



A 40 ÉVES MAGYAR
TRAUMATOLÓGUS
TÁRSASÁG
2006. ÉVI
KONGRESSZUSA
ÉS FIATALOK FÓRUMA

GYŐR / Richter Terem
2006. szeptember 21-23.

2007-ben 50 éves
a Győri Baleseti Sebészeti Osztály

PROGRAMFÜZET



zimmer
Confidence in your hands®



Hip Resurfacing

Durom™



COMESA
CH-Werlen Hospital Group

Comesa Budapest Kft.

(1) 439-2910 · info@comesa.hu · www.comesa.hu

Köszöntő

Tisztelt Kollegák!

A Magyar Traumatológus Társaság 2006-ban ünnepli megalakulásának 40 éves jubileumát. A magyar traumatológia elődeink és a mi áldozatos munkánk révén az elmúlt 50 év alatt megteremtette a korszerű sérültellátás országos rendszerét, külföldi útjainkon és autodidakta módon, valamint a hazai szakorvosképzés és továbbképzés elismerten kiváló tanfolyamain megtanultuk a legkorszerűbb módszereket alkalmazni. Európai szinten műveljük a traumatológiát. Közben úgy látszik Európa kihátrált a traumatológia mögül. Válságban van a magyar egészségügy és ráadásul számos oldalról érnek bennünket nyílt és alattomos támadások és félok, hogy a fél évszázad alatt felépített sérült- és betegellátó rendszerünket összerombolják, ha nem védjük meg. Elsősorban nem magunkért, hanem betegeink érdekében. Csak a szakmai összefogás, érdekeink pontos megfogalmazása, vállalása és védelme valamint a sérültellátás szakmai színvonalának megtartása és javítása biztosíthatja, hogy a következő ötven évben is szakmai összeföveteleinken adjunk számot tevékenységünkről.



A Magyar Traumatológus Társaság éves rendezvénye minden évben olyan esemény, ahol néha több éves munkánk eredményeit mutathatjuk meg, megmérettetünk és tanítva tanulhatunk egymástól. A kongresszus fő témaként a tibia proximális és distális végének töréseivel foglalkozik. A törések ellátása mindennapos problémát jelent a traumatológusoknak. Remélem a kongresszuson új megoldásokról is lesz szó.

A 2006-os jubileumi kongresszus rendezését az 50 éves győri Balesetsebészeti Osztály vállalta magára, tisztelegve az elődök, elsősorban az osztály létrehozója, Dr. Patkó Imre főorvos előtt.

Bízom benne, hogy a rendezők mindent megtesznek, hogy a kongresszus szakmailag tartalmas, hasznos és jó hangulatú legyen. Biztos vagyok abban is, hogy a Magyar Traumatológus Társaság végre összefog és meghatározza a jövő feladatait.

Kívánok sikeres tanácskozást és kellemes győri tartózkodást minden traumatológusnak.

Prof. Dr. Simonka János Aurél
tanszékevezető egyetemi tanár
a Magyar Traumatológus Társaság elnöke

Tisztelt Kollégák, Kedves Barátaink!

Köszöntünk Benneteket a Magyar Traumatológus Társaság 2006. évi Kongresszusán és Fiatalok Fórumán.

Örömünkre szolgál, hogy kettős apropója is van annak, hogy Győr kapta meg az ez évi kongresszus szervezését. Egyrészt a győri traumatológia megalapítójának, Dr. Patkós Imre születésének 90. évfordulóját ünnepeljük, másrészt 2007-ben lesz 50 éves a győri Balesetsebészeti Osztály. Ennek a jubiláló ünnepségsorozatnak méltó kezdete lehet a Kongresszus.

Meggyőződésünk, hogy az elhangzó magas szintű előadások kellő nyomatékot adnak annak, hogy a traumatológiára szükség van, életképes önálló diszciplína. Reméljük, hogy mindannyiunk épülésére szolgál egy-egy magas színvonalú tudományos konferencia, melyre ez esetben is törekedni fogunk. Mindezen túl pedig jó alkalom a szakma egységé Kovácsolására és a baráti kapcsolatok ápolására is.



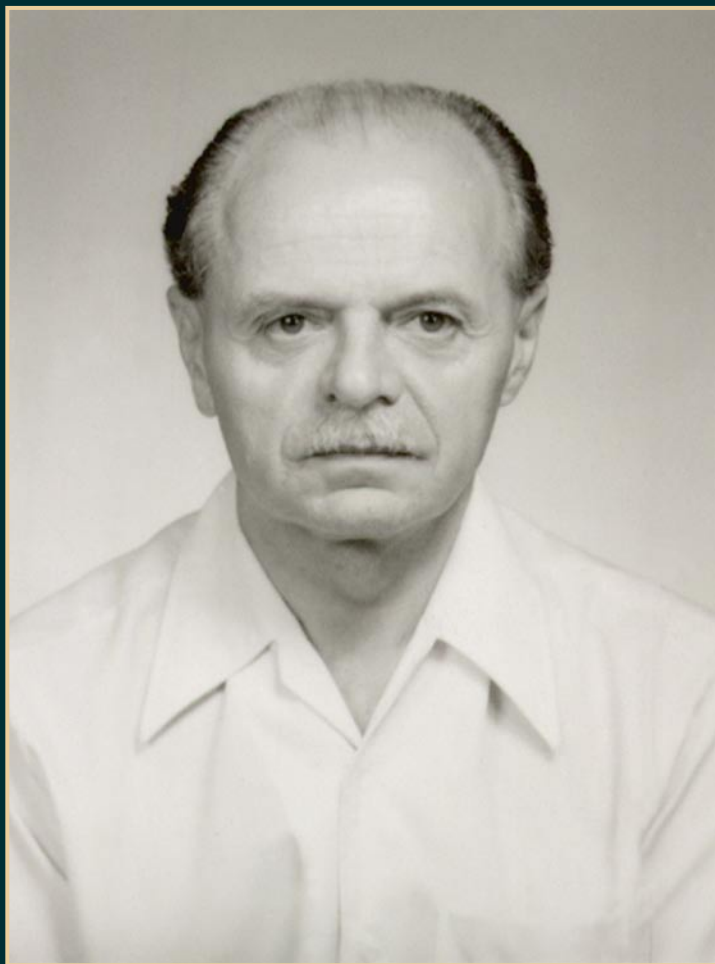
Dr. Király Géza

Dr. Jancsó József



Petz Aladár Megyei Oktató Kórház

50 éves a győri Balesetsebészeti Osztály



DR. PATKÓS IMRE
(1916-1994)

A győri balesetsebészet megteremtője.

SZERVEZÉS

Fővédnök

Dr. Szakács Imre

a Győr-Moson-Sopron Megyei Önkormányzat elnöke, országgyűlési képviselő

Védnökök

Balogh József, *Győr Megyei Jogú város polgármestere, országgyűlési képviselő*

Dr. Varga Gábor, *a Petz Aladár Megyei Oktató Kórház főigazgatója*

A Kongresszus elnöke

Dr. Király Géza

Tudományos Bizottság

Prof. Dr. Fekete Károly

Dr. Király Géza

Prof. Dr. Nyárády József

Prof. Dr. Sárváry András

Prof. Dr. Simonka János Aurél

Dr. Szita János

Szervezőbizottság

Dr. Balogh Péter

Dr. Jancsó József

Szakmai információ

PAMOK Győr, Baleseti és

Helyreállító Sebészeti Centrum

Dr. Király Géza

Tel.: (96) 507-960

Fax: (96) 412-545

E-mail: kiralyg@petz.gyor.hu

Kongresszusi Titkárság

ASSZISZTENCIA Kft.

1136 Budapest, Hegedűs Gy. u. 20.

Tel.: (1) 350 1854

Fax: (1) 350 0929

E-mail: trauma@asszisztencia.hu

Web: www.asszisztencia.hu

PROGRAM ÁTTEKINTŐ

2006. szeptember 21. (csütörtök) – Richter Terem

10:00 - 12:00	Szakmai Kollégiumi Ülés	Nimród Étterem
14:00 - 14:45	Megnyitó Köszöntések "40, 50 és 90" - emlékelőadás	Előadóterem
14:45 - 16:15	Tibia - 1. szekció	Előadóterem
16:15 - 16:30	Kávészünet	
16:30 - 18:15	Tibia - 2. szekció	Előadóterem
19:30	Nyitófogadás (Koncert a Richter Teremben, majd fogadás az Iparkamara épületében)	

2006. szeptember 22. (péntek) – Richter Terem

7:00 - 7:45	Vezetőségi Ülés	Alagsori társalgó
7:45 - 8:00	Kávészünet	
8:00 - 8:45	AO Alumni Közgyűlés	Előadóterem
8:45 - 9:00	Szünet	
9:00 - 10:30	Tibia - 3. szekció	Előadóterem
10:30 - 10:45	Kávészünet	
10:45 - 12:15	Egyéb - 1. szekció	Előadóterem
12:15 - 12:30	Szünet	
12:30 - 13:30	Egyéb - 2. szekció	Előadóterem
	Ebédészünet	
13:30 - 15:00	Berlin-Chemie Zibor Szimpózium	Előadóterem
	Poszter szekció	Előadóterem
	Tibia - 4. szekció	Előadóterem
15:00 - 16:45	Sanatmetal Kft. workshop Tibia szegezés képerősítő nélküli disztális célzással (TWX)	Alagsori társalgó
16:45 - 17:00	Kávészünet	
17:00 - 19:00	Magyar Traumatológus Társaság Közgyűlése	Előadóterem
20:00	Bankett vacsora (Hotel Konferencia)	

2006. szeptember 23. (szombat) – Richter Terem

8:30 - 10:15	Egyéb - 3. szekció	Előadóterem
10:15 - 10:30	Kávészünet	
10:30 - 12:15	Innováció - 1. szekció	Előadóterem
12:15 - 12:30	Szünet	
12:30 - 14:00	Innováció - 2. szekció	Előadóterem
14:00	Kongresszus zárása, díjkiosztó	

ÁLTALÁNOS TÁJÉKOZTATÓ

A kongresszus helyszíne

RICHTER TEREM – Győr
9011 Győr, Aradi Vértanúk u. 16.
tel.: 96/348 174

Helyszíni regisztrációs iroda nyitvatartása

2006. szeptember 21. 12.00 – 18.00 Richter Terem
2006. szeptember 22. 07.00 – 19.00 Richter Terem
2006. szeptember 23. 08.00 – 14.00 Richter Terem

Részvételi díj

35 év feletti MTT társasági tagok	13 000 Ft
35 év alatti MTT társasági tagok	9 000 Ft
Nem társasági tagok 35 év felett	15 000 Ft
Nem társasági tagok 35 év alatt	10 000 Ft
Műtösnők, gyógytornászok, nővérek	7 000 Ft
Kísérők	7 000 Ft

Részvételi díj tartalma

	<i>Részvevők</i>	<i>Kísérők</i>
Előadásokon való részvétel	*	
Kongresszusi összefoglaló, névkitűző	*	
Kongresszusi táska	*	
Részvételi igazolás	*	
Városnéző séta		*
Nyitófogadás, kávészünet	*	*

TÁRSASÁGI PROGRAM

2006. szeptember 21. (csütörtök)

Nyitófogadás

Időpont: 19.30

Helyszín: Richter Terem (Aradi Vértanúk u. 16.)
Iparkamara – Baross Gábor teremben
(Szent István u. 10/a)

Az ünnepélyes koncerttel egybekötött megnyitó után (Richter Terem) szeretettel várjuk Önöket az Iparkamara épületében tartandó állófogadásunkra.

A koncertet követően busztranszsfert biztosítunk.

A koncerten közreműködnek a Széchenyi István Egyetem Intézetének zongora szakos hallgatói:

Bagi Annamária: Liszt Ferenc – E-dúr legendája

Fenyősy Dorottya: Liszt Ferenc – Bach fantázia és fuga

Regisztráltaknak a részvétel díjtalan.

Részvételi díj nem regisztráltaknak 5.000 Ft/fő



2006. szeptember 22. (péntek)

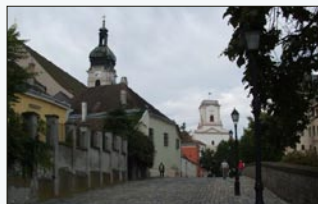
Kirándulás

Időpont: 15.00 – 16.30

Városnéző sétára invitáljuk kedves vendégeinket Győr belvárosába. A Richter Terem elől indulva kellemes sétával megtekinthetik többek között a Bazilikát, – amely Magyarország egyik leghíresebb búcsújáráhelyévé vált – valamint Kovács Margit híres kerámiaművész kiállítását. A program kávéval és süteménnyel zárul a belvárosban.

Regisztrált kísérők részére ingyenes.

Részvételi díj: 1.400 Ft/fő



Bankett vacsora

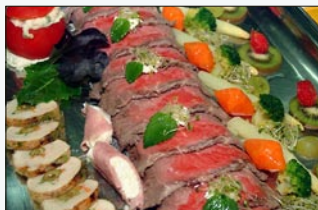
Időpont: 20.00

Helyszín: Hotel Konferencia

(Apor Vilmos püspök tere 3.)

Vacsora ízletes fogásokkal, és a Dr.Rock zenekar talpalávaló zenéjével.

Részvételi díj: 8.000 Ft/fő



TUDOMÁNYOS PROGRAM

2006. szeptember 21. (csütörtök)

10:00 – 12:00 **Szakmai Kollégiumi Ülés** Nimród Étterem

14:00 – 14:45 **Megnyitó** Előadóterem

Köszöntések

"40, 50 és 90" – emlékelőadás

Dr. KIRÁLY Géza

14:45 – 16:15 **Tibia - 1. szekció** Előadóterem

Üléselnökök

Prof. Dr. SIMONKA János Aurél

Dr. KIRÁLY Géza

- 1. Quo vadis traumatológia? (Sürgősségi traumatológiai ellátás vs. sürgősségi ellátás vs. ortopéd-traumatológiai ellátás)**
SIMONKA János Aurél
SZTE ÁOK Traumatológiai Klinika, Szeged
A-0033
- 2. EU-s protokoll trauma ellátó rendszere I-II-II-as szint magyarországi felmérés tükrében**
SZITA János (Kádas I. - Szűdy R.)
Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Budapest
A-0092
- 3. A baleseti sebészeti osztályok feladatai katasztrófahelyzetekben:**
SZOKOLY Miklós (Szita J. - Göndöcs Zs. - Aradi P.)
Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Országos Mentőszolgálat Főigazgatósága, Budapesti Műszaki Egyetem, Budapest
A-0098
- 4. A tibia evolúciója**
SZLOVÁK Sándor (Cs. Frank L.)
Fővárosi Önkormányzat, Szent István Kórház Merényi Gusztáv Kórháza, Traumatológia, Dél-pesti Trauma Centrum, Budapest
A-0016
- 5. A CT szerepe a tibia proximális, ízületbe hatoló töréseinek diagnosztikájában**
SZLOVÁK Sándor (Götz D. - Cs. Frank L.)
Fővárosi Önkormányzat Szent István Kórház, Merényi Gusztáv Kórháza, Traumatológia, Dél-pesti Trauma Centrum, Budapest
A-0015

- 6. A tibia proxim alis vég ízületbe hatoló töréseinek ellátása minimáli invazív technikával osztályunkon**
HORVÁTH Béla (Szálassy L.- Milanovich G.)
Magyar Imre Kórház, Traumatológia, Ajka Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr
A-0096
- 7. Tibia condylus törések minimál invazív ellátása osztályunkon kanulált lépcsős utóverő alkalmazásával**
KOVÁCS Péter (Szebeny M. - Kiss L. - Varga Zs. - Sárváry A.)
Semmelweis Egyetem Traumatológiai Tanszék, Péterfy Sándor utcai Kórház és Rendelőintézet, Baleseti Sebészeti Osztály, Budapest
A-0094
- 8. Proximális tibia vég törés kezelése kettős lemezes osteosynthezissel**
KÓSA Jenő
Sopron Erzsébet Kórház a DE OEC Oktató Kórháza Traumatológia, Debrecen
A-0086
- 9. FF Tibia proximalis vég ízületbe hatoló töréseinek kezelése osztályunkon**
BALÓ Eszter (Kiss L. - Pálffy T.)
DE OEC Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék, Debrecen
A-0080
- 10. A tibia proximalis és distalis vég töréseinek kezelése osztályunkon**
ANTAL Sándor (Fekete K. - Horkay P.)
DE OEC Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék, Debrecen
A-0070
- 11. Tibia condylus törések rögzítése szögstabil Manningler lemezzel**
MAGYARI Zoltán (Kádas I.- Knoll Zs.- Deák B.)
Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Budapest
A-0045
- 12. Új lehetőségek a pilon törések kezelésében**
DETRE Zoltán
Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórház, Traumatológiai Osztály, Budapest
A-0128

16:15 – 16:30 Kávészünet

16:30 – 18:15 **Tibia - 2. szekció**

Előadóterem

Üléseelnökök

Prof. Dr. Nyárády József

Dr. Jancsó József

- 1. Tibia proximalis végtörések kezelési taktikája**
BODA Tamás (Gergely Zs. - Kerekes L. - Bányai T.)
Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Kecskemét
A-0104
- 2. A tibia proximális vég ízületi összetett töréseinek kezelése fixateur externe-nel**
BENKŐ Tibor (Deierl K. - Szikora G. - Kiss Cs. - Detre Z.)
Szent János Kórház, Budai Trauma Centrum, Budapest
A-0031
- 3. Tibia proximális vég töréseinek kezelése LISS-szel.**
NAUMOV István (Nyárády J.- Vámhidy L.- Wiegand N.- Fodor B.)
PTE OEC ÁOK Trauma Központ Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika, Pécs
A-0029
- 4. Mire alkalmas a szögletstabil technika a tibia proximalis végén?**
KURUCZ László (Seress Gy. - Borkó A.)
Jávorszky Kórház, Traumatológia Osztály, Vác
A-0025
- 5. Nyílt tibia proximalis vég törések ellátása osztályunkon (két eset ismertetése)**
KINCSES Zoltán (Dósa G. - Fierpasz F. - Csotye J.)
Pándy Kálmán Megyei Kórház, Baleseti Sebészeti Osztály, Gyula
A-0005
- 6. Ízületbehatoló proximális tibiavég töréskezelésével elért funkcionális eredményeink**
GUNTHER Tibor (Merényi G.- Zágh I.)
Budai Irgalmasrendi Kórház, Ortopédiai Osztály, Fővárosi Önkormányzat, Károlyi Sándor Kórház, Traumatológiai Osztály, Budapest
A-0058
- 7. LCP a proximális tibia törések ellátásában**
NAUMOV István (Wiegand N.)
PTE OEC ÁOK Trauma Központ, Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika, Pécs
A-0030
- 8. Egy elfelejtett módszer – a tibia condylus törések funkcionális kezelése**
BÖRNER Orsolya Mária (Kovácsy Á.- Wiegand N.)
PTE ÁOK OEC Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika, Pécs
A-0071
- 9. Többszörös térdtáji ízületi törés ellátása sorozatműtéttel**
SZÁNTAY Csaba (Horváth K.)
MÁV Kórház, Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Budapest
A-0021
- 10. Intraarticularis törésekhez társuló sérülések**
GERGELY Zsolt (Boda T. - Kerekes L.- Bányai T.)
Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Kecskemét
A-0105

11. **A tibia proxialis vég törés utáni korai funkcionális kezelés algoritmus**
TAMÁS Dániel (Józsáné Lányi K.- Vighné Szalay G.)
*Fővárosi Önkormányzat Károlyi Sándor Kórház és Rendelőintézet, Baleseti Sebészeti Osztály, Budapest
A-0022*
12. **Speciális MIPO támasztólemez a tibia proximális vég és diafízis-töréseinek rögzítésére**
NOVICZKI Miklós
*Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat Jósa András Kórháza
A-0122*

19:30 - 23:00 ***Nyitófogadás***
**Koncert a Richter Teremben, majd fogadás
az Iparkamara épületében**
Buszok indulnak az épület elől a koncert után (kb. 20.00-kor)

2006. szeptember 22. (péntek)

7:00 – 7:45 **Vezetőségi Ülés** Alagsori társalgó

8:00 – 8:45 **AO Alumni Közgyűlés** Előadóterem

9:00 – 10:30 **Tibia - 3. szekció** Előadóterem

Üléseelnökök

Prof. Dr. Fekete Károly

Dr. Rácz Sándor

- 1. Izületközeli lábszártörések velőűrszegezése**
FIDEL Zoltán (Kurucz L. - Osgyán H.)
Jávorszky Ödön Kórház, Baleseti Sebészeti Osztály, Vác
A-0026
- 2. FF Nyílt lábszártörések UTN szegezése**
NAGY Szilvia (Kovács J.- Dósa G.)
BMKT Pándy Kálmán Kórház, Traumatológia, Budapest
A-0057
- 3. Nagy energiájú jelentős csontdefektussal járó nyílt pilontörés kezelési taktikája osztályunkon-esetbemutatás**
RYBALTOVSZKI Henrik (Bazsó T.- Németh Á. - Kraszits I.)
DE OEC Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék, Debrecen HBM Kenézy kórház Baleseti Sebészeti és Kézsebészeti Osztálya, Debrecen
A-0065
- 4. Lábszár és láb lágyrészdefectusok fedése Tanszékünkön (az elmúlt 5 év eseteinek feldolgozása)**
FRENDEL István (Molnár L. - Fekete K.)
Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Központ, Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék, Debrecen
A-0051
- 5. Kettős támasztólemez oszteoszintézis a tibia proximális vég töréseinek kezelésében**
SZTÁNYI István
Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat Jósa András Kórháza
A-0120
- 6. Tibia distalis vég törés rögzítése „boka-stabil” szöglettartó lemezzel**
KÁDAS István (Magyari Z.- Szita J.- Bagi I. - Kádas D.- Molnár)
Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, Budapest
A-0088
- 7. Pylon törések kezelése osztályunkon**
PÓCS Levente Árpád (Gera L. - Csomor L.- Haga Á.)
Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Kecskemét
A-0103

8. **A medialis megtámasztás lehetőségei a tibia pylon töréseiben**
MESTER Sándor (Kandár Z.)
Fejér Megyei Szent György Kórház, Traumatológiai Osztály, Székesfehérvár
A-0017
9. **A tibia pylon töréseinek kezelése szögstabil lemezosteosynthesisel**
BUDAI Zsolt (Laky R.)
Zala Megyei Kórház traumatológia, Zalaegerszeg
A-0012
10. **Pilon tibiale törések kezelésének retrospektív elemzése**
BOGOSI Tibor (Balajthy G. - Kalmár I.)
Károlyi Sándor Kórház, Baleseti Sebészet, Budapest
A-0085
11. **Sikerek és kudarcok a femur distalis vég töréseinek kezelésében**
KALMÁR István (Bogosi T. - Gergely P. - Zágh I.)
Fővárosi Önkormányzat Károlyi Sándor Kórház Baleseti Sebészet, Budapest
A-0068

10:30 – 10:45 **Kávészünet**

10:45 – 12:15 **Egyéb - 1. szekció**

Előadóterem

Üléselnökök

Dr. Szita János

Dr. Noviczki Miklós

1. **A combfej keringésének meghatározása osteoscopiával**
NYÁRÁDY József (Naumov I. - Farkas G.- Vámhidy L.- Sebestyén A. - Nyárády Z.)
PTE Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika, Pécs
A-0062
2. **Kezdeti tapasztalataink a combfej mechanikai vizsgálatával műtéti körülmények között.**
FARKAS Gábor (Nyárády J.)
PTE ÁOK OEC Traumatológiai Centrum Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika, Pécs
A-0078
3. **Combnyak törések kezelése kompressziós pengével**
GERA László (Pócs L. - Gergely Zs. - Száz A.)
Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Kecskemét
A-0107
4. FF **Haematogén úton kialakult csípőízületi fertőzést követő patológiás combnyaktörés ellátása**
PÉCSI Örs (Vajda A.)
SE Ortopédiai Klinika, Budapest
A-0011

5. **Disztrakciós csavar a sarokcsont törés rögzítésében**
SZITA János (Kádas I. – Bagi I. – Kádas D.)
Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, Budapest
A-0089
6. **Rehabilitációs szempontok nagyízületi arthrolýsisek utókezelésében**
DUSKA Zsófia
Fővárosi Önkormányzat Uzsoki Utcai Kórház, Budapest
A-0129
7. FF **Új lehetőség az instabil pertrochanter törések kezelésében**
MAROSÁN Péter (Csotye J.- Bardócz L.)
Békés Megyei Képviselettestület Pándy Kálmán Kórháza, Traumatológiai Osztály, Gyula
A-0008
8. FF **Inveterált csípőficam műtéti kezelése**
VARGA Marcell (Gloviczki B.)
Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Budapest
A-0087
9. **Társult betegségek hatása az időskori combnyaktöréseket követő korai halálozás alakulására Magyarországon**
SEBESTYÉN Andor (Bonczi I. – Tóth F. – Nyárády J.)
Baranya Megyei Egészségbiztosítási Pénztár, Pécs Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Budapest PTE, ÁOK, Traumatológiai Centrum, Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika, Pécs
A-0046
10. **Csípőprotézis implantációk területi jellegzetességei Magyarországon**
SEBESTYÉN Andor (Bonczi I. – Tóth F. – Nyárády J.)
Baranya Megyei Egészségbiztosítási Pénztár, Pécs Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Budapest PTE, ÁOK, Traumatológiai Centrum, Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika, Pécs
A-0091
11. **PFN A – új koncepció a proximális femur-törések kezelésében**
SZABÓ Gábor
Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat Jása András Kórháza
A-0121

12:15 – 12:30 Szünet

12:30 – 13:30 **Egyéb - 2. szekció**

Előadóterem

Üléselnökök
Dr. Kiss Gyula
Dr. Szabó Zsolt

- 1. Hibák és tévedések a Felfúrás Nélküli Humerus Velőűrszeg (UHN)használatára kapcsán**
SZABÓ Zsolt (Hoti R. - Lenkei B. - Kazacsay F.)
*Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Egyetemi Oktató Kórház, Traumatológia Osztály, Miskolc
A-0112*
- 2. FF Az alkarcsontok elhajlásos törése gyermekkorban**
SOÓS István (Dósa G. - Kincses Z. - Bardócz L.)
*BMKT Pándy Kálmán Kórház, Traumatológia, Budapest
A-0052*
- 3. FF VIII faktor hiány miatt kialakult compartment syndromás beteg szövődményes esete.**
KAVICZKI Szabolcs (Fodor B. - Jillek T. - Vámhidy L. - Farkas G.)
*PTE ÁOK OEC Traumatológiai Központ, Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika, Pécs
A-0061*
- 4. Posttraumás arthrosisban beültetett reverz vállprotézisekkel szerzett kezdeti tapasztalataink**
SCHÄFER Miklós (Major B.)
*Budai Irgalmasrendi Kórház, Ortopédiai Osztály, Budapest
A-0083*
- 5. Vénás thromboembóliák kiterjesztett profilaxisának szerepe**
KISS Gyula
*Has Megyei Markusovszky Kórház, Baleseti, Helyreállító és Kézsebészeti Osztály, Szombathely
A-0118*
- 6. FF Tapasztalataink egy új típusú implantátummal a humerus proximalis vég oszteoporotikus töréseinek kezelésében.**
PATCZAI Balázs (Vámhidy L. - Farkas G. - Fodor B. - Járai G. - Nyárády J.)
*Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Trauma Centrum, Pécs Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika, Pécs
A-0069*
- 7. FF Sztatikus mágneses téren alapuló, innovatív orvostechnikai eszköz fejlesztéses vizsgálata humán és experimentális körülmények között**
RÁCZ Bernadette (László J. - Süth Zs. - Szendrői M. - Gyires K.)
*Semmelweis Egyetem Farmakológiai és Farmakoterápiás Intézet, Semmelweis Egyetem Ortopédiai Klinika
MTA Matematikai Tudományok Osztálya, Budapest
A-0044*
- 8. Megakadályozásjelenségek - konferenciáink élőbeszédében**
PESTESSY József
*Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Budapest
A-0115*

13:30 – 15:00 ***Berlin-Chemie Zibor
(bemiparin) szimpózium***

Előadóterem

Üléselnök

Dr. Fröhlich Péter

1. **Thromboprophylaxis helyzete és irányelvei**
Dr. Boda Zoltán
DE OEC Haemosztazeológiai Tanszék, Debrecen
2. **LMWH-k alkalmazása a traumatológiai gyakorlatban**
Dr. Detre Zoltán
Szent János Kórház Traumatológiai Osztály, Budapest
3. **Experiences with bemiparin, the new generation LMWH**
Dr. Rafael Otero
Traumatology Department, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, Spain

13:30 – 15:00 **Poszter szekció**

Előadóterem

- 1. Posttraumás tengelyeltéréssel járó talocruralis arthrosis miatt retrográd szegezéssel végzett arthrodesis 5 eset kapcsán. (Mire jó a fiókban maradt combnyakszeg?)**
BALATINCZ Péter (Milkovics R. – Schreithofer L. – Sasvári E. – Horváth B.)
Magyar Imre Kórház, Baleseti Sebészeti Osztály, Ajka
A-0002
- 2. Nyílt distalis lábszártörés ellátása revers nervus suralis lebeny plasztikával**
KINCSES Zoltán (Dósa G. – Fierpasz F. – Csotye J.)
Pándy Kálmán Megyei Kórház, Baleseti Sebészeti Osztály, Gyula
A-0003
- 3. Út a metatarsus töréstől a rokkantságig (esetismertetés)**
BRASSAY Ágnes (Horváth Dománné Á.- Balla A.)
Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház, Traumatológia, Veszprém
A-0007
- 4. A trauma hatásmechanizmusának helyes értékelése Essex-Lopresti ekvivalens sérülés esetén.**
MARTSA Balázs (Batyalik I. – Fekete L.)
MÁV Kórház és Központi Rendelőintézet, Ortopedia-Traumatológia Osztály, Budapest
A-0010
- 5. Inveterált "dashboard injury" műtéti kezelése**
BÁN László
Károlyi Sándor Kórház, Baleseti Sebészet, Budapest.
A-0014
- 6. FF Válltáji sérülésekhez társuló artéria sérülés ellátása osztályunkon**
LÉNÁRT Anett (Szebeni Sz.)
Fővárosi Szent István Kórház és Intézet, Merényi Gusztáv Kórháza, Dél-pesti Traumatológiai Centrum, Budapest
A-0020
- 7. Új szempontok a combnyaktörések elemzésében**
SERESS György (Kurucz L. ¹ – Bagi I. ²)
¹ Jávorszky Kórház, Traumatológia Osztály, Vác; ² Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, Anyagtudományi Tanszék, Budapest
A-0024
- 8. Súlyos, compartement szindrómával járó többszörös boka- és lábsérülés utókezelésének tanulságai (esetbemutatás)**
BARANYAI Ágnes (Kricsfalusy M. – Péntek I.)
Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Baleseti Rehabilitációs Osztály, Budapest
A-0049
- 9. Traumás lábszáramputált beteg rehabilitációja- Esetbemutatás**
ISZAKNÉ KAPPEL Adrienn (Lengyel A.)
Vas Megye és Szombathely MJV Markusovszky Kórház, Fizioterápiás osztály, Szombathely
A-0064

10. **Inkooperabilis beteg nyílt lábszártörésének kezelési taktikája–esetbemutatás**
RYBALTOVSZKI Henrik (Czako D. – Szeferinkin B. – Bazsó T. – Krasztits I.)
DE OEC Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék, HBM Kórház Baleseti Sebészeti és Kézsebészeti Osztály, Debrecen
A-0066
11. **A tibia eminentia töréseinek arthroscopos refixatioja**
BÁRDOS István (Szontagh G.- Laczkó T.- Lendvai F.)
Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Budapest
A-0076
12. **Az AC ízületet rögzítő menetes drót vándorlásának ritka szövődménye**
BÁRDOS István (Laczkó T. - Lendvai F. - Szontagh G.)
Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Budapest
A-0077
13. **Vállizületi instabilitások rehabilitációja klinikánkon**
SZAKÁLAS Judit (Doktor K.- Kiss Z.)
Pécsi Tudományegyetem, Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika, Pécs
A-0081
14. **A kompressziós tűződrót-rendszer**
SZOKOLY Miklós (Szokoly M. - Renner A.)
Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Budapest
A-0100
15. **Fibula fejecs ficam**
KEREKES Lajos (Gergely Zs. - Bányai T.)
Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Kecskemét
A-0106
16. **A Chrisofix sinek használata**
GERA László (Gergely Zs. - Bolla K.- Forgó M.)
Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Kecskemét
A-0109
17. **Fibulafej luxatio ritka esete**
TÓTH Csaba (Veréb V.)
Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Egyetemi Oktató Kórház, Traumatológia Osztály, Miskolc
A-0111

15:00 – 16:45

Tibia - 4. szekció

Előadóterem

Üléselnökök

Prof. Dr. Sárváry András

Dr. Fröhlich Péter

- 1. Utókezelés a funkcionálisan kezelt bokatáji és lábsérültek, illetve műtöttek esetén osztályunk gyakorlatában**
KRICSFALUSY Mihály (Péntek I. - Baranyai Á.)
Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Baleseti Rehabilitációs Osztály, Budapest
A-0095
- 2. Térdficamok kezelése osztályunkon az elmúlt 10 évben**
BALÓ Eszter (Ács G.- Varga Zs.)
Kenézy Gyula Kórház Traumatológiai Osztály, DE OEC Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék, Debrecen
A-0079
- 3. Septikus térd arthrodesisek: indikáció, technika, eredmények**
BARANYI György (Sárváry A. - Pintér Z.)
Semmelweis Egyetem Traumatológiai Tanszék, Péterfy Kórház, Baleseti Sebészeti Osztály, Budapest
A-0097
- 4. Mit tegyünk tibia proximalisvég törések utáni suppuratio esetén?**
VÁMOS Gábor (Fényes L.)
Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Budapest
A-0110
- 5. Nem megfelelően gyógyult tibia proximális vég törések műtéti kezelése osztályunk 5 éves anyagában**
BAZSÓ Tamás (Kraszi I.- Czako D. - Rybaltovszki H.)
DE OEC Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék, HBM Kenézy Kórház, Baleseti Sebészeti és Kézsebészeti Osztály, Debrecen
A-0072
- 6. Cartilago-spongiosa blokkal végzett autotransplantatio eredménye Pylon töréseknél**
HAGA Ágnes (Gera L. - Oberna Gy. - Pócs L.)
Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Kecskemét
A-0102
- 7. FF Tumoros eredetű pathológiás törések ortopéd-traumatológiai ellátásával szerzett tapasztalataink**
PREDL András (Juhász A.)
Szent János Kórház, Ortopéd-Traumatológiai Osztály Budapest
A-0059
- 8. Posttraumás térdarthrosis utáni TEP**
OBERNA György (Gera L. - Gergely Zs. - Tege A.)
Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Kecskemét
A-0108
- 9. Térd protézisek proximalis tibia törés utáni arthrosisokban**
FRENYÓ Sándor
Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Budapest
A-0090

