
¹ OSSEVO MEDICAL KFT.; ² SZTE ÁOK TRAUMATOLÓGIAI KLINIKA;
³ SZTE ÁOK ORTOPÉDIAI KLINIKA, SZEGED
- 14⁴⁰ – 14⁵⁰ **A hidroxipatit-bevonat valóban növeli a teljes térdprotézisek
stabilitását? Randomizált klinikai tanulmányokon alapuló metaanalízis.**
Butt Edina¹, Hartmann Petra², Varga Endre¹
¹ SZTE-TRAUMATOLÓGIAI KLINIKA, SZEGED; ² SZTE- SEBÉSZETI MŰTÉTTANI INTÉZET,
SZEGED

14⁵⁰ – 15⁰⁰ **Kihívások az időskori komplex vállízületi sérülések rehabilitációján belül**
Nagy Eszter, Aszalós Gergely, Ungvári Gábor
B-A-Z MEGYEI KÖZPONTI KÓRHÁZ ÉS EGYETEMI OKTATÓ KÓRHÁZ, TRAUMATOLÓGIAI OSZTÁLY, MISKOLC

15⁰⁰ – 15¹⁰ **Diklofenák térdízületbe történő bejuttatása elektroporációval patkány artritisz modellben**
Butt Edina¹, Hartmann Petra², Varga Endre¹
¹ SZTE-TRAUMATOLÓGIAI KLINIKA, SZEGED; ² SZTE- SEBÉSZETI MŰTÉTTANI INTÉZET, SZEGED

15¹⁰ – 15⁴⁰ **Kávészünet**

15⁴⁰ – 17³⁰

II. MODUL

Moderátor: *Ungvári Gábor*, BAZ MEGYEI KÖZPONTI KÓRHÁZ ÉS EGYETEMI OKTATÓ KÓRHÁZ
Csonka Endre, SZTE

15⁴⁰ – 15⁵⁰ **Az öreg váll helye a betegellátásban**
Aszalós Gergely, Ungvári Gábor
BAZ MKK ÉS EOK, TRAUMATOLÓGIAI OSZTÁLY, MISKOLC

15⁵⁰ – 16⁰⁰ **Egy örökzöld téma: elnézett töréses hátsó vállficam!**
Urbán Ferenc, Kiss László
DE KENÉZY EGYETEMI KÓRHÁZ, TRAUMATOLÓGIA ÉS KÉZSEBÉSZET OSZTÁLY, DEBRECEN

16⁰⁰ – 16¹⁰ **A vállövi és felső végtagi funkciók javítása humerus osteotomiával szülési plexus brachialis sérülés után**
Tóth Zoltán, Faludi László, Pintér Sándor
SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM SZENT-GYÖRGYI ALBERT KLINIKAI KÖZPONT TRAUMATOLÓGIAI KLINIKA

16¹⁰ – 16²⁰ **Nehézségek az osteoporoticus humerus törések ellátásában**
Csonka Ákos, Kovács Mihály, Gárgyán István, Horváth Attila, Varga Endre
SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM, TRAUMATOLÓGIAI KLINIKA

16²⁰ – 16³⁰ **Humerus diaphysis törések ellátásának eredményei velőürszegezéssel osztályunkon az utóbbi 5 évben**
Nagy József, Földesi Gyula, Urfi László, Huszár Maxim
KISKUNHALASI SEMMELWEIS KÓRHÁZ, TRAUMATOLÓGIA

- 16³⁰ – 16⁴⁰ **Álízület a felkar diaphysis töréseknél velőűrszegezés után**
Pelyva Balázs, Gera László, Cséke Balázs
BKM KÓRHÁZ, TRAUMATOLÓGIAI ÉS KÉZSEBÉSZETI OSZTÁLY
- 16⁴⁰ – 16⁵⁰ **Egy felkar törés kálváriája (eset ismertetés)**
Cséke Balázs, Gera László, Pelyva Balázs
BKM KÓRHÁZ, TRAUMATOLÓGIAI ÉS KÉZSEBÉSZETI OSZTÁLY
- 16⁵⁰ – 17⁰⁰ **Nyílt humerustörés égéssel – primér definitív ellátás**
Nacsai István, Apáti Pétert, Kovács Helga
BMKK RÉTHY PÁL TAGKÓRHÁZ TRAUMATOLÓGIAI OSZTÁLY, BÉKÉSCSABA
- 17⁰⁰ – 17¹⁰ **Ha nincs a polcon (radius fej protézis)**
Barta Szabolcs, Varsányi Gábor
BÉKÉS MEGYEI KÖZPONTI KÓRHÁZ, RÉTHY PÁL TAGKÓRHÁZ, BALESETI SEBÉSZET
- 17¹⁰ – 17²⁰ **Boyd-Anderson szerinti feltárás, régi, de jó műtéti technika a distalis biceps brachii-ín szakadások rekonstrukciójában**
Csotye Balázs János, Bardócz Lóránt, Csotye János
BÉKÉS MEGYEI KÖZPONTI KÓRHÁZ, TRAUMATOLÓGIAI OSZTÁLY, GYULA
- 17²⁰ – 17³⁰ **Radiusnyak törés-percutan repositio, intramedullaris rögzítés, alias CIMP**
Nacsai István, Kovács Helga, Apáti Péter
BMKK, RÉTHY PÁL TAGKÓRHÁZ, TRAUMATOLÓGIAI OSZTÁLY, BÉKÉSCSABA

19⁰⁰**Vacsora**

Helyszín: Kornélia Étterem, 5600 Békéscsaba, Baross utca 9–21.

Köszöntőt mond Szarvas Péter Békéscsaba polgármestere

2019. június 1. szombat

09⁰⁰ – 10⁴⁵

III. MODUL

Moderátor: *Wiegand Norbert*, PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM
Urbán Ferenc, DE KENÉZY EGYETEMI KÓRHÁZ

09⁰⁰ – 09¹⁰

Nehézségek és hibák a distalis radius törések ellátásában

Simonka János Aurél

SZTE TRAUMATOLÓGIAI KLINIKA, SZEGED

09¹⁰ – 09²⁰

Laky lemeztől napjainkig

Szalai Zoltán, Belák Gergely, Schiller Róbert

ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ – TRAUMATOLÓGIAI OSZTÁLY, ZALAEGERSZEG

09²⁰ – 09³⁰

Kézserülések ellátása szövetpótlással

Kincses Zoltán, Fierpasz Ferenc

BÉKÉS-MEGYEI KÖZPONTI KÓRHÁZ, PÁNDY KÁLMÁN TAGKÓRHÁZA, BALETESI
SEBÉSZETI OSZTÁLY, GYULA

09³⁰ – 09⁴⁰

Lágyrész tűzés Kirschner dróttal gyermekkori kézujj contractura kezelése során

Belák Gergely, Schiller Róbert, Szalai Zoltán

ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ, TRAUMATOLÓGIAI OSZTÁLY, ZALAEGERSZEG

09⁴⁰ – 09⁵⁰

Közel 100 E vvt transfúzió: acetabulum epitheloid angiosarcomája

Pankaczi Zsófia

PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM, TRAUMATOLÓGIAI ÉS KÉZSEBÉSZETI KLINIKA, PÉCS

09⁵⁰ – 10⁰⁰

Időskori anticoagulált csipőtáji töröttek ellátási stratégiája osztályunkon

Szelényi Z., Hován Cs., Irsai Á.

OROSHÁZI KÓRHÁZ

10⁰⁰ – 10¹⁰

Antikoagulált betegek ellátási gyakorlata II/B szintű vihasarkai Traumatológiai osztályon

Kovács Helga, Varsányi Gábor, Nacsai István

BMKK, TRAUMATOLÓGIAI OSZTÁLY, BÉKÉSCSABA

- 10¹⁰ – 10²⁰ **A véralvadásgátlók szedésének hatása a traumatológus szemével**
Lenkei Balázs, Ungvári Gábor
B-A-Z MEGYEI KÖZPONTI KÓRHÁZ ÉS EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ, TRAUMATOLÓGIAI OSZTÁLY, MISKOLC
- 10²⁰ – 10³⁰ **Aktuális irányelvek politraumatizált betegek vérzésmanagementjében**
Till József
PTE TRAUMATOLÓGIAI ÉS KÉZSEBÉSZETI KLINIKA
- 10³⁰ – 10⁴⁵ **State of art hemostasis**
Varga Endre
SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM ÁOK, TRAUMATOLÓGIAI KLINIKA, SZEGED
- 10⁴⁵ – 11¹⁵ **Kávészünet**
- 11¹⁵ – 12³⁵ **IV. MODUL**
Moderátor: *Nagy József*, KISKUNHALASI SEMMELWEIS KÓRHÁZ
Nacsai István, BMKK
- 11¹⁵ – 11²⁵ **Negatív nyomású terápia alkalmazása könyöktáji harapott sérülés ellátása során**
Schiller Róbert, Belák Gergely, Szekér Zoltán
ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ, TRAUMATOLÓGIAI OSZTÁLY, ZALAEGERSZEG
- 11²⁵ – 11³⁵ **A csípőtáji törés betegségcsoport ellátásának minőségi mutatói**
*Patczai Balázs*¹, *Szabó Ivett*², *Wiegand Norbert*¹
¹ PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM KLINIKAI KÖZPONT TRAUMATOLÓGIAI ÉS KÉZSEBÉSZETI KLINIKA, PÉCS; ² DOKTORANDUS, PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM ÁLTALÁNOS ORVOSTUDOMÁNYI KAR, PÉCS
- 11³⁵ – 11⁴⁵ **Szövődményes traumatológiai esetek ellátása anterior csípőfeltárásból**
Bűcs Gábor, Zimonyi Ákos, Wiegand Norbert
PTE, TRAUMATOLÓGIAI ÉS KÉZSEBÉSZETI KLINIKA

- 11⁴⁵ – 11⁵⁵ **Posttraumás gonarthrosis protézisálása 3D nyomtatással készült páciens specifikus célzók segítségével**
Bánki L, Sádt Z, Tasi T S², Kiss M², Nagy L², Nagy A³, Varga E¹
¹ ZTE ÁOK SZENT-GYÖRGYI ALBERT KLINIKAI KÖZPONT TRAUMATOLÓGIAI KLINIKA;
² DICOMLAB; ³ AFFIDEA KFT.
- 11⁵⁵ – 12⁰⁵ **Tibia állízületek kezelése Klinikánkon**
Tóth Zoltán, Csonka Ákos, Varga Endre
SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM SZENT-GYÖRGYI ALBERT KLINIKAI KÖZPONT
TRAUMATOLÓGIAI KLINIKA
- 12⁰⁵ – 12¹⁵ **Talus mozaik-plasztika intézményünkben**
Szabó Zsaklin, László Tibor
JÁSZ-NAGYKUN-SZOLNOK MEGYEI HETÉNYI GÉZA KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET,
BALESETI SEBÉSZETI OSZTÁLY, SZOLNOK
- 12¹⁵ – 12²⁵ **Nyílt subtalaris ficam utáni talus necrosis kezelése**
Amairi Faiz
TOLNA MEGYEI BALASSA JÁNOS KÓRHÁZ, TRAUMATOLÓGIA, SZEKSZÁRD
- 12²⁵ – 12³⁵ **Femoralis supracondyler valgizáló nyitó osteotomia dupla lemezeléssel**
Nacsai István, Apáti Péter, Kovács Helga
BMKK RÉTHY PÁL TAGKÓRHÁZ TRAUMATOLÓGIAI OSZTÁLY, BÉKÉSCSABA
- 12³⁵ – 12⁴⁵ **ZÁRÁS**
- 12⁴⁵ – **Ebéd**

MELLKASI SÉRÜLTEK DRENÁZSADATAINAK VIZSGÁLATA

Csonka Ákos, Dózsai Dávid, Gárgyán István, Csonka István, Ecseri Tamás, Varga Endre
SZEVEDI TUDOMÁNYEGYETEM, ÁLTALÁNOS ORVOSTUDOMÁNYI KAR, TRAUMATOLÓGIAI KLINIKA 2/B
OSZTÁLY, SZEGED

Bevezetés: A mellkasi sérülések jelentős részében keletkezik pneumo- (PTX) és haemothorax (HTX). Ezekre a leggyakrabban alkalmazott terápiás megoldást a mellkascsővezés jelenti. A mellkasi cső pozíciója kiemelt fontosságú a megfelelő drenázs eléréséhez.

