

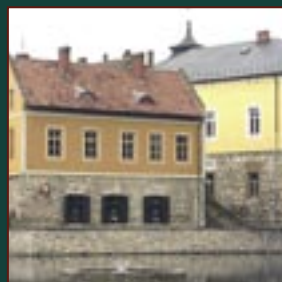
A Magyar Traumatológus Társaság 2009. évi Kongresszusa és Fialatok Fóruma



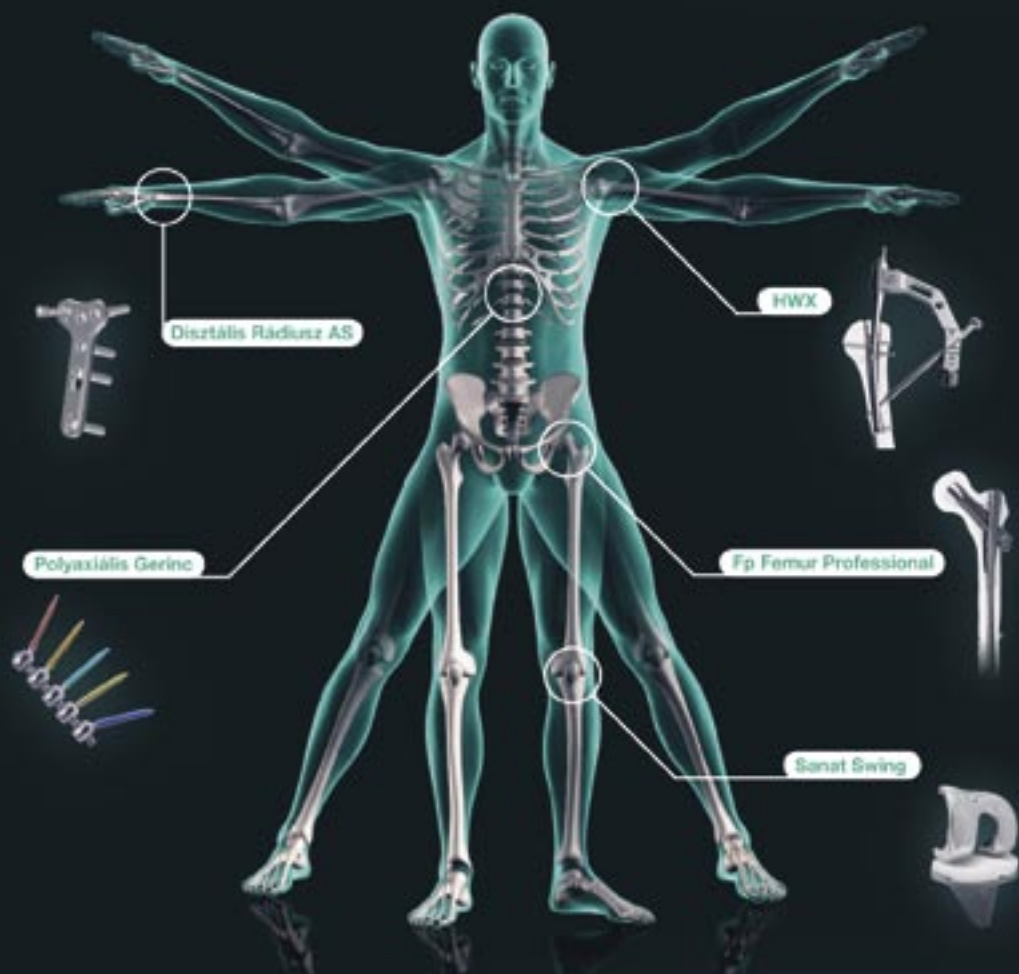
2009. május 7-9.
Tapolca, Hunguest Hotel Pelion

PROGRAMFÜZET

www.asszisztencia.hu • www.mtrauma.hu



Magyar innováció | Világszínvonalú gyártás





zimmer | trauma
Confidence in your hands®

A szögstabil
poliaxialis lemezek
legújabb generációja

NCB[®] plates



Non Contact Bridging
MIS® technika
a distalis femur,
a proximalis humerus
és a proximalis tibia
rögzítéséhez



www.comesa.hu


Werfen Group

 **COMESA**
Hungary

PALAMIX®

Optimalizált csontcement keverés:
egyszerű – megbízható – hatékony*



PALAMIX® – egyszerű kezelés minden alkalmazáshoz

- *egyszerű csak néhány lépés a homogén, használatra kész csontcementig
- *megbízható vákuum kontroll a levegőtömlőn lévő vákuum-indikátornak köszönhetően
- *hatékony minden prosztetikai cementezési eljárásához használható rendszer, különböző méretű tubusok és speciális alkatrészek széles választékával



KÖSZÖNTŐ



Kedves Kollégák!