10. **Tibia proximalis vég törései, felszínpótláshoz vezető posttraumás arthrosis**
BALOGH Péter (Jancsó J.- Horváth O. - Szálasy L.)
Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Baleseti sebészeti osztály, Győr
A-0075
11. **Posttraumás gonarthrosis felszínpótlása osztályunkon**
ALMÁSI József (Marafkó Cs. - Szebeni A. - Burkus L.)
Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Traumatológia Osztály, Győr
A-0067
12. FF **Posttraumás térdizületi arthrosisok kezelése revíziós térdprotézissel**
FODOR Barnabás (Vámhidy L. - Farkas G. - Patczai B. - Járai G. - Nyárády J.)
PTE OEC TC Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika, Pécs
A-0028
13. **Térdizületi protézis alkalmazása tibiafej törést követően**
MERÉNYI Gábor (Zágh I. - Gunther T.)
Fővárosi Önkormányzat Károlyi Sándor Kórház, Budai Irgalmasrendi Kórház, Budapest
A-0023

15:00 – 16:45	<i>Sanatmetal Kft. Workshopja</i> <i>Tibia szegezés képerősítő nélküli</i> <i>disztális célzással (TWX)</i>	Alagsori társalgó
16:45 – 17:00	Kávészünet	
17:00 – 19:00	<i>Magyar Traumatológus</i> <i>Társaság Közgyűlése</i>	Előadóterem
20:00	<i>Bankett vacsora</i>	Hotel Konferencia

2006. szeptember 23. (szombat)

8:30 – 10:15 **Egyéb - 3. szekció** Előadóterem

Üléselnökök
Dr. Ács Géza
Dr. Dékány Sándor

1. FF **Polytraumatizált sérültek ellátása Kecskemét vonzáskörzetében**
BÁNYAI Tamás (Kerekes L.)
Kecskeméti Megyei Kórház, Traumatológia, Kecskemét
A-0034
2. FF **"Tömeges" sérült ellátása osztályunkon**
PÉCSI Őrs (Budai M.)
Szent István Kórház - Dél-pesti Regionális Baleseti Centrum, Budapest
A-0013
3. **Az ESIN (TEN) axiális stabilitásának fokozása gyermekkori combcsonttörések kezeléséhez**
KASSAI Tamás (Hargitai E. - Kövári E.)
Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Gyermek-traumatológia, Budapest
A-0006
4. FF **Térdprotetizációt követő supracondyler femur törés szövődményének megoldása Elmsley plasticával.**
JÁRAI Gergely (Vámhidy L.- Fodor B.- Kaviczki Sz.- Nyárády J.)
PTE ÁOK Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika, Pécs
A-0032
5. **Patella ín pótlás: új megoldás, 7 eset**
WIEGAND Norbert (Naumov I.- Vámhidy L.- Bukovecz T.)
PTE OEC Trauma Centrum, Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika, Pécs
A-0019
6. FF **Problémás lábszártörés kezelése**
BARDÓCZ Lóránt (Dósa G. - Kovács J. - Soós I.)
Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórház, Baleseti Sebészeti Osztály, Gyula
A-0036
7. **Achillesi in fedett sérülései. Műtét, nem műtét?**
THOMA György (Jancsó J. - Marafkó Cs.)
Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Baleseti és Helyreállító Sebészeti centrum, Győr
A-0101
8. **Operált talus törések funkcionális kezelésének eredményei**
BARANYAI Ágnes (Kricsfalusy M. - Litvai G. - Kecskeméti Á.)
Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet Budapest, Baleseti Rehabilitációs Osztály, Budapest
A-0050
9. **Alacsony energiájú trauma okozta fiatal sportoló hátsó ficammal társuló combfej törése - Kazuisztika**
ALMÁSI József (Dékány S.- Thoma Gy.)
Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Baleset Sebészeti Osztály, Győr
A-0099

10. FF **Tűződrótok vándorlása**
GLOVICZKI Balázs (Horváth K.)
Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Budapest
A-0082
11. FF **Ritka máj sérülés esetbemutatása**
SOHÁR Gellért (Kószó B. – Csonka E. – Simonka J.)
SZTE ÁOK Ortopédiai Klinika, SZTE ÁOK Traumatológiai Klinika, SZTE ÁOK Sebészeti Klinika, Szeged
A-0038
12. **Súlyos arc és skalp sérülés ellátása omentum majus mikrovascularis szabad lebeny elhalása után**
PINTÉR Sándor (Császár J.¹ – Oláh T.² – Veszely Cs.³ – Simonka J. A.¹)
¹ Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum, Traumatológiai Klinika; ² Szeged Megyei Jogú Város Önkormányzat Kórháza, Sebészeti Osztály; ³ Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet, Szeged
A-0084
13. **Tapasztalatok a thoracolumbalis csigolyatörések gipszcorsette-tel történő kezelésében**
NÉMETHI Zoltán (Molnár L.- Fekete K.)
HBM Kenézy Gyula Kórház, Baleseti Sebészet, Debrecen
A-0063

10:15 – 10:30 **Kávészünet**

10:30 – 12:15 **Innováció - 1. szekció**

Előadóterem

Üléseelnökök

Dr. Dósa Gábor

Dr. Pákozdy János

1. **Bone anchored amputation prostheses**
BRANEMARK Rickard
Sahlgrenska University Hospital, Centre of Orthopaedic Osseointegration, Department of Orthopaedics, Göteborg, Sweden
A-0116
2. **Új rendszerű végtagpótló protézis traumás femur amputáltak részére**
MÓRICZ Ottó (Branemark R.¹ – Máthé T.- Nyárády J.)
PTE ÁOK OEC Traumatológiai és Kézsebészeti Klinika, Pécs; ¹ Sahlgrenska University, Göteborg, Sweden
A-0035
3. **Az elektromos térdmozgató készülék helyes használata**
PAPP Gábor (Martsa B. – Páli K. – Dnyeprovskij B.)
MÁV Kórház és Központi Rendelőintézet, Ortopéd – Traumatológiai Osztály, Budapest
A-0055
4. FF **Kondrocita transzplantáció kiterjed térdízületi femur kondilus porcdefektus esetében (Esetbemutatás)**
GÁSPÁR Szabolcs (Várhelyi L.)
MH Központi Honvédkórház, Baleseti sebészeti Osztály, Budapest
A-0060

5. **Az LCP technika koncepciója és előnyei**
VARGA Endre
Szegedi Tudományegyetem, Traumatológiai Klinika, Szeged
A-0123
6. **Különböző implantátumok stabilitásának vizsgálata medencegyűrűsrülések műtéti ellátásánál számítógépes modellen.**
BODZAY Tamás (Burján T. ² - Bagdi C. ² - Flóris I. ¹ Váradi K. ²)
¹ Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Budapest; ² BME Gépszerkezettani Intézet, Budapest
A-0004
7. **Vérlemezke géllal kiegészített csontpótlás a mozgásszervi sebészetben**
KIRÁLY Zoltán (Moravcsik B. - Gáspár Sz. - Zsiros L.)
MH Dr. Radó György Központi Honvédkórház, Baleseti Sebészet, Budapest
A-0093
8. **Idegserülések helyreállítása oldalvarrat- és gyulladáso-indukciós-technikák kombinálásával felnőtt patkányban**
VANCSÓ Péter (Páli J.- Hamar J.)
Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Budapest
A-0056
9. **Vákuum-asszisztált sebkezeléssel szerzett tapasztalatok**
FEKETE András (Bakity B. - Zsiros L.)
MH Központi Honvédkórház Baleseti Sebészet, Budapest
A-0048
10. FF **Vákuumos sebkezelés-sebzárás alkalmazása osztályunkon**
MAHUNKA Zsolt (Földi J.- Horváth B. - Zsidek L.)
Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház-Rendelőintézet, Traumatológiai és Ortopédiai Osztály, Veszprém
A-0073

12:15 – 12:30 Szünet

12:30 – 14:00 **Innováció - 2. szekció**

Előadóterem

Üléselnökök

Prof. Dr. Hangody László

Dr. Balogh Péter

1. **Innováció a traumatológiában. Egy sikeres, egy sikertelen pályázat története.**
VÁMHIDY László (Nyárády J.)
PTE ÁOK OEC Trauma Központ, Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika, Pécs
A-0054
2. **Innováció és sajkcsontr törés: A Carpal Box radiográfia**
FODOR Barnabás (Sebestyén A. - Nyárády J. - Tóth F.)
Pécsi Tudományegyetem, ÁOK, OEC, Balesetsebészeti- és Kézsebészeti Klinika, Baranya Megyei Egészségbiztosítási Pénztár, Pécs
A-0047

3. **Elülső keresztszalagpótlás során alkalmazható rögzítéstechnikákkal kapcsolatos fejlesztéseink**
BODÓ László (Hangody L.- Berta Á.- Domaraczkai O.-Szily T.- Borsitzky B.)
*Fővárosi Önkormányzat Uzsoki Utcai Kórháza, Ortopéd-Traumatológiai Osztály, Budapest;
PTE AOK Sebészeti Oktató és Kutató Intézet, Pécs
A-0018*
4. **A callus-képződés kísérletes modellje**
FARKAS Tamás (Hamar J.- Melly A.- Vendégh Zs.- Benis Sz.- Wolf K.)
*Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Budapest; Kreiskrankenhaus München-Schwabing, Germany
A-0041*
5. **Neuropeptidek megjelenése és szerepe a csontgyógyulásban.**
HAMAR János (Melly A.- Vendégh Zs. - Farkas T. - Wolf K.- Pfister C.)
*Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Budapest; Kreiskrankenhaus München-Schwabing, Germany
A-0037*
6. **Vazoaktív anyagok szerepe a femur és tibia csontvelő véráramlásának szabályozásában**
VENDÉGH Zsolt (Melly A.- Farkas T. - Józán J. - Wolf K. - Hamar J.)
*Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Budapest; Kreiskrankenhaus München-Schwabing, Germany
A-0039*
9. **A neuropeptidek és vazoaktív anyagok hatása a képződő kallusz mikrocirkulációjának szabályozására**
VENDÉGH Zsolt (Melly A.- Farkas T.- Józán J.- Wolf K. - Hamar J.)
*Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Budapest; Kreiskrankenhaus München-Schwabing, Germany
A-0040*
7. **Csontpótló anyagok szerepe a callusképződésben**
MELLY András (Vendégh Zs.- Hamar J.- Farkas T.- Kádás I.)
*Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Budapest
A-0042*
8. **Csontpótló anyagok biomechanikai vizsgálata**
MELLY András (Bagi I.- TB Orczy - Vendégh Zs. - Hamar J.)
*Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Budapest, BME Anyagtechnológiai Tanszék, Budapest
A-0043*
10. **A tibia mikroszkópikus vizsgálata**
VINCZE János (Tiszay G.- Vincze Z.)
*EEKNA, Budapest
A-0114*
11. **Kompressziós terápia alkalmazása a traumatológiában**
BORBÉLY Zsófia
*Járvorszky Ödön Városi Kórház, Vác
A-0124*

14:00

Kongresszus zárása, díjkiosztó

Névmutató

ALMÁSI József	A-0067, A-0099	GLOVICZKI Balázs	A-0082
ANTAL Sándor	A-0070	GUNTHER Tibor	A-0058
BALATINCZ Péter	A-0002	HAGA Ágnes	A-0102
BALÓ Eszter	A-0079, A-0080	HAMAR János	A-0037
BALOGH Péter	A-0075	HORVÁTH Béla	A-0096
BÁN László	A-0014	ISZAKNÉ KAPPEL Adrienn	A-0064
BÁNYAI Tamás	A-0034	JÁRAI Gergely	A-0032
BARANYAI Ágnes	A-0049, A-0050	KALMÁR István	A-0068
BARANYI György	A-0097	KÁDAS István	A-0088
BARDÓCZ Lóránt	A-0036	KASSAI Tamás	A-0006
BÁRDOS István	A-0076, A-0077	KAVICZKI Szabolcs	A-0061
BAZSÓ Tamás	A-0072	KEREKES Lajos	A-0106
BENKŐ Tibor	A-0031	KINCSES Zoltán	A-0003, A-0005
BODA Tamás	A-0104	KIRÁLY Zoltán	A-0093
BODA Zoltán	A-0125	KISS Gyula	A-0118
BODÓ László	A-0018	KÓSA Jenő	A-0086
BODZAY Tamás	A-0004	KOVÁCS Péter	A-0094
BOGOSI Tibor	A-0085	KRICSFALUSY Mihály	A-0095
BORBÉLY Zsófia	A-0124	KURUCZ László	A-0025
BRANEMARK Rickard	A-0116	LÉNÁRT Anett	A-0020
BRASSAY Ágnes	A-0007	MAGYARI Zoltán	A-0045
BUDAI Zsolt	A-0012	MAHUNKA Zsolt	A-0073
BÖRNER Orsolya Mária	A-0071	MAROSÁN Péter	A-0008
DETRE Zoltán	A-0127, A-0128	MARTSA Balázs	A-0010
DUSKA Zsófia	A-0129	MELLY András	A-0042, A-0043
FARKAS Gábor	A-0078	MERÉNYI Gábor	A-0023
FARKAS Tamás	A-0041	MESTER Sándor	A-0017
FEKETE András	A-0048	MÓRICZ Ottó	A-0035
FIDEL Zoltán	A-0026	NAGY Szilvia	A-0057
FODOR Barnabás	A-0028, A-0047	NAUMOV István	A-0029, A-0030
FRENDL István	A-0051	NÉMETI Zoltán	A-0063
FRENYÓ Sándor	A-0090	NOVICZKI Miklós	A-0122
GÁSPÁR Szabolcs	A-0060	NYÁRÁDY József	A-0062
GERA László	A-0107, A-0109	OBERNA György	A-0108
GERGELY Zsolt	A-0105	OTERO Rafael	A-0126

PAPP Gábor	A-0055
PATCZAI Balázs	A-0069
PÉCSI Örs	A-0011, A-0013
PESTESSY József	A-0115
PINTÉR Sándor	A-0084
PÓCS Levente Árpád	A-0103
PREDL András	A-0059
RÁCZ Bernadette	A-0044
RYBALTOVSZKI Henrik	A-0065, A-0066
SCHÄFER Miklós	A-0083
SEBESTYÉN Andor	A-0046, A-0091
SERESS György	A-0024
SIMONKA János Aurél	A-0033
SOHÁR Gellért	A-0038
SOÓS István	A-0052
SZABÓ Gábor	A-0121
SZABÓ Zsolt	A-0112
SZAKÁLAS Judit	A-0081
SZÁNTAY Csaba	A-0021
SZITA János	A-0089, A-0092
SZLOVÁK Sándor	A-0015, A-0016
SZOKOLY Miklós	A-0098, A-0100
SZTÁNYI István	A-0120
TAMÁS Dániel	A-0022
THOMA György	A-0101
TÓTH Csaba	A-0111
VÁMHIDY László	A-0054
VÁMOS Gábor	A-0110
VANCSÓ Péter	A-0056
VARGA Endre	A-0123
VARGA Marcell	A-0087
VENDÉGH Zsolt	A-0039, A-0040
VINCZE János	A-0114
WIEGAND Norbert	A-0019

A-0001 DELETED

**A-0002 POSTTRAUMÁS TENGYELYTÉRÉssel JÁRÓ TALOCRURALIS ARTHROSIS
MIATT RETROGRÁD SZEGEZÉssel VÉGZETT ARTHRODESIS 5 ESET
KAPCSÁN. (MIRE JÓ A FIÓKBAN MARADT COMBNYAKSZEG?)**

Balatincz Péter - Milkovics R. - Schreithofer L. - Sasvári E. - Horváth B.
Magyar Imre Kórház, Baleseti Sebészeti Osztály, Ajka

A szerzők 5 esetük kapcsán szeretnék bemutatni jelentős panaszokat okozó, tengelytéréssel járó, posttraumásan kialakult felső ugróizületi súlyos arthrosis megoldására az általuk alkalmazott izületi elmerévitést és tengelykorrekciót. Mottó: "Mire jó a fiókban maradt combnyakszeg?"

**A-0003 NYÍLT DISTALIS LÁBSZÁRTÖRÉS ELLÁTÁSA REVERS NERVUS SURALIS
LEBENY PLASZTIKÁVAL**

Kincses Zoltán - Dósa G. - Fierpasz F. - Csotye J.
Pándy Kálmán Megyei Kórház, Baleseti Sebészeti Osztály, Gyula

Hatvan éves cukorbeteg nő lépcsőről lelépve másodfokban nyílt distalis lábszártörést szenvedett. Primer ellátás során fixateur externe rögzítést alkalmaztunk. Second look során a rendszert kiegészítettük a stabilitás javítása érdekében. A csonthiányt autológ spongiosa beültetéssel, a bőrhányt revers nervus suralis érneles lebennyel pótoltuk. A lágyrészviszonyok rendezése után gipszrögzítést helyeztünk fel. A létrejött másodlagos tengelytérést a gipsz ékelésével korrigáltuk. Az esetet azért tartjuk bemutatásra érdemesnek, mert a lábszár distalis harmadában létrejött bőrhány pótlására ez a lebenny jó eredménnyel alkalmazható.

A-0004 KÜLÖNBÖZŐ IMPLANTÁTUMOK STABILITÁSÁNAK VIZSGÁLATA MEDENCEGYŰRŰSÉRÜLÉSEK MŰTÉTI ELLÁTÁSÁNÁL SZÁMÍTÓGÉPES MODELLEN.

Bodzay Tamás – Burján T.² – Bagdi C.² – Flóris I.¹ – Váradai K.²

¹ Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Budapest

² BME Gépszerkezettani Intézet, Budapest

Célkitűzés: C-típusú medencegyűrűsérülések ellátására alkalmazzuk az ún. transsacralis lemezes rögzítést. A szintézis stabilitásának vizsgálatát csont-szalagos preparátumokon illetve végeselemes modellen végeztük el.

Módszer: A végeselemes modell tartalmazza a medencét alkotó csontokat és ízületeket a csípőízülettel és a combcsont proximális végével együtt. Modelleztük a medencegyűrű sérüléseit és az azokat rögzítő műtéti eljárásokat. Az elülső sérülést (symphyseolysis) keskeny DC - lemezzel rögzítjük, a hátsó sérülést (Denis I. sacrumtörés) egyszer az ún. transsacralis technikával, összehasonlításként ventralisan felhelyezett 2 db. rekonstrukciós lemezzel stabilizáljuk. 500 N-os terhelést alkalmazunk, mely a keresztcsont felső felszínén hat, ezzel kívánunk az élettanhoz hasonló körülményeket szimulálni. A végeselemes vizsgálatok meghatározták a két műtéti eljárás hatására ébredő alakváltozási és feszültségi állapotokat. A párhuzamosan végzett csont-szalagos hullapreparátumokon történt vizsgálatok eredményeit kielemeztük, és a számítógépes modellel összehasonlítottuk. Jelen előadásunkban a számítógépes modellen a keskeny illetve széles DC-lemezes rögzítés esetén vizsgáljuk a csontokban és a lemezekben fellépő feszültségeket, alakváltozásokat illetve az elmozdulásokat a törési résben.

Eredmények: A széles DC lemezes rögzítés mellett úgy a feszültségmaximum a csontokban, a lemezekben, mint a deformáció a medence szalagjaiban és az elmozdulás a törési rés két oldala között kisebb, mint keskeny DC-lemezes szintézis esetén.

Következtetés: A vártnak megfelelően a széles DC-lemezes rögzítés nagyobb stabilitást biztosít, így instabilabb sérülésformák (pl. sacroiliacalis lysis), nagyobb testsúlyú betegek esetén alkalmazása indokolt lehet.

A-0005 NYÍLT TÍBIA PROXIMALIS VÉG TÖRÉSEK ELLÁTÁSA OSZTÁLYUNKON (KÉT ESET ISMERTETÉSE)

Kincses Zoltán – Dósa G. – Fierpasz F. – Csotye J.

Pándy Kálmán Megyei Kórház, Baleseti Sebészeti Osztály, Gyula

A nyílt tibia proximális vég törések ellátása, a kielégítő funkció elérése nehéz feladat elé állítja a traumatológusokat. Előadásunkban két, közlekedési baleset miatt elszenvedett, súlyos, nyílt törés ellátását, és az elért eredményt mutatjuk be.

Első esetünkben 34 éves férfi subtotális amputációval járó, nyílt, darabos törésének ellátási taktikáját / fixateur, osteosynthesis, bőrpótlás/ mutatjuk be. Az elért eredményt ilyen súlyos sérülés után kiválóan mondhatjuk.

Másik esetünkben 18 éves férfi térdé segédmotor kerékpárja és egy teherautó kiálló alkatrésze közé szorult. A kiálló fém a tibia proximális részébe fúródva okozta a nyílt törést. Fixateur externe rögzítés, csavaros osteosynthesis, a vérellátás javítása céljából végzett izomlebebeny elforgatás és félvastag bőr átültetése után gyógyult. A térdízületben néhány fokos extenziós elmaradás észlelhető, de panasz mentesen jár, nyomdászként dolgozik.

A-0006 AZ ESIN (TEN) AXIÁLIS STABILITÁSÁNAK FOKOZÁSA GYERMEKKORI COMBCSONTTÖRÉSEK KEZELÉSÉHEZ

Kassai Tamás - Hargitai E. - Kővári E.

Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Gyermek-traumatológia, Budapest

Célkitűzés: Az elasztikus intramedulláris rögzítések (ESIN,TEN) bizonyítottan az elsőként választandó kezelési módszer a gyermekkori diafizis törések kezelésében. Az alkalmazás határát, a nagy instabilitást mutató hosszú ferde, spirális, romzónával, szegmentális defektussal járó - II. típus (v.Laer törésbeosztása) - törések jelentik. Az ilyen törések intramedulláris rögzítése során több szövődményt észleltünk: összecsiszás, rövidülés, rediszlokáció, a relatív hosszabbá váló sínek a bőrt előemelték, dekubitáltak.

2004-ben a MTT kongresszusán beszámoltunk a problémáról és a minimálinvazív módszerek kombinációjaként a TEN és fixateur externe kombinációjával elért jó eredményeinkről.

Szintén bemutattuk a bevezetése helyén percutan csavarral és alátéttel blokkolt TEN-t.

Azóta tovább dolgoztunk e módszerek továbbfejlesztésén és az előző módszerek hibáiból tanulva, keressük az optimális megoldást.

Módszer: Az elasztikus intramedulláris rögzítés elvégzése után a törés lefutása miatt észlelt instabilitás esetében, a minimálinvazív elvek megtartása mellett fokozzuk a stabilitást.

I. Az elasztikus intramedulláris rögzítés után felhelyezett kapcsolószerű két FE csavarból és egy rúdból álló minimális montage a rediszlokációt előzi meg. A külső rögzítőt 3 hét után, a perioszteális kallusz megjelenését követően eltávolítjuk ezzel „dinamizáljuk” a rendszert

II. Az elasztikus intramedulláris szegetet a bevezetése helyén rögzítjük a szeg kicsúszását megakadályozva, stabilizáljuk a törést.

a. csavart vezetünk speciális lukas végű Ender szegbe (Linhart 1999)

b. csavarral és alátéttel stabilizáltuk a titán elasztikus szegetet.

c. Az AO által kifejlesztett végsapkát használtuk a szeg megtámasztására.

d. Általunk kifejlesztett csavarral rögzített „ kis bögre” formájú végzáró elemmel stabilizáltuk a TEN első megtámasztási pontját.

Eredmények: Az acél velőűrsínek használata és blokkolása (3 eset) során nem használhatjuk ki a TAN fémötvözet előnyeit.

A fixateur externe kombinációja (10 eset) a stabilitás szempontjából nagyon jó módszer, de a gyermek számára átmeneti kényelmetlenséget okoz.

A csavarral lefeszített alátét (2 esetben) egyik kis súlyú gyermek esetében jó stabilitást adott, a nagyobb gyermeknél kb. 1 cm összecsiszás létrejött.

Az AO által kifejlesztett end cup és az általunk kitalált „ kis bögre” ígéretesnek bizonyul. Most szerezzük az első tapasztalatokat, de még nem tudunk megfelelő esetszámról beszámolni.

Következtetés: A módszerekkel nem lépünk át a minimálinvazívítás határait, nem okozunk nagyobb lágyrész károsodást, keringésfokozódást, mint módszerek önálló használatával. Az összes szártörés 60%-át stabilizálhatjuk intramedulláris elasztikus sínecsiszással. A fennmaradó kb. 40%, eddig problémát jelentő törések kezelésére a minimálinvazív módszerek az axialis stabilitás fokozásával olyan optimális megoldást keresünk, mellyel e problematikus törések a korábban észlelt szövődmények nélkül kezelhetőek.

A-0007 ÚT A METATARSUS TÖRÉSTŐL A ROKKANTSÁGIG (ESETISMERTETÉS)

Brassay Ágnes - Horváth Dománna Á. - Balla A.

Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház, Traumatológia, Veszprém

Célkitűzés:

- első sérülés ideje, ellátása
- a kialakult peronens laesio és Sudeck syndroma bemutatása
- a későbbi revíziós műtét ismertetése
- a legoptimálisabb mozgásfunkció elérése, megtartása

Módszer:

- a peronens laesio kezelése: torna, szelektív ingeráram
- a nyirokoedema kezelése nyirok masszázzsal (lymphdrainage)
- hegmasszázs

Eredmények:

- a nyirokkezelés hatására az oedema megszűnt
- a hegek fellazultak
- a műtéti megoldás adta lehetőség szerinti mozgásterjedelem bemutatása

Következtetés:

Nem elég a komplex, korrekt ellátás, a sérült pszichés hozzáállása, inaktivitása meghatározhatja a kezelések eredményét. Így lehet egy banálisnak vélhető metatarsus törésből rokkantság.

A-0008

ÚJ LEHET_SÉG AZ INSTABIL PERTROCHANTER TÖRÉSEK KEZELÉSÉBEN

Marosán Péter - Csotye J. - Bardócz L.

Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórháza, Traumatológiai Osztály, Gyula

Célkitűzés: 2004.01.01-től 2006.06.01-ig osztályunkon, trochantertáji törések miatt 241 beteget operáltunk. Ebből 203 beteget Howmedica gammaszeggel, 6 beteget Bionika szeggel operáltunk. 2004. november 6-án óta egy új biomechanikai elgondoláson alapuló, titán anyagú, instrumentáriumot is használhatunk műteteink során (Targon szeg).

Módszer: A módszer lényege a rotációs problémák és nehézségek kiküszöbölése, ezért az implantátum a hagyományosnak mondható módszeren túl, miszerint a combnyakba egy csavar kerül, ezt kiegészíti egy ún. antirotációs pinnel. A pin szerepe a laterobasalis valamint instabil törések esetén jelentősen megnő, ezzel csökkentve a rotációs problémákból eredő szövődményeinket.

Eredmények: Eseteink elemzése során a betegek életkorát, nemét, kísérő betegségeit, ezen kívül a betegeink postoperatív szakban elért mobilizálhatóságát, terhelhetőségét vizsgáltuk. Természetesen szövődményeinket, a módszer nehézségeit is bemutatjuk.

Következtetés: Ezen új módszer bemutatását azért tarjuk lényegesnek, mivel lehetőséget nyújt a jobb stabilitás eléréséhez, a főleg idősebb beteganyag korai mobilizálhatóságának lehetőségét növeli.

A-0009

DELETED

A-0010 A TRAUMA HATÁSMECHANIZMUSÁNAK HELYES ÉRTÉKELÉSE ESSEX-LOPRESTI EKVIVALENS SÉRÜLÉS ESETÉN.

Martsa Balázs - Batyalik I. - Fekete L.

MÁV Kórház és Központi Rendelőintézet, Ortopédia-Traumatológia Osztály, Budapest

Célkitűzés: A gyakorlatban használt törésbeosztások a törtdarabok száma, helyzete és a diszlokáció mértéke alapján osztályoznak. Ebből a sérülés hatásmechanizmusára ugyan lehet következtetni, mégis a törésbeosztási rendszerek erre közvetlen utalást nem tesznek.

Célunk, hogy hatásmechanizmusában az ismert Essex-Lopresti sérüléssel megegyező, de a sérülés elemeit tekintve eltérő sérülés bemutatásával hívjuk fel a figyelmet általában a trauma kialakulási körülményeinek elemzésére.

Módszer: 38 éves férfi összetett alkarsérülésének ellátását ismertetjük. Összevetjük a típusos Essex-Lopresti sérülés jellegzetességeivel, egyben ismertetjük azokat a sérülési elemeket, amelyek a primer vizsgálatkor nem mindig kerülnek észlelésre.

Eredmények: A ficamos alkartörések atípusos csoportjához tartozó, de hatásmechanizmusában az Essex-Lopresti sérüléssel ekvivalens alkarsérülés ellátását helyesen csak úgy tudtuk elvégezni, hogy a sérülés körülményeit részben a fizikális lelet, részben a rtg-felvételek alapján egységes sérülésként elemeztük.

Következtetés: A sérülések rendszerezésére szolgáló, általánosan használt törésbeosztások időnként a sérülés hatásmechanizmusát nem hangsúlyozzák megfelelően. Különösen a többszörös, komplex sérülések esetén a helyes terápia megválasztásához elengedhetetlennek tartjuk a sérülés kialakulásának elemzését, így lehet sikeres a töréstípusokba nem sorolható sérülések ellátása is.

A-0011 HAEMATOGÉN ÚTON KIALAKULT CSÍPŐÍZÜLETI FERTŐZÉST KÖVETŐ PATOLÓGIÁS COMBNYAKTÖRÉS ELLÁTÁSA

Pécsi Örs - Vajda A.

SE Ortopédiai Klinika

Összefoglaló

Betegünknel asepticus femurfej necrosis miatt bal oldali csípőprotézis beültetés történt. Ezt követően fél évvel jobb oldali asepticus femurfej necrosis miatt műtétre készültünk. A beteg heves jobb oldali csípőtáji fájdalom és járásképtelenség miatt került soron kívüli felvételle. Az akkor készült rtg felvételek alapján spontán kialakult jobb oldali patológiás combnyaktörést diagnosztizáltunk. A csípőízületi feltárás során meglepetésünkre nagy mennyiségű pus ürült, Girdlestone állapotot hagytunk vissza. A tenyésztés során azonosított Streptococcus oralis fertőzés miatt célzott antibiotikus kezelést kezdtünk. A góckutatás során szájúregi fertőzés igazolódott, melynek szájszészeti szanálása megtörtént. Több negatív ízületi punctiót és a laborleletek normalizálódását követően sikeres csípőízületi total endoprothesis beültetést végeztünk.

A-0012 A TIBIA PYLON TÖRÉSEINEK KEZELÉSE SZÖGSTABIL LEMEZOSTEOSYNTHESISSEL

Budai Zsolt - Laky R.

Zala Megyei Kórház Traumatológia, Zalaegerszeg

Kórházunkban 2003-ban kezdtük meg a pylon törések műtéti kezelését szögstabil technikával.

Célkitűzés: Az ízületközei törések kezelésében jól beváltak a lemez osteosynthesisek. A pylon tibia törések esetén a hagyományos lemez osteosynthesisek az elfogadhatónál gyakrabban okoztak infectios szövődményeket. Ezért mi és mások is a lemez osteosynthesiseket minimál invazív formában alkalmazzuk. A jó tapasztalatok mellett néhány esetben viszont a reponált lateralis izfelszín részeken redislocatiót és a törés valgizálódását észleltük. Úgy gondoltuk, hogy ez a szövődmény elkerülhető szögstabil lemez osteosynthesisek alkalmazásával.

Anyag és módszer: Olyan szögstabil lemezt konstruáltunk, melynek a distalis végén kialakított szöglet lehetővé teszi, hogy a második distalis csavar is az ízületközelbe kerülhessen. A törést rtg. alatt fedetten reponáljuk, vagy kis feltárásból eszközös repositiót végzünk. A belboka felett ejtett 15-20 mm-es incisiót a csont corticalisára toljuk a lemezt. A csavarokat percutan technikával helyezzük be. A beavatkozást 14 betegnél végeztük eddig. A betegek /11 férfi, 5 nő/ átlagéletkora 59/41-72 év/ volt. A törések közül kettő I. fokban, kettő II. fokban, egy III. fokban nyílt volt. Utóbbi esetben két üléses műtéti ellátást alkalmaztunk. Az AO classificatio szerint kettő A típusú, hét B típusú, öt C típusú törés volt. A műtéteket a baleset után 3-24 órán belül végeztük el.

Értékelés: A lágyrészgyógyulást tekintve a hagyományos lemezzel végzett MIPO módszer eredményeihez hasonlóan sebgyógyulási zavar nem fordult elő.

A szögstabil lemez és csavarok segítségével a csontdarabok nagy szilárdsággal rögzíthetők és redislocatio a későbbiekben sem fordult elő. Bemutatjuk két betegünk dokumentációját.

A-0013 "TÖMEGES" SÉRÜLT ELLÁTÁSA OSZTÁLYUNKON

Pécsi Örs - Budai M.

Szent István Kórház - Dél-pesti Regionális Baleseti Centrum

Összefoglaló

Betegünket autóbaleset súlyos sérültjeként szállították ambulanciánkra. A mentőktől kapott előzetes értesítést követően rutinszerűen készültünk az osztályunkon érvényben lévő politrauma ellátási protokoll végrehajtására. Az, hogy ettől később számos ponton el kellett térnünk, sőt bizonyos elveket feladnunk, csak a beszállítást követően a sérülttel való szembesülés kapcsán lett nyilvánvaló. A 200 kg testtömegű beteg vizsgálata és ellátása során számos olyan problémába ütköztünk, melyek megoldása csak az ellátó team tagjainak tankönyvből nem tanulható leleményességének és józan ítélőképességének köszönhető. Prezentációnk célja ezeknek az ötleteknek, a szokásostól eltérő lépéseknek képekkel is illusztrált bemutatása.

A-0014 VETERÁLT "DASHBOARD INJURY" MŰTÉTI KEZELÉSE

Bán László

Károlyi Sándor Kórház, Baleseti Sebészet, Budapest.