Anyag és módszer (Methods): Tanulmányunkban választ kerestünk arra, hogy a PTX és HTX esetén alkalmazott mellkascsővezés során hogyan alakulnak a drenázsidőtartamok, mi a felmerülő drenázelégtelenség oka, valamint szerepet játszik-e a baleseti sebészek tapasztalata. 2011 és 2015 közötti időszakban vizsgáltuk 110 sérült adatait retrospektív módszerrel. A cső megtörése vagy drenázelégtelenség esetén vizsgáltuk, hogy áthelyezéssel, újracsővezéssel vagy további drének behelyezésével megoldódott-e a drenázelégtelenség. Vizsgáltuk a csőnek röntgenfelvételen, CT-n való helyzetét, valamint a beavatkozáshoz szükséges sebészeti képzettség és a drenázelégtelenség okainak összefüggését.

Eredmények (Results): A mellúri drenázs átlagos időtartama 6,5 nap volt. A mellkas középső harmadába eső drénpozíció a felsőhöz viszonyítva 1,9 nappal, míg az alsó a felső pozícióhoz viszonyítva 1,2 nappal rövidebb drenázsidőt vett igénybe. HTX esetében az alsó 2,8 nappal, a középső 3,6 nappal rövidebb drenázsidőt igényelt a felső pozícióhoz képest. Az összes vizsgált eset 30%-ában drenázelégtelenség jelentkezett. Az újracsővezés után rövidebb ideig tartott (9,5 nap) a drenázs, mint drénáthelyezés után (10,2 nap), de szignifikáns különbség nem volt.

Következtetés (Conclusion): A mellkasi sérülések ellátása akkora entitás, hogy egységes irányelvet lehetetlen kidolgozni. Tanulmányunk alapján igazolást nyert, hogy a mellkasi csőnek a mellkas alsó és középső harmadába történő megfelelő pozicionálása jelentősen csökkenti a drenázsidőtartamot. A magas drenázelégtelenséget a cső nem megfelelő pozicionálása és megtörése okozta. Tanulmányunk szerint a baleseti sebészek tapasztalata nem játszik szignifikáns szerepet, a cső megfelelő pozicionálása lényegesebb.

MELLKASFAL STABILIZÁCIÓT IGÉNYLŐ POLITRAUMATIZÁLT SÉRÜLTEK ELLÁTÁSA MISKOLCON

Ungvári Gábor¹, Tóth Imre²

¹ B.-A.-Z MEGYEI KÖZPONTI KÓRHÁZ ÉS EGYETEMI OKTATÓ KÓRHÁZ AO REFERENCIA TRAUMATOLÓGIAI OSZTÁLY; ² B.-A.-Z MEGYEI KÖZPONTI KÓRHÁZ ÉS EGYETEMI OKTATÓ KÓRHÁZ MELLKAS- ÉS ÉRSEBÉSZETI OSZTÁLY

Bevezetés: A politraumatizált sérültek közel felénél észlelhető a mellkas stabilitásának csökkenésével járó thoracalis trauma. Ennek kezelése lehet konzervatív, mely orotrachealis intubációt, gépi lélegeztetést, azaz belső, pneumaticus stabilizációt jelent. Az utóbbi 5 évben megjelent irodalmi adatok a műtéti stabilizáció előnyeire hívják fel a figyelmet instabil mellkas esetén.

Anyag és módszer: A szerzők áttekintik a 2012.01.01. és 2017.12.31. között mellkasfali stabilizáció átesett politraumatizált sérültek ellátását, összevetve a jelenleg javasolt nemzetközi algoritmusokkal.

Megbeszélés: A vizsgált időszakban Osztályunkon politraumatizált és nyílt mellkassérült esetében 2, és fedett instabil mellkas esetében szintén 2 alkalommal történt stabilizációs műtét. 2 alkalommal thoracotomiát végeztünk stabilizáció nélkül (bordatörések melletti masszív haemothorax, illetve rekeszruptura miatt). 2 alkalommal mellüri drainage-t alkalmaztunk. A bordatörések elhelyezkedése miatt ekkor osteosynthesis nem történt. Elmondható, hogy az elmúlt 5 évben a ma javasolt kezelési protokolloknak megfelelően végeztük ezen sérültek ellátását.

SERRATUS KANÜLLEL VÉGZETT BLOKÁD ALKALMAZÁSA SOROZAT BORDATÖRÖTT BETEGEKEN

*Gárgyán István*¹, *Furák József*², *Szabó Zsolt*³, *Varga Endre*¹

SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM, ÁLTALÁNOS ORVOSTUDOMÁNYI KAR, ¹TRAUMATOLÓGIAI KLINIKA, SZEGED; ²SEBÉSZETI KLINIKA MELLKASBÉSZETI OSZTÁLY, SZEGED; ³ANESZTEZIOLÓGIAI ÉS INTENZÍV TERÁPIÁS INTÉZET, SZEGED

Bevezetés: A sorozat bordatörések megfelelő fájdalomcsillapítása nehéz feladatot jelent. A mellkasfal a légzés során állandó mozgásban van, romlik a légzés mechanikája, a sérült képtelen a képződött légúti váladék felköhögésére. A gázcsere romlása, az egyéb társuló sérülésekkel együtt, életveszélyes állapot és számos szövődmény kialakulásához vezethet. Klinikánkon nemrég kezdtük alkalmazni a serratus kanüllel végzett blokád (serratus plane block) alkalmazását sorozat bordatörött betegeken, akik csak kisebb kiterjedésű tüdőkontúziót szenvedtek el, így gépi lélegeztetésre nem szorultak és borda stabilizálásra sem volt szükség.

Anyag és módszer: Klinikánkon 2018 szeptembertől 6 betegnél alkalmaztuk a serratus blokádot sorozat bordatörött betegeknél. Az elsődleges ellátás utáni napon fájdalom vizuális analóg skálán (VAS) mértük fel az addigi fájdalom csillapítás mértékét, majd Minispir Light® (Rexta) segítségével légzésfunkciós vizsgálatot végeztünk. Ezt követően ultrahang vezérelt technikával kanült vezetünk be a középső hónaljvonalban az 5. borda magasságában a serratus izom és a latissimus dorsi izom közé. A kanülhöz Easypump®-B.Braun csatlakoztattunk, melyen keresztül 0,125% Bucain oldatot adagoltunk (5 ml/h) több napon keresztül. A beültetés után minden nap értékeltük a fájdalom mértékét, emellett a 2–5–10. napon kontroll légzésfunkciós vizsgálatot végeztünk.

Eredmények: A kezdeti magas fájdalom VAS értékek a kanül behelyezése utáni második napra jelentősen csökkentek, ezzel együtt a betegek fájdalomcsillapító igénye is, légzésfunkciós értékeik pedig fokozatosan javulni kezdtek. A kanült az 5–10. nap között távolítottuk el. A 10. napon minden beteg légzésfunkciós értéke megközelítette az életkornak, nemnek megfelelő várható értékeket.

Következtetés: A kezdeti eredmények azt mutatják, hogy a serratus blokád alkalmas sorozat bordatörött betegek hatékony fájdalomcsillapítására. A gyógyszeres fájdalomcsillapító igény jelentősen csökken. Sokkal kevésbé megterhelő a beteg számára, mint a rendszeresen alkalmazott intercostális blokád és sokkal kevesebb mellékhatása van, mint az epidurális, spinális fájdalomcsillapításnak. A kanül behelyezése jártasságot igényel, de traumatológus vagy aneszteziológus 10–15 perc alatt el tudja végezni.

ACUT THORACOTOMIÁT IGÉNYLŐ MELLKAS SÉRÜLTEK ELLÁTÁSA OSZTÁLYUNKON

Fehér Szilárd, Kincses Zoltán, Csotya János

BÉKÉS MEGYEI KÖZPONTI KÓRHÁZ, TRAUMATOLÓGIAI OSZTÁLY, GYULA

Bevezetés: A mellkas sérültek ellátása az esetek nagy részében a baleseti sebészeti ellátás rutin feladatai közé tartozik. Vannak azonban olyan helyzetek, melyek azonnali mellkas megnyitást indokolnak. Ezen helyzetek kiváltképp megterhelőek és kockázatosak mellkas sebészeti osztállyal nem rendelkező helyeken, mint például a BMKK-ban.

Anyag és módszer: A szerzők anyagukban részletesen elemzik a 2006–2015 között, a gyulai Baleseti Sebészeti Osztályon ellátott mellkas sérülteket. Etiológia szerint magasból való esés, közlekedési balesetek, idegenkezűség volt a jellemző kiváltó ok. A megjelent betegek száma, a diagnosztikai lépések, a sérülés és a beavatkozások típusai részletesen kerülnek bemutatásra. A thoracotómiát igénylő esetekben a konkrét műtéti megoldásokat elemzik.

Eredmények: A gyors és szakszerű ellátás ellenére sem sikerült minden akut esetben végleges gyógyulást elérni, a beteg stabilizálását követően többször is a SZTE Traumatológiai Tanszéke és Mellkas Sebészeti Osztálya volt segítségünkre.

Következtetés: Osztályunk anyagában ritka beavatkozásnak számító akut thoracotómia, egy igen komoly terhelést jelentő feladatkör, ezért törekedni kell, egy team kialakítására, akik tapasztalatukkal speciális szakmai felkészültséggel betegeink segítségére lehetnek.

PENETRÁLÓ MELLKASI LÖVÉS GYÓGYÍTÁSA MELLKACSŐVEZÉSSSEL – ESETBEMUTATÁS

Mester Attila, Nacsai István, Varsányi Gábor

BÉKÉS MEGYEI KÖZPONTI KÓRHÁZ – DR. RÉTHY PÁL TAGKÓRHÁZ, TRAUMATOLÓGIAI OSZTÁLY, BÉKÉSCSABA

Bevezetés: Manapság – békeidőben – ritka sérülésformának mondhatóak a lövéses mellkasi sérülések, különösen vidéki intézetekben. Talán éppen e „nem rutin-jelleg” teszi izgalmassá ezeket az eseteket! Míg a klinikai centrumokban azonnali szakma-specifikus segítség áll a traumatológus háta mögött, addig a kisebb kórházakban igen nagy lelki teher hárul a primer ellátó személyekre. Ebben nyújt nagy segítséget a ma már Magyarországon is kötelezővé tett ATLS. Esetünk kapcsán szeretnénk bemutatni, hogy hasonló sérülés ellátásában kellő rutin híján is elkerülhetőek a téves diagnosztikai, illetve terápiás lépések.

Anyag és módszer: Egészséges 42 éves férfibeteg saját kezével, lőtéren, egy Glock 9 mm-es kézi lőfegyverrel véletlenül penetráló mellkasi sebet okozott magának. Bal mellkasfelén elől hatolt be a lövedék és hátul távozott. Ismertetjük a diagnosztikai és terápiás lépéseket, melyeket a beteg gondos kiértékelése és monitorozása alapján tettünk meg.

Eredmény: Thoracotomiára nem volt szükség, a mellkascsővézessel és vérpótlással, adjuváns kezeléssel uralni tudtuk a helyzetet. Intenzív osztályos kezelést követően a beteg Traumatológiai Osztályra került, ahonnan szövődménymentesen gyógyulva otthonába bocsátható volt. *Következtetés:* ATLS elvek betartása, szoros monitorozás, holisztikus szemlélettel elkerülhető volt a thoracotomia.

SÚLYOS PROXIMÁLIS HUMERUS TÖRÉS KEZELÉSE 3D NYOMTATOTT, BETEGSPECIFIKUS CÉLZÓVAL BEÜLTETETT REVERZ VÁLLPROTÉZISSSEL

*Csonka Endre*¹, *Csete Károly*¹, *Tasi Tamás Sámuel*², *Kiss Marcell*², *Nagy Lajos*², *Nagy András*³, *Varga Endre*¹

¹ SZTE ÁOK SZENT-GYÖRGYI ALBERT KLINIKAI KÖZPONT, TRAUMATOLÓGIAI KLINIKA, ² DICOMLAB,

³ AFFIDEA KFT., SZEGEG

Bevezetés: A súlyos, a fej keringésének károsodásával járó diszlokált, 4 rész proximalis humerus törések műtéti megoldása napjainkban is nehéz feladat. Az újabb fejlesztésű implantátumok használata, a nagy sebési jártasság ellenére is időnként elhúzódó törésgyógyulás, deformált, részlegesen vagy teljesen elhalt humerus fej és ezzel járó, katasztrófális funkcionális eredmény lehet a következmény. Éppen ezért megfelelő indikációban – a csípő analógiájára – a primer protézis beültetése a választandó eljárás. A „szabadkézi” technikával beültetett totál vállprotézisek azonban a nemzetközi irodalomban leírtak alapján is pontatlanok lehetnek, ami rövidebb élettartamot¹, rosszabb funkciót eredményez². A szövődmények háttérében a reverz vállprotézisek esetében a protézis glenoid komponensének pontatlansága áll³. Az irodalom szerint a relatíve kis pontatlanság (<5° glenoid sík, <2 mm glenoid centrum eltérés) is szignifikánsan növeli a shear stresszt⁴. Az ipari technológia fejlődése az utóbbi évszázadban szinte elképzelhetetlen sebességgel zajlott, ezen belül az informatikai forradalom olyan lehetőségeket teremtett, amiről akár csak néhány évtizeddel korábban is, álmodni sem mertünk. A fejlesztéseket eleinte lassabban, az utóbbi években azonban szinte azonnal használni kezdték az egészségügyben, így újabb és újabb lehetőségeket teremtettek az orvoslás számára is. A „szabadkézzel” végzett műtétek pontatlansága, a következményes funkcionális és élettartamot befolyásoló tévesztések miatt évek óta folynak kísérletek, fejlesztések az implantátumok behelyezésének célzására a különböző ortopédiai, traumatológiai műtétek során. Az ipari 3D nyomtatás megjelenésével egy új irányt vettek a fejlesztések, az irodalmi adatok szerint a betegspecifikus nyomtatott célzók használatával függetlenül az operátor jártasságtól, lényegesen nagyobb pontosságot lehet elérni a hagyományos módszerrel szemben⁵. Klinikánkon 2016 óta GINOP pályázati forrásból fejlesztünk saját szoftveres betegspecifikus 3D nyomtatott műtéti célzókat vállprotézis beültetéséhez is.

Anyag és módszer: Klinikánk munkacsoportja szoftverfejlesztő informatikusokkal együttműködve CT bázisú saját fejlesztésű szoftver segítségével a beteg 3D anatómiai modelljét megalkotva, arra szoftveresen tervezett, 3D nyomtatott betegspecifikus célzót fejlesztett a totál reverz vállprotézisek beültetéséhez. A tervezéssel kinyomtatott célzó a reverz totál vállprotézis glenoid komponensének helyét és egyedülállóan a stabilizáló, szögstabil csavarok furathelyeit határozza meg.

Eredmények: A célzóink használatával a hagyományos módszerhez képest nagyobb pontosságot tudunk elérni a műtéti idő növelése nélkül. A tervezéssel elérhető pontosságot in vitro műcsont kísérletekkel és *in vivo* műtét során postoperatív visszaméréssel vizsgáltuk. A műcsont kísérlet során a tervezett és a megvalósult furatlyuk különbségek $0,44 \pm 0,12$ mm, $0,54 \pm 0,19$ mm, $0,77 \pm 0,53$ mm, a furatlyuk tengelyeinek eltérései $1,30 \pm 0,69^\circ$, $1,25 \pm 0,61^\circ$, $3,22 \pm 2,13^\circ$ lett, ami a nemzetközi adatokat elemezve is kiváló eredménynek számít. A humán műtét során elért pontosságunk: a metaglene stem centralis furat eltérése $0,89$ mm lett, a két szögstabil csavar pozíciójában $0,15$ és $1,43$ mm eltérést értünk el.

Következtetések: Az irodalmi adatokkal megegyezően, a sérült CT képei alapján készített 3D nyomtatott célzók használata lehetővé teszi, hogy lényegesen pontosabban végezhessek műtétünket. A célzók használatával az irodalmi adatok alapján várhatóan nem csak a legtapasztaltabb, de a kisebb jártassággal bíró operatórok is kiváló pontossággal és ezzel jobb eredménnyel végezhetik a vállprotézis műtéteket.

- Irodalomjegyzék:*
1. Joseph P Iannotti et al JSES 2012 Jan Vol 21(1)
 2. Williams GR Jr et al JSES 2001 Sep-Oct Vol 10(5)
 3. Ryan W Simovitch et al JBS Am, 2007 Mar: 89 (3): 588-600
 4. Nyffeler RW et al JSES 2006 Sep-Oct: 15(5):625-9
 5. Levy JC et al JSES 2014 Oct Vol 10

Periprotetikus humerus törések beosztása és kezelése

*Nőt László Gergely*¹, *Lázár István*², *Wiegand Norbert*²

¹ TOLNA MEGYEI BALASSA JÁNOS OKTATÓ KÓRHÁZ, TRAUMATOLÓGIAI OSZTÁLY, SZEKSZÁRD; ² PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM, ÁLTALÁNOS ORVOSTUDOMÁNYI KAR, KLINIKAI KÖZPONT, TRAUMATOLÓGIAI ÉS KÉZSEBÉSZETI KLINIKA, PÉCS

Bevezetés: Világszerte egyre több vállízületi protézis beültetés történik: az Egyesült Államokban évente 50.000 vállprotézis műtetre kerül sor, az elmúlt évtizedben az elvégzett beavatkozások száma 2,5-szörösére növekedett. Ezzel párhuzamosan egyre nagyobb számban várható a vállízületi protézisekhez tartozó szövődmények, így a periprotetikus törések előfordulása is: az anatómiai és a reverz teljes protézisekhez társuló összes szövődmény: 3,6 – 20% közötti érték, reoperációt igénylő szövődmények 5 – 11%-ban fordulnak elő. A periprotetikus törések intraoperatív előfordulási gyakorisága: 0,9 – 3.5%, posztoperatíván 1–3%-ban fordulnak elő.

Anyag és módszerek: A törések beosztására korábban használt, Wright & Cofield féle klasz-szifkáció a törésvonalnak a protézis csúcsához viszonyított lefutását vette alapul, a legújabb Kirchhoff-féle beosztás már figyelembe veszi a protézis fajtáját, a rotátor köpeny állapotát, a törésvonal lefutását és a protézis stabilitását. Kezelési elvek: stabil törés esetén konzervatív kezelés ajánlott, instabil törések esetében a szármegtartó műtétek: cerclage, lemezes rögzítés választandó. Amennyiben a protézis szárát / vápát nem lehetséges megőrizni, revíziós műtét javasolt, kiegészítve támasztó csontgraft-al és nylon kábellel. A szerzők az általuk kezelt 5 periprotetikus humerus törés Kirchhoff-szerint beosztását és széles szögstabil lemezes rögzítéssel elért eredményeit mutatják be.

Eredmények: A törések mind hemiprotézis, mind reverz vállprotézis mellett előfordultak. Minden beteg esetében sikerült találni legalább egy, törésre hajlamosító tényezőt. Mind az 5 esetben lemezes rögzítésre került sor, revíziós protézis beültetés nem vált szükségessé. A kis esetszám miatt statisztikai számítás elvégzése nem lehetséges, de megállapítható, hogy a periprotetikus törés kialakulása, ha átmenetileg is, de jelentősen visszavetheti a protézis beültetést követő gyógytornával elért eredményeket.

Következtetés: Tekintettel a vállprotézis beültetések számának növekedésére, egyre nagyobb számban jelentkeznek majd periprotetikus humerus törések. A csípő- és térdprotézisek mellett jelentkező törésekhez hasonlóan, ezen sérülések megoldása nemcsak műtét technikai kihívást fog jelenteni, de egyre nagyobb terhet fog róni az egészségügyi ellátó hálózatra és a társadalombiztosításra egyaránt.

SZÁMÍTÓGÉPES MŰTÉTI TERVEZÉS ÉS PÁCIENS-SPECIFIKUS MEGOLDÁSOK A TRAUMATOLÓGIAI KLINIKÁN

*Tasi Tamás S.*¹, *Csonka Endre*², *Bánki László*², *Gombár Csaba*³, *Varga Endre PhD*²

¹ OSSEVO MEDICAL KFT.; ² SZTE ÁOK TRAUMATOLÓGIAI KLINIKA;

³ SZTE ÁOK ORTOPÉDIAI KLINIKA, SZEGED

Bevezetés: Napjainkban a műtéti navigáció már több mint 3 évtizedes múltra tekint vissza. A manuálisan karral mozgatható intra-operatív képi megjelenítő rendszerektől kezdve, a robotsebészetten át, a számítógéppel támogatott tervezésig az alkalmazott módszerek halmaza folyamatosan bővült az újszerű képi szegmentációs- és regisztrációs eljárások, illetve korszerűbb megjelenítési technikák függvényében. A 3-D nyomtatás felszínre törésével egy anyagi szempontból is elérhetőbb technológia segítheti a sebészeket a pre-operatív tervezés során meghatározott műtéti terv közvetlen alkalmazásában. A SZTE ÁOK Traumatológiai Klinika szakorvosi gárda, a dicomLAB Kft. szoftverfejlesztői csoport és a SZTE Mérnöki Kar, illetve a Sanatmetal Kft. mérnöki csapatának kollaborációjaként egy reverz váll- és primer térd arthroplastikai, valamint egy Austin (Chevron) oszteotómiai pre-operatív tervező-, illetve ehhez kapcsolódó páciens-specifikus célzósablon tervező szoftverrendszer került kifejlesztésre.

Anyag és módszer: A fejlesztéshez szükséges eszközöket a GINOP-2.2.1-15-2016-00004 „Navigációval személyre szabott helyreállító implantátumok az egészséges társadalomért” pályázat biztosította. A hagyományos műtéti technikák asszisztálására, a pre-operatív tervező rendszerekre, a páciensre specifikus implantátum-rendszerekre, és a poszt-operatív kiértékelési technikákra vonatkozóan tanulmányoztuk a jelenleg alkalmazott módszerek szakirodalmát és a kapcsolódó szoftveres megoldásokat. Azonosítottuk a fejlesztéshez legmegfelelőbb 3-D keretrendszereket, és a szükségesnek ítélt pontokon saját metódusokat és eljárásokat dolgoztunk ki – különös tekintettel a képalkotási protokoll, a páciensre szabott sablon létrehozása, a műtéti tervezés 3-dimenziós megjelenítése, illetve a poszt-operatív kiértékelés területén.