Célkitűzés: M.V., 35 éves nő három héttel korábban személygépkocsi vezetőjeként sérült, autópályán egy másik jármű hátulról behajtott. A műszerfal okozta jobb oldali térd sérülését. Az első ellátó intézetben térdtáji törése nem került felismerésre. A röntgen felvételen Schatzker VI. típusú, luxációs tibiafejjel, és fibulafejjel törést láttunk (egyéb társsérülésekkel, neurovaszkuláris szövődmény nélkül). A pontosabb törésbeosztáshoz CT vizsgálatot végeztünk. A diszlokált, imprimált ízületi felszín törésben a kezdődő kalluszképződés, a szubluxáció, a látható tengelyhiba feladta a leckét, hogy milyen kezelési stratégiát válasszunk. A lágyrészek állapota, a felmerülő mélyvénás trombózis lehetősége, és a sérült nem jól beállított inzulindependens cukorbetegsége, kolitiszes alapú hasmenése miatt a műtét további halasztására kényszerültünk. Felmerült a konzervatív kezelés, és egy későbbi térdízületi protézis implantáció lehetősége is. A sérült életkora, alapbetegségei, és a protézisvárható, reális szövődményei veszélye miatt célszerűnek tűnt a térdízület műtéti rekonstrukcióját választani.

Módszer: A törést egyhetes előkészítés után operálhattuk meg. A komplex tibiafejjel törések ellátására alkalmas hibrid fixateur nem állt rendelkezésünkre. Az általunk választott műtéti megoldás: ízület rekonstrukció, oszteoszintézis és szupportív fixateur externe rögzítés. Transzartikuláris fixateur segítségével, a ligamentotaxis lehetőségét használva disztraktációs repozíciót végeztünk. A laterális condylust feltárva, a mediális minimál invazív módszerrel emeltük ki. Röntgen képerősítő alatt megszüntettük a condylus-vidék kiszélesedését műszeres kompresszióval, és a lehető legjobb ízületi kongruenciát igyekeztünk elérni. Laterálisan Manninger-lemezzel végeztünk szintézist, mediálisan csavarozás történt. Mindkét oldalon homológ spongióza plasztikát végeztünk.

Eredmények: Zavartalan sebgyógyulás. A térdízület áthidaló fixateur 6 hetes korbán eltávolítottuk. Ízületi bemozgatás után ekkor 5/80 fokos volt a funkció. CPM kezelést, gyógytornát indítottunk. A három hónapos kontrollra a sérült elérte az aktív 120 fokos flexiót. A törése radiológiailag jó helyzetben gyógyult. Kisfokú térdízületi artrózisa, tolerálható szubjektív panaszai vannak. Segédeszköz nélkül járóképes, munkájába visszaállt. Sérülése óta 1 év telt el, fémkivételt tervezünk.

Következtetés: Optimálisan invazív és kellően stabil eljárással a térdízület jelen esetben rekonstruálható volt. Az AO irányelvei mérvadóak: az ízületi töréseket milliméter pontosan kell reponálni és retineálni, mert az ízületi inkongruencia a poszttraumás artrózis táptalaja. Mozgásstabil szintézissel lehet az ízület funkcióját megőrizni. A poszttraumás artrózis kialakulásához idő kell.

Esetünkben kompromisszumos műtéti megoldás született. Sérültünknel a jó mozgás amplitúdó, a tolerálható szubjektív panaszok, és a korábbi munkához való visszatérés lehetősége igazolták a kezelési stratégiánk helyességét. A további kezelési cél a poszttraumás artrózis progressziójának megelőzése, és a protézisvárható lehetőség szerinti minél további halasztása.

A-0015 A CT SZEREPE A TIBIA PROXIMÁLIS, IZÜLETBE HATOLÓ TÖRÉSEINEK DIAGNOSZTIKÁJÁBAN

Szlovák Sándor - Götz D. - Cs. Frank L.

*Fővárosi Önkormányzat Szt. István Kórház, Merényi Gusztáv Kórháza, Traumatológia,
Dél-pesti Trauma Centrum, Budapest*

Célkitűzés: Előadásunk célja kettős volt. Egyrészt azt szeretettük volna felmérni, hogy a tibia proximális ízületbe hatoló törései között melyek azok, amelyeknél a hagyományos kétirányú, esetleg kivetített condylus rtg vizsgálatok után a CT még lényeges információt adhat és ezáltal segíthet bennünket a megfelelő konzervatív, vagy műtéti kezelés megválasztásában. Másrészt kíváncsiak voltunk arra, hogy ezt a ma már osztályunkon is könnyen hozzáférhető képalkotó módszert milyen arányban használjuk és ez hogyan változott az elmúlt öt év során.

Módszer: Leválogattuk az osztályunkon 2000. december 1. és 2005. december 1. között osztályunkon tibia proximális, ízületbe hatoló törése miatt hospitalizált betegek dokumentációját. Röggítettük:

1. az rtg vizsgálat meglétét,
2. a CT vizsgálat elvégzését,
3. a törés AO beosztás szerinti típusát,
4. a felvételi kezelési tervet,
5. a végleges kezelési tervet, illetve az elvégzett ellátás típusát (konzervatív v. műtéti, illetve annak fajtája).

Eredmények: Osztályunk öt éves anyaga alapján elmondható, hogy az AO beosztás szerint B2, B3, valamint a C típusú törések esetében történt leggyakrabban az rtg vizsgálat után kiegészítő jellegű CT vizsgálat és az főleg a B csoportba tartozó törések esetén módosította az eredeti kezelési tervet, vagy tette egyértelműbbé a véglegesen választott ellátás típusát.

Következtetés: A CT vizsgálat a legtöbb traumatológiai osztályon ma már könnyen hozzáférhető, gyorsan elvégezhető diagnosztikai eljárás. A hagyományos rtg vizsgálatához képest, beleértve a kivetített condylus felvételeket is, sokkal korrektebb az impresszió megítélése.

Használata különösen célszerű a kezelési terv bizonytalansága (konzervatív v. műtéti ellátás, választandó műtéti típus: pl. percutan csavarozás, v. ízületi feltárás, impresszió kiemelés, ASP) esetén.

A-0016 A TIBIA EVOLÚCIÓJA

Szlovák Sándor - Cs. Frank L.

Fővárosi Önkormányzat, Szent István Kórház Merényi Gusztáv Kórháza, Traumatológia, Dél-pesti Trauma Centrum, Budapest

Célkitűzés: Mivel a 2006. évi kongresszus fő témái közül kettő a tibia töréseivel foglalkozik, elhatároztuk, hogy talán a többi előadást felvezetendő utánanézzünk annak, hogy a törzsfejlődés során milyen lépcsőfokokon keresztül formálódott a sípcsont, míg eljutott a mai homo sapiensben anatómiai és funkcionális egységként szolgáló formájáig.

Módszer: Célunk eléréséhez áttekintettük a vonatkozó hazai és külföldi szakirodalmat. Felvettük a kapcsolatot a Semmelweis Egyetem I. Anatómiai Intézetével, hogy az ott lévő preparátumokat tanulmányozhassuk és előadásunkat szemléletesebbé tevő fotókat készíthessünk.

Eredmények: Tudjuk azt, hogy előadásunknak nagy tudományos értéke nincsen, az inkább "ismeretterjesztő" jellegű. Mégis azt gondoljuk, hogy ez a kis kiterő társtudományunk, a biológia felé nem lesz érdektelen és sikerül szemléletesen bemutatni az evolúció e kis szelétét.

Következtetés: Mint az élő szervezetek bármelyike, az emberi test egészében és részeiben is a "szükségleteknek és igényeknek" megfelelően formálódott csodálatos alkotás. Ismerve azt, hogy milyen út vezetett az emberi sípcsont kialakulásához, talán más szemmel nézve végezzük el a mindennapos felfúrás nélküli retheszelt velőúrszegezést.

A-0017 A MEDIALIS MEGTÁMASZTÁS LEHETŐSÉGEI A TIBIA PYLON TÖRÉSEIBEN

Mester Sándor - Kandár Z.

Fejér Megyei Szent György Kórház, Traumatológiai Osztály, Székesfehérvár

Célkitűzés: A tibia pylon töréseinek műtéti ellátásában a fibula rekonstrukciója, a tibia ízfelszínének helyreállítása és szükség esetén a spongiosa graft mellett, kiemelt jelentőségű a tibia medialis megtámasztása. Vizsgálni kívántuk, hogy anyagunkban az erre alkalmazott módszerek milyen eredményekre vezettek.

Módszer: Egységes alapelvek követésével, egymás után operált kilenc tibia pylon törés utánvizsgálatát végeztük el, legalább egy éves követési idővel.

Két törés kis energiájú, hét nagyenergiájú sérülés következménye volt.

A két kis energiájú és egy nagyenergiájú törés primaeren, a tibia törése hat esetben második ülésben, fixateur externe rögzítés után került ellátásra.

A medialis megtámasztásra hat esetben ellapított félcső lemezt, egy esetben lóherelevél lemezt, egy esetben harmadcső lemezt, egy esetben csavar rögzítést alkalmaztunk. Egy alkalommal az ízfelszín pótlása primaeren, spongiosa graffttal történt.

Eredmények: Az ízfelszín helyreállítása minden esetben sikeres volt, korai arthrosisos jeleket nem észleltünk. A bokaizület extenziója az ép oldaltól átlagosan 10 fokkal elmaradt. Egy kis energiájú sérülést követően álízület alakult ki a lemez törésével. A műtéti területben bőrelhalás, vagy infekció nem lépett fel. Egy nyársinfekció fordult elő az V. metatarsus felett. Egy alkalommal elhúzódó törésgyógyulás miatt spongiosa graft átültetése történt.

Következtetés: Szögstabil lemez hiányában az általunk alkalmazott medialis megtámasztási módszerek mindegyike megfelelőnek bizonyult a pylon törések műtéti ellátásában. Az egy esetben észlelt álízület az orvosi tanács ellenére, korán kezdett terhelés következménye volt. A módszer megválasztását döntően a törés morfológiája befolyásolja. Az ellapított félcső lemez előnye, hogy arra alkalmas esetekben minimal invazív módszerrel, percutan behelyezhető és elegendően erős rögzítést nyújt. A tibia műtétjének halasztása esetén a trianguláris fixateurrel szemben az unilaterális, csak a calcaneusban rögzítő montage-t előnyösebbnek tartjuk.

A-0018 ELÜLSŐ KERESZTSZALAGPÓTLÁS SORÁN ALKALMAZHATÓ RÖGZÍTÉSTECHNIKÁKKAL KAPCSOLATOS FEJLESZTÉSEINK

Bodó László - Hangody L. - Berta Á.- Domaraczki O. - Szily T.- Borsitzky B.

Fővárosi Önkormányzat Uzsoki Utcai Kórháza, Ortopéd-Traumatológiai Osztály, Budapest
PTE AOK Sebészeti Oktató és Kutató Intézet, Pécs

Az elmúlt 6 év során került kifejlesztésre elülső keresztszalagpótlás során a pótszalag sípcsonti rögzítését szolgáló, a feszítés mértékének beállítására is lehetőséget adó TENSOFIX implantátum.

Ennek fő eleme az egyik felszínén fűrészfogszerű fogazással ellátott műanyag pánt, végén olyan kiképzésű hurokkal, melyen át lehet vetni a szalagpótlásra szánt inat, így a pótszalag és az implantátum láncszemekhez hasonlóan rögzül egymáshoz.

Az implantátum másik eleme egy fűrészfogazott nyelvel ellátott műanyag gyűrű, mely a pántszerű főelemre felfűzhető és azon csak abba az egy irányba mozdítható el, melyet a fűrészfogazott felszín megengednek. Működési elvét tekintve a kábelkötegelő bilincsnél és a Partridge cerclage-nál is alkalmazott elv szerint működik. Lényege, hogy a pótszalag hurkon átvetett, sípcsont-hoz való rögzítést megkívánó végét a sípcsont corticalisára felfekvő gyűrű felé lehet közelíteni és a pótszalagot megfeszíteni, melynek ebben a megfeszített állapotban történő megtartását biztosítják az implantátum két alkatrészének egymáshoz képest csak egyirányú elmozdulást megengedő fogazott érintkezési felszínei.

Napjainkban egyre gyakrabban használnak semitendinosus inából képzett oltványt, mint szabad transzplantátumot a térdízület elülső keresztszalagjának pótlására. Az eljárás során a fonalakra vett és több köteggé hajtott inából készült pótszalagot rögzítik csontokhoz. A szerzők többféle varrattechnikát összevetve azt találták, hogy a szabad ínvegek biztonságos rögzítése szempontjából az egyes öltéstípusok között lényeges különbség nincs, viszont mindegyiket felülmúlja, ha az inat fonalhurkon átvetve tudják rögzíteni. A pótszalag combcsonti rögzítésének erre kidolgozott technikája, a fonalhurokkal ellátott négylyukú fémlemezével / EndoButton/ való rögzítés, már régóta ismert.

Célkitűzés: Ennek láncszemekre emlékeztető, „hurok a hurokban” elven működő rögzítési elvét kívánták alkalmazni a sípcsonti szalagrögzítésnél is, saját fejlesztésű implantátum segítségével, mely alapanyagának megválasztása előtt különböző alapanyagú sebészeti varróanyagok inakra, mint szabad transzplantátumokra gyakorolt hatását hasonlították össze kutyákban.

Módszer: Beagle fajtájú kutyák Achilles inának hosszanti megfelezésével nyert szabad transzplantátum egyik végét poliészter, másik végét poliamid varrófonalakkal öltötték fel. A kísérleti állat sípcsontjába 3 furatot készítettek. A két szélső furatba a fonalakra felvett ínvegeket húzták be, a fonalakat a furatok ellenkező oldali szájadékánál, titánötvözetből készült gombokkal rögzítették. A szabad oltvány középső részén poliamidból készült műanyag pántot hurkoltak át és az így megkettőzött inszakaszt a pánt segítségével a középső furatba húzták, majd a műanyag pántot is titánötvözetből készült gombbal rögzítették az ellenoldalon.

Eredmények: 10 kísérleti állaton végeztük el a fenti kísérletet.

3 héttel később 2 állat, 3 hónappal később újabb 2 állat, majd 9 hónappal később az utolsó 6 állat került leolásra, az operált sípcsonti rész szövettani feldolgozása céljából, melynek révén igazolták, hogy a közeljövőben humán felhasználásra szánt poliamid hurok, ill. annak anyaga nem vált ki eltérő, ill. hevesebb szöveti gyulladásoz reakciót, mint a mindennapi gyakorlatban térdízületi szalagpótló műtétek során használatos poliamid és poliészter fonalak.

Következtetés: A fenti eredmények lehetővé teszik az implantátum klinikai tesztelésének megkezdését.

A-0019 PATELLA ÍN PÓTLÁS: ÚJ MEGOLDÁS, 7 ESET

Wiegand Norbert - Naumov I. - Vámhidy L. - Bukovecz T.

PTE OEC Trauma Centrum Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika, Pécs

Célkitűzés: A ligamentum patellae hiánya – akár inveterált szakadásról, ismételt szakadásról, vagy műtéti szövődményről van szó – igen ritkán fordul elő. Az in pótlására a szerzők egy általuk kidolgozott megoldást mutatnak be.

Módszer: A ligamentum patellae pótlása a következő módon történik: a tuberosita tibiae-től proximál irányba hosszanti feltárásból kiperaráljuk a patella ín helyét, kimérjük a pótolandó szakasz hosszát, majd a quadriceps vastus lateralis fasciából 2 cm széles distalra nyelezett lebenyt készítünk, ezt a lebenyt Y alakban visszahajtjuk a tuberositáshoz és a patella medialis oldalához öltjük, majd Atlas kábellel tehermentesítjük a varratokat. A műtétet követően a rehabilitációt állítható brace-ben kezdjük, melyet hat hétig visel a beteg. A teljes fizikai aktivitást a 12. héten engedélyezzük.

A fenti módszert 7 alkalommal használtuk, melyek közül 2 esetben inveterált szakadás, 2 esetben térdprotézis revíziójakor, 1 alkalommal distalis patella álüzlet miatt, 1 alkalommal BTB grafttal történt keresztzalag pótlás után bekövetkezett szakadás és 1 szeptikus necrosis után pótoltuk az inat. Betegeink közül 4 nő és 3 férfi, átlagéletkoruk 41 volt. Követési idő min. 6 hónap volt.

Eredmények: A kontroll vizsgálatok a 6., 12. héten, majd szükség esetén havonta, fél évesen és egy évvel a műtét után történtek. Minden esetben részletes fizikális vizsgálatot végeztünk, az elért eredményeket a Lysholm féle funkcionális skálán osztottuk be.

Mind a hat betegnél sikerült a gyógyulást, a térdüzletben a teljes aktív extensiot, és a minimum 90 fokos flexiot elérni.

Következtetés: Az általunk kidolgozott és bemutatott módszer eltér az igen kis számú közleményben korábban leírt megoldásoktól. A vastus lateralis fasciából képzett Y lebennyel végzett pótlás biológiailag és biomechanikailag a legkedvezőbb feltételeket biztosítja a gyógyuláshoz.

A-0020 VÁLTÁJAI SÉRÜLÉSEKHEZ TÁRSULÓ ARTÉRIA SÉRÜLÉS ELLÁTÁSA OSZTÁLYUNKON

Lénárt Anett - Szebeni Sz.

Fővárosi Szent István Kórház és Intézet, Merényi Gusztáv Kórháza, Dél-pesti Traumatológiai Centrum, Budapest

A váltójai sérülések ismert, de nem gyakori, súlyos szövődménye az artéria axillaris sérülése. A fel nem ismert érsérülés a végtag elvesztését, legsúlyosabb esetben a beteg halálát okozhatja, míg időben történő pontos diagnózis felállítás esetén a sérülés igen jó eredménnyel gyógyítható. Tekintettel arra, hogy bár ezen sérülés típusal hosszabb ideig szinte nem is találkoztunk osztályunkon, ebben az évben több ilyen eset is előfordult, szeretnénk felhívni a figyelmet betegeink bemutatásán keresztül ennek jelentőségére.

A-0021 TÖBBSZÖRÖS TÉRDTÁJI ÍZÜLETI TÖRÉS ELLÁTÁSA SOROZATMŰTÉTEL.

Szántay Csaba – Horváth K.

MÁV Kórház, Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Budapest

Célkitűzés: Többszörös térdtáji törés elsődleges csontgyógyító műtete után kialakult izületi felszín károsodásának megoldása

Módszer: Elsődlegesen csontgyógyító műtét, csontgyógyulás után izületi felszínkárosodás miatt művi izületi pótlás.

Eredmények: Megfelelő izületi mozgásterjedelem és fájdalommentes működés.

Következtetés: Többszörös sérülés esetén elsődlegesen a törés gyógyulására kell törekedni. Másodlagos izületi felszínkárosodás miatt későbbiekben protézis műtetre kerülhet sor.

Az eset érdekességének tartjuk, hogy az elsődleges izületi pótlás során revíziós protézist használtunk.

A-0022 A TIBIA PROXIMALIS VÉG TÖRÉS UTÁNI KORAI FUNKCIONÁLIS KEZELÉS ALGORITMUSA

Tamás Dániel – Józsné Lányi K. – Vighné Szalay G.

Fővárosi Önkormányzat Károlyi Sándor Kórház és Rendelőintézet, Baleseti Sebészeti Osztály, Budapest

Célkitűzés: A tibia proximalis vég különböző töréstípusainak megfelelő műtéti kezelések utáni korai funkcionális kezelés ismertetése, bemutatása.

Módszer: Artromot (CPM) fokozatos aktív funkcionális torna, jégzselé használata, mobilizáció - járás tanítás tehermentesítéssel térdortézisben.

Műtétet követő első napokban CPM és vezetett aktív technikák alkalmazásával gyakoroltatjuk a mozgásokat, az izomerő és a mozgástartomány növekedésével aktív gyakorlatokat végeztetünk. Járás tanítás az operált végtag tehermentesítésével ortézisben.

Eredmények: A jó funkcióval való gyógyuláshoz jelentős mértékben hozzájárul a korai posztoperatív szakban végzett célzott mozgásterápia.

Következtetés: A tibia proximalis törések esetében is megfelelő operatív ellátás után megkezdett és egyénre szabottan adagolt fizio-terápia alapozhatja meg a sérült gyorsabb, teljesebb és szövődésmenymentes rehabilitációját.

A-0023 TÉRDIZÜLETI PROTÉZIS ALKALMAZÁSA TIBIAFEJ TÖRÉST KÖVETŐEN

Merényi Gábor – Záh I. – Gunther T.

Fővárosi Önkormányzat Károlyi Sándor Kórház, Budapest

Budai Irgalmasrendi Kórház, Budapest

Célkitűzés: Felmértük, hogy a tibiafej ízületbe hatoló töréseinek kezelése után milyen arányban volt szükség térdizületi protézis beültetésére, ez mennyiben javította a funkciót, illetve csökkentette a panaszokat.

Módszer: A Károlyi Sándor Kórház Traumatológiai Osztályán 2000.01.01-2004.12.31 között kezelt ízületbe hatoló tibiafej törött betegeket vizsgáltuk. A panaszokat okozó posztraumás arthrosis miatt szükségessé váló térdprotézis beültetésre kerülő betegeknél vizsgáltuk a baleset mechanizmusát, az elsődlegesen alkalmazott kezelést, a protézis beültetéséig eltelt időt, valamint a protézis típusát. A műtétet követő állapotjavulást HSS adattalppal mértük fel.

Eredmények: Az említett 5 évben 209 ízületbe hatoló tibiafej törést kezeltünk. Közülük 4 hónap - 4 év elteltével 8 esetben került protézis beültetésére funkció beszűkülést, és/vagy fájdalmat okozó tengelyhiba, illetve arthrosis miatt. 4 esetben unicompartementális, 3 esetben CR, 1 esetben száras, revíziós total protézis beültetésére került sor. A több évvel a sérülést követően alkalmazott arthroplastica a funkcióban csak kismértékű javulást eredményezett, a fájdalom azonban jelentősen csökkent. A HSS score-ban szignifikáns javulás volt tapasztalható.

Következtetés: Az ízületbe hatoló tibiafej törések primer ellátásánál törekedni kell az izfelszín és a tengely tökéletes helyreállítására. Amennyiben a későbbi panaszok miatt mégis szükségessé válik protézis beültetése, az anatómiaihoz közelítő csontszerkezet megkönnyíti a műtét elvégzését, illetve javítja annak eredményességét.

A-0024 ÚJ SZEMPONTOK A COMBNYAKTÖRÉSEK ELEMZÉSÉBEN

Dr. Seress György – Kurucz L.¹ – Bagi I.²

¹Jávorszky Kórház, Traumatológia Osztály, Vác

²Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, Anyagtudományi Tanszék, Budapest

Az elmúlt évben előadásunkban elemeztük a combnyaktörés utáni új dinamikai környezetet és részben a kettős kanulált csavarozás dinamikai vonzatait. További vizsgálódásunk a jelenlegi műtéti módszer hátrányait és a dinamikailag kívánatos megoldást taglalja.

Ennek elemei:

- 1.a korábbi véleménnyel ellentétben a caudalis csavar nem kétkarú, hanem egy karú emelő.
2. hasonlóan a cranialis csavar is egy karú emelő
3. a dinamikailag kedvezőbb helyzetű cranialis csavar forgató nyomatékának elemzése
4. a dinamikai szempontból megfelelő implantatum tulajdonságai

A-0025 MIRE ALKALMAS A SZÖGLETSTABIL TECHNIKA A TIBIA PROXIMALIS VÉGÉN?

Kurucz László – Seress Gy. – Borkó A.

Jávorszky Kórház, Traumatológia Osztály, Vác

Egyre több testtájékon jelenik meg a friss sérültellátás és a korrekció eszközeként a szögletstabil lemez-csavar együttes.

A tibia proximalis végén alkalmazható új implantatum azért fontos, mert a gravitációs terhelést viselő legnagyobb ízület tibialis komponense nagyon sérülékeny a spongiosus szerkezete és az ízületi felszíne miatt, a regio jellegéből adódóan az igényes rekonstrukció hagyományos eszközökkel nehézségbe ütközik. A probléma oka az, hogy spongiosus csont sérülése esetén a bizonytalan csontminőség miatt a hagyományos rögzítőkkel végzett osteosynthesis rövid és hosszútávú retentios értéke még csont pótlással együtt is kiszámíthatatlan, az elvárásoktól elmarad.

Minek minősül a szögletstabil lemez mechanikai szempontból? Támasztó lemeznek? Fixateur interne-nek? Milyen mechanikai feladatot kell ellátnia?

Néhány konkrét helyzet:

- Anyaghiányos törés esetén hagyományos műtégi technikánál kötelező a csont pótlás. Szögletstabil lemeznél is így van?

- A jobb retentios hatás miatt lehet-e hagyatkozni secunder- és rés- gyógyulásra?

- Elegendő-e az unilateralis lemez bikondylaris sérülésnél, vagy itt is szükséges a kettős megtámasztás?

- Érdemes-e septicus szövődmény esetén módszert és implantatumot váltani és ezt használni nagyobb stabilitása és titán anyaga miatt?

A fenti kérdésekre keresünk válaszokat és kívánjuk elmondani véleményünket előadásunkban operált eseteink nyomán is.

A-0026 IZÜLETKÖZELI LÁBSZÁRTÖRÉSEK VELOŐRSZEGEZÉSE

Fidel Zoltán – Kurucz L. – Osgyán H.

Jávorszky Ödön Kórház, Baleseti Sebészeti Osztály, Vác

Osztályunkon az elmúlt évben a lábszártörések ellátási repertoárja egy új módszer bevezetésével bővült.

Az új fejlesztésű szeg megteremti a lehetőségét annak, hogy a velőrszegezés indikációs területének kiterjesztésével egyes ízületközeli törések (41 A2, A3; 43 A1, A2, A3) stabil intramedullaris rögzítését elvégezzük.

Az elmúlt közel egy évben mintegy húsz betegen végeztünk műtétet az új implantatummal.

Előadásunkban a módszer ismertetésére és a kezdeti eredmények bemutatására kerül sor.

A-0027 DELETED

**A-0028 POSTTRAUMÁS TÉRDIZÜLETI ARTHROSISOK KEZELÉSE REVÍZIÓS
TÉRDPROTÉZISSSEL**

Fodor Barnabás - Vámhidy L. - Farkas G. - Patczai B. - Járai G. - Nyárády J.

PTE OEC TC Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika, Pécs

A posttraumás térdizületi arthrosis komoly problémát jelent a kezelésben. A kialakult deformitás megoldása lehet osteotomia, szánkó protézis, illetve felszínpótló protézis. Sok esetben a következmény egy rosszul mozgó, merev térd lett, mivel a sérülés és a korábbi műtétek rosszabb körülményeket teremtnek a protetizációra.

A megoldás súlyos deformitás esetén revíziós protézis beültetése lehet. Sajnos a gyakori jelentős csonthiány pótlása alapos tervezést, megfelelő műszerkészlet és megfelelő revíziós protézis meglétét kívánja.

Klinikánkon 2000 és 2006 között 12 esetben végeztünk revíziós térdprotézis beültetést korábbi sérülést követően. A betegek gyógyulásukkal elégedettek, a korábbi átlag 55 fokos mozgásterjedelem 87 fokra javult. Az Insall által leírt Knee Society Rating System alkalmazásával is szignifikáns javulást sikerült elérni.

Tapasztalataink alapján a jó indikációval végzett, megfelelően megtervezett revíziós térdprotézis hasznos eszköz a posttraumás súlyos térdizületi arthrosist követően.

A-0029 TIBIA PROXIMÁLIS VÉG TÖRÉSEINEK KEZELÉSE LISS-SZEL.

Naumov István - Nyárády J.- Vámhidy L.- Wiegand N.- Fodor B.

PTE OEC ÁOK Trauma Központ Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika, Pécs

Bevezetés: A tibia proximális vég törései nagy kihívást jelentenek manapság is az ellátó intézet és orvos számára. Erre a problémára számtalan megoldás ismert. Jelenleg a legkorszerűbb megoldást a szögletstabil rendszerek adják. Ezek közül is kiemelkedik a LISS.

Anyag és módszer: A PTE ÁOK OEC Trauma Központ Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinikán 2004 -től kezdtük el alkalmazni a LISS-t. Az eltelt időben 25 betegnél végeztünk oszteoszintézist LISS-szel. A törések az AO beosztást figyelembe véve a 41 A2-től 41 C3 típusig terjedtek.

Eredmények: Az összes törés gyógyult, állízület szzeptikus szövődmény, implantátum eredetű szövődmény nem fordult elő.

Megbeszélés: A tibia proximális töréseinek kezelésében a LISS véleményünk, tapasztalataink és az elért eredményeink alapján vezető szerepet kell, hogy játsszon.

A-0030 LCP A PROXIMÁLIS TIBIA TÖRÉSEK ELLÁTÁSÁBAN.

Naumov István – Wiegand N.

PTE OEC ÁOK Trauma Központ Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika, Pécs

Bevezetés: Az LCP lemezek a szögletstabil rendszerek jelenlegi legkorszerűbb tagja. Széleskörű felhasználást engednek meg és az un. „kombi lyuk” segítségével lehetővé teszik a hagyományos lemezelési technikák, bár limitált használatát, a szögletstabil technikák kombinálásával.

Anyag és módszer: A PTE ÁOK OEC Trauma Központ Balesetsebészeti és Kézsebészeti klinikán 2004 óta került bevezetésre a Synthes LCP rendszere. Elsősorban a tibia proximális 41 A2 - 41 C2 töréseinél került alkalmazásra. A proximális tibia törések 22 betegnél kereültek ellátásra LCP-vel.

Eredmények: Minden törés gyógyult. Álizület, septicus szövődmény nem fordult elő. Egy betegnél a tibia iz felszínének beroppanása és a következményes posttraumás arthrosis miatt NexGen térd protézis beültetésére kényszerültünk.

Megbeszélés: Az LCP lemezek az igen nagy kombinálhatóságuk és a szögletstabilitásuk miatt feltétlenül alkalmas a tibia proximális és a disztális töréseinek kezelésére.

A-0031 A TIBIA PROXIMÁLIS VÉG IZÜLETI ÖSSZETETT TÖRÉSEINEK KEZELÉSE FIXATEUR EXTERNE-NEL

Benkő Tibor – Deierl K. – Szikora G. – Kiss Cs. – Detre Z.

Szent János Kórház, Budai Trauma Centrum

Célkitűzések: A tibia proximális vég Schatzker beosztás szerinti 5-6 típusú töréseinek kezelése továbbra sem teljesen megoldott probléma. A lemezes feltárasos osteosynthesisek az anatómia viszonyok legaprólékosabb helyreállítását célozzák, azonban jelentős százalékban járnak sebgyógyulási és septicus szövődménnyel. További lehetőség a szögletstabil, áttolt lemezes megoldás, melynek még nincs széles körben elérhető hazai implantátuma. Ezen törések kezelése fiateur externe-nel jól ismert az irodalomban. A hibrid fiateur régebb óta ismert módszer, azonban hozzáférhetősége anyagi okok miatt hazai viszonyok közt nem általános.

Módszerek: A szerzők a minden traumatológia osztály gyakorlatában elérhető AO cső fiateur-ból kialakított hibrid és áthidaló montage-t használták.

Eredmények: Hét eset kapcsán a szerzők részletesen értékelik a röntgen és funkcionális eredményt. Az 52 hetes vagy hosszabb utánkövetés során az összes törésben csontos gyógyulást találtak. Két esetben volt septicus szövődmény, a kezelés korai szakaszában nyárs körüli infectio formájában. Ezek közül csak egy igényelt műtéti beavatkozást. A késői szakaszban mindkét esetben szanalódott az infectio. A funkcionális eredmények jók illetve kitűnőek voltak.

Következtetés: A módszer alkalmas a tibia proximális vég összetett izületi töréseinek kezelésére.

**A-0032 TÉRDPROTETIZÁCIÓT KÖVETŐ SUPRACONDYLER FEMUR TÖRÉS
SZÖVŐDMÉNYÉNEK MEGOLDÁSA ELSLEY PLASTICÁVAL.**

Járai Gergely - Vámhidy L.- Fodor B.- Kaviczki Sz.- Nyárády J.

PTE ÁOK Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika, Pécs

B. K. 52 éves nőbeteg évek óta fennálló térdizültei arthrosis miatt részesült protezis beültetésben. Műtét után két hónappal gyógyfürdőben elesett, supracondyler periproteticus femur törést szenvedett. Klinikánkra került, ahol retrográd femur szeggel (SCN) szintézist végeztünk. Törése gyógyult, funkciója javult, azonban a mozgás visszatérésével a patella kóros subluxatioja alakult ki, mely a betegnek súlyos panaszokat okozott. A tünet háttérében a törés nem pontos repozícióját találtuk. Megoldásként revíziós térdprotézis beültetése, illetve jóval egyszerűbb megoldásként a patella medialisatiója jött szóba. Utóbbi megoldást választottuk, mellyel teljes gyógyulást és panaszmentességet sikerült elérni. Előadásunkkal a periprotetikus supracondyler törések által okozott patella maltracking jelenségére, és annak sikeres megoldására kívánjuk a figyelmet felhívni.

A-0033 QUO VADIS TRAUMATOLÓGIA? (SÜRGŐSSÉGI TRAUMATOLÓGIAI ELLÁTÁS VS. SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁS VS. ORTOPÉD-TRAUMATOLÓGIAI ELLÁTÁS)

Simonka János Aurél

SZTE ÁOK Traumatológiai Klinika, Szeged

A traumatológia az elmúlt 50 évben létrehozta a sürgősségi traumatológiai hálózatát és a nyolcvanas évek elején már kiterjedt a horizontálisan és vertikálisan jól szervezett és többé-kevésbé jól működő sérültellátó rendszer. A traumatológia felölelte a sürgősségi akut ellátást a rekonstrukciós mozgásszervi sebészetet és a rehabilitációt, továbbá a kézsebészetet teljes vertikumában, beleértve a septicus kéz ellátását is. Így olyan ellátórendszer alakult ki, amelynek szakembergárdája a rendszeres képzések révén alkalmassá vált mindezen feladatok ellátására. A traumatológiai sürgősségi betegellátás párhuzamosan fejlődött a prehospitalis ellátás technikai és szakmai korszerűsödésével és szorosan kapcsolódott az anaesthesiológiai és intenzív terápiás szakma színvonalának és technikai felszereltségének növekedésével. Fokozatosan kialakultak a nagy betegforgalmú TRAUMA CENTEREK, amelyek csaknem minden sérülés ellátására bármely időben alkalmassá váltak a multidiszciplináris háttér biztosításával. A további fejlődés lehetősége a további centralizáció és a gyors (mentőhelikopteres) szállítás lesz.