Eredmények: A megfelelő képalkotási protokollokkal készült felvételek szegmentálását, majd a modelleknek a pre-operatív tervezőbe történő importálását követően az előírt lépések végrehajtásával sikeresen használtuk több problémás eset operatív régiójának vizualizációjára, illetve általánosan a tervezési folyamat asszisztálására. Sikeres modellcsont teszteken bizonyítottuk a rendszer működését átlagosan 1.7°-os (medián: 0.904°) szögeltérést és 0.587mm (medián: 0.439mm) pozícionálási hibát produkálva a rezekálási síkok, a furathelyek és a protézis tálcakomponensek pozícióinak tekintetében.

Konklúzió: A létrejött rendszerek alkalmasak a vizsgált régiók vizualizációjára, jelentősen megkönnyítik a műtéti beavatkozás megtervezését. Az implementált módszerek segítségével a műtéti idő csökkenthető, a beavatkozás pontossága pedig növelhető.

A HIDROXIAPATIT-BEVONAT VALÓBAN NÖVELI A TELJES TÉRDPROTÉZISEK STABILITÁ-SÁT? RANDOMIZÁLT KLINIKAI TANULMÁNYOKON ALAPULÓ METAANALÍZIS.

*Butt Edina*¹, *Hartmann Petra*², *Varga Endre*¹

¹SZTE-TRAUMATOLÓGIAI KLINIKA, SZEGED; ²SZTE- SEBÉSZETI MŰTÉTTANI INTÉZET, SZEGED

Bevezetés: Kutatócsoportunkkal célul tűztük ki, hogy az eddigi publikált irodalmi adatok alapján, randomizált klinikai vizsgálatokat alapul véve összehasonlíjtuk a teljes térdprotézisek stabilitását (HA-bevonatú vs cementált; HA-bevonatú vs cement nélküli) a tibialis komponens protézisszárának mm-ben mért elmozdulása (maximum total point motion, MTPM) függvényében, 2 éves utánkövetésnél, metaanalízis formájában.

Eszközök és módszerek: Az irodalmi adatok gyűjtését három adatbázis (Cochrane, Embase és Pubmed) alapján végeztük. „Hydroxiapatite-coated cementless” OR „Uncoated cementless” OR „Cemented” AND „total knee prosthesis” keresőszavak alapján 1632 absztraktot találtunk, 2019 január 10-ig bezáróan. A tanulmányok szűrése a PRISMA 2009 ajánlás szerint történt, végül 13 randomizált kontrollált tanulmányt (RCT) vontuk be a metaanalízisbe. Elsődleges kimeneti eredménynek a radio-sztereometriai analízissel meghatározott MTPM értékét tekintettük. A statisztikai analízishez Stata 15-tel (Stata Corp) szoftvert használtunk.

Eredmények: A cement nélküli, porózus csoport MTPM értéke szignifikánsan eltér a HA-bevonatos protézisek értékétől ($p=0.008$). A cement nélküli, porózus csoport értéke átlagosan

0.42-vel több, mint a HA-bevonatos (95% CI: 0.11 – 0.73). A cementált csoport MTPM értéke szignifikánsan eltér a HA-bevonatos protézisek értékétől ($p=0.002$). A cementált csoporté átlagosan 0.23-mal kevesebb, mint a HA-bevonatos (95% CI: -0.37 – -0.08).

Megbeszélés: Metaanalízisünk alapján a HA bevonatot tartalmazó protézisek szignifikánsan jobb stabilitást biztosítanak, mint a bevonattal nem rendelkező cement nélküli protézisek. Nem megfelelő módon, a cementes protézisek stabilitását azonban nem érik el. A protézis kiválasztása sok tényező feladat. Eredményeink alapján azonban elmondhatjuk, hogy a HA bevonat minden esetben jó választás, amikor a protézis indikációja cement nélküli szár beültetését teszi lehetővé.

KIHÍVÁSOK AZ IDŐSKORI KOMPLEX VÁLLZÜLETI SÉRÜLÉSEK REHABILITÁCIÓJÁN BELÜL

Nagy Eszter, Aszalós Gergely, Ungvári Gábor

B-A-Z MEGYEI KÖZPONTI KÓRHÁZ ÉS EGYETEMI OKTATÓ KÓRHÁZ, TRAUMATOLÓGIAI OSZTÁLY, MISKOLC

Az idősebb korosztályt érintő vállzületi sérülések fokozott kockázatot jelentenek. A mozgásszervi betegségek, törésekre hajlamosító tényezők, figyelemképesség csökkenése illetve a járulékos megbetegedések mind növelik ennek a korcsoportnak „sérülés-bekövetkező” hajlamát. Miben különbözik az idősebb korosztály számára adaptált rehabilitáció a fiatalabb korcsoportétól?

Miért nem szabad „csak” a minimumra törekedni bizonyos esetekben? Miket kell figyelembe venni életkorukból adódó speciális életmódbeli jellegzetességeik kapcsán, illetve hogyan tegyünk eleget a rendhagyó és egyéni funkcionális célok elérésének a kivitelezésében?

Egyénre szabva, a szakmai ajánlásokat szem előtt tartva, a páciensek felépülésében résztvevő felek megfelelő kommunikációjával, hogyan állíthatunk fel a mindennapi élethez szükséges és azon túlmutató funkcionális terápiás kezelést.

DIKLOFENÁK TÉRDZÜLETBE TÖRTÉNŐ BEJUTTATÁSA ELEKTROPORÁCIÓVAL PATKÁNY ARTRITISZ MODELLBEN

Butt Edina¹, Hartmann Petra², Varga Endre¹

¹SZTE-TRAUMATOLÓGIAI KLINIKA, SZEGED; ²SZTE- SEBÉSZETI MŰTÉTTANI INTÉZET, SZEGED

Bevezetés: Az elektroporáció (EP) során elektromos energiát használunk a biológiai membránok szerkezeti integritásának felbontásához. Rövid elektromos ingerekkel lehetségessé válhat a bőr sejtkapcsoló struktúráinak megnyitása és makromolekulák (akár 40 kDa) bejuttatása. Kísérleteinkben összevetettük a per os diklofenák illetve a térdzűlet fölött alkalmazott diklofenák gél és EP kezelés akut artritiszre gyakorolt hatását hím SPRD patkányokon.

Anyag és módszer: A jobb térdzűletben carragenin (2%) és kaolin (4%) (C/K) keverékkel gyulladást indukáltunk, a bal térdbe fiziológiás sóoldatot injektáltunk. A diklofenák kezelése per os (2×75 mg/kg/nap) történtek vagy felszíni géllal és ezt követő EP alkalmazásával (Mezoforte; 900 V, 5/20 ms). A kontroll csoport per os fiziológiás sóoldatot kapott (n=6-8).

A gyulladás mikrokeringési jeleit intravitális videomikroszkóppal vizsgáltuk az ízületi hártában. 24 óra múlva funkcionális vizsgálatokkal (hőre és nyomásra adott reakciók révén) a gyulladással arányban álló fájdalom mértékére következtettünk, 48 óra elteltével meghatároztuk az ödéma mértékét és szövetmintát vettünk biokémiai vizsgálatokra.

Eredmények: C/K indukciót követően szignifikánsan csökkent a hőérzékenységi reakcióidő ($14,3 \pm 1,7$ s-ról $6,8 \pm 1,9$ s-ra) és megnőtt a nyomásérzékenység ($48,3 \pm 4,5$ g/mm²-ről $11,2 \pm 2,8$ g/mm²). A helyi diklofenák gél mérsékelten ($10,3 \pm 2,6$ s; $24,7 \pm 4,3$ g/mm²), az EP és a per os kezelés pedig szignifikánsan ($13,6 \pm 1,9$ s és $12,4 \pm 1,6$ s; $43,7 \pm 6,4$ g/mm² és $44,7 \pm 4,9$ g/mm²) befolyásolta ezeket a paramétereket. Mindkét kezelés szignifikánsan, közel azonos mértékben csökkentette a neutrophil-endothel interakciók számát az ízületi hártya venuláiban, a térd duzzadását, valamint a gyulladás biokémiai jeleit.

Következtetés: Az EP-val transzdermálisan bevitt diklofenák gyulladáscsökkentő hatékonysága összevethető a hagyományos per os kezeléssel, ugyanakkor az eljárás lehetőséget nyújt a szisztémás kezelés mellékhatásainak elkerülésére.

AZ ÖREG VÁLL HELYE A BETEGELLÁTÁSBAN

Aszalós Gergely, Ungvári Gábor

BAZ MKK és EOK, TRAUMATOLÓGIAI OSZTÁLY, MISKOLC

A WHO demográfiai adatainak tükrében várható, hogy egyre több idős sérülttel fogunk találkozni, aki vállízületi sérüléssel, megbetegedéssel keresi fel rendeléseinket. Erre való felkészülésünk során áttekintettük eddigi beteganyagunkat és a nemzetközi irodalommal összevetettük ellátási stratégiáinkat.

Mennyiben különbözik ténylegesen az idős és fiatalkori válltájéki törések ellátása? Megelégedhetünk-e a csak kielégítő eredményekkel? A degeneratív vállleváltozások jelentősen rontják a betegek életminőségét. A minimális intervenció helyett megoldást jelenthetnek a minimálisan invazív intervenciók? A korábbi nehézkes ízületpótlások a modern implantátumoknak és a funkcionális sérült ellátási szemléletnek köszönhetően mindennaposnak mondhatóak, realitás az arthroplastika a vállízülettel kapcsolatban is.

Tapasztalataink szerint óriási igény van rekonstrukív vállsebészetre, megoldásokra. Ezt a szektort csakis proaktív szemlélettel, ultrahang vizsgálófejjel a kezünkben, szakmai felkészültséggel és maximális alázattal láthatjuk el.

EGY ÖRÖKZÖLD TÉMA: ELNÉZETT TÖRÉSES HÁTSÓ VÁLLFICAM!

Urbán Ferenc, Kiss László

DE KENÉZY EGYETEMI KÓRHÁZ, TRAUMATOLÓGIA ÉS KÉZSEBÉSZET OSZTÁLY, DEBRECEN

Bevezetés: A glenohumeralis ficamok 2–4%-a hátsó ficam. A típusos anamnézis, és fizikális tünetek ellenére szinte minden évben találkozni lehet egy-két olyan esettel, amikor nem kerül felismerésre. A szerzők egy töréses hátsó vállficam ellátásának tanulságait ismertetik.

Esetismertetés: A 81 éves férfi a sürgősségi osztályon epilepsziás nagy roham kapcsán sérült. A traumatológiai ambulanciára irányították, ahol „kevésbé alapos” fizikális vizsgálat, és egy szűkszavú státuszrögzítést követően röntgenvizsgálatra küldték. Sebészi nyak törést állapítottak meg, majd a végtagot Gilchrist kötésben rögzítve elbocsátották. A hátsó vállficam csak a harmadik kontrollvizsgálaton, hét héttel később került felismerésre. A beteget műtetre készítették elő, és feltárással repozíció után, már a sebészi nyak gyógyulását követően konzervcsontból készített grafttal töltötték ki a csonthiányt. Az egyébként együttműködő beteg vállát a varratszedéskor ismét hátsó ficamos helyzetben találták. Újabb előkészítést követően, végül reverz vállízületi protézis beültetésére került sor, amivel a beteg jelenleg panaszmentes.

Konklúziók: A típusos kórelőzmény, GM, áramütés, valamint a fizikális vizsgálattal igazolható kirotaációs elakadás már a röntgenfelvétel nélkül is fel kell, hogy vesse a hátsó ficam lehetőségét. Nem szabad megelégedni a transthoracalis felvétellel, az axialis vagy Y-felvétel sokkal informatívabb. Az AP röntgenképet kritikusan kell értékelni. A beteg panaszait komolyan kell venni. Ha mégis késői műtetre kényszerülünk, több féle fejmegettartó opció közül választhatunk: McLaughlin plasztika, módosított McLaughlin plasztika Weber féle rotációs osteotomia, csontátültetés, glenoid osteotomia. Idős betegek esetében, nagy reverse Hill-Sach laesio és kísérő arthrosis esetén primer protetizálás javasolt.

A VÁLLÓVI ÉS FELSŐ VÉGTAGI FUNKCIÓK JAVÍTÁSA HUMERUS OSTEOTOMIÁVAL SZÜLÉSI PLEXUS BRACHIALIS SÉRÜLÉS UTÁN

Tóth Zoltán, Faludi László, Pintér Sándor

SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM SZENT-GYÖRGYI ALBERT KLINIKAI KÖZPONT TRAUMATOLÓGIAI KLINIKA

A szülési plexus brachialis sérülések miatt kialakuló leggyakoribb másodlagos deformitás a kar berotatio contracturája. Legtöbbször a C5–C6 gyökök sérülése jön létre, melynek következtében a kirotaatorok tartós gyengeségével kell számolnunk. Habár a sérültek nagy részénél teljes gyógyulás jön létre, számos esetben alakul ki berotatio deformitás. Amennyiben ez kezelés nélkül marad a későbbiekben a humerus fej posterior subluxatioja majd luxatioja alakulhat ki. Gyermekeknél és felnőtteknél a humerus korrekciós osteotomiájával jelentős funkcionális és kozmetikai javulást érhetünk el. Klinikánkon gyermekek és felnőtt sérültek deformitásait is kezeljük. A kezelési stratégiát Zancolli klasszifikáció alapján álla-

pítottuk meg. A vállöv mozgásterjedelmének vizsgálatára, valamint a műtét előtti és utáni állapot összehasonlítására gyermekek esetén a Mallet, míg felnőtteknél a DASH score-t alkalmaztuk. A műtét után jelentősen javult a sérült végtag mozgásterjedelme, a kéz szájhoz, illetve fej mögé emelése elérhetővé vált, emellett jelentős kozmetikai javulást értünk el.

NEHÉZSÉGEK AZ OSTEOPOROTICUS HUMERUS TÖRÉSEK ELLÁTÁSÁBAN

Csonka Ákos, Kovács Mihály, Gárgyán István, Horváth Attila, Varga Endre

SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM, TRAUMATOLÓGIAI KLINIKA

Bevezetés: Az osteoporosis talaján keletkezett humerus törések ellátása nagy kihívást jelent a baleseti sebészek számára. A terápia megválasztásánál több szempontot kell figyelembe venni, például a csont minőségét, a törés jellegét, a sérült általános állapotát és társbetegségeit, a rendelkezésre álló implantátumokat és a traumatológus jártasságát ezek alkalmazásában.

Anyag és módszer: Klinikánk anyagából két sérült kezelésén keresztül mutatjuk be a nehézségeket és buktatókat. Mindkét beteg kezeletlen, súlyos osteoporosisban szenved. A középső harmadi illetve distalis harmadi humerus töréseket többször kellett operálnunk, módszerváltások történtek.

Eredmények: A szögstabil implantátumok bővítették az operatív lehetőségeinket, azonban nem oldották meg maradéktalanul az osteoporoticus csont rögzítését. A sebgyógyulási zavarok és a műtéttechnikai hibák pedig rontották a végeredményt.

Következtetés: Nagyon fontos a primer ellátás során a megfelelő implantátum kiválasztása a törésnek és az osteoporosisnak megfelelően. A kialakult szövődmények rekonstrukciós lehetőségei nehéz döntés elé állítják a traumatológusokat. Eredményeink alapján megállapíthatjuk, hogy az új és korszerű szögstabil implantátumok következetes és gondos műtéttechnikai alkalmazása mellett jobbá teszik ezeknek a sérüléseknek az ellátását. Ugyanakkor a társbetegségeként szereplő osteoporosis kezelése kiemelt fontosságú.

ÁLÍZÜLET A FELKAR DIAPHYSIS TÖRÉSEKNÉL VELŐŰRSZEGEZÉS UTÁN

Pelyva Balázs, Gera László, Cséke Balázs

BKM KÓRHÁZ, TRAUMATOLÓGIAI ÉS KÉZSEBÉSZETI OSZTÁLY

A humerus középső harmadbeli töréseinek ellátásában, az utóbbi években egyre jobban elterjedt, a minimál invazív módon, gyorsan behelyezhető intramedulláris szegek használata. Ezen implantátumok jó ütemű rehabilitációt biztosítanak viszonylag alacsony posztoperatív szövődemény mellett. Osztályunk néhány éves anyagát áttekintve fényt derítünk ezeknek az eszközöknek a korlátaira, a helyes kezelésre, illetve a már kialakult szövődmények elhárítási lehetőségeire.

EGY FELKAR TÖRÉS KÁLVÁRIÁJA (ESET ISMERTETÉS)

Cséke Balázs, Gera László, Pelyva Balázs

BKM KÓRHÁZ, TRAUMATOLÓGIAI ÉS KÉZSEBÉSZETI OSZTÁLY

33 éves férfi szgk. vezetőjeként sérült, jobb felkar, alkar, bal oldali radius distalisvég törését szenvedte el. Primeren lemezes synthesesek történtek. A jobb humerus ulnaris condylus törését külön csavarral rögzítettük. 5 hónap múlva, a felkar törést rögzítő lemez proximalis csavarjainak lazulását észleltük, melyre aktívan nem reagáltunk, így a 10. hónapban a distalisvég csavarok is kiszakadtak. Lemezcserét végeztünk. A törésénél a kontroll röntgeneken érdemleges callust nem észleltünk, végül álízület alakult ki, majd a 2. évben a distalis részen szeptikus folyamat jelentkezett, mely miatt többszöri debridemente, PMMA lánc behelyezések és cserék történtek, melyre a folyamat regressziót mutatott. A distalis csavarok ismételen kiszakadtak, lemezcserét, spongiosa plasticat végeztünk. 4 évvel a sérülés után, a lemezcserét követően átmeneti callus képződést észleltünk, de végül a behelyezett spongiosa felszívódott és továbbra álízület alakult ki. A 6. évben ismételt spongiosa plasticat és egy plusz lemez felhelyezés történt, a korábban behelyezett lemez mellé. A spongiosa lassan beépült és a sérülés után, 8. évben biztató jeleket látunk a gyógyulásra.

Retrospektíve, egy primeren korrektül elvégzett synthesis, valamint az időben észlelt elhúzódó csontgyógyulás miatt, korábban behelyezett spongiosa plasticaval ez a tortúra elkerülhető lett volna.

NYÍLT HUMERUSTÖRÉS ÉGÉSSEL – PRIMÉR DEFINITÍV ELLÁTÁS

Nacsai István, Apáti Pétert, Kovács Helga

BMKK RÉTHY PÁL TAGKÓRHÁZ TRAUMATOLÓGIAI OSZTÁLY, BÉKÉSCSABA

Bevezetés: a nyílt törések mindig fokozott fertőzési kockázatot jelentenek. Ez a veszély különösen magas, ha a seb szennyezett. Csak a szakmai ajánlások szigorú betartása tudja minimalizálni a szövődményrátát. Esetünkben egy ritka sérüléskombináció szövődménymentes, sikeres kezelését mutatjuk be.

Anyag és módszer: egy nyílt felkarcsont-törés esetét prezentáljuk lépésről-lépésre, mely az érintett végtagon kiterjedt, mély égéssel szövődött. Alapos megfontolás után lehetőséget láttunk a nyílt törés primér definitív ellátására.

Eredmény: a nyílt törés szövődménymentesen gyógyult annak ellenére, hogy szignifikáns csontihiány is volt a sérülés miatt. A stabilizált végtagon az égett területek kezelése is probléma mentes és sikeres volt. A sérülés teljes funkcióval és az égésnek megfelelő jó kozmetikai eredménnyel gyógyult.

Következtetés: nyílt törések kezelésekor a lemezes osteosynthesis bizonyos esetekben a legésszerűbb választás. Jó stabilitást ad, nem igényel ismételt műtétet. A titán implantátum csökkenti a szövődmény veszélyét. Hasonló esetben megfontolásra ajánljuk kezelési stratégiánkat.

HA NINCS A POLCON (RADIUS FEJ PROTÉZIS)*Barta Szabolcs, Varsányi Gábor*

BÉKÉS MEGYEI KÖZPONTI KÓRHÁZ, RÉTHY PÁL TAGKÓRHÁZ, BALESETI SEBÉSZET

A felső végtagi sérülések közül a könyökficam kezelése igen nagy kihívást jelent az kezelőorvos számára. Különösen igaz ez, ha a ficam instabil és együtt jár az radius fej darabos törésével. Műtéti kezelés során a darabos fej törést néha lehetetlen helyreállítani, ekkor a fejhelyettesítő protézis behelyezése a megoldás. Mit tegyünk, ha nem áll rendelkezésünkre, nincs a polcon a protézis? Esetünkkel szeretnénk bemutatni egy lehetséges megoldást.

51 éves nőbeteg, kerékpárral elesett zárt könyökficamot és AO törésbesorolás szerint 2R1C3 orsócsont törést szenvedett el. Fedett helyretételt követően, a ficam instabillnak bizonyult, ezért a műtét mellett döntöttünk. Ulnaris feltárásból az ulnaris collateralis szalagot megvartuk. Radiális feltárásból az orsócsont fejet próbáltuk rekonstruálni, de annyira darabos volt, hogy ez nem sikerült. A fej hiányában a ficam továbbra is instabil volt. Mivel a radius fej protézis nem volt elérhető, palacosból készítettünk egyet. Behelyezést követően a ficam stabilá vált. Három hónapot követően behelyeztük a végleges protézist.

Az eljárással stabilizálni tudtuk a ficamot. A korai rehabilitáció megindulhatott.

Ezt a megoldást hasznosnak tartjuk akkor, ha nem tudjuk rekonstruálni a radius fej törését és a ficamunk instabil marad. A rehabilitáció korán megkezdhető, a könyök mozgástartománya jobb lehet.

BOYD-ANDERSON SZERINTI FELTÁRÁS, RÉGI, DE JÓ MŰTÉTI TECHNIKA A DISTALIS BICEPS BRACHII-ÍN SZAKADÁSOK REKONSTRUKCIÓJÁBAN*Csotye Balázs János, Bardócz Lóránt, Csotye János*

BÉKÉS MEGYEI KÖZPONTI KÓRHÁZ, TRAUMATOLÓGIAI OSZTÁLY, GYULA

Bevezetés: A distalis biceps-ín szakadása igen ritka sérülésnek számít, a biceps szakadásai kb. 3%-át teszik ki, a beteganyag a 30-50 év közötti férfi populációt érinti, morbiditása, nemzetközi adatok alapján kb. 1,2 fő/100.000 lakos. A sérülés műtéti ellátási lehetőségei alapján ún. egy- vagy két metszéses technikáról beszélünk. Előadásunkban a gyulai Baleseti Sebészeti Osztály anyagában előfordult ún. két metszéses, speciálisan az 1961-ben leírt és közölt, Boyd-Anderson technikát mutatjuk be.