Az akut (lehetőleg trauma központban történő) sérültellátást igénylő esetek:

1. Polytraumatizáció és többszörös sérülés,
2. Üregi, életet veszélyeztető sérülések,
3. Nyílt törések,
4. Nagy csőves csontok törései,
5. Medencetörések,
6. Gerinc törések instabilitás és neurológiai tünet esetén,
7. Ízületi sérülések (csípő, térd, váll, boka, könyök, csukló),
8. Combnyaktörések,
9. Periproteticus és perimplantáris törések
10. Érsérüléssel járó törések vagy lágyrész sérülések,
11. Általános tünetekkel járó törések, sérülések (compartment szindróma, zsírembólia),
12. És mindazon sérülések, amelyek ellátása nem biztosított az adott szinten.

A sérülteket fogadó intézménynek biztosítani kell:

1. A sérültek folyamatos, a nap, a hét minden szakában azonos szintű fogadását,
2. Az állandó vagy gyorsan elérhető diagnosztikát,
3. A megfelelő létszámú, felkészültségű és felszereltségű anaesthesiológiai szolgálatot,
4. A megfelelő létszámú, felkészültségű és felszereltségű műtői kapacitást,
5. Az interdiszciplináris háttérrel,
6. A sérültek megfelelő szintű megfigyelését, ápolását és rehabilitációját.

A sérültek sürgősségi ellátásának biztosítása érdekében a traumatológiai ellátás centralizálása és fejlesztése szükséges, amely finanszírozási, szervezési, eszközbeszerzési, fejlesztési kérdéseket is érint és a sürgősségi betegellátásban résztvevő szakmák közötti együttműködés szabályainak kidolgozását igényli. A sürgősségi rendszer kialakítása illetve az abban való részvétel a traumatológiai hálózat feladata. Ehhez határozott koncepció kialakítása szükséges konszenzus alapján a kompetencia kérdések vertikális és horizontális pontos körülhatárolásával. Az előadás a kérdésfelvetés mellett a megoldásokra is javaslatot tesz.

A-0034 POLYTRAUMATIZÁLT SÉRÜLTEK ELLÁTÁSA KECSKEMÉT VONZÁSKÖRZETÉBEN.

Bányai Tamás - Kerekes L.

Kecskeméti Megyei Kórház, Traumatológia, Kecskemét

Célkitűzés: A Kecskeméti Megyei Kórház baleseti ambulanciájára érkez[polytraumatizált sérültek ellátásának elemzése, a dél-alföldi régió e vonzaskörzete nehézségeinek bemutatása.

Anyag és módszer: 2004-2005-ben 71 polytraumatizált sérültet láttunk el. Az OMSZ Kecskeméti Állomása esetlapjai alapján leírtuk a mentőellátás idejét, a baleseti helyszín távolságát, a kórházi dokumentációk alapján az ambuláns és osztályos ellátást elemeztük retrospektív analízis során. A sérülések súlyosságát az Injury Severity Score (ISS) és a pontosabb New Injury Severity Score (NISS) valamint a Glasgow Coma Score (GCS) alapján értékeltük.

Eredmények: A legtöbb sérülés közlekedési baleset vagy magasból leesés eredménye volt. A segélyhívástól a baleset helyszínére átlagosan 22,3 perc alatt ért ki a mentő. ROKO 46 esetben, esetkocsi 21 esetben, helikopter 4 esetben érkezett. A baleset átlagos távolsága az ellátóhelytől 29,4km. A helyszíni ellátás 26,5 perc. 73%-ban eszméletlen, intubált beteg érkezett ambulanciánkra. Rtg felvételek 100%-ban, CT felvétel 84%-ban, UH az esetek 73%-ában történt. ISS átlag: 28,1, NISS átlag: 30,1, GCS átlag: 8,87. Mortalitás 21%. Műteti ellátás során primer definitív megoldásra törekszünk. A további kezelések az intenzív osztályon történnek.

Összefoglalás: Polytraumatizált sérült ellátása magas szintű csapatmunkát igényel a mentőszolgálat és a fogadócentrum között. A mentőállomások terheltségének csökkentése, a transzport optimalizálása, felesleges kitérők elhagyása, a légimentés fejlesztése tovább segítheti a sérült időben történő eljuttatását a definitív ellátóhelyre.

A-0035 ÚJ RENDSZERŰ VÉGTA GPÓTLÓ PROTÉZIS TRAUMÁS FEMUR AMPUTÁLTAK RÉSZÉRE.

Móricz Ottó - Branemark R. - Máthé T. - Nyárády J.

PTE ÁOK OEC Traumatológiai és Kézsebészeti Klinika, Pécs

Sahlgrenska University, Göteborg

A közvetlenül csontba lévő rögzítés a protézis tok nélküli végtagcsontokhoz erősítését jelenti. Ez forradalmian új eljárás. 1990 óta alkalmazzák, a kifejlesztője, Rickard Branemark Göteborgi ortopéd traumatológus.

A technika lényege, az osseointegration alapul. Az osseointegratioval 1959- óta foglalkoznak kísérletesen. Lényege, hogy a csontba beépített titán implantátum, ha megfelelő nyugalomba kerül akkor a csonttal biológiailag összeépül. A csont és a fém egysége sejtszinten jön létre. A fogászatban 1965 óta alkalmazzák a klinikai gyakorlatban, traumatológiában 1990 óta.

Traumás amputáltak esetén két műtetre van szükség. Az első műtét alkalmával a combcsont velőüregébe megfelelő felfúrás után csavarmentes titán hüvely kerül beültetésre. Hat hónappal a beültetés után kerül sor a második műtetre, amikor is egy további titán toldalékot csavarnak be az előzőleg beültetett hüvelybe, aminek a vége áthatol a bőrön 6-8 cm hosszán. Ehhez a kilógó fém csaphoz csatlakoztatható a művégtag. Ezt követően a rehabilitációs időszak egy évig tart amíg a beteg a végleges művégtagot megkapja.

Klinikánkon 2005 jun. 2006 jan. között 4 elsőfázis műtét történt. Egy betegnél már a második fázist is elvégeztük.

Előadásunkban az új rendszerű végtagpótló protézist, annak műteti kivitelezését és rehabilitációját kívánjuk bemutatni.

A-0036 PROBLÉMÁS LÁBSZÁRTÖRÉS KEZELÉSE

Bardócz Lóránt – Dósa G.- Kovács J.- Soós I.

Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórház, Baleseti Sebészeti Osztály, Gyula

Célkitűzés: Esetbemutatás keretén belül ismertetni a konzervatív kezeléssel kapcsolatos tapasztalatainkat

Módszer: Sérülés napján felajánlott műtéti kezelés a beteg elutasítása miatt elmaradt. A konzervatív kezelés során felhelyezett körkörös felhasított gipszrögzítésben 12 óra alatt súlyos bullásodás alakult ki, amely miatt extenziós kezelésre tértünk át.

Eredményeink: A börtünetek jelentős regresszióját követően hosszú alsó végtagi gipsz felhelyezése után a beteget elfogadható törésállással bocsájtottuk otthonába.

Következtetések: A primér műtéti ellátás szükséges a későbbi szövődmények (bullásodás, compartement syndroma) elkerülése végett. Amennyiben ez nem lehetséges és szövődmények is kialakultak, azonnali módszerváltás szükséges.

A-0037 NEUROPEPTIDEK MEGJELENÉSE ÉS SZEREPE A CSONTGYÓGYULÁSBAN.

Hamar János – Melly A.- Vendég Zs. – Farkas T. – Wolf K.- Pfister C.

Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Budapest;

Kreiskrankenhaus München-Schwabing

Célkitűzés: Korábbi vizsgálatainkban megállapítottuk, hogy CGRP és SP tartalmú idegrostok nagyszámban jelennek meg képződő callusban. Ezeknek a neuropeptideknek és további peptideknek, illetve fehérjéknek a megjelenését vizsgáltuk ugyanabban a kísérleti modellben abból a célból, hogy első lépésként leírjuk azok megjelenési sorrendjét a gyógyulás kezdeti szakaszában. Feltételezzük, hogy a biológiailag fontos anyagoknak szerepük van a callus-képződés folyamatában.

Módszerek: Az előző előadásban leírt rés-osteotomia modellt alkalmaztuk, és a változásokat a gyógyulás első három hetében követtük. Immunhisztokémiai módszerekkel az idegrostokon kívül a differenciálódó sejteket vizsgáltuk. A CGRP, az SP, a NOSII, a beta-aktin, a protein-kináz C és az NFkB immunreaktivitást vizsgáltuk.

Eredmények: SP immunreaktivitás megjelenik már a gyógyulás 5. napján a bevándorló differenciálatlan sejtekben, és ezekből az angiogenesis sejteji alakulnak ki. CGRP immunreaktivitás azokban a sejtekben dominál, amelyek praeosteoblastokká alakulnak. Ez a folyamat egybeesik a CGRP megjelenésével a benövő idegrostokban. NOS II (az indukálható forma) mind az angiogenesis, mind az osteogenesis kezdeti sejteiben megjelenik. Az utóbbiakban megjelenik a beta aktin és egyidejűleg a protein-kináz C és az NFkB is. Ezekkel az intracelluláris változásokkal egyidőben a praeosteoblastok elkezdik az I típusú kollagént szintetizálni.

Következtetések: A képződő callusban a differenciálódó sejtek közös forrásból származnak, de attól függően, hogy ez a differenciálódás milyen irányba történik, más intracelluláris fehérjék jelennek meg, amelyek a további érési folyamatot szabályozhatják. (Támogatás: OTKA 43114, ETT 129980/2003).

A-0038 RITKA MÁJ SÉRÜLÉS ESETBEMUTATÁSA

Sohár Gellért – Kószó B. – Csonka E. – Simonka J.

SZTE ÁOK Ortopédiai Klinika

SZTE ÁOK Traumatológiai Klinika

SZTE ÁOK Sebészeti Klinika, Szeged

Máj mérete és elhelyezkedése miatt gyakran sérül tompa és penetráló hasi sérülések során. Az utóbbi két évtizedben nagy mértékben javuló traumatológiai ellátás ellenére a mortalitási adatok nem változtak. Nemzetközi irodalom alapján az összes máj sérülések mortalitása 8-10%, a súlyosabb csoportbeosztásoknál eléri a 80-90%-t. A sérülés mértéke az egyszerű tok sérüléstől a teljes hepaticus artéria és véna sérülésig határozza meg a Liver Injury Scale (Grade I-VI) szerinti beosztást. A kezelési elv a súlyosságtól függetlenül egységes: vérzés kontrollálása, devitalizált szövet eltávolítása, drainage.

Az esetbemutatás során presentált 19 éves férfi hasára futballkapu esett röviddel SZTE ÁOK Traumatológiai Klinikára szállítása előtt. Mentősök első észlelésekor eszméleténél volt, de erős hasi fájdalomról panaszkodott, felkelni nem bírt. Beérkezésekor a beteg nyugtalan, térben időben orientált, hasát diffúzan fájlalja, GCS: 15. Diagnosztikát követően sürgősséggel műtéti feltárás történt, melynek során a máj teljes sagitalis repedését észleltük, vérzéscsillapítás mellett a máj tamponálását végeztük. A műtétet követően Intenzív Osztályon keringése továbbra is instabil maradt, folyamatos volumen és vérpótlás ellenére. Labor eredmények súlyos diffúz coagulopathiát nem igazoltak, sebszélből és drainből továbbra is vérzést észleltünk. Sürgős hasi UH vizsgálat során a bal oldali hypochondriumban 5 cm széles folyadéksáv volt megfigyelhető a máj homogén echoszerkezetű volt. Ismételt laparotomia során a máj kiterjedt tamponálása és vérzéscsillapítás történt. Reoperációt követően haemodynamikai állapota stabilizálódott. Az ezt követően elkészített CT angiographias vizsgálat során a máj bal lebenyének súlyos keringési zavara igazolódott. Hasi sebész vezetésével harmadik műtét során a máj bal lebenyének resectioja történt. Ezt követően állapota jelentősen javult, csökkenő inotrop igény mellett. A harmadik ápolási napra jó kooperáció mellett lehetővé vált az extubálás, 4-5. napon kezdtük meg a per os táplálást. A hetedik napon osztályos átvétele megtörtént, ekkor már székletet ürít. Osztályon fokozatos mobilizálás, 10. napon varrateltávolítás történt, 14. napon jó általános állapotban otthonába bocsátottuk.

Egy nemzetközi 5 éves több centrumot érintő felmérés során 1335 máj sérülésből csak 12 (0.9%) betegnél végeztek lobectomiát. Grade V sérüléseknél a bal lebeny érintettsége esetén az átlagos mortalitás 45%. Annak ellenére, hogy a máj tompa sérülések modern ellátásában a nem operatív ellátás került előtérbe a nehezen uralható haemodynamikai paraméterek mellett a sebészi feltárás elengedhetetlen. A diagnosztikus vizsgálatok során a CT angiographia adja a sérülés mértékéről és súlyosságáról a legpontosabb információt. Esetünkben a súlyos Grade V típusú máj sérülés ellenére az egyéb társérülések hiánya és magas GCS mellett a gyors beavatkozás és megfelelő diagnosztikának köszönhetően a beteg gyógyultan távozott Klinikánkról.

A-0039 VAZOAKTÍV ANYAGOK SZEREPE A FEMUR ÉS TIBIA CSONTVELŐ VÉRÁRAMLÁSÁNAK SZABÁLYOZÁSÁBAN

Vendég-h Zsolt - Melly A. - Farkas T. - Józán J. - Wolf K. - Hamar J.

*Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Budapest;
Kreiskrankenhaus München-Schwabing*

Célkitűzés: A csontvelő véráramlás-szabályozásának ismerete nagy klinikai jelentőséggel bír. A különböző csontok véráramlásában jelentős regionális különbségek figyelhetők meg, ezért kísérleteinkben, -intraarteriálisan adagolt vazóaktív szerek és neuropeptidek alkalmazásával - a nyúl tibia és femur mikrocirkulációjának szabályozását, ill. a két csont reakciói között kimutatható különbségeket vizsgáltuk.

Állatok és módszerek: Lézer-Doppler száloptikás szondát helyeztünk a narkotizált Új-Zéland nyulak azonos oldali femurjának és tibiájának csontvelőjébe. A hasi aortába bolus-injekció formájában juttattuk be a vizsgált anyagokat: noradrenalin, CGRP-t, SP-t, nitroprusszid-nátriumot, majd alfa1-receptor blokkoló szer beadását követően ismét noradrenalin. A szerek dózisát -korábbi kísérleteink alapján - úgy választottuk meg, hogy szisztémás hatásuk a lehető legkisebb, perifériás hatásuk pedig maximális legyen. A vérnyomást a hasi aortába vezetett katéteren keresztül, nyomástranzducer segítségével folyamatosan, véres úton mértük és regisztráltuk. A csontvelő véráramlásváltozásait lézer-Doppler áramlásmérővel ugyancsak folyamatosan mértük és regisztráltuk. A perifériás ellenállást és az áramlási értékek 50 %-os visszatérési idejét a számítógépes program segítségével feldolgozott adatok alapján számítottuk.

Eredmények: Nem találtunk statisztikailag szignifikáns különbséget a két csont csontvelőjének vaszkuláris reakciói között.

Az alfa1-receptorok ingerlése erős vazokonstriktiót okozott, CGRP és SP hatására a perifériás ellenállás enyhén növekedett. A CGRP receptorhoz való kötődése tartósabb volt. A nitroprusszid-nátrium, mint No-donor, vazodilatációt okozott és csökkentette a perifériás rezisztenciát.

Következtetések: A femur megfelelő referencia-helyként használható a tibia kalluszképződésének további vizsgálataihoz egy rés-oszteotómias modellen.

(Támogatás: OTKA 43114, ETT 129980/2003).

**A-0040 A NEUROPEPTIDEK ÉS VAZOAKTÍV ANYAGOK HATÁSA A KÉPZŐDŐ
KALLUSZ MIKROCIRKULÁCIÓJÁNAK SZABÁLYOZÁSÁRA**

Vendég Zolt - Melly A. - Farkas T. - Józán J. - Wolf K. - Hamar J.

*Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Budapest;
Kreiskrankenhaus München-Schwabing*

Célkitűzés: A képződő kallusznak megfelelő oxigén- és szubsztrát-ellátásra van szüksége. Bár ezek a folyamatok nagy jelentőséggel bírnak, mégsem rendelkezünk elegendő és pontos ismerettel a kallusz mikrocirkulációjának szabályozása területén. Kísérleteinkben a vazóaktív anyagoknak és neuropeptideknek a képződő kallusz mikrocirkulációjára gyakorolt hatását vizsgáltuk.

Állatok és módszerek: 20 Új-Zéland nyúlra végeztük el a tibia rész-osteotomiáját, melyet 7-lyukas AO-rekonstrukciós lemezzel rögzítettünk. Az intraarteriális bolusként bejuttatott vazóaktív anyagok hatását egyidőben detektáltuk lézer-Doppler módszerrel az azonos oldali femurban és a tibia képződő kalluszában a csontseb kialakulását követő 10. és 15. napon. A 10. és 15. posztoperatív napon mértük a perfúziós nyomást, a véráramlás maximális változását és az áramlási értékek 50 %-os visszatérési idejét, majd kiszámítottuk a perifériás vaszkuláris rezisztenciát.

Eredmények: Már a 10. posztoperatív napon sikerült a kalluszban értékelhető vaszkuláris reakciókat kimutatni. Az alfa1 receptor blokkoló szer felfüggesztette a noradrenalin erős vazokonstriktor hatását. Statisztikailag szignifikáns különbség igazolódott a 10. és 15. posztoperatív napon számított rezisztencia-értékek között. Az 50 %-os visszatérési idő rövidebb volt a 15. posztoperatív napon, mint a 10.-en.

Következtetések: A vazóaktív anyagok a csont sérülését követően már igen korán létrehozhatnak vaszkuláris reakciókat. Ennek valószínű oka az, hogy a neurális és a vaszkuláris struktúrák a csontseb gyógyulásának igen korai fázisában és egymással párhuzamosan nőnek be a képződő kalluszba. Az 50 %-os visszatérési időkben mutatkozó különbségekért valószínűleg a neutralizáló, vagy re-upteke mechanizmusok későbbi megjelenése lehet felelős.

(Támogatás: OTKA 43114, ETT 129980/2003).

A-004I A CALLUS-KÉPZŐDÉS KÍSÉRLETES MODELLJE

Farkas Tamás – Hamar J. – Melly A. – Vendég Zs. – Benis Sz. – Wolf K.

Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Budapest;

Kreiskrankenhaus München-Schwabing

Célkitűzés: Kísérletes modell kifejlesztése, amelyben a callus-képződés mechanizmusát tudjuk tanulmányozni szövettani és immunhisztokémiai módszerekkel. A callus-képződés sejtes és kötőszöveti mechanizmusait kívántuk vizsgálni a gyógyulási folyamat kezdeti szakaszában.

Módszer: Altatott nyulakon a bal oldali hátsó lábon tibia osteotomiát hoztunk létre egy 3 mm széles gyűrű eltávolításával. A rést 7-lukas lemezzel áthidalva a csontot rögzítettük. A gyógyulás 5. 10. 15. és 20. napján az állatokat túlaltattuk, és a csontot kivéve a szövettani vizsgálatok elvégzéséhez paraformaldehidben fixáltuk. A szöveti kép változásában a differenciálatlan sejtek vándorlását és a kötőszöveti roststruktúra alakulását kvantifikáltuk mind a képződő callusban, mind a szomszédos csontvelőben. Immunhisztokémiai eljárással kvantifikáltuk a callusba növevő ereket és idegeket és a szöveti roststruktúráját. Ehhez a vizsgálathoz Oberholzer morfometriai analízis módszerét használtuk.

Eredmények: Sejtes elváltozások: Differenciálatlan sejtek a környező csontvelőben nagymértékben felgyülemlelnek és a gyógyulás 5. napjától a részbe vándorolnak kezdetben a haematoma fibrin szálai majd később az ugyanitt megjelenő collagen rostok mentén. A differenciálatlan sejtek a későbbiekben három irányba alakulnak át: chondroblastokká, osteoblastokká és angiblastokká. Az osteoindukció következtében az első porcszigetek a 15. nap után jelennek meg. Erek, idegrostok: Az 5. és 10. nap között a szomszédos csontvelőben az erek és idegrostok száma szintén megnő, és ezek a callus irányába növekszenek. Az idegrostok CGRP-t és SP-t tartalmaznak. Az erek és az idegek benövése párhuzamosan történik. A szöveti rostszerkezet alakulása: A fibrin szálak majd az azokat felváltó collagen rostok un. orientált szerkezetet mutatnak, vagyis nem random módon alakulnak ki.

Következtetések: A callus kialakulásában a szomszédos csontvelőben indulnak meg a gyógyuláshoz szükséges első szöveti változások. Ezek az un regionális akceleráció jeleit mutatják. A differenciálatlan sejtek orientált roststruktúra mentén vándorolnak. Az erek és az idegek nagyszámban nőnek a képződő callusba úgy, hogy ezek egymás jelenlétét kölcsönösen feltételezik. (Támogatás: OTKA 43114, ETT 129980/2003).

GYŐR
2006. SZEPTEMBER 21-23.

Biomet Magyarország

Biomet Magyarország

Biomet Magyarország

Biomet Magyarország

A-0042 CSONTPÓTLÓ ANYAGOK SZEREPE A CALLUSKÉPZŐDÉSBEN

Melly András - Vendégh Zs.- Hamar J.- Farkas T.- Kádas I.

Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Budapest

Célkitűzés: A saját szervezetből nyert autolog csont csak korlátozott mennyiségben áll rendelkezésre. A transzplantált csontnak egyszerre kell biológiai és mechanikai kritériumoknak megfelelni. A vizsgálatok célja a mesterségesen létrehozott csontdefectusokban létrejött granulációs szövet keringési és histológiai vizsgálata. Kis defectus esetén a spontán kitelődés és a csontos átépülés várható. Nagyobb defectusok esetén homolog csont transzplantatlasakor a beépülés hosszabb ideig tart, a szövődmények aránya is magasabb. Csontpótló anyagok alkalmazása kiküszöböli ezt, valamint kikerüli a HIV és hepatitis vírusok átvitelét is.

Módszer: Kísérleti állatokon mesterségesen létrehozott csontdefectusok pótlását végeztük saját csonttal, homolog csont preparatumokkal, valamint osteocompatibilis anyagokkal. A rögzítést KFI rekonstrukciós lemezzel végeztük. A vizsgálat során autolog csont, demineralisált, desantigenisált csont matrix, heterolog spongiosus csont, illetve hydroxiapatit, (Endobone), Biocoral, Liofolizált kollagén (Collos), és β -tricalcium foszfát (Ostim) beépülését vizsgáltuk. Ezek az anyagok mind mechanikai képességeik, mind biológiai aktivitásuk miatt egyaránt alkalmasak a csontpótlásra. Kísérleti állatok nagy sorozatán, különböző bioaktív anyagok beépülését vizsgálatuk új Zélandi fehér nyulak sípcsontján létrehozott csontdefectusokban. A vizsgált időpont az osteotomiától számított 15. és 21. napon volt. A kísérleti állatok sípcsontjának keringésvizsgálatát laser doppler áramlásmérővel végeztük, az osteotomiás résben. Kontroll csoportként az állat azonos oldali combcsontját használtuk. Vasoaktív anyagokat (CGRP, NPY, Endothelin, SP, Natrium - Nitroprussid, Noradrenalin, Ebrantil) injektáltunk vénás katéteren keresztül, majd a combcsont és az operált sípcsont keringését mértük az áramlásmérővel. Összehasonlítottuk a kapott adatokat egymással. Szövetteni vizsgálatokat végeztünk.

Eredmények, következtetések: Az áramlásmérés adatai alapján a saját csont beépülése mellett kaptuk a legjobb véráramlási értékeket. A beépült biocompatibilis anyagok különböző értékeket mutattak, bár jelentős különbségek nem mutatkoznak. Az idegen fehérjét is tartalmazó (Collos) anyag által kiváltott immunreakciót az együttesen alkalmazott szteroid csökkentette. Ezáltal a gyógyulás is kedvezőbb volt.

(Támogatás: OTKA 43114, ETT 129980/2003).

A-0043 CSONTPÓTLÓ ANYAGOK BIOMECHANIKAI VIZSGÁLATA

Melly András – Bagi I. – TB Orczy – Vendégh Zs. – Hamar J.

Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Budapest,

BME Anyagtechnológiai Tanszék, Budapest

Célkitűzés: A trauma hatására létrejött primer, vagy a csontátépülés során létrejött secunder csontdefectusok pótlása problematikus. A mozgás és a terhelési képesség helyreállítása érdekében szükségessé válik a csont felépítése, úgy, hogy spongiosus és corticalis szerkezetű csontok beépítése egyaránt szükségessé válik. A saját szervezetből nyert autolog csont csak korlátozott mennyiségben áll rendelkezésre. A transzplantált csontnak egyszerre kell biológiai és mechanikai kritériumoknak megfelelni.

A transzplantatum szerepe: 1. térkitöltő hatás, 2. vázat képez az új csont képződéséhez (osteconductio), 3. Környezetét csontképzésre serkenti (osteinductio), 4. új csont képzésére képes (ha túlélő sejteket tartalmaz-csak spongiosus szerkezetű csontra igaz), a csontpótló anyagok használata kiküszöböli a HIV és hepatitis vírusok átvitelét is. Biomechanikai vizsgálatoknak vetettük alá a különböző beépült csontpótló anyagokat.

Módszer: Kísérleti állatokon mesterségesen létrehozott csontdefectusok pótlását végeztük saját csonttal, homolog csont preparatumokkal, valamint osteocompatibilis anyagokkal. A vizsgálat során autolog csont, demineralisált, desantigenisált csont matrix, heterolog spongiosus csont, illetve hydroxiapatit, (Endobone), Biocoral, Liofolizált kollagén (Collos), és β -tricalcium foszfát (Ostim) beépülését vizsgáltuk. Ezek az anyagok mind mechanikai képességeik, mind biológiai aktivitásuk miatt egyaránt alkalmasak a csontpótlásra. A biomechanikai vizsgálatokat a BME Anyagtechnológiai tanszékén Instron készülékkel vizsgáltuk. Fokozatosan 500 MP nyomóerőt alkalmazva mértük a csontpótló anyagok rugalmasságát, illetve a törési görbéket. 1000 N húzóerőt fokozatosan alkalmazva mértük a csontpótló anyagok szakító szilárdságát és a rugalmassági görbéket. Véges elemes vizsgálattal összehasonlítottuk a különböző csontpótló anyagok szakító és nyomóerők fellépése közben kialakuló feszülési területeit és a törési görbéket.

Eredmények: A biomechanikaivizsgálatok adatai alapján a saját csont beépülése mellett kaptuk a legnagyobb stabilitási értékeket, a beépült biocompatibilis anyagok különböző stabilitást mutattak.

Következtetések: Több mint 200 nyúl sípcsonton végzett rés osteotomia után behelyezett különböző csontpótló anyagok biomechanikai vizsgálatát végeztük Instron készülék segítségével. A vizsgálatok során a különböző csontpótló anyagok eltérő stabilitását igazoltuk.

(Támogatás: OTKA 43114, ETT 129980/2003).

A-0044 SZTATIKUS MÁGNESES TÉREN ALAPULÓ, INNOVATÍV ORVOSTECHNIKAI ESZKÖZ FEJLESZTÉSES VIZSGÁLATA HUMÁN ÉS EXPERIMENTÁLIS KÖRÜLMÉNYEK KÖZÖTT

Rácz Bernadette – László J. – Süth Zs. – Szendrői M. – Gyires K.

Semmelweis Egyetem Farmakológiai és Farmakoterápiás Intézet

Semmelweis Egyetem Ortopédiai Klinika

MTA Matematikai Tudományok Osztálya, Budapest

Célkitűzés: Noha a traumatológiában a prae- és postoperatív fájdalom gyógyszeres csillapításának számos lehetősége van, néhány betegnél a konvencionális terápiának korlátai vannak, pl.: gyógyszerallergia, gyomorfekély. Továbbá nem teljesen megoldott a késői postoperatív szakban, valamint a fizioterápiás beavatkozások során sem a fájdalom csillapítása. Célunk egy olyan eszköz kifejlesztése volt, amely megfelelően struktúrált sztatikus mágneses tér létrehozásával analgetikus hatást indukál. Vizsgálataink célja ennek az analgetikus hatásnak igazolása experimentálisan és humán vizsgálatokban. Az irodalomban csak néhány humán adat áll rendelkezésre a sztatikus mágneses tér lokális alkalmazása következtében kialakuló fájdalomcsillapító hatásról: pl. a sztatikus mágneses tér fájdalomcsillapító hatást fejtett ki myofascialis fájdalom-szindrómában (Smania N. és mtsai. Clin Neurophysiol. 2003 Feb;114(2):350-8), lumbális fájdalomokban (Thuile Ch. és mtsai. NeuroRehabilitation. 2002;17(1):63-7), terápiarezisztens háti és kismencedei fájdalomokban (Holcomb RR. és mtsai. Pediatr Neurol. 2000 Sep;23(3):261) és krónikus térd fájdalomban (Hinman MR, Ford J, Heyl H. Altern Ther Health Med. 2002;8(4):50-55).

Módszer:

1. Humán vizsgálatok: Kézsebészeti betegeken vizsgáltuk a sztatikus mágneses tér analgetikus hatását (1-10-ig terjedő szubjektív skálán mérve), mozgáskorlátozottságot (izületek mozgástartományának mérése fokokban) és oedémát (körfogat cm-ben kifejezve) csökkentő hatását.

2. Experimentális fájdalomcsillapítás: Egéren kiváltott vonaglási (writhing) teszttel (Vander Wende és mtsai. Fed. Proc. 1956 15:494; módosítása: Witkin LB. és mtsai. J. Pharmacol. Exp. Ther. 1961 133:400) vizsgáltuk az eszköz analgetikus hatását és hatásmechanizmusát. Az állatoknak a vizsgálandó opioid antagonistát (naloxont) a mágnes alkalmazása előtt 20 perccel injiciáltuk subcutan.

Eredmények:

1. A humán vizsgálatok még folyamatban vannak, eddigi eredményeink szerint néhány esetben jelentős javulás volt látható. Pl.: Sudeck-szindrómában a keringés fokozottan javult, radius törést követő duzzanat fokozottan mérséklődött, nyeregízületi arthrosis műtét utáni rehabilitációja alatt a duzzanat fokozottan csökkent, illetve a fájdalom fokozottan mérséklődött.

2.1. Az egereken végzett kísérleti eredmények szerint a kontroll csoportban a vonaglási szám 30 perces időtartamot tekintve $64,43 \pm 2,63$, a fejlesztett eszköz által keltett mágneses térnek kitett egereken a vonaglási szám $30,13 \pm 3,05$ értékre csökkent ($p < 0,05$).

2.2. A kísérletek folyamán a mágneses tér változtatásával sikerült az analgetikus hatást 52%-ról 83%-ra emelni.

2.3. Az opioid receptor antagonistá naloxon perifériás beadását követően (1 mg/kg sc.) a vonaglás szám a kontroll csoportban kis mértékben fokozódott (vsz.: $64,3 \pm 2,41$ vs $71 \pm 2,62$). A naloxon a mágneses tér vonaglási számra gyakorolt gátló hatását antagonizálta (vsz.: $40,6 \pm 2,52$ vs $76,6 \pm 3,6$).

Következtetés:

1. Állatkísérletes modellben sikerült igazolni a sztatikus mágneses tér analgetikus hatását.

2. A lehetséges hatásmechanizmusok közül felmerült az endogén opioidok szerepe a sztatikus mágnes-indukálta analgetikus hatásban.

3. Kifejlesztettünk egy olyan I. kockázati besorolású orvostechNIKAI eszközt, amellyel 83%-os analgetikus hatást lehet elérni (egereken vonaglási teszttel mérve), viszonylag olcsó árfekvésű, nem igényel karbantartást, nem tartalmaz mozgó alkatrészeket, nem fogyaszt elektromos áramot, élettartama emberöltnyit meghaladó, kezeléséhez nem kell szakmai ismeret, nincs ismert mellékhatása, nem invazív, nem kontakt és napi 8 órában 15-20 beteg látható el ve. Elvárt gyógyszerpotencirozó hatásának beigazolódása esetén a fájdalomcsillapító gyógyszerek adagjai csökkenthetőek.

További célunk a humán vizsgálatokat folytatni az analgetikus hatás szempontjából optimalizált eszközzel.

A-0045 TIBIA CONDYLUS TÖRÉSEK RÖGZÍTÉSE SZÖGSTABIL MANNINGER LEMEZZEL

Magyari Zoltán - Kádas I. - Knoll Zs. - Deák B.

Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Budapest

A szögstabil rögzítés az elmúlt évtizedek vívmánya a töréskezelésben. A laterális tibiacondylus törés, illetve a bicondylaris tibia törések rögzítése hazánkban Manninger professzor úr által kifejlesztett lemezzel történt leggyakrabban. A bicondylaris törések különösen, osteoporotikus esetekben, gyakran dupla feltárást igényeltek, és ez a csont vérellátását rontva nagy fertőzési rizikót jelent.

Anyag: az ismert lemezbe spongiosa csavarokat helyeztünk a fejen menettel ellátva szögstabil rendszerben. A vastagabb csavarok a rossz minőségű csontban nagyobb biztonságot, illetve a tibia felszín pontosabb alátámasztását szolgálják. Distalisan szögstabil corticalis csavarokkal van lehetőség a rögzítésre.

Legújabb fejlesztésként a Manninger lemezt hosszabb változatban kidolgoztuk, ezzel lehetővé válik a proximális metaphysis törések rögzítése is.

Tapasztalatok: a szögstabil Manninger lemezzel eddig 20 betegnél végeztünk törésrögzítést, amelynél nyolc alkalommal volt bicondylaris az elváltozás.

Redislocatiót, szeptikus szövödményt nem találtunk, kilazulás nem fordult elő.

Tapasztalataink alapján az új lemezzel a drágább külföldi termékeket kívánjuk kiváltani, ugyanakkor korszerű ellátást tudunk biztosítani betegeinknek.

A-0046 TÁRSULT BETEGSÉGEK HATÁSA AZ IDŐSKORI COMBNYAKTÖRÉSEKET KÖVETŐ KORAI HALÁLÓZÁS ALAKULÁSÁRA MAGYARORSZÁGON

Sebestyén Andor - Boncz I.- Tóth F.- Nyárády J

Baranya Megyei Egészségbiztosítási Pénztár, Pécs

Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Budapest

PTE, ÁOK, Traumatológiai Centrum, Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika, Pécs

Célkitűzések: A tanulmány célja 60 év feletti combnyaktörötték ellátását követő 30 napon belüli halálózást vizsgálni a felvételtől (benntartózkodás ideje) társult betegségek ismeretében.