Anyag és módszer: A szerzők anyagukban részletesen elemzik a ritka sérülés diagnosztikai hátterét, a fizikális vizsgálattól a képalkotó vizsgálatokig. Elemzésükben csakis a kétmetszéses Boyd-Anderson technika részletes műtéti lépéseit mutatják be, részletezve azok előnyeit és hátrányait az egymetszéses műtéti technikához képest. Részletesen bemutatják az anyagukban megjelenő szövődmények arányát, a funkcionális eredményeket, valamint azok eredményeit összevetik az irodalmi adatokban szereplő adatokkal.

Eredmények: Az elvégzett műtéteik során jó és kiváló funkcionális eredmények születtek.

Következtetés: A vizsgált anyagban a kétmetszéses műtéti technika jól alkalmazható beavatkozás, kifejezetten biztonságos, az idegsérülések aránya jelentősen elmarad a nemzetközi irodalomban közölt egymetszéses technikákkal szemben. Nagyon jó módszer, egyszerű műtéti technika, biztonságos ínrogzítést biztosít.

RADIUSNYAK TÖRÉS-PERCUTAN REPOSITIO, INTRAMEDULLARIS RÖGZÍTÉS, ALIAS CIMP

Nacsai István, Kovács Helga, Apáti Péter

BMKK, RÉTHY PÁL TAGKÓRHÁZ, TRAUMATOLÓGIAI OSZTÁLY, BÉKÉSCSABA

Bevezetés: jelentős mértékben elmozdult radiusnyak törések műtéti indikációt képeznek. A repozíció után több módszer van arra, hogy az anatómiai helyzetet megtartsuk, de az általánosságban ajánlott módszereknek vannak hátrányaik. Vagy gipszrögzítést igényelnek vagy pedig fém marad a radius proximalis ízületi részénél.

Anyag és módszer: esetünkben egy lebillent radiusnyak törést kezeltük az irodalomban egyébként leírt, de kevésbé ismert módszerrel, mely a fenti hátrányokat kiküszöböli. A percutan repositio után a radiusfej redislocatióját a velőúr felől a fovea alá vezetett TEN-nel gátoltuk meg, melyet distal felől „elretesztünk”.

Eredmény: már a varratszedéskor teljes könyökfunkciója volt a betegnek, redislocatio nem jött létre. Az előadás írása során elemezve a műtét menetét -önkritikát gyakorolva- ismertetjük azt is, hogy következő esetben mit csinálnánk másképpen.

Következtetés: bátran tudjuk ajánlani módszerünket az ilyen típusú sérülések kezelésére. A repositio percutan módon egyszerű és a TEN velőúrbe történő vezetése sem okoz problémát, más okokból gyakran végzett rutineljárás.

NEHÉZSÉGEK ÉS HIBÁK A DISTALIS RADIUS TÖRÉSEK ELLÁTÁSÁBAN

Simonka János Aurél

SZTE TRAUMATOLÓGIAI KLINIKA, SZEGED

Bevezetés: A szerző típusos problémákat és hibákat gyűjtött csokorba mind a konzervatív, mind a műtéti módszerrel kezelt esetekből.

Anyag és módszer: Az esetek válogatása a 2015-2017 évi beteganyagból történt statisztikai elemzés nélkül.

Eredmények: a konzervatív kezelés során nem tartjuk be a konzervatív kezelés szabályait: elégtelen a repositio, hibás a gipszrögzítés, gipszcseré során redislokáció jön létre. Az esetek jelentős részében rosszul döntünk a konzervatív kezelés mellett, holott a primer röntgenvizsgálat és a klasszifikáció alapján várható, hogy műtét nélkül sikertelen lesz a kezelés. A szögstabil lemezrendszerek alkalmazásával sokkal eredményesebben lehet a distalis radius vég

töréseket kezelni. Azonban nem megfelelő lemez választás, műtéti technikai hiba, vagy a beteg nem megfelelő kooperációja miatt szövődményekre is számítanunk kell.

Következtetés: igényes ellátás, a szakma szabályainak megfelelő kezelés esetén jó eredményeket érhetünk el.

LAKY LEMEZTŐL NAPJAINKIG

Szalai Zoltán, Belák Gergely, Schiller Róbert

ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ – TRAUMATOLÓGIAI OSZTÁLY, ZALAEGERSZEG

Bevezetés: Szomorú évfordulóhoz érkeztük. 10 éve hunyt el Dr. Laky Rezső, aki 19 éven keresztül vezetett osztályunkat, a Zala Megyei Szent Rafael Kórház Traumatológiai osztályát. Előadásunk keretében szeretnénk megemlékezni és tisztelni munkássága előtt.

Anyag és módszer: A szögstabil lemezek megjelenése nagy változást hozott a típusos radius törések kezelésében is. 2000. 07. 01-én Laky főorvos végezte az első szögstabil lemezes szintézist radius törésnél, ami egy új szemléletet hozott a típusos radius törések kezelésében osztályunkon.

Eredmény: A kezdeti „hagyományos” szögstabil lemezt az utóbbi évtizedben kiszorították a varibilis szögállású szögstabil radius lemezek. Évente átlagban 150 radius törést kezelünk szögstabil lemezzel, jó eredménnyel.

Következtetés: A volarisan felhelyezhető szögstabil lemez megfelelő stabilitást biztosít, ami a gipszrögzítés elhagyását illetve minimalizálását teszi lehetővé. A szögstabil lemez-csavar rendszer beváltotta a hozzá fűzött reményeket mivel jó törésgyógyulást, ezáltal jó funkciót is biztosít.

KÉZSÉRÜLÉSEK ELLÁTÁSA SZÖVETPÓTLÁSSAL

Kincses Zoltán, Fierpasz Ferenc

BÉKÉS-MEGYEI KÖZPONTI KÓRHÁZ, PÁNDY KÁLMÁN TAGKÓRHÁZA, BALESETI SEBÉSZETI OSZTÁLY, GYULA

Nyugdíj előtt két évvel jól esik visszatekinteni, milyen beavatkozásokat végeztem egy-egy ujj vagy roncsolt felső végtag megmentéséért.

Előadásomban az egyszerű teljes vastag bőr átültetésétől kezdve, a különböző lebenyplasztikákon keresztül az ujj replantációig több eset bemutatásával tekintek vissza kézsebészetben elért eredményeimre.

Ma már a bonyolultabb beavatkozásokat nem tudnám felvállalni.

LÁGYRÉSZ TŰZÉS KIRSCHNER DRÓTTAL GYERMEKKORI KÉZUJ CONTRACTURA KEZELÉSE SORÁN

Belák Gergely, Schiller Róbert, Szalai Zoltán

ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ, TRAUMATOLÓGIAI OSZTÁLY, ZALAEGERSZEG

Bevezetés: Esetismertetésünk során egy gyermekkori égési sérülés következtében kialakult heg-contractura kezelését mutatjuk be. Páciensünk három éves korában szenvedett el égési sérülést a jobb kezén, akkor plasztikai műtétek történtek. Tíz éves korában súlyos heg-contracturát észleltünk, mely miatt ismételt műtétet terveztünk.

Anyag és módszer: A műtét során hegkimetszés történt, a kialakult hámszínyt az inguinális régióból nyert teljes vastag bőr átültetésével pótoltuk. A kezűjakk nyújtott helyzetű rögzítéséhez manuálisan a lágyrészekbe bevezetett Kirschner drótokat alkalmaztunk.

Eredmények: A műtét során átültetett bőrtranszplantátumok megtapadtak, sebgyógyulási szövödmény nem lépett fel. A Kirschner drótok eltávolítását, sebgyógyulást követően az ujjak extenziója teljes.

Következtetés: Tapasztalatunk szerint a lágyrészekbe manuálisan bevezetett Kirschner drót alkalmas a contractura műtétet követő ujj rögzítésre. A hagyományos tűzés hátrányai kiküszöbölhetők (A physis sérülése, szalag-ínsérülés veszélye, technikai nehézségek, ízületek károsodása, fájdalmas fémeltávolítás).

KÖZEL 100 E VVT TRANSZFÚZIÓ: ACETABULUM EPITHELOID ANGIOSARCOMÁJA

Pankaczi Zsófia

PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM, TRAUMATOLÓGIAI ÉS KÉZSEBÉSZETI KLINIKA, PÉCS

2000-ben és 2002-ben posttraumás coxarthrosis miatt kétoldali endoprotézis beültetésen átesett betegnél 11 évvel a műtéteket követően jelentkeztek szövödmények: többszöri luxatio, majd protézis revíziós műtétje történt. 2016. júniusában periprotetikus haematoma miatt többszöri punctiot végeztek, a vérömleny mindannyiszor recidivált, kezdetben lassan, majd a folyamat rapidabbá vált.

2016. és 2018. között több profilú gyógyintézmény kezelte a beteget alvadási zavarok és vizsztatérő vérzések miatt, ennek részese volt Klinikánk is jobb oldali csípő területén kialakult vérzések állapotok ellátása kapcsán. Számtalan képpalkotó és egyéb diagnosztikus vizsgálat, számtalan műtéti ellátás, intervenciós kezelés, számtalan konzílium történt. A vérzés pontos okára azonban csak a 2018.07.09-én derült fény: a végleges szövettani diagnózis epitheloid angiosarcoma.

Ekkorra a folyamatos vérvesztést kompenzálандó vér substitutio miatt a beteg már politranszfundálttá vált, általános állapota fokozatosan hanyatlott, vitális tartalékai kezdtek kimerülni. Pszichés státusza fluktuált. A beteg kezelését ekkor Onkológiai Klinika segítségével folytattuk, továbbá az ismert szövettani diagnózis birtokában a beteget további műtéti ellátás céljából 2018. júliusában a Semmelweis Egyetem Ortopédiai Klinikájára helyeztük át, ahol jobb

alsó végtagi amputáció és kiterjesztett haemipelvectomia történt. Az alkalmazott kezelés után gyógyult műtéti sebbel emittálták.

Rövid, átmeneti stabil időszak után újból haematoma alakult ki a műtéti területen, ami fokozatosan nőtt. Ismét Semmelweis Egyetem nyújtott segítséget a beteg kezelésében: 2 alkalommal szelektív embolizáció történt, majd 2018.10.01-jén feltárást végeztek. Az újabb MR alapján a tumor a retroperitonealis szerveket és hólyagalapot is beszűrte. Klinikai onkoteam döntése alapján további kuratív kezelés nem jöhetett szóba, palliatív kezelés javasoltak. Folyamatos masszív vérzés miatt újból politranszfúziót kellett végezni.

A beteg kérésére további ellátás céljából osztályunkra visszahelyezték 2018.10.12-én. Felvételét követően további transzfúziót végeztünk, amíg a beteg végül további invazív beavatkozásoktól, transzfúziótól teljesen el nem zárkózott.

Átvételét követően még 4 napot élt.

IDŐSKORI ANTICOAGULÁLT CSIPŐTÁJJI TÖRÖTTEK ELLÁTÁSI STRATÉGIÁJA OSZTÁLYUNKON

Szelényi Z., Hován Cs., Irsai Á.

OROSHÁZI KÓRHÁZ

A csipőtájji törött betegek gyógyulását jelentősen befolyásolja a sérülés és a műtéti kezelés közt eltelt idő hossza. Ezért osztályunkon arra törekszünk, hogy a lehető legrövidebb időn belül megtörténjen az oszteosintézis. Ezt az ellátási stratégiát igyekszünk követni az anticoagulált betegek esetében is. Előadásunkban a 2018-ban oszteosintézissel kezelt izolált combnyak- illetve pertrochanter törötteket vizsgáljuk, összehasonlítva az anticoagulált és alvadásgátló kezelésben nem részesülő sérültek kezelésének főbb paramétereit.