Anyag és Módszer: Az adatok az OEP adatbázisából származnak a BNO X. revisio S7200 (combnnyaktörés) és a kísérőbetegségek BNO kódjai alapján. Az értékelés bázisát a fekvőbeteg-ellátást végző intézményekből combnyaktörés primer ellátását követően 2000. évben emittált, azonosítható (TAJ) betegek képezik. Az adatok kontrollálását egy országos szintű intézményi kérdőív felmérés támogatta. A halálózásig eltelt idő a felvételi dátumhoz viszonyítva került megállapításra. A korai halálózás %-os értékei a leggyakoribb kísérő betegség BNO kódok domináns előfordulásainak arányában kerülnek bemutatásra.

Eredmények: A feltételeknek megfelelő 60 év feletti combnyaktörötték száma 3.783 fő. Az összes beteg alapján a halálózás 30 napon belül 9%. Társult betegségek hiányában 2,1 %. Korai halálózás alakulása a leggyakoribb kísérő betegségek esetén: Mentális és viselkedészavarok (F00-F99) 16,1 %; Rosszindulatú daganatok (C00-C97) 18,9%; DM és cukoranyagcsere-szabályozás betegségei (E10-E16) 10,4 %; Extrapiramidális és mozgási rendellenességek (G20-G26) 14,3 %; Cerebrovascularis kórképek (I60-I69) 11,8 %; ISZB (I20-I25) 11,3 %; Egyéb szívbetegségek (I30-I52) 28,1 %; Hypertonia (I10-I15) 8 %; Decubitus fekély (L89) 23 %; Arteriosclerosis (I70) 14,1 %; Akut felső és alsó légúti infekciók (J00-J22) 43,9 %; Krónikus alsó légúti infekciók (J40-J47) 14,3 %.

Következtetések: Kísérő betegségek jelenléte a halálózási esélyeket többszörösére növeli. A halálózási rizikó csökkentéséért a társult betegséget eredményesen kezelni és gondozni szükséges a combnyaktörés megfelelő szintű ellátásán túlmenően. Több kísérő betegség egyidejű jelenléte a halálózási esélyeket megsokszorozza. A combnyaktöréseket követő halálózási adatok rámutatnak a kísérőbetegségek kezelésének szükségességére hangsúlyozva a postoperatív interdiszciplináris együttműködés fontosságát.

A-0047 INNOVÁCIÓ ÉS SAJKACSONT TÖRÉS: A CARPAL BOX RADIOGRÁFIA

Fodor Barnabás - Sebestyén A. - Nyárády J. - Tóth F.

Pécsi Tudományegyetem, ÁOK, OEC,

Balesetsebészeti- és Kézsebészeti Klinika

Baranya Megyei Egészségbiztosítási Pénztár, Pécs

Célkitűzés

A sajkacsont törések röntgenvizsgálata napjainkban sem megoldott probléma. Munkacsoportunk célul tűzte ki egy új röntgendiagnosztikai eljárást, a Carpal Box radiográfia kifejlesztését és hatékonysági vizsgálatát.

Módszer: A Carpal Box felvételeket egy korábbi, kísérletes tanulmányunkban meghatározott csukló-, kéz- és sugárirány beállításokkal készítettük. Ezen beállításokat standardizáltuk, a ferde felvételek készítéséhez 30 fokos dőlésszögű, radiolucens lejtőt alkalmaztunk. A csuklósérültek diagnosztikáját, kezelését és utánkövetését diagnosztikus algoritmus szerint végeztük. Az értékelés során meghatároztuk a Carpal Box radiográfia szenzitivitását, specificitását, pozitív és negatív prediktív értékét. A röntgenvizsgálat eredményének értékeléséhez a Kappa koeficiens, az értékelők közötti egyetértés felméréséhez a Cohen féle súlyozatlan Kappa tesztet használtuk.

Eredmények: A primer ötirányú Carpal Box radiográfia szenzitivitása 81,6%-nak, specificitása közel 100%-nak bizonyult. Az első kontroll alkalmával készített Carpal Box radiográfia szenzitivitása és specificitása viszont a konvencionális négyirányú csuklófelvétellel hasonlóan alacsony volt. A felvételek értékelhetőségét jelző és az értékelők egyetértését kifejező Kappa coefficiens valamennyi vizsgált csoportban magas értéket mutatott (0.77 - 0.79).

Következtetés: Az ötirányú Carpal Box radiográfia egyszerű eljárás, bármely radiológiai ambulancián alkalmazható. Emeli a röntgenvizsgálat diagnosztikus biztonságát, csökkenti a további képkopító vizsgálat szükségességét, csökkenti a diagnosztika és az ellátás költségeit.

A-0048 VÁKUUM-ASSZISZTÁLT SEBKEZELÉSEL SZERZETT TAPASZTALATOK

Fekete András - Bakity B. - Zsiros L.

MH Központi Honvédkórház Baleseti Sebészet, Budapest

Célkitűzések

Előadásunkban összefoglaljuk az ún. vákuum-asszisztált sebkezelés (V.A.C.) alapelveit, technikáját és az eljárással szerzett tapasztalatainkat.

Módszer: 2004 és 2006 között 46 esetben alkalmaztunk V.A.C. kezelést. 14 esetben akut, kiterjedt lágyrész károsodással járó sérülést követően, 30 esetben krónikus sebek (szeptikus sebek, vascularis ulcus, decubitus) ellátására, 2 alkalommal abdominalis compartment syndroma miatt végeztünk V.A.C. terápiát. A szívókezelést folyamatos üzemmódban, 125 Hgmm-es nyomással, 24-72 óránkénti kötécseréssel végeztünk.

Eredmények-Következtetés: A fenti eljárás jelentősen felgyorsítja a sebgyógyulást, elősegíti a gyulladással járó folyamatok regresszióját valamint lehetővé teszi a másodlagos sebzárást illetve bőrpótlást. Jó eredménnyel alkalmazható a hagyományos sebkezelési módszerek sikertelensége esetén. Kiváló higiéniai viszonyokat biztosít, csökkenti a felülfertőződés veszélyét, és jelentősen megkönnyíti a kezelést végző személyzet munkáját.

A-0049 SÚLYOS, COMPARTEMENT SZINDRÓMÁVAL JÁRÓ TÖBBSZÖRÖS BOKA- ÉS LÁBSÉRÜLÉS UTÓKEZELÉSÉNEK TANULSÁGAI (ESETBEMUTATÁS)

Baranyai Ágnes – Kricsfalusy M. – Péntek I.

Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Baleseti Rehabilitációs Osztály, Budapest

Célkitűzés

Egy konkrét eset kapcsán az időben megkezdett, megfelelő intenzitású, egyéni fizioterápia jelentőségének hangsúlyozása.

Módszer: 29 éves motorbalesetes férfi Chopart ízületi ficam, sorozat metatarsus-, naviculare- és külbokatorés miatt került felvételre. Sérülése compartment szindrómával járt, így primeren fasciotómiát végeztek, valamint a törések tűzessel illetve lemezzel való ellátása történt. A nyitva hagyott sebeket 6 nappal később - a duzzanat megszűnése után - zárták. Osztályunkra a sérülés után 3 hónappal, Sudeck szindróma kialakulása miatt került. A komplex fizioterápiás kezelés megkezdésekor jelentősen beszűkült felső- és alsó ugróízületi mozgások, nagyfokú duzzanat, terhelésre jelentkező fájdalom jellemezte a végtagot. Komplex egyéni fizioterápiát kezdtünk, a beteg naponkénti kezelésével.

Eredmények: A fizioterápia megkezdése után 5 hónappal csaknem oldalazonos ízületi funkció mellett, járáskor minimális panasz jelentkezik, ennek hátterében az os naviculare visszamaradt deformitása áll.

Következtetés: Célzott, komplex, egyéni fizioterápiával - megfelelően együttműködő betegnél - jó funkcionális eredmények érhetők el még súlyos, szövődményes esetekben is. Az utókezelés megkezdésének halasztása a rehabilitáció idejét lényegesen meghosszabbíthatja.

A-0050 OPERÁLT TALUS TÖRÉSEK FUNKCIONÁLIS KEZELÉSÉNEK EREDMÉNYEI

Baranyai Ágnes – Kricsfalusy M. – Litvai G. – Kecskeméti Á.

Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet Budapest, Baleseti Rehabilitációs Osztály, Budapest

Célkitűzés: A lábtöcsontok törései után - még stabil osteosynthesisek esetén is - általában gipszrögzítést helyeznek fel. A talus törések esetén e mellett még 8-10 hét tehermentesítést is előírnak. Ezt követően, még szövődménymentes esetekben is hónapokig, - átlag kb. fél évig - tart amíg elfogadható funkciót sikerül elérni. Fel kívánjuk mérni, hogy stabil synthesissel ellátott talus töréseknél a gipszrögzítés elhagyásával és korai kontrollált fizioterápiával a rehabilitációs idő rövidíthető-e.

Módszer: 2005. nyarától eddig 2 beteget kezeltünk folyamatosan, már a kórházban megkezdve a komplex fizioterápiát, az aktív tornát kiegészítve fizikoterápiás eljárásokkal. A betegek átl. 10 hétig könyökmankóval, operált végtagjukat nem terhelve, talajérintéssel jártak

A funkciók javulását összehasonlítottuk az eddig hagyományos módon, átlag 7 hétig gipszben rögzített betegek gyógyulási eredményeivel.

Eredmények: Bár az alacsony esetszám alapján még csak kezdeti eredményeinkről számolhatunk be, de a kezdetől fogva funkcionálisan, rögzítés nélkül tartott betegeknél átlag 10 hét után már csak minimális panaszok mellett csaknem teljes funkciót értünk el.

Következtetés: Megfelelő indikációval kiválasztott betegeknél a talus törés stabil synthesesi után is ajánljuk a gipszrögzítés elhagyását és rögtön a műtét után, gyógytornász irányításával megkezdett fizioterápiás kezelést.

A-0051 LÁBSZÁR ÉS LÁB LÁGYRÉSZDEFECTUSOK FEDÉSE TANSZÉKÜNKÖN (AZ ELMÚLT 5 ÉV ESETEINEK FELDOLGOZÁSA)

Frendl István - Molnár L. - Fekete K.

*Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Központ, Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék,
Debrecen*

Célkitűzés

Azutóbbi évek szemléletváltozása a rekonstrukciós sebészetben a Tanszékünkön végzett lábszár és láb lágyrészdefectusok fedésével szerzett tapasztalatok összegzésére vezetett bennünket.

Módszer: Az elmúlt 5 évben Tanszékünkön 45 esetben végeztünk lábszár és láb lágyrészdefectus fedésére lebenyplasticát.

Ezen időszak alatt 17 gastrocnemius medialis és lateralis fej izomlebenyt, 10 soleus izomlebenyt, 2 hemisoleus izomlebenyt, 8 arteria suralis fasciocutan lebenyt, 2 arteria dorsalis pedis fasciocutan lebenyt, 2 arteria radialis szabadlebenyt és 4 latissimus dorsi szabadlebenyt alkalmaztunk lábszár és láb lágyrészdefectusok fedésére.

Eredmények: Mind a 45 lebeny megtapadt. A jó eredmények elsősorban a jó indicatión és műtéti technikán múlnak.

Következtetés: a legtöbb lábszár és láb lágyrészdefectus helyi vagy regionális érneles fasciocutan vagy izomlebennyel fedhető. Ezek az érneles lebenyek sokkal életképesebbek és biztonságosabbak, mint a szabadlebenyek. A fasciocutan lebenyekkel mobilis bőrtezületek fedhetők. Izomlebenyekkel szabadon lévő csontot fedünk, üreget töltünk ki, vagy csontinfekciót kezelünk. Szabadlebenyekkel extrém nagy lágyrészdefectusokat fedünk.

A-0052 AZ ALKARCSONTOK ELHAJLÁSOS TÖRÉSE GYERMEKKORBAN -

Soós István - Dósa G. - Kincses Z. - Bardócz L.

BMKT Pándy Kálmán Kórház, Traumatológia, Budapest

Cél: A gyermekkorban előforduló e ritka töréstípus felismerésének, illetve kezelésnek bemutatása.

Módszer: A sérülés diagnosztikai nehézségeinek leküzdésében szerepet játszó alapos betegvizsgálat és az ezt kiegészítő képkövető eljárások kiemelt szerepének bemutatása.

A subperiostealis polymicrofractura felismerése, esetleges műtéti ellátása. Esetismertetés.

Eredmények: 2003.01.01- től napjainkig eltelt időszakban kórházunkban kezelt alkartöréseket elemezzük és a hajlításos törésekkel hasonlítjuk össze.

Következtetés: A hajlításos alkartöréseket felismerés esetén repozícióval, vagy műtéttel kezeltük. A "bending fracture" fel nem ismerése esetén az alkar csontok görbén gyógyulnak meg. Fiatalabb gyermekkorban spontán remodelláció várható.

A-0053 DELETED

KALANDOZÁS EGY BETEG CSUKLÓ TÁJÉKON

A-0054 INNOVÁCIÓ A TRAUMATOLÓGIÁBAN. EGY SIKERES, EGY SIKERTELEN PÁLYÁZAT TÖRTÉNETE.

Vámhidy László – Nyárády J.

PTE ÁOK OEC Trauma Központ, Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika, Pécs

Bevezetés: A mai világban nem csak a vállalkozások, hanem az egészségügyi intézmények is rászorulnak arra, hogy a rendelkezésre álló, szűkös, kereteket pályázatokkal bővítsék, ezzel teremtve jobb feltételeket az előre lépéshez. A traumatológiában ehhez pluszt jelent, hogy ez az évtized a csont és ízületi betegségeknek van szentelve.

Pályázatok: Szerzők az elmúlt időszakban két pályázattal kíséreltek meg forrásokat bevonni a gyakorlati munka javítása érdekében. Az első „Egy elfelejtett járvány: sérülések és balesetek” című NKFP projekt „Új implantátum rendszer fejlesztése időskori törések kezelésére.” Című alprojekt volt. A konzorciumi partnerek megfelelő kiválasztásával sikerült az egész projekt legeredményesebb részét létrehozni. Erről a kongresszusra számos egyéb abstract került beküldésre. A második project szintén az NKFP keretében „Nagy szilárdságú, biocompatibilis carbon anyagok felhasználási lehetőségei a traumatológiában.” Címmel került bejelentésre. Kezdeti kedvező vélemények után a projekt a végső meghallgatás után nem kapott támogatást.

Következtetések: Szerzők véleménye szerint a traumatológiában is alapvető fontosságú megfelelő pályázatok benyújtása. A szükséges önerő, és egyéb feltételek miatt, ez csak konzorciumi formában képzelhető el. Szerzők a tapasztalataikat ismertetik a megfelelő konzorciumi partner kiválasztásával, a megfelelő cél kitűzésével, és a projektek buktatóival kapcsolatban.

A-0055 AZ ELEKTROMOS TÉRDMOZGATÓ KÉSZÜLÉK HELYES HASZNÁLATA

Papp Gábor – Martsa B. – Páli K. – Dnyeprovskij B.

MÁV Kórház és Kp. Rendelőintézet, Ortopéd - Traumatológiai Osztály, Budapest

Célkitűzés: A térdízületi sérülések műtéti ellátásakor a posztoperatív szakban gyakran alkalmazzuk a passzív elektromos mozgató készüléket. A mozgástartományt a készülék szögskáláján állítjuk be. A tapasztalat szerint a szögskála értékei és a tényleges mozgástartomány korántsem azonos. Az eltérések okait vizsgáltuk.

Módszer: A gyakorlatban használatos készülékek működési elveit vizsgáltuk. Elemeztük, hogy az alsó végtag mely anatómiai paramétereit kell figyelembe vennünk a helyes beállításhoz.

Eredmények: A térdmozgató gépek két különböző elv alapján működnek. A gépen beállított értékek és a valós mozgástartomány között szignifikáns különbség van, de véleményünk szerint ez a rehabilitáció sikerét nem veszélyezteti.

Következtetés: Annak ellenére, hogy az eltérések mértéke jelentős, a térdízület mozgása mindig a kívánt tartományon belül marad.

A-0056 IDEGSÉRÜLÉSEK HELYREÁLLÍTÁSA OLDALVARRAT- ÉS GYULLADÁSOS-INDUKCIÓS-TECHNIKÁK KOMBINÁLÁSÁVAL FELNŐTT PATKÁNYBAN

Vancsó Péter – Páli J.- Hamar J.

Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Budapest

50 felnőtt Wistar patkányban vizsgáltuk az end-to-side varrási technika eredményességét önmagában és az idegágak gyulladásos indukciójával kombinálva retrográd fluoreszcens True Blue jelöléssel a bajuszpárna mozgató beidegzését adó ramus buccolabialis superior és ramus buccolabialis inferior (n. facialis) tekintetében.

Kontroll állapotban a r. buccolabialis superiorból 2345 ± 40 , míg a r. buccolabialis inferiorból 2428 ± 116 mozgató idegsejt volt jelölhető a nucl. n. facialisban. Azonban a mozgató idegsejtek mellett a r. buccolabialis superiorból 1909 ± 111 , míg a r. buccolabialis inferiorból 70 ± 18 érző idegsejt is jelölődött a ggl. trigeminale V/3-as területén.

A r. buccolabialis inferior átvágását és a r. buccolabialis superior oldalával történő egyesítését (end-to-side varrás) követő 100 nap túlélési idő után a r. buccolabialis inferior distalis csontjából, a varrattól 5 mm-es távolságban 414 ± 130 érző és 164 ± 73 mozgató idegsejt volt jelölhető. A r. buccolabialis inferior átvágását megelőzően 2 nappal a r. buccolabialis inferior gyulladásos indukált állapotba hozása az érző axonsarjak benövését a r. buccolabialis superiorból a r. buccolabialis inferior distalis csontjába nem befolyásolta (491 ± 187 , $p > 0,05$), míg a motoros axonsarjakét szignifikánsan csökkentette (34 ± 20 , $p < 0,05$). A r. buccolabialis inferior átvágását megelőzően 2 nappal a r. buccolabialis superior gyulladásos indukált állapotba hozása az érző idegrostok benövését a r. buccolabialis inferiorba nem befolyásolta (404 ± 183 , $p > 0,05$), míg a motoros axonsarjak benövését szignifikánsan fokozta (397 ± 120 , $p < 0,05$).

Eredményeink alapján elmondható, hogy (I) a r. buccolabialis superior és inferior patkányban kevert idegágak; (II) az ideggeneráció során az érző axonsarjak korábbi motoros idegrostok velőshüvelyébe is képesek benőni; (III) a gyulladásos indukció az érző idegrostok sprouting-jára nincs hatással; (IV) a mozgató idegrostokból axonsarjak kevésbé nőnek bele indukált idegbe; (V) a mozgató idegrostok indukciójával fokozódik az axonsarj-képződés és benövés nem indukált distalis idegcsontba.

A-0057 NYÍLT LÁBSZÁRTÖRÉSEK UTN SZEGEZÉSE

Nagy Szilvia – Kovács J.- Dósa G.

BMKT Pándy Kálmán Kórház, Traumatológia, Budapest

Célkitűzés: A nyílt törések eltérő ellátást igényelnek, mint zárt formájuk. A kisebb-nagyobb lágyrészkárosodás komoly nehézség elé állíthatja a sebészeket. A problémát fokozza, ha külső tényezők - mint például egy fixateur megléte - akadályozza a sérült rész teljes fedését.

Módszer: A nyílt törések közül a lábszár törése relatíve gyakori. Osztályunkon évente 35-40 lábszártörtött beteget látunk. Azokat a betegeket vizsgáltuk, akiknek a törése a 3-6-ik hetekben volt, tehát kizártuk mindazokat, akiknél UTN szegezés jó lágyrésztényezők mellett sem jött volna szóba. A 2001-2005-ös időszakban 123 ilyen típusú lábszártörtött fordult meg osztályunkon, közülük 23-nak volt nyílt törése.

Eredmények: Az utóbbi években szemléletváltás következett be osztályunkon. Míg az előző években a nyílt lábszártöréseket sebiképzés után fixateurel, ritkán extensióval kezeltük, és néhány nap múlva történt módszerváltás gipszrögzítésre vagy UTN szegezésre, tavaly már 2 kivételével mindegyik esetben primeren megtörtént az UTN szegezés. Természetesen a sebet a nyíltságra való tekintettel az első ellátásnál minden esetben nyitva hagytuk, és 2-3 nappal később zártuk - általában bőrplasztikával.

Eredményeink nem voltak rosszabbak, mint zárt törések esetén. A gyulladásos szövődés közel hasonlóan ritka volt, míg az ápolási idő lerövidült. Mivel a fixateur vagy extesio a beteg pszichés állapotát is megviseli, a primeren UTN szegezésen átesett betegek elégedettebbek voltak. Mozgásszervi rehabilitációt már a műtét másnapján megkezdtük, így hamar járóképessé váltak.

Következtetések: Tapasztalataink szerint van létjogosultsága a szennyezett nyílt törések primer UTN osteosynthesisének - természetesen a megfelelő sebészeti szabályok betartása mellett.

A-0058 ÍZÜLETBEHATÓLÓ PROXIMÁLIS TIBIAVÉG TÖRÉSKEZELÉSÉVEL ELÉRT FUNKCIONÁLIS EREDMÉNYEINK

Gunther Tibor - Merényi G. - Zágh I.

Budai Irgalmasrendi Kórház, Ortopédiai Osztály

Fővárosi Önkormányzat, Károlyi Sándor Kórház, Traumatológiai Osztály, Budapest

Célkitűzés: A proximális tibiavég töréskezelésének eredményességét alapvetően az alsóvégtag tengelyállása és a térdizületi funkciója határozza meg. A töréskezelését nemcsak a sérülés bonyolult mechanizmusa, de az ízület összetett mozgása is befolyásolja.

Előadásunk célja bemutatni osztályunk anyagában elért kezelési eredményeket és kudarokat.

Beteganyag és Módszer: 2000. jan. és 2004. decembere között osztályunkon 209 proximális tibiavég-törés ellátása történt. Felmérésünket retrospektív módon, a röntgen képek és a funkcionális eredmények kiértékelésével végeztük el. A töréstípusok osztályozásához Schatzker beosztását, a térdfunkció feldolgozásához a London/Freemant értékelő lapot használtuk.

Eredmények: A fenti időszakban 209 proximális tibiavég-törés ellátását végeztük. 34 esetben mediális, 135 esetben laterális condylus, illetve 40 betegnél bicondylar törés ellátása történt. 99 betegnél műtéti (4 ASC asszisztált spongiosa csavaros osteosynthesis (OS), 71 fedett repositio és spongiosa vagy kanülált csavaros OS, 18 támasztólemezes és 6 fixatuer externe rögzítést használtunk) és 110 betegnél konzervatív kezelést választottunk.

Következtetés: A kezelés taktikáját alapvetően befolyásolja a törésbeosztás és a beteg kora mellett az általános állapota. Véleményünk alapvetően Insall (1993.) következtetéseivel egyezik, hogy a kényszerből alkalmazott konzervatív kezelés meglepően jó késői funkcionális eredményt ad, annak ellenére, hogy radiológiailag nem okvetlen megfelelő tengelyállást tapasztalunk. A műtéti ellátás (bár nem minden esetben hasonlítható a konzervatív kezelés törés típusához) kis mértékben ad jobb funkcionális eredményt de a radiológiai kép egyértelműen kielégítőbb. Az arthroscopos kontrol alatt végzett osteosynthesis nem okvetlen a jobb törésegysítés miatt javítja a funkciót, de mindenképpen segít a haemarthros gondos eltávolításában és a társsérülések ellátásában, ami a funkció további javulását eredményezi.

A-0059 TUMOROS EREDETŰ PATHOLÓGIÁS TÖRÉSEK ORTOPÉD-TRAUMATOLÓGIAI ELLÁTÁSÁVAL SZERZETT TAPASZTALATAINK

Predl András - Juhász A.

Szent János Kórház, Ortopéd-Traumatólogiai Osztály Budapest

Célkitűzések: A daganatos megbetegedések egyik leggyakoribb és legmegterhelőbb szövődménye a csontáttét.

Napjainkban leggyakrabban csontmetasztasist adó pathológias töréshez vezető tumoros megbetegedések száma nagymértékben emelkedett az adekvát onkológiai kezelés fejlődésének ezáltal a túlélési idő növekedésének következményeképpen.

Módszerek: A 2005-ös évben pathológias törés miatt operált betegeink adatait elemezve esetismertetések segítségével demonstráljuk a terápiás lehetőségeket és eredményeinket.

Eredmények: Tavalyi évben 19 csontáttétes pácienszt kezeltünk. 16 esetben pathológias törést, 3 esetben lyticus elváltozást észleltünk. 14 esetben alsóvégtagi, 5 esetben felsővégtagi törést diagnosztizáltunk. 17 beteget operáltunk meg. 4 alkalommal prothesis beültetést, 13 alkalommal osteosynthesist végeztünk.

A betegek végtagfájdalmai mindegyik beavatkozás után jelentősen csökkentek, mobilitásuk, és életminőségük nagymértékben javult.

Következtetés: Megfelelő fórumokon való aktív részvétellel, valamint interdiszciplináris konzultációk és szűrővizsgálatok számának növelésével szeretnénk a preventív műtéteink számát emelni. Ezzel szeretnénk csökkenteni betegeink fájdalmait, mobilitásukat megőrizni, valamint életminőségüket javítani, fennmaradó életük során.

A-0060 KONDROCITA TRANSZPLANTÁCIÓ KITERJED TÉRDÍZÜLETI FEMUR KONDILUS PORCDEFECTUS ESETÉBEN (ESETBEMUTATÁS)

Gáspár Szabolcs - Várhelyi L.

MH Központi Honvédkórház, Baleseti sebészeti Osztály, Budapest

Célkitűzés: 30 éves nőbeteg a beavatkozást megelőzően 10 évvel Campbell műtéten esett át. 2005-ban ismételt térdízületi panaszai miatt arthroszkópiát végeztünk, melynek során a medialis femurkondilus kiterjedt porcdefektusát, meniscus sérülést észleltük. Tekintettel a porchiány nagyságára, a beteg életkorára és aktivitására kondrocita transzplantáció mellett döntöttünk.

Módszer: Az diagnózis felállítását követően arthroszkópos asszisztálás mellett az érintett ízületből ép porcsejteket nyertünk, melyeket laboratóriumi körülmények közt tenyésztést követően hialuronsav mátrixon helyeztek el, így beültethető graftot képeztek. Ezt követően artrotomiából a medialis femurkondiluson lévő hiányt két rétegben Hyalograft-tal fedtük. A beteg a 6. posztoperatív hétig tehermentesített, terhelés nélküli tornát végzett az előírt protokoll szerint.

Eredmények: A porc beépülését 3 havonta végzett MR vizsgálattal kontrolláltuk. A beteg panaszai nagy mértékben csökkentek. A korábban terhelésre jelentkező panaszai megszűntek. A posztoperatív időszakban szövődmény nem észleltünk.

Következtetés: Kiterjedt porcdefektusok kezelésében a fenti terápia igen eredményes lehet, tekintettel arra, hogy a szervezet a hyalin porcot regenerálni képtelen. Azon esetekben, melynél egyéb porcpótló eljárás nem alkalmazható az eljárás egy választható alternatíva lehet. A beavatkozás jelenlegi költséges mivolta miatt azonban széleskörű alkalmazása egyelőre várat magára.

A-0061 VIII FAKTOR HIÁNY MIATT KIALAKULT COMPARTMENT SYNDROMÁS BETEG SZÖVŐDMÉNYES ESETE.

Kaviczki Szabolcs - Fodor B. - Jillek T.- Vámhidy L. - Farkas G.

PTE ÁOK OEC Traumatológiai Központ, Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika, Pécs

Célkitűzés: Szerző előadásukban szeretnék felhívni a figyelmet arra, hogy súlyos haematológiai betegség, alvadási faktor hiánnyal észlelt betegek ellátásakor sürgető beavatkozás esetében is, a műtét előtti és ezt követő alvadási státusz miatt a társszakmák konziliáriusi vizsgálata és beavatkozásuk válik szükségessé. Ezen lépcső figyelmen kívül hagyása esetén súlyos vissza nem fordítható pathológiai elváltozások jönnek létre, melyek a beteg sorsát, további ellátás lehetőségét megpecsételik.

Anyag és módszer: M.I.-né 1940.03.19. középkorú nőbetegnél total VIII-as faktor hiány kapcsán sérülés nélkül kialakult alkari compartment syndroma miatt végeztek haránt fasciotomiát más intézetben alvadási vizsgálat, és faktor pótlás nélkül. Műtétet követően uralhatatlan vérzést kaptak melyet sebési úton nem tudtak megállítani. Haematológusok VIII-as faktor hiány miatt azonnali szubsztitúciós terápiában részesítették, mely hatására a vérzés uralhatóvá vált.

A beteg haematológiai klinikáról, kézsebészeti konzilium után került intézetünkbe az alkari lágyrészek necrosis, súlyos mély infekció miatt. A betegnél többször indult el vérzés mely miatt aktuálisan faktor pótlást végeztünk.

Eredmények: Klinikánkon további három alkalommal végeztünk feltárással együtt necrectomiát a súlyos inzulin dependens diabeteses mellitusos betegnél, végül a teljes alkarra kiterjedő szeptikus állapot generalizálódása miatt, vitalis indikáció alapján felkari amputatiót voltunk kénytelenek végezni.

Következtetések: A traumatológiai ellátás során egyre több súlyos kísérő betegséggel találkozunk az ellátó személyzet. A kórképek kezelésével kapcsolatos valamennyi a kor színvonalának megfelelő ismeret megszerzése nem lehetséges, ezért egyre jelentősebb szerep jut a team munkában elvégezhető kezeléseknél, így a konziliáriusi tevékenység felértékelődik.

A-0062 A COMBFEJ KERINGÉSÉNEK MEGHATÁROZÁSA OSTEOSCOPIAVAL

Nyárády József - Naumov I. - Farkas G. - Vámhidy L. - Sebestyén A. - Nyárády Z.

PTE Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika, Pécs

Célkitűzés:ek: Combnaktörés műtéti megoldásánál a fej keringésének pontos megítélése perdöntő a gyógyító beavatkozás megválasztásában. Az eddig alkalmazott keringés meghatározó metódusok acutan a beavatkozás előtt nem végezhetőek, vagy hamis eredményt adnak. Objektív keringés meghatározására kidolgozott, osteoscopias eljárásunk klinikai értékelésével foglalkozik előadásunk.

Anyag és módszer: Klinikánkon Összesen 34 esetben végeztünk osteoscopias vizsgálatot combnyaktörés műtéti beavatkozása előtt. Az észlelt keringéstől függően végeztünk fejmeztartó műtétet, illetve primer protézis beültetést. /6 esetben a megoldás protézis beültetés, 28 esetben pedig osteosynthesis volt./

Eredmények: 6 betegnél keringést a combfejben kimutatni nem tudtunk. 28 betegnél a keringést megfelelőnek ítéltük, fejmeztartó műtétet végeztünk Hét esetben Garden IV törésnél jó fejkeringést észleltünk, közülük négy esetben a törés jóval 6 órával korábban következett be, 3 esetben a törés után napokkal később kerültek felvételre.

A vizsgálatok során jó vérzés esetén a rendszer nyomása 20 hgmm -el a systolés nyomás alatt jelent meg, gyenge vérzésnél a systolés nyomás értékének felénél.

Négy betegnél a későbbiek folyamán csavarkiszakadás miatt második ülésben protézis beültetést, végeztünk.

Következtetések: Vizsgálati eredményeink alapján módszerünket combnyaktörés utáni fejkeringés objektív megítélésére ajánljuk, alkalmasnak tartjuk hogy a legmegfelelőbb műtét kiválasztására a döntés meghozzuk, fejmeztartó műtétet vagy primer protézis beültetést végezzünk.

A-0063 TAPASZTALATOK A THORACOLUMBALIS CSIGOLYATÖRÉSEK GIPSCORSETTE-TEL TÖRTÉNŐ KEZELÉSÉBEN

Németi Zoltán - Molnár L.- Fekete K.

HBM Kenézy Gyula Kórház, Baleseti Sebészet, Debrecen

Az alsó háti és lumbalis régió stabil csigolyatöréseinek kezelésében még ma is rutinszerűen alkalmazott módszer a gipszcorsette-tel történő rögzítés. A műtéti stabilizálás és a korszerű műanyag gerincfűzők alkalmazása azonban elkényelmesítette a töréskezelés résztvevőit. Eseteink elemzésével szeretnénk rámutatni azokra az elvekre, melyek a gipszcorsette kezelésnél kiemelten fontosak és ma is helytállóak.

2003-2005 között a Hajdú-Bihar Megyei Kenézy Gyula Kórház Traumatológiai Osztályán gipszcorsette felhelyezésével kezelt, csigolyatörést szenvedett 337 sérült dokumentációjának elemzését és a visszahívott páciensek jelen klinikai és radiológiai státusának összehasonlítását végeztük el.

Célunk volt megállapítani, hogy sérültek gyógyulását, utópanaszait befolyásolta-e a rögzítés módja. Milyen hibaforrások vannak, és mi módon lehet ezeket minimalizálni. Bemutatjuk a corsette készítés lépéseit és kezelés második fázisában használt műanyag fűzőt.

Betegek és módszerek: Elemeztük a sérülés mechanizmusát, a szubjektív panaszokat és az objektív tüneteket, a törés okozta alakváltozást (Beck-index) a primer, a corsettálás utáni, a kontrollokon készült és a jelenlegi rtg-k valamint egy kérdőív alapján - a rögzítés módjának függvényében. Az instabil és/vagy neurológiai tünetekkel járó esetekben természetesen műtétet végeztünk.

Eredmények: Átlagosan 3-6 hónapig tartott a rögzítés. Ha a törés jellege lehetővé tette, a jó compliance-szal rendelkező betegek egy részének 6 hét után minta alapján készült, műanyag traumás fűzőt adtunk. A betegek több mint 2/3-a normál életvitelére és munkájába vissza tudott állni. Corsette viselésére alkalmatlan sérültek egy részét rögzítés nélkül, tehermentesítve, extenziós tornára betanítva kezeltük, míg e betegcsoport másik része primeren műanyag traumás fűzőt kapott. Akinél a gyógyulás során vagy utána is erős perisztálós lokális fájdalom maradt meg, vertebroplasticát is indikáltunk, ill. korrekciós műtét is történt.

Konklúzió: Ha az indikáció megalapozott, ha a kiemelés mértéke megfelelő, a rögzítés ideje elegendő, de legkevesebb 3 hónap és a beteg az utasításokat feygelmezetten követi, akkor a választott, és jól kivitelezett rögzítési módtól függetlenül jók a klinikai és radiológiai eredmények. A szoros kontroll elengedhetetlen, mert a kóros helyzetben, vagy fájdalmasan rögzült csigolyákkal sokkal kevesebb korrekciós lehetőség van, mint az időben felfedezett eltérés esetén. A gipszcorsette helyett pusztán „kényelmi” szempontból választott más megoldás ill. a helytelenül végzett rögzítés rontja a beteg gyógyulási esélyeit. Tapasztalatunk szerint a gipszcorsette-tel történő rögzítésnek még ma is jelentős, nem elavult szerepe van a stabil csigolyatörések kezelésében.

A-0064 TRAUMÁS LÁBSZÁRAMPUTÁLT BETEG REHABILITÁCIÓJA- ESETBEMUTATÁS

Iszakné Kappel Adrienn - Lengyel A.

Vas Megye és Szombathely MJV Markusovszky Kórház, Fizioterápiás osztály, Szombathely

Esetismertetés

Célkitűzés: A műtéti eljárások fejlődésével, a modern mikrosebészet elterjedésével előtérbe került a traumás végtag megmentése, így egyre ritkábban találkozunk trauma indukálta amputációval. Szerző egy vonatbaleset következtében lábszáramputált fiatalember rehabilitációját mutatja be a műtétől egészen a munkába való visszaállításig.

Módszer: A rehabilitáció 2 szakaszra bontható: protetizálás előtti és utáni időszakra. Szerző bemutatja e két szakasz feladatait, az alkalmazott fizioterápiás módszereket. A protetika ugrásszerű fejlődésének köszönhetően sokféle művégtag közül választhatjuk ki a beteg állapotának, életkorának, tevékenységének megfelelőt.

Eredmények: A beteg kitartása, együttműködése és a gyógyító team munkájának eredményeképpen a beteg művégtaggal önálló, munkaképes emberré vált.

Következtetés: Ha a beteg megfelelő csonkkal, akaraterővel és jó művégtaggal rendelkezik, minden esélye megvan, hogy teljes, önálló életet éljen.

A-0065 NAGY ENERGIÁJÚ JELENTŐS CSONTDEFEKTUSSAL JÁRÓ NYÍLT PILONTÖRÉS KEZELÉSI TAKTIKÁJA OSZTÁLYUNKON-ESETBEMUTATÁS

Rybaltovszki Henrik - Bazsó T. - Németh Á. - Kraszi I.

DE OEC Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék, Debrecen

HBM Kenézy kórház Baleseti Sebészeti és Kézsebészeti Osztálya, Debrecen

Célkitűzés: A tibia distalis vég rendszerint nagy energiájú törés kezelés állandóan visszatérő téma tudományos üléseken. A minimál-invazív, minimális eszközigényű módszerektől a teljes rekonstrukciót célzó osteosynthesis-ig több módszer áll rendelkezésre. A kezelési módszer kiválasztása nagy mértékben függ a beteg compliance-étől és a rendelkezésre álló lehetőségektől. Esetünkben egy nagy csontdefektussal járó pilontörés kezelését mutatjuk be.

Esetleírás: Fiatal férfi sérült nagy magasságban villanyszerelés közben áramütés következtében magasból leesve AO III fokú nyílt, darabos pilontörést szenvedett el. Primeren sebkimetszés, débridement, triangularis fixateur externe-es rögzítés történt. A tibia distalis diaphysisén kb 3 cm-es csontdefektus alakult ki. A defektus területére autológ spongiosát ültettünk vissza, majd bőr félvastag bőrplasticája és szegmentvándoroltatás történt.

Következtetés: Hangsúlyozzuk a primer, mindenre kiterjedő alapos débridement és a lágyrészekrekonstrukció jelentőségét. Meggyőződésünk hogy ilyen esetben is jó eredményeket lehet elérni, nem szabad a korrek kezelésről és a teljes rehabilitációról lemondani.

A-0066

INKOOPERABILIS BETEG NYÍLT LÁBSZÁRTÖRÉSÉNEK KEZELÉSI TAKTIKÁJA- ESETBEMUTATÁS

Rybaltovszki Henrik – Czako D. – Szeferinkin B. – Bazsó T. –Krasztits I.

DE OEC Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék

HBM Kórház Baleseti Sebészeti és Kézsebészeti Osztály, Debrecen

Célkitűzés

A chronicus alkoholisták kezelése nagy körültekintést igényel. A rosszul kooperáló, számos kísérőbetegséggel, alvadási zavarokkal rendelkező sérültek kezelését esetenként egyedi elbírálás alapján kell végeznünk. Előadásunk egy ilyen eset végigkötését mutatja be.

Esetleírás: 62 éves chronicus alkoholista férfi sérült AO III fokú nyílt lábszártörést szenvedett el. Primeren sebkimetszés, débridement, fixateur externe-es rögzítés történt. Delirium tremens alakult ki, tehermentesítés nem végzett, synthesisét szétjárta. Fixateurjét többször igazítottuk, tibiáját érneles leberny elforgatásával fedtük. Alkoholos karakteropátiája nem megfelelő compliance miatt végül fémkiszereles és gipszrögzítés történt. Gipszét is teljes testsúllyal terhelte.

A post operatív szakban kialakult delirium tremens valamint későbbi inkooperabilitása következtében törése nagy tengelyeltérésű, hypertrophiás álüzletté alakult, nagy fokban rontva életminőségét.

Ekkor ismét jelentkezett ambulanciánkon, nagy fájdalom miatt a lábszár korrekcióját kérte. Állítása szerint több hónapja abstinens, ám a kórházi adatbázis tanúsága szerint felvételét megelőzően négy nappal a detoxikáló állomáson járt.

Törését feltárva lábszár tengelyeltérését korrigáltuk, felfúrás nélküli velőürszegezéssel stabilizáltuk és autológ spongiosa plasticát végeztünk.

Következtetés: A szerzők hangsúlyozzák a beteg közreműködésének fontosságát valamint azt, hogy ilyen esetben sem szabad a teljes rehabilitációról lemondani.

A-0067 POSTTRAUMÁS GONARTHROSIS FELSZÍNPÓTLÁSA OSZTÁLYUNKON.

Almási József – Marafkó Cs. – Szebeni A. – Burkus L.

Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Traumatológia Osztály, Győr

Összefoglalás

A szerzők röviden ismertetik a tibia proximális vég törés talaján kialakult gonarthrosis ellátását az osztály anyagában. 2000-2005 között 23 esetben történt felszínpótlás, 11 esetben hemiarthroplasticát, 12 esetben TEP beültetését végezték. A betegek életkora 43-79 /68.5/ volt. 19 esetben primér ellátás során nyílt vagy fedett repositio után osteosynthesis, 4 esetben konzervatív kezelés történt. A felszínpótlást követően az átlagos utánkövetési idő 25 / 4-67/ hónap volt. Az értékelés Knee Society Score /KSS/ segítségével felszínpótlás előtt és a follow up idején történt. Az átlagosan elért KSS significánsan 43.9-ről 83-ra nőtt.

Az eredmények rövidtávúak és a szerény esetszám nem jogosít fel tanulságok levonására, de a tapasztalatok alapján mindkét általunk használt eljárás hasznos eszköz a posttraumás gonarthrosis kezelésében.

Előadásunkat elfogadása esetén, kérjük ezt a győri bal.seb.osztály hasonló közleménye után sorolni. Köszönettel: Dr.Almási József

A-0068 SIKEREK ÉS KUDARCOK A FEMUR DISTALIS VÉG TÖRÉSEINEK KEZELÉSÉBEN

Dr. Kalmár István - Bogosi T. - Gergely P. - Zágh I.

Fővárosi Önkormányzat Károlyi Sándor Kórház Baleseti Sebészet, Budapest

Célkitűzés

Az elmúlt 5 évben talált femur distalis vég ízületi töréseinek kezelése során az elért eredményeink és kudarcaink elemzése

Módszer: 2001. január 01. - 2005. december 31. közötti időben 125 distalis femurtörést kezeltünk. 107 esetben műtét történt, 18 konzervatív eljárást alkalmaztunk. A vizsgált töréstípus 10 esetben poly -, vagy multitrauma része volt.

Eredmények: Töréstípustól függően valamennyi ismert operatív megoldást alkalmaztunk. Idős korban A és C típusú törések esetén törekedtünk az intramedullaris stabilizálásra. Konzervatív kezelést, csak mint kompromisszumot alkalmaztunk.

Következtetés: Példákon keresztül illusztráljuk a kezelés formájának megválasztásának fontosságát, mely a siker kulcsa, de a kudarc oka is lehet egyben.

A-0069 TAPASZTALATAINK EGY ÚJ TÍPUSÚ IMPLANTÁTUMMAL A HUMERUS PROXIMALIS VÉG OSZTEOPOROTIKUS TÖRÉSEINEK KEZELÉSÉBEN.

Patczai Balázs - Vámhidy L. - Farkas G. - Fodor B. - Járai G. - Nyárády J.

Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Trauma Centrum, Pécs

Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika, Pécs

A szerzők bemutatnak egy új, szögstabil lemezes rendszert a felkarcsont proximalis vég töréseinek kezelésre. A rendszer (speciálisan kialakított lemez és csavarok) fixateur interne-ként viselkedik, ennek következtében jó stabilitást biztosít az oszteoporotikus csontban is.

A különleges kialakítású lyukak és a csavarfejek jó stabilitást biztosítanak, valamint széles szögterületben engedik a csavarok behelyezését (kb. 40 fok). Tudásunk szerint ezt más rendszer nem teszi lehetővé.

Fejlesztésünk, a sikeres kadaver kísérleteket követően, a klinikai gyakorlatban is bevezetésre került. 2004.02.01. és 2005.12.31. között 17 beteget kezeltünk az új szögstabil lemezzel. Lemeztörés vagy elmozdulás nem volt, szövödménymentes gyógyulást értünk el két eset kivételével. Ezekben az esetekben az implantátum kis mértékű mozgásbeszűkülést okozott, ezért a csontgyógyulást követően ezt eltávolítottuk.

Az eredmények értékelését a Constant-Murley pontrendszer alapján végeztük. A vállfunkciót egy esetben kiválóan, a többi esetben jónak, vagy elfogadhatónak találtuk.

A korai klinikai tapasztalatok alapján a szerzők ajánlják az új szögstabil lemezes rendszer gyakorlatban történő bevezetését.

A-0070 A TIBIA PROXIMALIS ÉS DISTALIS VÉG TÖRÉSEINEK KEZELÉSE OSZTÁLYUNKON

Antal Sándor – Fekete K. – Horkay P.

DE OEC Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék, Debrecen

Célkitűzés: A proximális és distalis harmadi tibia törések kezelése még napjainkban is gyakran nehéz feladat és a kifinomult sebészi technika ellenére nagy a szövődmények előfordulása. Előadásunkban az utóbbi évek trendjének megfelelő új műtéti eljárást szeretnénk bemutatni, ezen törések kezelésére.

Módszer: A LISS /Less Invasive Stabilization System/ egy új extramedullaris, belső rögzítő eszközt és új sebészi technikát foglal magában.

Osztályunkon két esetben alkalmaztuk az LCP distalis tibia lemezt és egy alkalommal a proximális laterális tibia lemezt. A B3 típusú laterális tibia condylus és az A3 típusú distalis tibia törések zártak voltak. A harmadik eset egy AO III. nyíltsági fokozatú C3 típusú, tengelyeltéréssel gyógyult distalis lábszártörés volt.

Eredmények: A műtét utáni időszakban sem korai, sem késői infectiot nem észleltünk. Az implantatum kimozdulását és tengelyeltérést sem tapasztaltunk. A korai fizioterápiás kezelések eredményének köszönhetőek a jó izületi funkciók.

Következtetés: A LISS sikeresen alkalmazható mind a proximális, mind a distalis harmadi tibia törések kezelése során. A sikeres alkalmazás biztosítéka az új műtéti módszer precíz elsajátítása és alkalmazása.

A-0071 EGY ELFELEJTETT MÓDSZER – A TIBIA CONDYLUS TÖRÉSEK FUNKCIONÁLIS KEZELÉSE

Börner Orsolya Mária – Kovácsy Á. – Wiegand N.

PTE ÁOK OEC Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika, Pécs

Célkitűzés: A konzervatív töréskezelést az utóbbi évtizedekben egyre korszerűbb eszközökkel végzett osteosynthesisek váltották fel, azok előnyeivel és esetenként kockázatukkal. Egy korábban alkalmazott és manapság elfelejtett kezelési módra kívánjuk felhívni a figyelmet.

Módszer: A tibia condylus törések funkcionális kezelését Apley vezette be. A beteg által irányított, és megfelelő irányú oldal és hosszanti húzás mellett végzett korai mozgatás mellett rögzítés nélkül történik meg a törés gyógyulása.

Eredmények: 1969 és 1973 között 38 beteget kezeltünk az említett módon. Késői utánvizsgálatra 21 beteget értünk el. Felülvizsgálatkor értékeltük a mozgásfunkciót, a radiológiai képet és a beteg elégedettségét. Funkció és elégedettség alapján 9 beteg kiváló, 6 jó, 4 megfelelő és 2 rossz értékelést kapott. A radiológiai eredmények ettől eltértek.

Következtetés: A módszernek vannak előnyei és hátrányai is. A mai finanszírozási viszonyok mellett az Apley módszer aktív traumatológiai osztályon nem jöhet szóba. Ennek ellenére érdemesnek tartottuk bemutatását emlékeztetőként. Véleményünk szerint nem minden régi módszer dobandó a szemétkosárba!

A-0072 NEM MEGFELELŐEN GYÓGYULT TIBIA PROXIMÁLIS VÉG TÖRÉSEK MŰTÉTI KEZELÉSE OSZTÁLYUNK 5 ÉVES ANYAGÁBAN

Bazsó Tamás - Kraszits I. - Czako D. - Rybaltovszki H.

DE OEC Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék

HBM Kenézy Kórház Baleseti Sebészeti és Kézsebészeti Osztály, Debrecen

Célkitűzés: A tibia proximalis vég depresszióval ill. impresszióval járó töréseinek kezelése operatív, melynek sikerét a repositio ill. az osteosynthesis pontos elvégzése biztosítja. Amennyiben valamilyen ok miatt a törésgyógyulás elégtelen, annak műtéti korrekciójára van szükség, amelynek egyik lehetősége a hemiprothesis beültetése. Előadásunkban ezen eljárással szerzett tapasztalatainkról és eredményeinkről számolunk be.

Módszer: Osztályunkon 2001. 01. 01. és 2005. 12. 31. között 21 betegnél észleltük a korábban műtétesen kezelt tibia proximalis vég törésének rossz eredménnyel járó gyógyulását. Betegeink közül 18 alkalommal történt hemiprothesis beültetése, 3 esetben korrekciós osteotomiára került sor. Az esetek döntő részében 17 alkalommal a sérülés a lateralis tibia condylust érintette. Vizsgálatainkban a hemiprothesis beültetésen átesett betegek vettek részt.

Eredmények: Az elért eredményeket a betegek személyes vizsgálata, szubjektív panaszai, a térd funkciója és az rgt felvételek alapján értékeljük. Az eredmények standardizálására a Lysholm- score rendszert használtuk. Ezek alapján 9 kiváló, 6 jó és 3 közepes eredményről tudunk beszámolni. Ér- idegsérülés egy esetben sem fordult elő.

Következtetés: Véleményünk szerint a tibia proximalis vég törések kezelésében legfontosabb a primer ellátás során a megfelelő, anatómiai repositio és implantatum korrekt behelyezése. Elégtelen törésgyógyulás esetén a vezető tünet a fájdalom és a beszűkült térdfunkció. Ennek előfordulása esetén az egyik választható eljárás a hemiprothesis beültetése, mely fájdalommentességet és megfelelő funkciót biztosít.

A-0073 VÁKUUMOS SEBKEZELÉS-SEBZÁRÁS ALKALMAZÁSA OSZTÁLYUNKON

Mahunka Zsolt - Földi J. - Horváth B. - Zsided L.

Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház-Rendelőintézet, Traumatológiai és Ortopédiai Osztály, Veszprém

Célkitűzés: Előrelépés a lágyrésziányok, septicus sebek kezelésében, kötözésében. A sebgyógyulás felgyorsítása a seb megfelelő fedésével, a váladék elvezetésével, tartós szívás alkalmazásával.

Módszer: 2005 januárjától 8 beteget kezeltünk vacuum sealing technikával. 1 esetben III. fokban nyílt törésnél primären, további 7 esetben septicus sebek kezelésénél alkalmaztuk. A szűkös anyagi lehetőségek miatt az eredeti és meglehetősen költséges VAC rendszer helyett a központi szívórendszert és "háziilag" készített vákuumos kötést használtunk.

Eredmények: A sebváladék, a kötszer és esetlegesen az ágynemű helyett zárt rendszeren keresztül a szívópalackba jut, nem pang a sebben, nem fertőződik felül. A sebalap napok alatt feltisztul, gyorsan telődik, sarjad. A kötés a páciens számára is komfortos megoldás, bár a tartós szívás miatt ágyhoz kötött. A kötéscsere 2-3 naponta elegendő. Látványos különbség - gyorsabb gyógyulás a hagyományos kötözéssel szemben, főként a sebgyógyulás első felében.

Következtetés: A seb fedése, a váladék elvezetése, a tartós szívás felgyorsítja a sebgyógyulás folyamatát. A vákuumos kötés felhelyezése igényes technikát, megfelelő gyakorlatot kíván, emellett nem minden testájékra helyezhető fel. A beteg számára a gyorsabb gyógyulás egyértelműen előnyös. Az ellátó intézmény számára a ritkább kötéscsere, rövidebb ápolási idő miatt költségkímélő metódus az amúgy is finanszírozhatatlan septicus esetekben.

A-0074 DELETED

**A-0075 TIBIA PROXIMALIS VÉG TÖRÉSEI, FELSZÍNPÓTLÁSHOZ VEZETŐ
POSTTRAUMÁS ARTHROSIS**

Balogh Péter – Jancsó J. – Horváth O. – Szálasy L.

Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Baleseti sebészeti osztály, Győr

A szerzők ismertetik a tibia proximalis vég töréseinek ellátását osztályuk 5 éves anyagában. Értékelik eredményeiket Knee Society Score (KSS) szerint, valamint ismertetik a töréstípus, műtéti ellátás, és utókezelés függvényében a felszínpótláshoz vezető eseteiket.

A-0076 A TIBIA EMINENTIA TÖRÉSEINEK ARTHROSCOPOS REFIXATIOJA

Bárdos István – Szontagh G. – Laczkó T. – Lendvai F.

Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Budapest

Az eminentia törések ellátásának fejlődése során a nagy ízület egészét érintő feltárás helyett a kisebb beavatkozást jelentő arthroscopos módszert helyezük előtérbe. Ez abban az esetben is igaz, ha a tibia proximalis végének törése miatt lemezes synthesis szükséges, de az eminentia törésének ellátása során ebben az esetben is a zárt arthroscopos ellenőrzés melletti refixatiót javasoljuk. Amennyiben képerősítő ellenőrzése mellett helyezük be distal felől a csavart arthroscoppal a pontos helyzetet meg tudjuk határozni, és a túlértő csavarok okozta panaszt elkerülhetjük. Ezzel a szövődmények ízületi gyulladás jobban elkerülhető, ritkábban alakulnak ki a nagyobb feltárásból adódó contractura és hegesedés.

**A-0077 AZ AC IZÜLETET RÖGZÍTŐ MENETES DRÓT VÁNDORLÁSÁNAK RITKA
SZÖVŐDMÉNYE**

Bárdos István – Laczkó T. – Lendvai F. – Szontagh G.

Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Budapest

A korábbi AC ízületi ficam ellátása mint több más traumatológiai osztályon feltárásból húzóhurkos rögzítéssel és szalagvarrattal együtt történt. Mint egy öt éve vettük át a külföldön már alkalmazott minimal invasív eljárás keretében behelyezett fedett repositiot, és menetes tűzodrót behelyezését. Bár a leírás nem tartalmazza a tűzodrót végének elhajlítását a menetes része miatt, az esetünk ismertetésén keresztül ismételtelen felhívjuk a figyelmet a drót elhajlításának szükségességére. A fiatal beteg ellátása során a szoros kontrollok ellenére is az elvándorolt tűzodrót a hátizomzatot keresztül a foramenen áthatolva a durát és gerincvelő hátsó részét is sértette.

A-0078 KEZDETI TAPASZTALATAINK A COMBFEJ MECHANIKAI VIZSGÁLATÁVAL MŰTÉTI KÖRÜLMÉNYEK KÖZÖTT.

Farkas Gábor – Nyárády J.

PTE ÁOK OEC Traumatológiai Centrum Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika, Pécs

Célkitűzések: A csípőtáji törések ellátásában a csont fizikai jellemzői döntően befolyásolhatják a műtéti kezelés sikerét. Célunk az volt, hogy a combfej mechanikai tulajdonságait műtéti körülmények között vizsgálhatóvá tegyük.

Anyag és módszer: A szerzők klinikai kutatásuk során a combnyaktörés kezelésével kapcsolatosan rávilágítottak arra, hogy a medialis törés esetében a fej keringését intraoperatívan meg lehet állapítani, osteoscopia segítségével. A töréskezelés biomechanikai feltételeinek mérlegelése céljából következő lépcsőként a mechanikai tulajdonságok, intraoperatív minősítése kap fő szerepet. Ezzel kapcsolatosan állatkísérleti és cadaver csont vizsgálatával szerzett tapasztalatok alapján a szerzők olyan eszközt szerkesztettek, és alkalmaztak, mellyel a combfej fizikai tulajdonságait, azonos körülmények között vizsgálni lehet. Céljuk volt, hogy egy esetleges fejmegettartó vagy protézis műtét lehetőségét a vizsgálat ne korlátozza, és valamennyi csípőtáji törött beteg esetében a primér ellátás során külön műtéti megterhelés nélkül elvégezhető legyen.

Eredmények: Előadásukban a új vizsgálati módszert és kezdeti tapasztalataikat mutatják be.

Következtetések: A csípőtáji törések kezelése során a műtéti tervezést és a beavatkozást jelentős mértékben befolyásolják a biomechanikai feltételek. A mechanikai tulajdonságok adekvát mérésével a kezelési terv célszerűen megválasztható. Megfelelő fizikai tulajdonságú csont esetén a későbbiekben csavarlazulás, „Cut out”, jelensége kiküszöbölhető, míg törékeny osteoporotikus csont esetében megfelelő utókezeléssel, esetleg más ellátási taktika választásával a csípőtáji törött szövődményei csökkenthetők.

A-0079 TÉRDFICAMOK KEZELÉSE OSZTÁLYUNKON AZ ELMŰLT 10 ÉVBEN

Baló Eszter – Ács G. – Varga Zs.

Kenézy Gyula Kórház Traumatológiai Osztály,

DEOEC Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék, Debrecen

Célkitűzés: A térdficamok rendszerint nagy energiájú baleset következtében létrejövő, szerencsére rendkívül ritka, de súlyos sérülések. A komplex szalagsérülés mellett nem ritkán társuló ér- és idegsérülés is van. Kezelésében legfontosabb a mielőbbi repositio, amellyel gyakran a végtag keringése is helyreállítható.

Felmérésünkben azt vizsgáltuk, hogy elegendő-e a repositiot követően a végtagot gipszsel vagy fixateur externevel rögzíteni, vagy minden esetben szükséges a sérült szalagok reconstructioja.

Módszer: Osztályunkon 1997. január 1. és 2006. május 31. között 8 sérültet kezeltünk térdficam miatt. Betegeink döntő többsége férfi volt, átlagéletkoruk 42 év volt. 6 esetben nagy energiájú sérülés, 2 esetben banalis trauma következtében jött létre térdficam. 3 sérültünknel a ficam polytraumatizáció része volt. 2 esetben társuló idegsérülés, 1 esetben artéria- és vénásérülés is jelen volt. 5 sérültnel a repositiot követően gipszrögzítést, 2 sérültnel fixateur externet alkalmaztunk. 1 sérültnel a ficam fedett repositioja nem sikerült, emiatt feltárasos repositiot és oldalszalagvarratot végeztünk. Társuló érsérülés miatt 1 betegünknel artériapótlás és véna ligatura történt. Későbbiekben visszamaradó instabilitás miatt 2 betegnel végeztünk szalagplasztikát.

Eredmények: Az elért eredményeket személyes vizsgálat során a betegek szubjektív panaszai, térdfunkciójuk és rtg felvétel alapján értékeljük. Eddigi adataink alapján 3 betegünk panaszmentes, 3 betegünknek vannak közepesen súlyos panaszai és az rtg felvételen arthrosisos jelei. 1 betegünknel előrehaladott arthrosis miatt arthrodésist végeztünk. 1 betegünkről viszonylag friss sérülése miatt még nem tudunk nyilatkozni.

Következtetés: Fenti adataink alapján az a véleményünk, hogy a térdficamok kezelésénél legfontosabb a sürgős repositio és a jól vezetett utókezelés. A szalagrendszer reconstructiojára csak akkor van szükség, ha későbbiekben a betegnek panaszt okozó instabilitása van. Posttraumás arthrosisra a ficam során létrejött porckárosodás függvényében kell számítanunk, azonban a folyamat progressziója megfelelő fizioterápiával lassítható.

A-0080 TIBIA PROXIMALIS VÉG ÍZÜLETBE HATOLÓ TÖRÉSEINEK KEZELÉSE OSZTÁLYUNKON

Baló Eszter - Kiss L. - Pálffy T.

DEOEC Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék, Debrecen

Célkitűzés: A tibia proximalis vég ízületbe hatoló törései kiemelt fontosságú sérülések. A térd anatómiai és funkcionális szempontból tökéletes helyreállítása gyakran még tapasztalt sebészeknek is komoly feladatot jelent. A mai sérültellátási trend a minimálisan invazív beavatkozások betöltik-e a teljes törésspektrum kezelését vagy meredt-e helye a korábbi osteosynthesis típusoknak?

Módszer: Osztályunkon 2003. január 1. és 2005. december 31. között 242 beteget kezeltünk tibia proximalis vég ízületbe hatoló törése miatt. Betegeink döntő többsége aktív munkaképes korú volt, akik közlekedési vagy munkahelyi baleset során sérültek. Az idősebb korosztályban az egyszerű elesés volt a leggyakoribb baleseti mechanizmus. 28 dislocatioval nem járó törés esetén konzervatív kezelést alkalmaztunk. A többi esetben a törés típusától függően lemezes OS-t, csavaros OS-t vagy fixateur externe-s rögzítést használtunk, szükség esetén autológ spongiosával kiegészítve. A műtétet betegeink több mint 1/3-nál a baleset napján, további mintegy 1/3-nál halasztva láttuk el.

Eredmények: A minimum fél éves utánkövetés alatt szeptikus szövődményt 58 döntően 3 napon túl operált betegünkönél észleltünk. 28 esetben alakult ki posttraumás arthrosis, 2 esetben végeztünk TEP beültetést, 1 esetben arthrodesist. 2 sérültnél Sudeck dystrophia alakult ki. A szubjektív panaszokat Lequesne pontrendszer alapján értékeltük. Ez alapján betegeink 3/5 -e panaszmentes, térdfunkciójuk teljes. 12 esetben észleltünk enyhe, 39 sérültnél közepes, 18 sérültnél súlyos mozgásbeszűkülést, 3 betegünkönél flexios contractura kialakulását.

Következtetés: Jó eredmények eléréséhez alapvetően fontos a töréstípushoz illesztett műtéti forma megválasztása, a minél előbbi korrekt műtéti technika, gondos lágyrészvédelem, az izfelszín anatómiai restructioja, az elért helyzet stabil rögzítése illetve a korai rehabilitáció a térdfunkció minél előbbi teljes visszanyerése érdekében.

A-0081 VÁLLÍZÜLETI INSTABILITÁSOK REHABILITÁCIÓJA KLINIKÁNKNON

Szakálás Judit – Doktor K. – Kiss Z.

Pécsi Tudományegyetem, Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika, Pécs

Célkitűzés: A glenohumeralis ízület az emberi test legnagyobb mozgásterjedelemmel rendelkező ízületi rendszere, melynek stabilitása összetett anatómiai struktúrák és fizikai mechanizmusok eredménye. Ahhoz, hogy az instabilitást eredményesen tudjuk kezelni, ismernünk kell a típusát, irányát, etiológiáját és a mértékét. A fizioterápia célja az izomapparátus kontrolláló funkciójának, az izomerőnek valamint a proprioceptív kontrollnak a javítása és a fájdalom csökkentése.

Módszer: Anterior irányú instabilitásnál kerülni kell az extenziós és kirotaációs mozgásokat. A m. subscapularis és m. infraspinatus megfelelő izomerejének és kontrolláló funkciójának kialakítására kell törekedni.

Posterior irányú instabilitásnál a berotációs, flexiós és addukciós mozgások kerülendők. A m. infraspinatus, m. teres minor és a m. subscapularis izomerejének és stabilizáló funkciójának javítása a cél.

Cranialis irányú instabilitásnál a caput humeri fiziológiás disztális irányú csúszási mechanizmusának helyreállítására és a rotátorköpeny izmai közül főleg a m. supraspinatus funkciójának javítására, erősítésére kell helyezni a hangsúlyt.

Konzervatív kezelés során a rögzítés ideje alatt a mozgásterápia fő célja a vállövi kontroll kialakítása, a mm. rhomboidei és m. serratus anterior erősítése és a glenohumeralis ízület izmaianak, elsősorban a rotátorok innervációjának gyakoroltatása. A rögzítés eltávolítása után kezdetben ingamozgásokat, vezetett aktív gyakorlatokat alkalmazunk, majd óvatos stretchinggel és proprioceptív gyakorlatokkal folytatjuk a kezelést.

Operatív kezelés esetén, amennyiben az ízületi tokot és/vagy az izomapparatust érinti a műtét, kerülni kell azokat a passzív és aktív mozgásokat, amelyek a tok illetve inak adott részének megfeszülését okozzák. Innerváltatni kell a rotátor izmokat és törekedni kell a vállövi kontroll kialakítására.

Következtetés: Az instabilitás hatékony kezeléséhez szükség van a betegek fizikális és mentális kooperációjára, kitalására, mert a mozgásterápiát hosszú ideig, pontosan, nagy ismétlésszámú gyakorlatokkal kell végezni azért, hogy a helyes mozgássztereotípiá kialakulhasson.

A-0082 TŰZÖDRÓTOK VÁNDORLÁSA

Gloviczki Balázs – Horváth K.

Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet

A tűződrótok egyszerű és hatékony eszközök a töréskezelésben, ezért is gyakori az alkalmazásuk. Helytelen használatuk azonban – igaz ritkán – súlyos szövődményekhez vezethet. Intézetünkben az elmúlt pár évben több alkalommal távolítottunk el sikeresen a mellüregből spontán migrációt követően tűződrótokat, ezeket az eseteket ismertettjük.

A-0083 POSTTRAUMÁS ARTHROSISBAN BEÜLTETETT REVERZ VÁLLPROTÉZISEKSEL SZERZETT KEZDETI TAPASZTALATAINK

Schäfer Miklós – Major B.

Budai Irgalmasrendi Kórház, Ortopédiai Osztály, Budapest

Bevezetés: Az olyan állapotok, melyek esetében egyszerre észlelhető a vállízület arthrosisa, esetleg jelentős csontihiánya, állízülete, valamint a rendkívül fontos funkcionális szerepet betöltő rotátorköpeny hiánya, sokáig szinte megoldhatatlan helyzet elé állította az orvosokat. Az anatómiai protézisek a rotátorköpeny funkciójának hiánya miatt nem adhatnak jó eredményt, az ilyen helyzetek sebészi megoldását a reverz vagy más néven delta vállprotézis jelenti, melynek működtetéséhez az intakt delta izmát használja a beteg. Előadásunkban a reverz vállprotézisekkel kapcsolatos kezdeti tapasztalatainkat mutatjuk be.

Beteganyag: Osztályunkon 2003-tól kezdve ültetünk be reverz protézist. 2003.01.01 - 2005.12.31-ig 11 beteg került a fent említett állapotok miatt műtetre. A diagnózisok megoszlása: posttraumás arthrosis 5 eset, rotátorköpeny arthropathia 3 eset, RA 2 eset, elakadós hátulsó vállficam 1 eset, 2 esetben korábbi, anatómiás - 4-rész ill. állízülettel gyógyult 3-rész törés miatt végzett - vállprotézis került konverzióra. A betegek átlagos utánkötési ideje 1,2 év volt.

Eredmények: A Constant score a praeoperatív 26-ról postoperatív 67-re emelkedett. A betegek életminőségét vizualizáló simple shoulder teszt minden esetben az életmin_ség javulását mutatta. A betegek szubjektív megítélése 100 pontos vizuál-analóg skála segítségével történt, az utánkötés idején átlagosan 95 pont volt. Szövődményt 2 esetben észleltünk, 1 esetben fonalgranulómát távolítottunk el, a 2. esetben luxáció miatt kényszerültünk újabb műtetre.

Megbeszélés: A rendkívül jó eredmények alapján ajánljuk a reverz vállprotézisek implantációját a fentebb említett indikációk mellett.

A-0084 SÚLYOS ARC ÉS SKALP SÉRÜLÉS ELLÁTÁSA OMENTUM MAJUS MIKROVASCULARIS SZABAD LEBENY ELHALÁSA UTÁN

Pintér Sándor – Császár J.¹ – Oláh T.² – Veszely Cs.³ – Simonka J. A.¹

¹Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum, Traumatológiai Klinika

²Szeged Megyei Jogú Város Önkormányzat Kórháza Sebészeti Osztály

³Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet, Szeged

A kutyatamadás gyakorisága 1-2 /10000 fő évente, a sürgősségi ellátás 2 ezreléke. Felnőttek esetében legtöbbször végtagsérülés. A skalp sérülés gyermekben gyakoribb, felnőtteken akkor fordul elő ha a sérült a földre kerül.

A bemutatott esetben 57 éves nőbeteg extrém nagy, 25x42 cm területű és extrém súlyos skalpsérülést szenvedett. A helyszínen reszuscitálni kellett. Az ellátás során az omentum majus mikrovaskularis lebeny Pseudomonas sepsis miatt elveszett. Végül többlepcsős decortikációval és részvastag bőrplasztikával sikerült fedni a calvariát, és a beteg funkcionális és esztétikai rehabilitációja elkezdődhetett.