ANTIKOAGULÁLT BETEGEK ELLÁTÁSI GYAKORLATA II/B SZINTŰ VIHARSARKI TRAUMATOLÓGIAI OSZTÁLYON

Kovács Helga, Varsányi Gábor, Nacsai István

BMKK, TRAUMATOLÓGIAI OSZTÁLY, BÉKÉSCSABA

Bevezetés: Bárcsak szubjektív megfigyelés, de számunkra úgy tűnik, hogy az utóbbi években egyre több olyan beteg igényel traumatológiai ellátást, akik tartós antitrombotikus kezelésben részesülnek. Gyakran az antikoagulánsok túl van dozírozva. Ez külön problémát jelent egy sürgős műtéti indikáció esetén, de még a jól beállított terápia is okozhat dilemmákat a műtét időzítését illetően.

Anyag és módszer: Az adatokat a 2018. január 1. és december 31 között ellátott betegdokumentációból gyűjtöttük. Kiválogattuk az antikoagulánsokat (Kumarinszármazékokat és X. faktor gátlókat), valamint trombocitaaggregáció-gátló (TAG) gyógyszereket szedő betegeket. Az utóbbi csoportban nem vettük figyelembe az aszpirinszármazékokat szedőket.

Figyelemmel kísértük a műtét időpontját a felvételhez képest, az osztályon tartózkodás alatt

szükséges vér- és faktorkészítmények minőségét, mennyiségét. Összehasonlítást a perthrochanter törötték közt tudunk tenni, mivel az ő számuk volt ehhez elegendő.

Eredmények: Összesen 39 olyan beteget találtunk, aki akut műtéti ellátást igényelt (volna): 19 K-vitamin antagonistá, 6 X. faktor gátló, 14 TAG terápián volt felvételekor. Ezekben az esetekben a műtétet 50%-ban nem végeztük el felvétel napján.

Összehasonlítást az antikoaguláns szedő (N=12) és nem szedő (kontroll csoport, N=68) perthrochanter törött betegek között végeztünk. Antikoagulált perthrochanter törötték esetén csak 42%-ban végeztünk aznapi műtét, míg a kontrollcsoportban 78%-ban. Műtét előtt jelentős számban igényeltek vérkészítményeket (50% vs kontrollcsoport: 7%). Postoperatív vérkészítmény igényük is nagyobb volt (75% vs 47%).

Következtetés: Intézményünkben a krónikus antikoagulált betegek ellátása hosszabb időt vesz igénybe, mivel a legtöbb esetben nem a drága – esetleg más intézményekből beszerezhető – antidóttal semlegesítettük a szedett szer hatását, hanem inkább kivártuk azt az ajánlott időtartamot, mely a gyógyszerek kiürülését biztosította. Ezalól kivételt csak az abszolút sürgős műtéti indikációval bíró sérültek képeztek.

A VÉRALVADÁSGÁTLÓK SZEDÉSÉNEK HATÁSA A TRAUMATOLÓGUS SZEMÉVEL

Lenkei Balázs, Ungvári Gábor

B-A-Z MEGYEI KÖZPONTI KÓRHÁZ ÉS EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ, TRAUMATOLÓGIAI OSZTÁLY, MISKOLC

Bevezetés: Az utóbbi években jelentősen megnövekedett a belgyógyászati, vagy neurológiai indikációval véralvadásgátló gyógyszert szedő betegek száma. Emiatt a csípőtáji törés kapcsán szükségessé váló műtétet gyakran halasztani kényszerülünk. A kívánatos laboratóriumi célértékek, a javasolt gyógyszerkihagyási idő, és a kontraindikáció indokában az altatórvos kollégák álláspontja nem egységes.

Anyagok és módszerek: A 2018-ban osztályunkon csípőtáji törés miatt operált betegek adatait áttekintve azt vizsgáltuk, hogy a véralvadásgátló szedő betegek milyen várakozási időre számíthatnak, származik-e belőle hátrányuk, ha néhány nap késéssel látjuk a törésüket, illetve, hogy mekkora anyagi terhet jelent ez profilaxis a traumatológiai ellátásban.

Eredmények: 2018 január 1.-december 31. között osztályunkon 613 műtétet végeztünk csípőtáji törés miatt. Ebből 185 volt combnyaktörés, és 428 esetet oldottunk meg gamma szeggel. Az első sorokban leírtak ellenére a valóság azt mutatta, hogy mindössze a betegek 1/5-öd része szed véralvadásgátlót. A véralvadásgátló szedő és nem szedő betegeket csoportját hasonlítottuk össze. Amíg a nem szedő csoport betegeit átlag 17 órán belül meg tudjuk operálni, addig a véralvadásgátló csoport betegei átlag másfél napot várakoznak. A várakozás hatásának elemzése még folyamatban van.

Konklúzió: Álláspontunk jelenleg az, hogy a K vitamin antagonistát szedő betegek aktivált alvadási faktor pótlással (Beriplex) kisebb költséggel és gyorsabban műtetre kerülhetnek, ezért vérkészítményt ezeknek a betegeknek nem szoktunk rendelni. A thrombocyta funkciót gátló szerekkel kapcsolatban viszont sok kérdés merül fel. Előadásunkban ezeket a kérdéseket

részletesen bemutatjuk, és megpróbálunk lépést tenni egy mindenki számára elfogadható konszenzus kialakításának irányába.

AKTUÁLIS IRÁNYELVEK POLITRAUMATIZÁLT BETEGEK VÉRZÉSMANAGEMENTJÉBEN

Till József

PTE TRAUMATOLÓGIAI ÉS KÉZSEBÉSZETI KLINIKA

Bevezetés: A polytrauma olyan sérülés kombináció, mely során az egyes sérülések következményei hatványozódnak – pl.: sokk állapot, SIRS, DIC fejlődik ki – illetve a sérülések jellege lehetetlenné teszi minden egyes sérülés megfelelő időben történő ellátását.

Anyag és módszer: Számos tanulmány vizsgálta a vérvesztés során kialakuló sokk és hypoxia további szabadgyökképződéshez és proinflammatorikus citokinek szintéziséhez vezető hatását, melynek során távoli szervek károsodása is bekövetkezik.

Eredmények: A Damage Control sebészi eszközei mellett a Damage Control Reszuszcitáció nagyban hozzájárul a vérvesztés szinte biztosan letális következményeinek megelőzéséhez. A kísértő koagulopátia, az acidózis és a hypotermia időbeni korrekciójával, valamint a lehető legkisebb iatrogénia létrehozásával jelentősen kisebb a halálozás.

Következtetés: A megfelelő ütemű és minőségű volumenpótlás, az oxigégszállító kapacitás rendezése, és a kialakuló koagulopátia jellegének felismerése és pontos kezelése döntő fontosságú a vérzéses sokk letális szövődményeinek elhárításában.

NEGATÍV NYOMÁSÚ TERÁPIA ALKALMAZÁSA KÖNYÖKTÁJJI HARAPOTT SÉRÜLÉS ELLÁTÁSA SORÁN

Schiller Róbert, Belák Gergely, Szekér Zoltán

ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ, TRAUMATOLÓGIAI OSZTÁLY, ZALAEGERSZEG

Bevezetés: Előadásunkban egy könyöktáji harapott sebést elszenvedett betegünk ellátását mutatjuk be. A kiterjedt lágyrészi sérülés mellett a könyökizület megnyílt, ficamodott, nervus radialis és nervus ulnaris kiesési tüneteit észleltük.

Anyag és módszer: Sürgősséggel műtétet végeztünk melynek során alapos debridement, csontfragmentum eltávolítás történt, az idegeket kipreparáltuk. A könyökizületet fixateur ex-terne-nel rögzítettük. A lágyrészihiány miatt negatív nyomású sebkezelést folytattunk. VAC cserék, secunder sutura történt.

Eredmények: A kezelés során sebgyógyulási szövődmény nem lépett fel. Betegünk fizioterápiás kezelése még folyamatban. Könyökmozgásai kissé beszűkültek, n. radialis működése teljes, n. ulnaris funkció visszatért.

Következtetés: A negatív nyomású sebkezelés alkalmas harapott seb esetén a sebgyógyulási szövődmények elkerülésére, idegekre helyezve is alkalmazható, secunder suturát követően a varratok feszülését, ödémát csökkenti, megelőzhető bőrnekrozis kialakulása.

A CSÍPŐTÁJJI TÖRÉS BETEGSÉGCSOPORT ELLÁTÁSÁNAK MINŐSÉGI MUTATÓI

Patczai Balázs¹, Szabó Ivett², Wiegand Norbert¹

¹ PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM KLINIKAI KÖZPONT TRAUMATOLÓGIAI ÉS KÉZSEBÉSZETI KLINIKA, PÉCS; ² DOKTORANDUS, PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM ÁLTALÁNOS ORVOSTUDOMÁNYI KAR, PÉCS

Az előadásomban bemutatom az egészségügyi indikátorok szerepét, definiálásuktól a klinikai gyakorlatban megjelenő alkalmazásig. A csípőtáji törés, mint betegségrcsoport, egészségügyi és társadalmi következményeinek jelentősége, a nagyszámú beteganyag, a jól körülhatárolható kritikus pontok miatt megfelelő terület indikátorok kialakításra és gyakorlati alkalmazására.

2017-ben a pécsi Traumatológiai és Kézsebészeti Klinikán kialakítottunk és bevezettünk egy csípőtáji törés regisztert, mely több minőségi mutató elemzésére alkalmas. Jelen vizsgálatunkban a 2017–2018-as év során elvégzett 912 csípőtáji műtét anyagát elemeztük a műtéti ellátásig eltelt idő, és az ezt befolyásoló tényezők függvényében.

A betegeink 84 %-a 48 órán belül került műtéti ellátásra. (<6h 20%, 6h-24h 48%, 24h-48h 16%) A 48 órán túl elvégzett műtéteknél szignifikáns szövődményszám emelkedés látható, határozottabb mortalitási valószínűséggel. Az alvadásgátolt betegek körében kétszer gyakoribb a szövődmények kialakulása. A co-morbiditási index és a fatális kimenet között szignifikáns eltérést nem találtunk. Eredményeink a nemzetközi adatokkal összevethető, értelmezhető, megfelelő ellátási színvonalat mutatnak.

A betegellátás során megfogalmazott kritikus időtartamok meghatározása, betartása, illetve, az idővonal kockázati pontjainak definiálása, majd az eredmények kiértékelése indikátorokra tagozódó mutatószámokkal, statisztikai jellegű minőségszabályozást tesz lehetővé. E módszer lehetőséget ad mind a saját teljesítményünk fejlesztésére, mind az eredmények összehasonlítására más ellátókkal összevetve.

SZÖVŐDMÉNYES TRAUMATOLÓGIAI ESETEK ELLÁTÁSA ANTERIOR CSÍPŐFELTÁRÁSBÓL

Bűcs Gábor, Zimonyi Ákos, Wiegand Norbert

PTE, TRAUMATOLÓGIAI ÉS KÉZSEBÉSZETI KLINIKA

A Hueter-féle izomátvágás nélküli csípőfeltárás fájdalomra és rehabilitációra gyakorolt hatásai ismertek már az elektív csípőprotézis beültetésekénél. Klinikánkon ezen feltárást is alkalmazzuk a sürgős, combnyaktörött betegek protézis-beültetéseinél. Az elektív műtétekhez hasonló előnyöket tapasztaltunk ezen idős, rossz általános állapotú beteganyagon is.