Az előadásban az eredményt és az ellátás során szerzett tapasztalatainkat szeretnénk ismertetni.

A-0085 PILON TIBIALE TÖRÉSEK KEZELÉSÉNEK RETROSPEKTIV ELEMZÉSE

Bogosi Tibor – Balajthy G. – Kalmár I.

Károlyi Sándor Kórház, Baleseti Sebészet, Budapest

Célkitűzés: Pilon tibiale törések funkcionális eredményeinek értékelése.

Módszer: 3 év 102 pilon tibiale sérült kezelési eredményét elemeztük a baleset mechanizmusa, a választott kezelési módszer és a szövődmények tükrében. A döntő többségében (85 %) műtéti és kisebb részben konzervatív (11 %) kezelést retrospektív elemzéssel értékeltük. Az eseteket AO klasszifikáció alapján soroltuk be.

Eredmények: Konzervatív kezelést csak kivételesen, egyéni indikációk alapján végeztünk. Nyílt törések minden esetében műtéti ellátást választottunk. Fixateur externe, csavaros, lemezes osteosynthesis, és percutan dróttűzés szerepeltek a műtéti típusok között.

Következtetés: A végső funkcionális eredményt jelentősen befolyásolja az ízületi felszínek destrukciója és azok műtéti rekonstrukciója. Nagy jelentőséggel bír a lágyrészviszonyok regenerációja.

A-0086 PROXIMÁLIS TIBIA VÉG TÖRÉS KEZELÉSE KETTŐS LEMESES OSTEOSYNTHEZISSSEL

Kósa Jenő

Sopron Erzsébet Kórház a DEOEC Oktató Kórháza Traumatológia, Debrecen

Célkitűzés: a tibia proximális vég ízületbe hatoló töréseinek kezelésében alkalmazott kettős lemezes osteosynthesis bemutatása klinikai anyagunk alapján.

Módszer: A címben szereplő törések kezelésében a kettős lemezes osteosynthesis alkalmazzuk, sz.e. spongiosa plasztikával kiegészítve. Kettős feltárásból, válogatott esetekben percután bevezetett lemezekkel történik a rögzítés, a hátsó medialis felszínre felhelyezett KFI DC lemezzel, a lateralis oldalon támasztó lemezzel, sz.e. spongiosa plasztikával.

Eredmények: Az elmúlt 4 évben 18 esetben alkalmaztuk a módszert jó késői funkcionális eredményekkel.

Következtetés:ek: Gyakorlatunkban a kettős lemezes OS bevált módszer a fenti törések kezelésében, mert korai mobilizálást és ennek eredményeként jó késői funkcionális eredményt biztosít.

A-0087 INVETERÁLT CSÍPŐFICAM MŰTÉTI KEZELÉSE

Varga Marcell – Gloviczki B.

Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Budapest

Az inveterált, negligált csípőízületi ficammal a 28 éves politoxikomániás férfi négy héttel a baleset bekövetkezése után jelentkezett először.

Sikertelen fedett repozíciós kísérletet követően műtétet végeztünk, a combfejet "véresen" reponáltuk. A harmadik postoperatív napon észlelt reponálhatatlan relaxatio miatt újabb műtetre került sor, a reponált csípőt fixateur externe behelyezésével rögzítettük. A fixateur nyársak eltávolítása után brace kezelést alkalmaztunk. A későbbi kontroll során észlelt MR-vizsgálatokkal combfej necrosisra utaló jeleket egyelőre nem igazoltunk. Célunk a járóképesség helyreállításán túl, egy későbbiekben esetlegesen bekövetkező combfej-necrosis esetén a csípőízületi rekonstrukciós műtéthez az optimális anatómiai helyzet illetve lágyrészviszonyok lehetőség szerinti rendezése volt.

A-0088 TIBIA DISTALIS VÉG TÖRÉS RÖGZÍTÉSE „BOKA-STABIL” SZÖGLETTARTÓ LEMEZZEL

Kádas István - Magyar Z. - Szita J. - Bagi I. - Kádas D. - Molnár

Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet

Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, Budapest

Célkitűzés: A tibia distalis vég töréseinél a sérült belső váz statikai helyreállítása csak részben általános mechanikai probléma. A csont, mint mechanikai egység, egyben élő szövet, biológiai anyag. Az ízületi és az ízület közeli, metaphysis, töréseknél a feltárással járó hagyományos lemezes osteosynthesis formák helyett szöglettartó osteosynthesis forma ajánlatos.

Módszer: Munkacsoportunk kidolgozott egy újfajta hengeres illeszkedő csavar-lemez kombinációt. Első lépésként a Budapesti Műszaki Egyetemen biomechanikai vizsgálatokat végeztünk, majd a cadaver kísérletek után sikerrel alkalmaztuk a klinikai gyakorlatban. Az ellátott csoportba a distalis metaphysis törések kerültek. A műtétet célzó segítségével fedett technikával incíziós nyílásokkal végeztük.

Eredmények: Az intézetünkben 2005-ben elkezdett módszerrel 32 beteget operáltunk meg szöglettartó „boka-stabil” lemezzel. Rediszlokációt, tengelyeltérést nem találtunk. Két esetben észleltük a seb váladékozását, melyet a lemez eltávolítása nélkül tudtunk uralni, míg egy esetben bizonyított fémérzékenység miatt kényszerültünk a lemez eltávolítására. Csavar lazulás, csavar törés nem történt. A bokaizületben oldal azonos funkciót találtunk.

Következtetés: A munkacsoport által kidolgozott szöglettartó „boka-stabil” lemezzel kedvező eredményeket értünk el, ezért ezen osteosynthesis formát javasoljuk országos bevezetésre. A minimal invazív, fedett technika, a könnyen elsajátítható műtét, a kimutatott stabilitás egy új módszert ad a traumatológusok kezébe, mellyel az osteoporotikus betegek tibia distalis vég és metaphysis töréseit sikerrel gyógyíthatják.

A-0089 DISZTRAKCIÓS CSAVAR A SAROKCSONT TÖRÉS RÖGZÍTÉSÉBEN

Szita János - Kádas I. - Bagi I. - Kádas D.

Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet

Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, Budapest

Célkitűzés: Az ízületi beroppanással járó sarokcsonttörések műtéti kezelést igényelnek. Létezik egy módszer, mely fedett technikával végzi egy distractios eszköz segítségével a repositiot, majd 3 db kompressziós csavarral rögzíti a törést, minimál invazív technikával. A módszer Zdravec munkássága nyomán terjedt el. A műtétek során szerzett tapasztalatok vezették munkacsoportokat, hogy új fejlesztésű distrakciós csavar használatával lássuk el a sarokcsonttöréseket. A csavar a különböző menetemelkedés miatt távolítást, illetve távolságtartást biztosít.

Módszer: Új tervezésű distrakciós eszközzel érjük el a kívánt ligamento-taxist. A húzások irányának megváltoztatásával egy szimmetrikus háromszög csúcsai mentén érjük el a kívánt távolítást. Egy sztereo-taxias célzó eszköz segítségével vezetjük be a speciális kiképzésű fixateur interneket, mellyel elérjük a kívánt osteotaxias hatást. A reponáló eszköz ligamentotaxis hatását és a distrakciós csavar belső tartásának synergismusát használjuk ki a pontos pozícióhoz.

Eredmények: A tervezés és az elméleti elemzés után a Budapesti Műszaki Egyetem biomechanikai laborjában teszteltük a rendszert. A sikeres cadaver kísérletek után a klinikai kipróbálás következett. Az elért eredmények igazolták az elméleti kutatásokat. 2005-től 56 beteget kezeltünk Zdravec szerinti technikával disztrakciós, fej nélküli csavarokkal.

Következtetés: Az elért eredmények után vizsgálata igazolta a munkahypothesis. A radiológiai és funkcionális eredmények értékelése szerint jó és kiváló eredményt értünk el a betegek 85 %-ban. Elméleti számítások, mérnöki tervezés, cadaver és klinikai kísérletek után, a csoport szerint, rendszerbe állítható a disztrakciós csavar a sarokcsont törések fedett ellátásában.

A-0090 TÉRD PROTÉZISEK PROXIMALIS TIBIA TÖRÉS UTÁNI ARTHROSISOKBAN

Frenyó Sándor

Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Budapest,

Célkitűzés: Az elmúlt 15 év szakirodalmát figyelembe véve, nagy anyagot áttekintő tanulmányok, ill. metaanalízis által javasolt elveket kívánom összegezni.

Módszer: 1991-2006. között megjelent 124 közleményt tekintettem át, ezek közül 3 cikk közölt metaanalízist, további 9 cikket találtam, mely vagy referátum volt, vagy hosszú távú utánvizsgálatokat közölt e témában.

Eredmény, konklúzió: Az irodalom egybehangzó álláspontja szerint a tibia proximalis vég törések után végzett endoprothesis műtétek pozitív hatása volt a fájdalom csökkenése, és a mozgási amplitudo jelentős növekedése. A szövődmények száma és a funkcionális végkimenetel azonban lényegesen kedvezőtlenebb volt, mint primer gonarthrosis esetében végzett endoprothesis műtéteknél. Felhívják a figyelmet arra, hogy ezen műtét során revíziós térdprothesis behelyezésének lehetőségére kell felkészülni.

A-0091 CSIPŐPROTÉZIS IMPLANTÁCIÓK TERÜLETI JELLEGZETESSÉGEI MAGYARORSZÁGON

Sebestyén Andor - Boncz I. - Tóth F. - Nyárády J.

Baranya Megyei Egészségbiztosítási Pénztár, Pécs

Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Budapest

PTE, ÁOK, Traumatológiai Centrum, Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika, Pécs

Célkitűzések: A dolgozat célja a csipőprotézis implantációk igénybevételének bemutatása korcsoportok, progresszív ellátási szintek, területi lokalizációk, valamint a baleseti (traumatológiai) és ortopédiai indikációk alapján Magyarországon.

ANYAG ÉS Módszer: A retrospektív tanulmányban az adatok az OEP adatbázisából, valamint a KSH tárgyévi lakossághadataiból származnak. Az adatok szelektálását a BNO X. versio, a HBCS rendszer célirányos kódjai és a protézis implantációval kapcsolatos műtéti kódok biztosítják. Az értékelés alapját a fekvőbeteg-ellátást végző intézményekből csipőprotézis beültetést miatt 2002. évben emittált, azonosítható (TAJ) betegek képezik. A tanulmány része minden olyan csipőprotézis implantáció, amely a vizsgálati évben először fordul elő egyoldali primer protézis beültetés során, függetlenül az ellenoldali csipő esetleges ugyanazon évi későbbi protetizálásától. Ilyenek coxarthrosisok, csipőtáji törések primer ellátása vagy módszerváltást követő protetizálása, egyéb elváltozások. A vizsgálatnak nem része az egy éven belüli ellenoldali protézis beültetések, továbbá a már korábban beültetett, de bármely okból cserére szoruló implantációk vizsgálata. A hemi és total endoprotezisek külön kerülnek értékelésre az indikációs területeknek és korcsoportoknak függvényében. A területenkénti igénybevétel az érintett személyek primer ellátáskori lakhelye szerint történik.

Eredmények: A feltételeknek megfelelő protetizált személyek száma 7998fő (0-100év között).

10.000 lakosra jutó csipőprotetizált (hemi és totál) személyek száma átlagosan 7,91.

Korcsoportonként: 10-19év: 0,03fő 20-29év: 0,18fő 30-39év: 1,01fő 40-49év: 4,89fő 50-59év: 10,46fő 60-69év: 23,51fő 70-79év: 32,72fő 80évfeltől: 25,21fő

Progresszív ellátási szintenként a protetizálás aránya az összes ismeretében: országos intézetek:5,4%, egyetemek: 23,4%, fővárosi intézetek:22,4% megyei intézetek:41,9%, városi intézetek: 7%.

Régióenkénti értékek 10.000lakosra: Közép-Magyarország: 8,72, Közép-Dunántúl: 7,87, Nyugat-Dunántúl: 8,35, Dél-Dunántúl: 8,86, Dél-Alföld: 8,7, Észak-Magyarország: 6,89, Észak-Alföld: 5,69,

Következtetések: A területenkénti és korcsoportonkénti protézis implantációk igénybevételi különbségeinek hátterében az ortopédiai és traumatológiai indikációs területek határvonalain túl, a helyi lakosság egészségügyi életminőség iránti igény-qualitási és társadalmi-gazdasági helyzetük is felmerül, mely további vizsgálatokat igényel.

A-0092 EU-S PROTOKOLL TRAUMA ELLÁTÓ RENDSZERE I-II-II-AS SZINT MAGYARORSZÁGI FELMÉRÉS TÜKRÉBEN

Szita János - Kádas I. - Szűdy R.

Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Budapest

DGU (Német Baleseti Társaság) szigorú szakmai kórházstruktúra, kórház szervezés, technikai feltételek és humán erőforrás kritériumai alapján végzett magyarországi felmérés adatainak elemzése.

Az előbbi szigorú protokolloknak megfelelően rögzítjük, minősítjük, a nálunk regisztrált traumatológiai ellátó egységeket, traumatológiai osztályokat, „trauma centrumokat”.

Másik összevetés szerint az itt nyert adatok, melyek az un. EU normatívák összehasonlítása alapján kerül értékelésre, a magyarországi hivatalos besorolással készített részlegek, traumatológiai osztályok és „trauma centrumok” minősítése szerint.

A felmérés „görbe tükör” képének alapján alakítjuk ki a hazai traumatológiai ellátás átalakítását, mely az EU-s elvárásoknak is megfelel a XXI-ik században.

A-0093 VÉRLEMEZKE GÉLLEL KIEGÉSZÍTETT CSONTPÓTLÁS A MOZGÁSSZERVI SEBÉSZETBEN

Király Zoltán - Moravcsik B. - Gáspár Sz. - Zsiros L.

MH Dr. Radó György Központi Honvédkórház, Baleseti Sebészet, Budapest

Célkitűzés: Osztályunkon 2003. óta végzünk vérlemezke géllal augmentált csontpótlást. Előadásunkban a módszer előnyeit kívánjuk igazolni.

Módszer: A szerzők ismertetik az általuk alkalmazott módszert, amellyel különböző esetekben - a legnagyobb számban steril és aszeptikus állületek, valamint periprotetikus törések, aszeptikus combfej-elhalás, elhúzódó csontgyógyulás, patológiás folyamatok rezekciója utáni „nagymeretű” csontpótlás - a közvetlen preoperatív időszakban a betegtől nyert vérből nyer trombocita szuszpenzióval augmentált csontpótlást alkalmaztak.

Eredmények és következtetés: 85 eset kapcsán felhalmozott tapasztalataikat ismertetik az előadásban, amely alapján a vérlemezke géllal kiegészített homológ összeális transzplantáció eredményei felülmúlják a korábbi módszereket.

A-0094 TIBIA CONDYLUS TÖRÉSEK MINIMÁL INVÁZÍV ELLÁTÁSA OSZTÁLYUNKON KANÜLÁLT LÉPCSŐS UTÓVERŐ ALKALMAZÁSÁVAL

Kovács Péter - Szebeny M. - Kiss L. - Varga Zs. - Sárváry A.

Semmelweis Egyetem Traumatológiai Tanszék

Péterfy Sándor utcai Kórház és Rendelőintézet Baleseti Sebészeti Osztály, Budapest

Az AO 41 B2.1, B 2.2, B2.3 típusú impressziós és a B 1.1, B 1.2. típusú depressziós törések kezelését osztályunkon artroszkópos ellenőrzés mellett feltárás nélkül végezzük. Ezen műtétek megkönnyítésére és pontosabbá tételére fejlesztettük ki a lépcsős kanülált utóverőt, melyet célzóval behelyezett Kirschner drót vezetése mellett alkalmazunk. Előadásunkban bemutatjuk a minimál invazív ellátásra alkalmas töréstípusokat és egy video betéttel röviden ismertetjük a lépcsős kanülált utóverő alkalmazását. Az elmúlt 5 évben 20 műtétet végeztünk a fenti módszerrel. Ezekből az esetekből válogatunk és ismertetjük a minimál invazív technika előnyeit.

A-0095 UTÓKEZELÉS A FUNKCIONÁLISAN KEZELT BOKATÁJJI ÉS LÁBSÉRÜLTEK, ILLETVE MŰTÖTTEK ESETÉN OSZTÁLYUNK GYAKORLATÁBAN

Kricsfalusy Mihály – Péntek I. – Baranyai Á.

Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Baleseti Rehabilitációs Osztály, Budapest

Célkitűzés:

1. A bokatájon és lábon végzett stabil osteosynthesisek után funkcionálisan, a gipszrögzítés elhagyásával kezelünk erre alkalmas betegeket. Azt kívánjuk felmérni, hogy az így kezelt betegek rehabilitációja rövidebb, illetve eredményesebb-e mint a hagyományos, 4-6 hétig gipszet viselő betegeké.
2. Előadásunkkal is fel szeretnénk hívni a figyelmet a feleslegesnek tűnő rögzítések megszüntetésére

Módszer: A boka rándulások illetve szalagsérülések esetén már országsszerte elterjedt a dinamikus rögzítőkkel történő kezelés, bár ennek gyakorlati megvalósításában vannak különbségek.

E mellett azonban évek óta próbáljuk a boka- illetve láb bizonyos sérülései, műtéti után a gyakorlatban berögzült, hosszas gipszrögzítést funkcionális szemléletű kezeléssel helyettesíteni.

Stabil, lemezzel, csavarral, vagy húzóhurokkal rögzített metatarsus, illetve bokatáji törések után - jól kooperáló betegeknél preferáljuk a gipszrögzítés teljes elhagyását, és léggárnás bokarögzítő viselését. A betegek osztályunkon a sérülés típusától függő mértékű, gyógytornász folyamatos irányítása mellett történő gyógytorna- és komplex fizioterápiás kezelésben részesülnek. Összehasonlítottuk a funkció javulását a több hét gipszrögzítés után megkezdett kezelés, és a műtéttől folyamatosan mozgatott végtagok esetén.

Eredmények: Eddigi eredményeink alapján azt mondhatjuk, hogy átlagosan csaknem fele annyi idő alatt érték el a teljes funkciót a rögzítést nem viselő betegeinknél, mint azoknál, akik a műtét után 4-6 hétig még gipszet is viseltek.

Következtetés: Jól kooperáló, és stabil osteosynthesissel ellátott betegeknél a lábon végzett műtétek után is előnyösnek tartjuk a gipszrögzítés kiváltását, és a betegek irányított, funkcionális kezelését.

A-0096 A TIBIA PROXIMALIS VÉG IZÜLETBE HATOLÓ TÖRÉSEINEK ELLÁTÁSA MINIMÁL INVAZIV TECHNIKÁVAL OSZTÁLYUNKON.

Horváth Béla – Szálassy L. – Milanovich G.

Magyar Imre Kórház, Traumatológia, Ajka

Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr

Szerzők beszámolnak a proximális tibia vég ízületbe hatoló töréseinek minimál invaziv technika alkalmazásával történő kezeléséről. Az eminentia massa valamint a condylusok izfelszínei nem csontos strukturáinak sérülésekor az arthroskopos intraarticularis ellátással egyidőben végzett, fedetlen kivitelezhető, képerősítő segítségével megoldható rögzítés bizonyos törés típusoknál a rehabilitáció jelentős lerövidítését eredményezi, emellett a korai funkcionális kezelés biztosításával a késői eredmények is lényegesen javíthatók. Ilyen technikát kellő arthroskopos gyakorlat mellett mintegy 10 éve végzünk osztályunkon, és kijelenthetjük, hogy arthroscoopia nélküli törésegysítés ellátás - a jelentős számban előforduló intraarticularis társsérülések miatt - nem kellően korrekt.

A-0097 SEPTIKUS TÉRD ARTHRODESISEK:INDIKÁCIÓ, TECHNIKA, EREDMÉNYEK

Baranyi György – Sárváry A. – Pintér Z.

*Semmelweis Egyetem Traumatológiai Tanszék,
Péterfy Kórház, Baleseti Sebészeti Osztály, Budapest*

Cél: Septicus térdizületi arthrodesisek indikációinak és technikáinak bemutatása.

Anyag, Módszer: 1987-2005 között 24 septicus térdizületi szövődményt követően 24 arthodesist végeztünk. Akut septicus folyamatok esetén resectiot és fixateur-externes rögzítést végeztünk. Chronicus folyamatok esetén valamint postsepticus esetekben a fixateur-externe mellett választott esetben intramedullaris illetve nyílt lemezes rögzítést is alkalmaztunk.

Az esetek több mint felében az átépülést két vagy három műtét után értük el (revisio, kiegészítő ASP).

Eredmények: Minden bezegünknel az arthrodesis átépült, a végtag terhelhetővé vált, fémeltávolítás csak kivételes indikáció alapján végeztünk. Az esetek több mint 80%-ban a betegek sipoly mentesek, a végtagrövidülés mértéke 2,5-6 cm-ig terjed.

Összefoglalás: Septicus térdizületi folyamatok kezelésében a terhelhetőség, a fájdalom és sipoly mentesség, estenként végtagmentés érdekében az arthrodesis napjainkban is elfogadható megoldás.

A sikeres kezelés kulcsa a radikális debridement, a biomechanikailag korrekt rögzítés mellett a megfelelő lágyrész management, szükség esetén a lágyrész pótlás.

A-0098 A BALESETI SEBÉSZETI OSZTÁLYOK FELADATAI KATASZTRÓFAHELYZETEKBE

Szokoly Miklós – Szita J. – Göndöcs Zs. – Aradi P.

*Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet
Országos Mentőszolgálat Főigazgatósága
Budapesti Műszaki Egyetem, Budapest*

A Szerzők röviden összefoglalják az elmúlt időszak katasztrófa helyzeteit (a teljesség igénye nélkül.) Elemzik az egyes definíciókat. Ismertetik a hazai gyakorlatot, kiemelik a hiányosságokat.

Külföldi és hazai gyakorlatok, példák illetve „éles helyzetek bemutatásával” bizonyítják a katasztrófaterület szükségességét és annak gyakoroltatását.

Kiemelten foglalkoznak a kórházak és egyéb egészségügyi intézmények katasztrófa körülményekre történő átállás hazai nehézségeire.

A-0099 ALACSONY ENERGIÁJÚ TRAUMA OKOZTA FIATAL SPORTOLÓ HÁTSÓ FICAMMAL TÁRSULÓ COMBFEJ TÖRÉSE – KAZUISZTIKA

Almási József* – Dékány S** – Thoma Gy.**

Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Orthopaediai Osztály
Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Baleset Sebészeti Osztály**, Győr*

Összefoglalás

Alacsony energiájú trauma okozta fiatal sportoló hátsó ficammal társuló combfej törése irodalmi ritkaságnak számít. A szerzők egy 33 éves sportoló esetét mutatják be, aki kosárlabdázás közben bal térdére esett. Bal oldali hátsó csípőficammal társuló darabos combfejtörést szenvedett el. Konvencionális rtg. elkészülte után altatásban fedett repozíció, majd CT vizsgálat történt, mely alapján primer cementnélküli csípőprothesis beültetését végezték 12 hét után Harris Hip S értékelve, kitűnő eredményeket értek el. A megbeszélésben a szerzők a bemutatott esetet az irodalommal konfrontálják és a baleset mechanizmus matematikai – fizikai elemzésével foglalkoznak.

A-0100 A KOMPRESSZIÓS TÜZŐDRÓT-RENDSZER

Szokoly Miklós – Szokoly M. – Renner A.

Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Budapest

A szerzők bemutatják a kompressziós tűződrót rendszerrel nyert tapasztalataikat, egyszerű, olcsó és új percutan műtéti technikát, amely kis infekciós veszéllyel jár, különösen a kézközépcsontok, ujjperctörések, valamint a csontkiszakadásokkal járó esetek műtéti ellátásában. Az új technika a sinezést szükségtelenné teszi, megakadályozza a drótvándorlást, korai mobilizálást biztosít a betegek számára.

A-0101 ACHILLESI IN FEDETT SÉRÜLÉSEI. MŰTÉT, NEM MŰTÉT?

Thoma György – Jancsó J. – Marafkó Cs.

Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Baleseti és Helyreállító Sebészeti Centrum, Győr

Célkitűzés: Fedett Achilles in sérülések funkcionális-nem műtéti kezelése egyre nagyobb teret nyer a hazai és a nemzetközi gyakorlatban. Összehasonlító utánkövetéses klinikai vizsgálat, melynek célja, hogy összehasonlítva a műtéti illetve konzervatív kezeléssel átesett betegek késői funkcionális végállapotát észlelünk-e szignifikáns eltérést a két csoport között?

Módszer: A vizsgálatot 140 osztályunkon kezelt betegen végeztük, vizsgálati periódus 2001.01.13.-tól 2006.06.-09.-ig terjedt. Átlag életkor 40.2 év. (Életkori distancia: 24-83 év). Valamennyi beteg akinél bármilyen jellegű kongenitális alsó végtagi fejlődési rendellenességet észleltünk a vizsgálatban nem vettek részt. A fedett Achilles in sérüléseket konzervatív valamint standard műtéti eljárásokkal kezeltük. A vizsgálat kiterjedt a teljes, részleges (intratendineális) sérülésekre társult in illetve izom sérülésekre is. A kiértékelést mindkét vizsgált csoportban a Maryland Foot Score („MFS”) pontrendszer alapján végeztük.

Eredmények: A műtéti megoldások során paramedian behatolásból több műtéttani típusú direkt in rekonstrukciót valamint 36%-ban két oldali fedett- műtéti rekonstrukciót végeztünk. Teljes műtéti eset szám 94 beteg konzervatív kezelést 46 betegnél végeztünk. Priméren magas dorsalis a boka ízület flantar flexióját biztosítva térdizületben flectalt gipszrögzítést alkalmaztunk.

Módszer: váltásként SIGVARIS/"GRIFKA" féle Achilles orthesist alkalmaztunk. Mind két csoportban az átlagos rögzítési időtartam 12-15 hét volt. 11 esetben észleltünk szeptikus szövődményt: 9 betegnél elsődleges műtéti kezelést követően, 2 esetben konzervatív kezelést követően. Post operatív thrombosis 4 esetben fordult elő 2-2 (egyenlő 50%-os arányban) a két csoporton belül. A késői kontraktúrák aránya a teljes esetszámban 3% alatt volt. 5 esetben történt rerruptura primer műtéti ellátást követően, 3 esetben primer konzervatív kezelést követően. Második ülésben a fenti 8 esetben 50-50%-ban végeztünk mindkét módszer szerinti kezelést. A fenti 8 beteg jó funkcionális végeredménnyel gyógyult.

Következtetés: A statisztikai eredmények alapján a fenti sérülés primér konzervatív kezelése biztonságos, jó funkcionális végeredményt biztosít.

A-0102 CARTILAGO-SPONGIOSA BLOKKAL VÉGZETT AUTOTRANSPLANTATIO EREDMÉNYE PYLON TÖRÉSEKNÉL

Haga Ágnes - Gera L. - Oberna Gy. - Pócs L.

Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Kecskemét

Célkitűzés: A pylon törések csaknem kilencven százalékban arthrosissal végződnek. A cél az arthrosis csökkentése - (nagyobb ízfelszín darabok rekonstrukciójakor az arthrosis mértéke csökken) ezért a fő terhelő felszín egy autó cartilago-spongiosa blokkal pótoljuk.

Anyagmódszer: A talocruralis ízületet és a tibia dist. véget ventralisan feltárva a devitalisált kis darabokat eltávolítjuk az ízületi felszínből. A fő terhelő felszín területére a femur lat. és ventralis ízfelszínéből kivett 2x1,5 cm-es cartilago-spongiosa blokkot helyezünk be. A blokk körüli nagyobb iz felszíni darabokat reponáljuk. A rekonstruált iz felszínét és a törést egy lemezzel, és az ízfelszín alátámasztó csavarokkal stabilizáljuk.

Eredmények:

Öt betegen alkalmaztuk a fent említett módszert 4 esetben jó eredményt értünk el, 1 esetben fokozott arthrosis spontán daesis jött létre (kialakult septicus tényező játszott közre).

Megbeszélés: Úgy gondoljuk, hogy a pylon darabos romtörések utáni arthrosis és daesis ezzel a módszerrel csökkenthető.

Térd panasz egyik esetben sem volt.

A-0103 PYLON TÖRÉSEK KEZELÉSE OSZTÁLYUNKON

Pócs Levente Árpád - Gera L. - Csomor L. - Haga Á.

Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Kecskemét

Célkitűzés: Melyik módszer a legeredményesebb a pylon törések kezelésében?

Öt év alatt operált pylon törések kezelésének eredményeit dolgoztuk fel.

Anyagmódszer: Az esetek kettő százalékában fixateur, a nyolcvan kettő százalékában spongiosa plastica, tizenegy százalékában fedett repos tűzés vagy percutan csacar + gipsz, öt százalékában cartilago-spongiosa blokk + lemez.

Eredmények: A módszerek közül a lemezes syntetis + spongiosa plasztika után láttunk jobb eredményeket a fixateur esetén a nem pontos repositio a lemezhez képest kisebb stabilitás miatt, ízületi incongurenciak maradtak, melyek arthrosishoz vezettek. A fedett minimalinvarzív + gipsz kezelés rossz általános állapotú betegeknél történtek, az eredmények is rosszak.

Megbeszélés: Az eredményeket áttekintve az ízületi felszín pontos rekonstrukcióját - lemezes stabil rögzítéssel spongiosa plasztikával látjuk eredményesebbnek.

A-0104 TIBIA PROXIMALIS VÉGTÖRÉSEK KEZELÉSI TAKTIKÁJA

Boda Tamás – Gergely Zs. – Kerekes L. – Bányai T.

Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Kecskemét

Bevezetés: Tibia proximalis vég törés pontos repositiot és stabil rögzítést igényel a késői arthrosis kialakulásának elkerülése miatt.

Célkitűzés: Lehetőleg minimal invarzív módszerrel pontos repositio, szükség esetén spongiosa plasztica, stabil rögzítés (betolt lemez) csavarozás.

Anyagmódszer: Képerősítő alatt fedett vagy percutan rejtett kismetszésből repositiot végzünk, ha szükséges spongiosa plasticával kiegészítjük. Az ízület közel a condylus felett kb. öt centiméteres ívelt metszésből helyezük be a lemezt, és percutan csavarokkal rögzítjük.

Eredmények: A minimal invarzív módszerrel (betolt lemez vagy csavarozás) a sebgyógyulási zavar minimálisra csökkenthető. Korai és passzív térdtorna megkezdhető – mozgás stabil syntesis. A pontos repositio szükség esetén a minimal invarzív módszer hatására posttraumás arthrosis jelentősen csökkent – kb. tizenhárom százalékban kellett emiatt prothesis behelyeznünk.

Következtetés: A minimal invarzív módszert ajánljuk a nagy feltárással szemben az utóbbinál gyakrabban fordult elő sebgyógyulási zavar.

Előnye: A korai mobilizálás. Kis számban fordult elő posttraumás arthrosis. Gondolni kell az intraarticularis társsérülésekre, melyet az egyidejű arthroscopia elvégzésével rögtön tisztázni tudunk.

A-0105 INTRAARTICULARIS TÖRÉSEKHEZ TÁRSULÓ SÉRÜLÉSEK

Gergely Zsolt – Boda T. – Kerekes L. – Bányai T.

Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Kecskemét

Bevezető Az intraarticularis tibia cond. törésekhez társulhatnak intraarticularis sérülések.

Célkitűzés: Az ízületbe hatoló tibia cond. töréseknél a típusos helyen bevezett arthroscoppal ezek a társsérülések felfedezhetőek és elláthatóak.

Anyagmódszer: Az ízületbe hatoló töréseket lehetőleg minimal invarzív módszerrel képerősítő alatt reponáljuk – az impressio kiemelése után spongiosa plasztikát végzünk, majd betolt lemezekkel, majd csavarokkal a jó helyzetet rögzítjük. Az arthroscoppal alapos lavageval a haemarthrost eltávolítjuk, ellenőrizhetjük az ízületi felszín congruenciáját, ill. az esetleges társsérüléseket elláthatjuk (meniscus sérülés, törtdarab).

Eredmények: Elsősorban a lat. condylus töréseknél gyakrabban találtunk lat. meniscus szakadást. Az impressziós vagy darabos töréseknél törtdarabot.

Ezek tisztázása és ellátása eredményeként jó funkcionális eredményeket értünk el.

Következtetés: Az arthroscopia egyidejű elvégzése előnyös az ízületi haemarthros megszüntetésére.

Ellenőrizhetjük az ízületi felszínek repositioját. Társsérülések (meniscus szakadás, tört darab) tisztázhatók, elláthatók.

A-0106 FIBULA FEJECS FICAM

Kerekes Lajos – Gergely Zs. – Bányai T.

Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Kecskemét

Bevezetés

Fedett - izolált fibula fejecsk ficam ritkaság. A könnyen elnézhetőség és ritka előfordulás miatt szeretnénk felhívni rá a figyelmet.

Anyagmódszer: Fiatal lány labdajáték közben sérült, a fibula fejecsk vetületében jelzett fokozott feszülő fájdalmat, a funkció beszűkülése mellett. Az elkészített két irányú rtg. Után összehasonlító térdfelvételt készítettünk, melyen egyértelműen látszik a fibula fejecsk izolált ficama. Fedett repositio.

Eredmény: Panasza megszűnt, teljes funkció.

Következtetés: Az irodalomban tizenhárom közleményt találtunk izolált fedett fibula fejecsk luxatióról. A ritka és elnézhető sérülés miatt figyelemfelkeltésnek szánjuk az eset bemutatását.

A-0107 COMBNYAK TÖRÉSEK KEZELÉSE KOMPRESSZIÓS PENGÉVEL

Gera László – Pócs L. – Gergely Zs. – Szász A.

Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Kecskemét

Bevezetés

A PFNA használatakor jött az ötlet, hogy a pengét alkalmazni lehetne combnyak törések kezelésére, mivel a penge beverése után a rendszer zárásakor a törési zónában kiváló kompressziót hoz létre. Rotáció stabil.

Anyagmódszer: Képerősítő alatt a pengét a hüvelytől kinyitott állapotban verjük be a repositiot követően a combnyak centralis tengelyébe. A penge a fejben a lat. compact spongiosa állományban stabilan helyezkedik el (többek között spongiosa zömülés következtében). A rendszer zárásakor a törés területén kiváló kompressziós hatást hoz létre. Rotáció stabil.

Eredmény: Az első húsz esetünket dolgoztuk fel, egy kivételével kiváló eredményt tapasztaltunk. A korai (műtét utáni) mobilizációnál minimális fájdalom érzés van. A hatodik héttől, csaknem teljes testsúllyal terhelhet.

Következtetés: Ezt az új módszert ajánljuk combnyak törések kezelésére.

A korábbi rendszereknél stabilabbnak tartjuk, nincs csontvesztés, a beveréskor a spongiosa zömül. A csavarozásnál az előfúrás miatt csonthiány jelentkezik, és a csavar egy lazább spongiosában fog, mely a stabilitását csökkenti.

Költség hatékonyabb, egy penge elegendő a minimálisan két csavar helyett.

A-0108 POSTTRAUMÁS TÉRDARTHROSIS UTÁNI TEP

Oberna György – Gera L. – Gergely Zs. – Tege A.

Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Kecskemét

Bevezetés

Öt év alatt vizsgáltuk, hogy hány tibia proximális vég törés után alakult ki olyan fokú arthrosis, mely miatt térdprotézis beültetésére kényszerültünk.

Célkitűzés: Posttraumas arthrosis következtében kialakult fájdalmat, járásnehézséget térdprotézis beültetésével csökkenthetjük.

Anyagmódszer: A törésgyógyulást követő arthrosis miatt tizenhárom esetben totál térd TEP beültetést végeztünk. Három esetben a romtörés területét palacossal töltötték ki, ezeket eltávolítottuk, a visszamaradó üreget spongiosával töltöttük ki, majd a hatodik-nyolcadik héten végeztük el a térd TEP beültetést.

Eredmények: A felszín pótló műtétek után csaknem minden esetünk jó eredményt mutatott.

Megbeszélés: Posttraumás gonarthrosisok legfőbb oka a tibia condylusok rom törése.

A korrek műtéti ellátást követően is számíthatunk gonarthrosis kialakulására.

Prae disponalo tényező a nem pontos repositio, impressio töréseknél a kiemelés és spongiosa plastica elmaradása. Primeren tibia prox. Vég töréseknél prothesist nem ültetünk be.

A-0109 A CHRISOFIX SINEK HASZNÁLATA

Gera László – Gergely Zs. – Bolla K. – Forgó M.

Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Kecskemét

Bevezetés

A chrisofix sín használata a hagyományos gipszrögzítés helyett könnyű, egyszerű, esztétikus és higiénikus.

Anyagmódszer: A distorsiok, contusiok, disloc. nélküli törések műtét utáni átmeneti rögzítés gipsz helyett chrisofix sinek.

Chrisofix sín már előre funkcionális szögbe állított, jó stabilitást adó rögzítő rendszer, felhelyezésekor az alakja még adott betegre pontosan adaptálható, vízhatlan, antibakterialis, cserélhető betét.

Eredmények: Mind az orvosok, mind a betegek meg vannak vele elégedve a fent említett előnyei miatt.

Következtetés: Többször használható, költség hatékony, fertőtleníthető, könnyen felhelyezhető, higiénikus.

A-0110 MIT TEGYÜNK TIBIA PROXIMALISVÉG TÖRÉSEK UTÁNI SUPPURATIO ESETÉN?

Vámos Gábor - Fényes L.

Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Budapest

A tibia proximalisvég törései után kialakult suppuratio kezelése összetett feladat.

Cél: A fertőzés szanálása, a törés gyógyítása a lehető legjobb térdfunció mellett. Adott esetben a végtag megtartása.

Módszer: Az ízületbe hatoló törések miatt gonitisre gondolni kell fertőzés esetén. Az ellátás során synovectomiát kell végezni, az ízületet drainálni, öblíteni. A törés területén radikális debridement, sequestrectomia, a törést rögzítő fémek ellenőrzése, szükség esetén cseréje a választandó eljárás. A műtétet céltolt antibiotikum adása mellett végezzük. A gyógyulásra csak jó lágyrészviszonyok mellett van esély, ezt helyi lebeny elforgatásával érhetjük el. A lágyrészek ellátása, a gyulladás megnyugvása után csontpótlást végzünk. Amennyiben a fenti kezelésre sem szűnik meg a gyulladás, a lemezek eltávolítása, az ízület transfixálása, végső esetben elmerítése szükséges.

Eredmények: Az elmúlt 3 évben 10 beteget kezeltünk:

60 % -ban a merevítésre készültünk

2 esetben a törés gyógyult, functio Ofok-felszabadító műtét tervezve

2 esetben teljes functio mellett gyógyulás

Következtetés: A szepikus folyamat szanálása csak radikális beavatkozások és kezelés után érhető el. Az ízületi érintettség, a rossz lágyrészköpeny miatt az arthrodesis az esetek jelentős részében a választandó eljárás. Merevítés után fontos az orthopaed cipő felírása, illetve a gerinc, és csípő panaszok jelentkezéséről a beteg felvilágosítása.

A-0111 FIBULAFEJ LUXATIO RITKA ESETE

Tóth Csaba - Veréb V.

Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Egyetemi Oktató Kórház, Traumatológia Osztály, Miskolc

Esetbemutató

Célja egy ritka, atipusosan létrejött eset bemutatása.

Leírás

Anamnézis: Fiatal férfi, focizás közben a domináns végtagon elfordulva éles fájdalmat érez a térd külső felszínén, miközben elesik. A végtag funkciója megmarad de erős fájdalom miatt kissé nehezített. 10 perc elteltével fokozatosan jelentkező, a nervus peroneus ellátási területén erősödő zibbadás. 1 óra elteltével jelentkezett saját lábán ambulanciánkon.

Klinikai vizsgálat: Alaki deformitás, duzzanat a fibula proximális végének megfelelően. Külsérelmi nyom nincs. A térdizület és a bokaizület stabil, fájdalommentes, mozgásai megtartottak. A fibula fejecse ventrálisan tapintható rögzült, nem reponálható. Keringési zavar nincs. A nervus peroneus területén paraesthesia. Rtg vizsgálat egyértelmű fibula fejecs dislocatiót mutat.

Therápia: Véres repozíció, stabilizáció 1 db. alátétes KF csavarral. A proximális tibio-fibularis szalag suturája. Eseménytelen postoperatív szak. Teljes terheléssel mobilizál. Panaszmentes, a zibbadás regrediált a műtétet követő 3. héten megszűnt.

Következtetés: Aránylag kis, indirekt traumát követően is kialakulhat nehezen kimutatható, könnyen elnézhető elváltozás melynek felismerési hiányossága későbbiekben maradandó károsodást okozhat.

A-0112 HIBÁK ÉS TÉVEDÉSEK A FELFÚRÁS NÉLKÜLI HUMERUS VELŐŰRSZEG (UHN)HASZNÁLATA KAPCSÁN

Szabó Zsolt – Hoti R. – Lenkei B. – Kazacsay F.

Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Egyetemi Oktató Kórház, Traumatológia Osztály, Miskolc

Osztályunk 1996-ban vezette be a felfúrás nélküli velőűrszeg használatát a humerus diafizis törések ellátásában. Azóta rendszeresen használjuk ezt a módszert. A több mint 10 éves gyakorlatunk áttekintése során, néhány gyakori, ismétlődő hibára, tévedésre figyeltünk fel.

Célunk az volt, hogy elemezzük és felfedjük a leggyakrabban előforduló komplikációkat, szövődményeket és lássuk, hogy ezek a módszer vagy az operatőr hiányosságai.

Anyag és módszer: Retrospektív vizsgálatunk az 1996-2005 között megoperált felkörtöréseket foglalta magába. Elemeztük az összes felkörtörést, ezek típusát, a kezeléseket, különös tekintettel a műtéti kezelésekre. Elemeztük a fellépett, intraoperatív, korai és késői szövődményeket. A kezelések eredményeit, a szubjektív elégedettség, a mozgásterjedelem és rtg kép alapján ítéltük meg.

Eredmények: A vizsgált 10 év alatt 470 műtétet végeztünk humerus diafizis törés miatt. Ebből 84 UHN szintézis volt. Nagyon szigorú kritériumokat alkalmazva, csupán a 28% volt teljesen hibátlan ezen szintézisek közül. A problémák jelentős hányada technikai jellegű volt, ami nem befolyásolta a gyógyulás eredményét de találoztunk néhány komoly, jelentős következményekkel járó problémával is. A leggyakrabban előforduló problémák és ezek százalékos előfordulása a következők voltak: a humerus törése a szeg behatolási pontjánál (10%), törés a reteszcsavarok behatolásánál (3%), elégtelen számú reteszcsavar (25%), reteszcsavar a törésben (10%), elégtelen kompaktálás a törési résben (20%), álizület (15%), túl hosszú vagy kimozdult reteszcsavarok (15%).

Az összes UHN szintézis 85 %-ban ez volt az első választott módszer, a többi 15 %-ban módszerváltásként került alkalmazásra.

Következtetés: A komplikációk és szövődmények relatív nagy száma azt a látszatot kelti hogy ezzel a módszerrel komoly gondok vannak. Egy alapos analízis azonban igazolta, hogy a bajok leggyakoribb forrása szubjektív eredetű, helytelen indikáció és kivitelezés eredménye, csupán néhány esetben írható a módszer rovására.

Előadásunkban szeretnénk bemutatni a gyakorlatunkban előfordult leggyakoribb komplikációkat és szövődményeket.

A-0113 DELETED

A-0114 A TIBIA MIKROSZKÓPIKUS VIZSGÁLATA

Vincze János – Tiszay G. – Vincze Z.

EKNA, Budapest

A tibia mikroszkópikus vizsgálatánál a következő[fontosabb paraméterek meghatározására került sor: a Havers-csatornák térbeli eloszlása, a csatornák közötti anasztomózisok, a csatornák átmérője, a csatornák felületegységre eső sűrűsége. A vizsgálatokat elvégeztük a tibia diafizisének proximális, disztális részén valamint a középső szakaszában is. Mindhárom részen az anasztomózisok több mint 90 százaléka ferde vagy vízszintes lefutású, a Havers csatornák több mint 80 százalék 40-75 mikrométer átmérővel rendelkezik. A Havers-csatornák sűrűsége a három részen 1,56/négyzetmilliméter, 1,64/négyzetmilliméter és 1,44/négyzetmilliméter. A radiális csatorna sűrűség mindhárom zónában nagyobb. A vizsgálatokat csoportosítottuk felületes, középső és belső réteg eredményei szerint is, mindhárom zóna esetében. A középső zóna mutatja a legnagyobb homogenitást, amely biomechanikai szempontból azt jelenti, hogy külső behatás esetén a tibia sérülékenyebb, mint egy olyan csont, amelynek a felületes rétege mutat nagyobb homogenitást.

A-0115 MEGAKADÁSJELENSÉGEK – konferenciáink élőbeszédében

Pestessy József

Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Budapest

A Magyar Nyelvőr 127. évfolyama 3. számában rendkívül értékes dolgozat jelent meg „A spontán beszédben előforduló megakadásjelenségek gyakorisága és összefüggései” címen GÓSY MÁRIA tollából. Ez ösztönzött arra, hogy megkísérleljek orvosi konferenciáinkon elhangzottak alapján egy hasonló összeállítást készíteni.

Kérdés: mik a beszéd közbeni megakadási jelenségek?

Válasz: a beszéd folyamatosságát megtörő jelenségek, amelyeknek éppenséggel semmi közük a beszéd (előadás) tulajdonképpeni tartalmához.

A megakadásjelenségek kifejezés egyébként gyűjtőfogalom. A megakadás még szükségszerű is lehet, mint például a beszélő légvételek, vagy ha a szónok értelemszerűen tagol valamit. De ami e kettővel nem függ össze, az már a beszélő rovására írható, mert az úgynevezett „mentális lexikonában” keresgéli több-kevesebb sikerrel a beszédésznetben a megfelelő kifejezést.

Részletezve a megakadási jelenségeket konferenciáink nyelvében:

a/ pausa muta: (néma szünet időnyerésre) 00000000000000000000

b/ haesitatio: (határozatlanság, tétovázás; tulajdonképpen kitöltött szünet) hm, hm,mm, mm, am,am, öhm, öhm, ah, ah, öö, öö, öö, öö, öö

c/ repetitio: (ismétlés) a röntgenfelvételeket elvégeztük, a röntgenfelvételeket elvégeztük; elvégeztük a röntgenfelvételeket

d/ elongatio: (nyújtás) aaz eelszakadt iinai fedetteen megvarrtuuuk; ééértésítetttűüük a rendőrségeet

e/ verbum (seu vox) forciminis: (töltelékszó) végülis, tulajdonképpen, én azt gondolom, szóval

f/ vitium sermonis: (nyelvbottlás) kiegészítésgép (szünet) kiegészítésképp; ésgörcs (szünet) érgörcs

g/ inceptio falsa: (téves kezdés) tegnapelőtt (szünet) tegnap este otthonában esett el; ez nem megszö (szünet) nem tipikus törés

h/ morphologia vitiosa: (alaktani hiba) a beteg amit (szünet) a beteg akit beszállítottak; többszörös zúzódásokat (szünet) többszörös zúzódást szenvedett (önmagát javítva)

i/ remotio: (újraindítás) megvizsg (szünet) megvizsgáltuk a beteget; felhely (szünet) felhelyeztük a Gilchrist-kötést

j/ commutatio verbi: (szóváltoztatás) több jel (szünet) több tünet utalt arra

k/ pausa in verbo: (szünet a szóban) másod (szünet) szor pedig; kide (szünet) rült, hogy

l/ reintegratio cum correctione additamenti: (újrakezés toldalékjavítással) a koponyát (szünet) a koponyán lévő sebet

m/ vitium phonologicum: (hangzási hiba) abban (szünet) abban

Példáinkat igen bőven sorolhatnánk.

Összegezve: több gondot fordítsunk házi konferenciáinkon is a helyes élőbeszédre.

A-0116 BONE ANCHORED AMPUTATION PROSTHESES

Branemark Rickard

Sahlgrenska University Hospital, Centre of Orthopaedic Osseointegration, Department of Orthopaedics, Göteborg

A-0117 DELETED

A-0118 VÉNÁS THROMBOEMBÓLIÁK KITERJESZTETT PROFILAXISÁNAK SZEREPE

Kiss Gyula

Vas Megyei Markusovszky Kórház, Baleseti-, helyreállító és Kézsebészeti Osztály, Szombathely

A-0119 DELETED

A-0120 KETTŐS TÁMASZTÓLEMEZES OSZTEOSZINTÉZIS A TIBIA PROXIMÁLIS VÉG TÖRÉSEINEK KEZELÉSÉBEN

Sztányi István

Osztályunkon az elmúlt 8 évben (1998.01.01. és 2005.12.31. között) 320 tibia proximális vég-töröttet kezeltünk. A betegek 46%-át csavaros oszteoszintézissel, 37%-át egyoldali támasztólemez, 10%-át kettős lemez oszteoszintézissel, 7%-át konzervatívan kezeltük.

Vizsgáltuk osztályunk 8 éves beteganyagában a tibia proximális vég-törések különböző kezelési módszerekkel (műtéti indikáció a törés típusának megfelelően) elért eredményeinket. Az eredményeket objektív (Rasmussen-score) és szubjektív (Lequesne-féle algo-funkcionális index) skála szerint értékeltük.

Az 1998-1999. éveket vizsgálva a skálák szerint a kettős lemez oszteoszintézissel és az egyéb módszerekkel kezelt betegek között az elért eredmények alapján eltérést nem észleltünk, annak ellenére, hogy kettős lemez oszteoszintézissel súlyosabb, ízületi felszint kiterjedten érintő, C típusú töréseket, míg az egyszerű támasztólemez vagy csavaros oszteoszintézisekkel kevésbé súlyos ízületi károsodással járó, illetve B típusú töréseket láttunk el. A további évek eredményeinek feldolgozása jelenleg is folyamatban van.

Vizsgálatunk alapján kijelenthetjük, hogy a kettős lemez oszteoszintézis a bicondylar, kiterjedt, ízületi felszint érintő tibia proximális vég-törések ellátására alkalmas módszer, saját anyagunk alapján nem látjuk igazoltnak azokat az aggodalmakat, melyek alapján a kettős feltáras közötti lágyrész-híd károsodásának, a bőr elhalásának, illetve a feltárasból adódó speciális széptikus szövödmények veszélye miatt sokan elutasítják a tibia proximális végének kettős feltárasát, lemondva ezzel a kettős megtámasztás biomechanikai előnyeiről.

A-0121 PFN A – ÚJ KONCEPCIÓ A PROXIMÁLIS FEMUR-TÖRÉSEK KEZELÉSÉBEN

Szabó Gábor

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat Jása András Kórháza

A proximális femur-törések intramedullaris („gamma” jellegű) oszteoszintézisének biomechanikai előnyei közismertek. További, elsősorban porotikus csontokon mutatkozó előnyökkel rendelkezik a közelmúltban hazánkban megjelent, a címben megnevezett spirálpengés trochanter-szeg, mely a combfejben az implantátum körül a porotikus csontot zömítve jól tartó, kompakt zónát hoz létre. Ez lenne hivatott a gamma-szegezések egyik problémájának, a proximális kivágásnak a megoldására.

Osztályunkon 2005. szeptembere óta 33 esetben végeztünk PFN A oszteoszintézist.

Indikációk: subtrochanter 10 eset, pertrochanter 21 eset, patológiás 2 eset. 23 esetben rövid és 10 esetben hosszú PFN A.

Szövődmények: 1 szegkivágás (műtéttechnikai hiba, a spirálpenge rossz pozicionálása, 1 alkalommal a spirálpenge csavarhúzója nem oldott le, melynek okával előadásunkban részletesen foglalkozunk. 1 alkalommal az oszteoszintézis dinamizálódása következtében a spirálpenge vége trochanter-táji lágyrész-panaszokat, felületes decubitust okozott.

Jelenleg az instabil pertrochanterikus és subtrochanterikus törések esetén a PFN A az elsőként választandó módszer osztályunkon.

A-0122 SPECIÁLIS MIPO TÁMASZTÓLEMEZ A TIBIA PROXIMÁLIS VÉG ÉS DIAFÍZIS- TÖRÉSEINEK RÖGZÍTÉSÉRE

Noviczki Miklós

A LISS és az Expert tibia-szeg magyarországi megjelenése előtt kihívást jelentett a tibia proximalis végének a diafízisre is terjedő törése. Mivel gyakran nagy energiájú sérülésekről és súlyos lágyrészkárosodásokról van szó, a feltárasos műtétek különösen nagy rizikót jelentenek. A rendelkezésünkre álló intramedulláris eszközök nem nyújtottak megfelelő stabilitást, a monoszegmentális fixateur externe montázsok alkalmazását a nyársproblémák, a térdízületet áthidaló fixateurökét az ízület immobilizálása miatt kerültük. A hagyományos támasztólemezek módosításával, MIPO-technikára alkalmas hosszú változatok kialakításával a kettős támasztó-lemezelés biomechanikai előnyeit és a fedett, minimál invazív, becsúsztatott lemezek kedvező biológiai tulajdonságait ötvözve szögstabil implantátumok nélkül is mozgásstabil oszteoszintézist és az azonnali funkcionális kezelést elkezdesével teljes térdízületi mozgást értünk el.

Bár a ma legkorszerűbbnek tartott szögstabil lemezek és a proximálisan kiterjesztett reteszelési lehetőséggel rendelkező intramedulláris technikák a kezelési problémát nagyrészt megoldották, módszerünket alternatív eljárásként ajánljuk.

A-0123 AZ LCP TECHNIKA KONCEPCIÓJA ÉS ELŐNYEI – SYNTHES SZIMPÓZIUM

Varga Endre

Szegedi Tudományegyetem, Traumatológiai Klinika, Szeged

A-0124 KOMPRESSZIÓS TERÁPIA ALKALMAZÁSA A TRAUMATOLÓGIÁBAN

Borbély Zsófia

Járvorszky Ödön Városi Kórház, Vác

Magyarországon a lakosság 4-6%-a szenved különböző stádiumú nyiroködémában. Ez nemcsak a nyirokrendszer önálló betegségeként jelentkezik, hanem más betegségekhez társulva és trauma kísérőtüneteként is.

Módszer:

A kompressziósterápia a komplex ödémaentesítő fizioterápia része, 3 részre tagolható:

1. Kompressziós bandázs
2. Kompressziós gépi kezelés
3. Kompressziós orvosi gyógyharisnya

Következtetés: Tapasztalataink szerint a megfelelő időben és jól alkalmazott kompressziós terápiával egy olyan lehetőséget nyerünk - ami az oki kezelés kategóriájába tartozik - mellyel az ödéma jó eredménnyel redukálható, az általa okozott szövődmények kockázata csökkenthető.

Célkitűzés: Előadásomban néhány eset bemutatásával szeretném igazolni a terápia létjogosultságát, szükségességét.

A-0125 THROMBOPROPHYLAXIS HELYZETE ÉS IRÁNYELVEI

Boda Zoltán

DE OEC Haemosztazeológiai Tanszék, Debrecen

A-0126 EXPERIENCES WITH BEMIPARIN, THE NEW GENERATION LMWH

Rafael Otero

Traumatology Department, Hospital Clinico San Carlos, Madrid, Spain

A-0127 LMWH-K ALKALMAZÁSA A TRAUMATOLÓGIAI GYAKORLATBAN

Detre Zoltán

Szent János Kórház Traumatológiai Osztály, Budapest

A-0128 ÚJ LEHETŐSÉGEK A PILON TÖRÉSEK KEZELÉSÉBEN

Detre Zoltán Horváth K.L. - Schultheisz E. - Popik E. - Glanz. J.

Traumatológiai és Készbészeti Osztály, Budai Trauma Centrum, Szent János Kórház, Budapest

Célkitűzés: A pilon törések kezelésének legkritikusabb elemei: az ízületi congruentia, a csont hiány és mindenek előtt a lágyrész/bőrviszonyok. Olyan kezelési eljárást kerestünk, amely megbízhatóan kiméli a lágyrészeket és a bőrt, továbbá a csonthiány okozta másodlagos tengelyeltéréseket is jobban uralja.

Módszer: Retrospektív statisztikai analysis egy regionalis trauma centrum anyagában és eset ismertetés. Megvizsgáltuk osztályunkon az elmúlt 5 évben kezelt pilon töréseket. A Ruedi és Allgöwer féle beosztás szerint csoportosítottuk eseteinket. Betegeinket összehasonlítottuk nyíltság, fedett lágyrész sérülés, ellátás módja, kimenetel, szövődmények szempontjából. Értékeljük a posttraumás arthrosis gyakoriságát. Visszarendeltük betegeinket utóvizsgálatra és a kezelés eredményességét radiológiailag, a funkciót pedig az Olerud ankle score alapján értékeltük.

Eredmények: Az elmúlt 5 évben 69 pilon tibiale törést kezeltünk, ez az összes lábszártörés közel egy negyede. Ennek 58 %-a volt I. 26%-a II. és 14 %-a III. típusú törés. A betegek átlag életkora 49 év volt és ők férfiak. 53 %-uk egyszerű elesés, 23 %-uk közlekedési baleset és csak 9,5 %-uk sérült magasból esés kapcsán. A törések 13 %-a volt nyílt. Eseteink 52%-ában a primer ellátás fixateur externe-el történt, későbbi műdszerváltással. 10 %-ban fordult elő secundaer dislocatio, 5 %-ban asepticus bőr/lágyrész szövődmény és 7,2 %-ban septikus szövődmény.

Következtetés: A pilon törések ellátása két fázisban biztonságos és megbízható módszer. Rutin ellátási taktikánk primer minimal invasiv „kármentés”, vagyis fedett tüzésekkal, KFI csavarokkal az ízületi congruentia és a tengelyek beállítása, valamint mindezek fixálása és a végtag nyugalomba helyezése V montázsú fixateur externe-nel. Így biztosítható legmegbízhatóbban a lágyrészek további károsodásának akadályozása. 10-21 nap után műdszerváltás keskeny DC, KFI DC, AO Pilon lemez, Expert Tibia nail szintézis anyaggal, kiegészítve spongiosa plastica-val és a congruentia, illetve a tengelyek további javításával.

A műdszerváltáskor alkalmazott rögzítőanyag maximális stabilitást - szöglettartó megoldás - és minimalis lágyrész károsítást kell biztosítson. Utóbbi szempontból a kisebb méretű lemezek, esetleg azok többszörös alkalmazása, a szöglettartó lemezek, sőt válogatott esetekben az intramedullaris megoldás is javasolható.

A-0129 REHABILITÁCIÓS SZEMPONTOK NAGYÍZÜLETI ARTHROLYSISEK UTÓKEZELÉSÉBEN

Duska Zsófia - Hangody L. - Mészáros M. - Orosházi A.

Fővárosi Önkormányzat Uzsoki Kórház, Ortopéd-traumatológiai Osztály, Budapest

Bevezetés: A szerzők osztályuk 10 éves anyagának retrospektív értékelése alapján adnak áttekintést a térd-, boka-, váll- és könyökizületi mozgásbeszűkülések oldására alkalmazott kezelési eljárásokról. A sebészeti megközelítés változásának egyik legfőbb trendje a minimál invazív eljárások térnyerése, melyet az arthroscopos debridement, hegkiirtás lehetőségei jellemeznek döntően. A fedett, nyitott valamint arthroscopos arthrolýsiseket követő rehabilitáció az eltelt időszakban jelentős fejlődésen ment keresztül, melyet a gyógytornán belüli szemléletváltozáson túl elsősorban a rehabilitáció komplexitása jellemez.

Anyag és módszer: 1996 január 1. és 2005 december 31. között eltelt 10 évben osztályunkon mozgásjavító beavatkozáson átesett betegek retrospektív értékelését végeztük el a rendelkezésre álló dokumentáció alapján. Nyitott arthrolýsisek mellett, arthroscopos hegirtások és ütközőeltávolítások, fedett bemozgatások valamint arthroscopos debridement révén előkészített passzív redressiók kerültek elemzésre.

Eredmények: Leggyakrabban a térdízületen végeztünk mozgásjavító beavatkozást (27 nyitott, 38 fedett, 32 arthroscopos+redressio). A bokaízületen az arthroscopos technika szinte kizárólagos (29 arthroscopos, 2 nyitott). A vállízületen korábban végzett fedett bemozgatásokat már teljesen felváltották az arthroscopos előkészítéssel végzett passzív redressiók (19 fedett, 41 kombinált).

Könyökízületen a vizsgált időszakban már nem végeztünk fedett bemozgatást (4 nyitott, 17 arthroscopos+passzív). A legrövidebb utókezelési átlag a bokaízület vonatkozásában mutatkozott, míg a leghosszabbnak a könyök rehabilitációja bizonyult. A legváltozatosabb indikációs kör a térdízületnél tapasztalható.

Megbeszélés: A gyógytorna algoritmusok egyénre történő adaptálásának más műtéti rehabilitációkhoz képest jelentősebb szerep jut s új kiegészítő technikák is nagyobb súllyal kerülnek alkalmazásra. A hagyományos aktív és passzív tornakezeléseken túl új manuálterápiás technikák (DSGM, OMT, PNF stb. technikák) kerültek be a kezelési repertoárba. A kontrollált passzív mozgás (CPM) effektusát növelte a többfunkciós, intelligens térd-, váll- és könyökmozgató gépek elérhetősége. A krioterápia lehetőségeit is szélesítette a térdre, könyökre és vállra adaptált áramoltató készülékek alkalmazása.

Az előadás az egyes nagyízületek kezelési ajánlásait is részletezi.

SZPONSZOROK

KIÁLLÍTÓK

Köszönjük a támogatást!

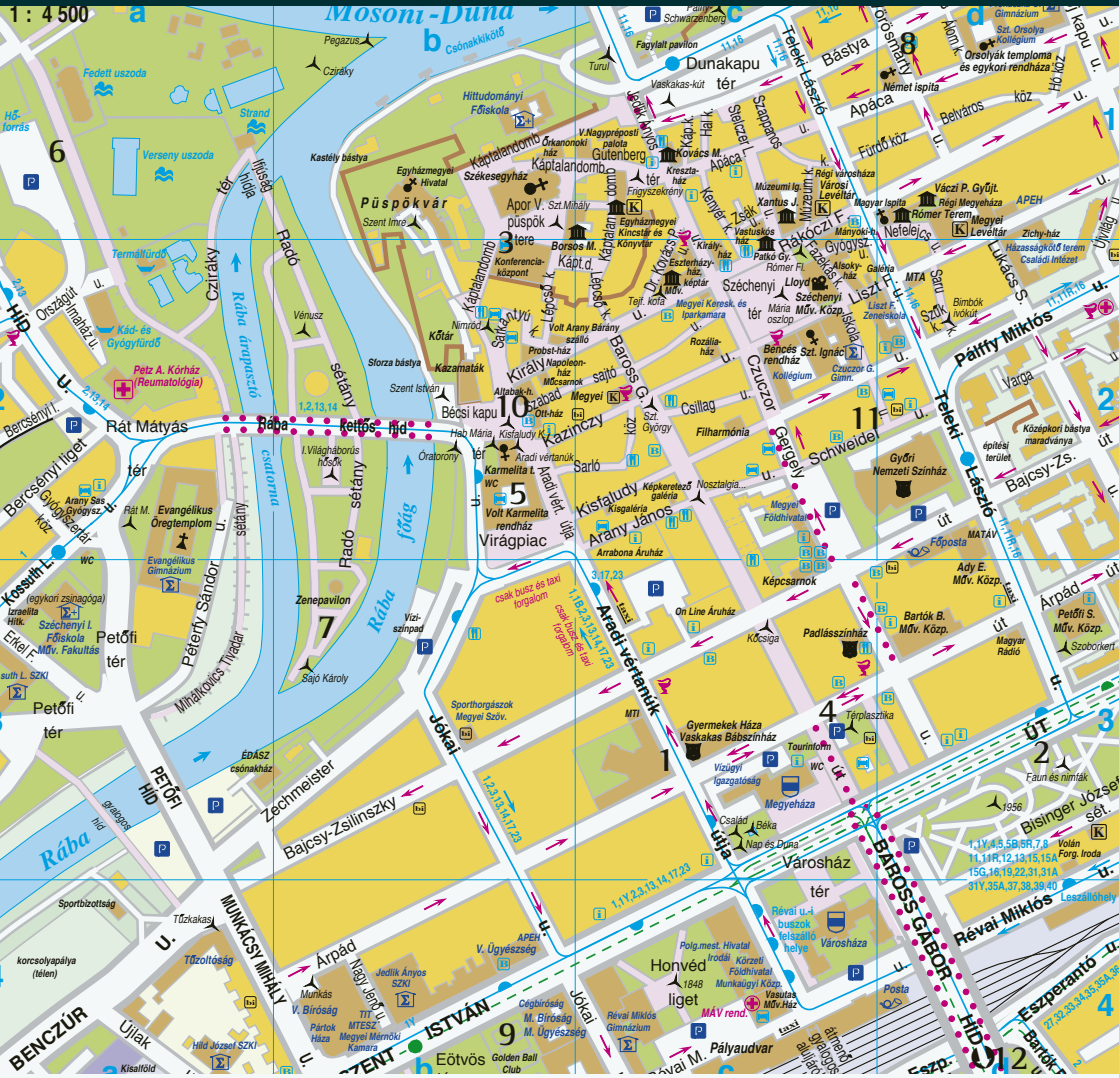
Kiemelt Szponzor

Berlin-Chemie Képviselőt
Sanatmetal Kft.

Szponzor

Allianz Hungária Biztosító Zrt.
Graboplast Zrt.
Győri Kommunális Szolgáltató Kft.
Integrál-Hexa Zrt.
Rába Járműipari Holding Nyrt.
ScanMedic Kft.

B.Braun Medical Kft.
Bayer Hungária Kft.
Biomet Magyarország Kft.
Biotech Magyarország Kft.
Comesa Budapest Kft.
GlaxoSmithKline Kft.
Karl Storz GmbH & Co KG
Konsens Kft.
LBT Kft.
MAC's Medical Handels GmbH.
Medimetál Kft.
Metrimed Orvosi Műszergyártó Kft.
Orkrisz Kft.
Orthoprofil Med Kft.
Ortoprofil Kft.
Otto Bock Hungária Kft.
Protetim Kft.
Roche Magyarország Kft.
sanofi-aventis Zrt.
Synthes Medical Kft.
Variomedic Kft.
VENO-MED Kft.



1. Kongresszus helyszíne - Richter Terem (Aradi Vértanúk u. 16.)
2. Nyitófogadás - Richter terem, majd Iparkamara (Szent István u. 10/a)
3. Bankett vacsora - Hotel Konferencia (Apor Vilmos püspök tere 3.)
4. Rába Hotel (Árpád út 34.)
5. Klastrom Hotel (Zechmeister u. 1.)
6. Amstel Hattyú Fogadó (Töltésszer u. 18.)
7. Aranyszarvas Fogadó (Radó sétány 1.)
8. Duna Panzió (Vörösmarty u. 5.)
9. Golden Ball Club (Szt. István u. 4.)
10. Gróf Cziráky Panzió (Bécsi-kapu tér 8.)
11. Teátrum Panzió (Schweidel u. 7.)
12. Wesselényi Hotel (Wesselényi u. 3.)

Vállalkozásunk:

- közel 40 éve az egészségügy szolgálatában,
- 2005-től újra közvetlenül értékesít.

Köszönjük:

- segítségüket és iránymutatásukat,
- elvárásaikat és ötleteiket,
- bizalmukat, partnerségüket.

Önökkel együtt elértük, hogy termékeink:

- a világ leginnovatívabbjai,
- minőségük a világ legjobbjai közé tartozik,
- jelen vannak közel 40 országban, két multicégben, 4 leányvállalatban.

MAGYAR ORVOS – MAGYAR KÓRHÁZ – MAGYAR TERMÉK

Növeljük tovább közös hímevünket!

Jöjjön el Ön is az új Workshop termünkbe!



Velőúrszegek - Disztális célzóval!



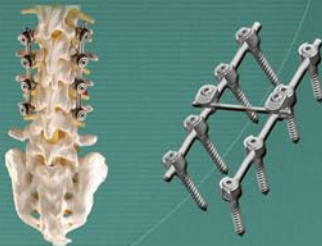
Lemezek, csavarok - Széles méretválasztékban!



Csípőprotézisek - Teljes kínálatban



Gerinc-rögzítők - F-TLT, R-TLT



Külső fixátorok - Könnyű, egyszerű és stabil rögzítők



Sanatmetal Kft.

3300 Eger, Faiskola út 5.

Telefon: (36) 512-900, Fax: (36) 512-932

E-mail: metal@sanatmetal.hu

Web: www.sanatmetal.hu

Allianz Hungária Biztosító

Berlin-Chemie Képviselet

Metrimed hirdetés