Az izomátvágás nélküli technikával kapcsolatban aggályként merült fel a kiterjeszhetőség lehetősége. Célul tűztük ki, hogy- a combnyak-törött esetek primer protézisbeültetései mellett – alkalmazzuk a módszert komplex és szövődményes traumatológiai esetek ellátására is. Műtéti technika során extenziós asztalon végeztük a műtéteket, Keggi-féle módosított bőrmetszéssel óvtuk a nervus cutanes femoris lateralist. A műtét során figyelmet fordított-

tunk a tensor és az abductorok intaktságára. 1. Csavarozás utáni dislocatio és/vagy fejelhalás, 2. gamma szegezés utáni cut-out, 3. hemiprotézis beültetés utáni szárlazulás és vápakopás, 4. protézis-beültetést követő MRSA fertőzés kétlépcsős revíziója, 5. periprotetikus törés és 6. fejnecrosis és coxarthrosis kombinált lateralis cobnyaktörés esetén alkalmaztuk a módszert és vizsgáltuk a műtét biztonságosságát és rehabilitációs előnyeit.

Az anterior feltárás alkalmazásával a műtétek biztonsággal elvégezhetőek voltak. Műtéti idő elnyúlását, extra vértranszfúziós igényt nem tapasztaltunk. A korai posztoperatív időszakban a lateralis feltárással operált esetekhez képest gyorsabb rehabilitálhatóságot és kisebb mozgásszervi rehabilitációs fekvőbeteg ellátási igényt találtunk.

Bár a módszer nem alkalmazható minden szövődényes és komplex traumatológiai esetben, mégis ezen speciális betegségcsoport kezelésében jelentősége van az izomátvágás nélküli módszernek a gyorsabb rehabilitálhatóság okán.

POSTTRAUMÁS GONARTHROSIS PROTETIZÁLÁSA 3D NYOMTATÁSSAL KÉSZÜLT PÁCIENS SPECIFIKUS CÉLZÓK SEGÍTSÉGÉVEL

Bánki L, Sádt Z, Tasi T S², Kiss M², Nagy L², Nagy A³, Varga E¹

¹ZTE ÁOK SZENT-GYÖRGYI ALBERT KLINIKAI KÖZPONT TRAUMATOLÓGIAI KLINIKA; ²DICOMLAB; ³

AFFIDEA KFT.

Bevezetés: Számos tanulmány számolt be arról, hogy a betegek egy része elégedetlen a térdprotézis műtét kimenetelével. Az elégedetlenség valódi okát illetően a szakirodalomban is ez egy erősen vitatott téma. A megfelelő páciens kiválasztás, a betegek megnövekedett elvárásai, a sebész által alkalmazott műtéti technika és maguk az implantátumok mind-mind közre játszhatnak az elért eredményt illetően. Az informatikai forradalom olyan lehetőségeket teremtett, amiről akár csak néhány évtizeddel korábban álmodni sem mertünk. A „szabadkézzel” végzett műtétek pontatlansága, a következményes funkcionális és élettartamot befolyásoló tévesztések miatt évek óta folynak kísérletek, fejlesztések az implantátumok behelyezésének célzására a különböző ortopédiai, traumatológiai műtétek során. Biomechanikai tanulmányok bebizonyították, hogy a térd kinematikája az általánosságok mellett nagy mértékben egyediek, ezért egyre inkább előtérbe kerülnek az egyén saját biomechanikáját figyelembe vevő, annak pontos remodellálását elősegítő beavatkozások, implantátumok.

Anyag és módszer: Egy pályázat keretében klinikánk munkacsoportja szoftverfejlesztő informatikusokkal együttműködve CT bázisú saját fejlesztésű szoftver segítségével a beteg 3D anatómiai modelljét megalkotva, arra szoftveresen tervezett, 3D nyomtatott betegspecifikus célzót fejlesztett a térdprotézisek beültetéséhez. A szoftver segítségével meghatározható az adott gyártó implantátumának pontos mérete és elhelyezkedése az egyén sajátosságait figyelembe véve. A protézis beültetésekor a konvencionális beültető eszközöket használjuk, a speciális 3D nyomtatott egyedi célzók segítségével, számos műtéti lépést és következményes intraoperatív vérzést, műtéti időt megspórolva.

Eredmények: Számos műcsont tesztet végeztünk. Jelenleg a kiértékelési fázis zajlik. Szoftverfejlesztő munkacsoportunk kidolgozott egy szintén egyedi postoperatív evaluációs rendszert, mely lehetővé teszi későbbiekben a szakirodalomban fellelhető eltérő vizsgálati módszerek standardizálását is.

Következtetések: Előzetes, korai eredményeink bizakodásra adnak okot a konvencionális műtétekhez képest a beültetés pontosságát illetően, valamint a műtéti lépések csökkentésével mind anyag és költséghatékonysági szempontból is versenyképesnek tűnnek.

TIBIA ÁLÍZÜLETEK KEZELÉSE KLINIKÁNKNON

Tóth Zoltán, Csonka Ákos, Varga Endre

SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM SZENT-GYÖRGYI ALBERT KLINIKAI KÖZPONT TRAUMATOLÓGIAI KLINIKA

Az elhúzódtó törésgyógyulás és állízület gyakori szövődmények a traumatológiai gyakorlatban. A hosszú csöves csontok törései után kialakuló szövődmények közül a tibia állízületek fordulnak elő legnagyobb számban. Irodalmi adatok szerint a tibia törések után 4-8 %-ban fordul elő állízület, mely jelentős funkcióvesztéssel, fájdalommal és az életminőség romlásával jár. Ilyen esetekben a kezelési és rehabilitációs idő többszörösére nőhet. A törésgyógyulásban a mechanikai faktorok szerepe kiemelkedő. Az interfragmentális mikromozgások segítik a callusformáció kialakulását, azonban a nem megfelelő stabilitás fokozott interfragmentális mozgásokat eredményezhet, mely a callust destruálja és állízület kialakulásához vezet. A mechanikai faktorok mellett számos biológiai tényező is befolyásolja a csont gyógyulását, melyek zavara szintén kedvez a kórkép kialakulásának. Jelen munkánkban a 2015 és 2019 között Klinikánkon előforduló atróf és hypertróf tibia állízületek kezelési módszereit és eredményeit dolgoztuk fel.

TALUS MOZAIK-PLASZTIKA INTÉZMÉNYÜNKBN

Szabó Zsaklin, László Tibor

JÁSZ-NAGYKUN-SZOLNOK MEGYEI HETÉNYI GÉZA KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET, BALESETI SEBÉSZETI OSZTÁLY, SZOLNOK

Esetbemutató a talus lateralis harmadában történt mozaik-plasztikáról intézményünkben. 2019. márciusában A.G. 39 éves férfi sérült tetőről leesett, külboka Weber C, illetve talus és calcaneus törését szenvedte el. A pontos diagnózis és műtéti tervezés céljából CT-vizsgálat készült, mely a talus trochleáján lateralis, az ízfelszínen darabos, dislocált törést írt le. Az operatív ellátás során a syndesmosis épek bizonyult. A talus törését feltárva a CT által is leírt letört csontfragmentumokat észleltünk. Osteosynthesis nem jött szóba, eltávolításra kerültek. Megoldásként a térd lateralis felszínéből vett osteochondralis graftokkal mozaik-plasztikát végeztünk. Kielégítő ízfelszínt kaptunk; a fibula törését harmadcső lemezzel láttuk el. Postoperatív gipszrögzítést helyezettünk fel. A sérült jelenleg még osztályunkon fekszik, így hosszú távú eredményről beszámolni nem tudunk. Ezen műtéti technika az eset ritkaságára való tekintettel történik bemutatásra.

NYÍLT SUBTALARIS FICAM UTÁNI TALUS NECROSIS KEZELÉSE*Amairi Faiz*

TOLNA MEGYEI BALASSA JÁNOS KÓRHÁZ, TRAUMATOLÓGIA, SZEKSZÁRD

A sérülés ritkasága és súlyossága miatt, az irodalom csak néhány egyedi eseteket említ. Esetünkben 26 éves férfibeteg, aki autóvezetőként hídpillérnek ütközött, 2 órán keresztül szabadították ki az autóból. Érkezése után belül 40 percen belül műtőasztalra került.

Alapos debridement és reposicio után V montage Fixateur externe-l rögzítettük.

1 hónap elteltével septicus szövődményt miatt ismételten felvettük feltárásokat végeztünk.

3 hónap múlva rtg kontroll felvételen a Talus részleges necrosisát láttuk, állandó sipolyok keletkeztek, leoltásai eredménye kórokozó nem tenyésztett.

A fixateur externe eltávolítás történt, először gipsz sinban helyeztük, később intramedullaris szeggel felsőugró ízület arthrodesist végeztünk. Állandó fistulák, és nagy fájdalmai lettek, járnai nem tudott.

Láb keringés, és labor vizsgálat után a Talus teljes eltávolítását végeztünk, a végtag rövidülését spongiosa blokkal intramedullaris rögzítés mellett megoldottuk.

Eredmények: a beteg 3 hónapon belül teljesen fájdalommentesen járt, a fistulák meggyógyultak, a desis meggyógyult.

Következtetés: A nyílt alsóugró ízület súlyos sérülés, akár a láb elvesztésével járna, kezelése sok türelmet követel a páciénstől és kezelőorvostól. Törekedni kell a láb hossz megtartására.

FEMORALIS SUPRACONDYLER VALGIZÁLÓ NYITÓ OSTEOTOMIA DUPLA LEMEZELÉSSEL*Nacsai István, Apáti Péter, Kovács Helga*

BMKK RÉTHY PÁL TAGKÓRHÁZ TRAUMATOLÓGIAI OSZTÁLY, BÉKÉSCSABA

Bevezetés: a térd körüli komplex törések, főleg a modern implantátumok kifejlesztése előtt gyakran jelentős tengelyeltéréssel gyógyultak. A kóros tengelyállás sajnos gyakran és gyorsan vezethet posztraumás arthrosisshoz. Ha a beteg életkora nem előrehaladott, érdemes korrigálni a tengelyállást, hogy a későbbi protézis beültetéshez időt nyerjünk.

Anyag és módszer: 45 éves, az átlagosnál erősebb musculatúrával és testsúllyal rendelkező férfibeteg jelentkezése előtt évekkel valószínűleg A 3 típusú supracondyler femurtörést szenvedett el, mely szignifikáns varus állással gyógyult. Kezdődő térdpanaszai miatt az arthrosis progressziójának késletetésére korrekciós osteotomiát végeztünk, mellyel a végtagot kiegyenesítettük és a musculatúrára, valamint a nagy testsúlyra való tekintettel bilaterális lemezeléssel rögzítettünk.

Eredmény: az osteotomia szövődménymentesen átépült, a lemezek mindvégig megtartották a korrigált helyzetet. A beteg jelenleg is dolgozik és protézis beültetésre még nem kellett sort keríteni.

Következtetés: fiatal betegeken a posztraumás tengelyeltérések korrekciója jó módszer az arthrosis kifejlődésének késletetésére. Normál csontállomány esetén nem feltétlenül van szükség a szögstabil rendszerekre. A stabilitás fokozása érdekében akár a femur is meglemezelhető bilaterálisan a supracondyler régióban.

*van úgy,
hogy sok nyomja
az ember vállát*



MPLHT

Multilocking Proximal Humeral Treatment nail



medimetal®

Medical Products Manufacturing and Trading Ltd.

3300 Eger, Eger Berva
felsőtárcányi 2478. hrsz.
tel.: +36 36 415 577
medimetal@medimetal.hu
www.medimetal.hu



MAGIC HUMERUS

Kisebb sugárdózis



Röntgen nélkül is
célba talál!