Mindenkit szeretettel köszöntök a Magyar Traumatológus Társaság Kongresszusán.

Ezen összejövetelek jelentősége mindig nagy volt, és talán ma különösen az. Több okból is. Az utóbbi években a politikának sikerült reform jelszavakkal megbolygatnia az egészségügyet, még több forrást megvonni. Sok mindent erőszakkal átszerveztek: létszámcsökkentések, kórházaknak megváltozott a funkciója, megváltozott a finanszírozás, várólisták, és ami még súlyosabb, sikerült megingatni a beteg-orvos kapcsolat bizalmi bázisát, az orvosok társadalmi értékszintjét. A fizetések, az ügyeleti díjak helyi egységek tárgyává lettek. Utóbbiak még jobban megosztották az orvosok amúgy sem jeleskedő egységét. Tehát fontosabbakká váltak a találkozások, a beszélgetések, a kongresszusok. Az elkeseredésből, a letargiából úgy juthatunk csak ki, ha meghallgatjuk egymást, támogatást kapunk egymástól problémáinkhoz. Fontosak lettek a kongresszusi folyosói, asztal mellett folytatott beszélgetések is. Azt hiszem, át kell értékelnünk Társaságunk érdekérvényesítő szerepét! A Szakmai Kollégiumok tanácsadó szervezetek- kaptuk a magyarázatot az utóbbi választásokkal kapcsolatos kritikánkra...!?

Ezen a kongresszuson először vetjük fel programszerűen a kérdést, hogyan tovább traumatológia. Teljes szekció foglalkozik az innovációkkal. A visszatérő szakmai témák mindig tartogatnak újat, tanulságosat. Időt kívántunk hagyni a vitákra, rajtatok múlik, hogy ezek valóban a lényegre hozzák ki.

Hogy ez a kongresszus Tapolca kellemes kisvárosi hangulatába ágyazva, gyönyörű környezetben, remélhetően szép tavaszi időben kerülhet megrendezésre, köszönjük főszervezőnknek, Pákozdy János főorvos úrnak, valamint csapatának, akik mindent megtettek, hogy jól érezték magukat. Meggyőződésem, mindnyájan ismeretekben, élményekben gazdagodva térünk haza.

*Dr. Fröhlich Péter
a Magyar Traumatológus Társaság elnöke*

A Magyar Traumatológus Társaság 2009. évi Kongresszusa és Fialatok Fóruma

2009. május 7-9. | Tapolca, Hunguest Hotel Pelion

KONGRESSZUSSZERVEZÉS

Fővédnök

Lasztovicza Jenő, a Veszprém Megyei Közgyűlés elnöke

Védnökök

Császár László, Tapolca város polgármestere

Dr. Bujdosó László, az ÁNTSZ Közép-dunántúli Regionális tisztifőorvosa

Dr. Rácz Jenő, a Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház Nonprofit Zrt. főigazgatója

A kongresszus elnöke

Dr. Pákozdy János

Tudományos bizottság

Prof. Dr. Fekete Károly

Dr. Fröhlich Péter

Prof. Dr. Nyárády József

Dr. Pákozdy János

Prof. Dr. Sárváry András

Prof. Dr. Simonka János Aurél

Szervezőbizottság

Dr. Pákozdy János | *elnök*

valamint, a Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház Nonprofit Zrt.

Traumatológiai Ortopédiai és Szájsebészeti Mátrix Osztályának munkatársai

Szakmai információ

Dr. Pákozdy János

Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház
Nonprofit Zrt.

Traumatológiai Ortopédiai és

Szájsebészeti Mátrix Osztály

8200 Veszprém, Kórház u.1.

Tel.: (88) 556 000

Fax: (88) 556 556

E-mail: pakozdy.janos@vmkorhaz.hu

Kongresszusi Titkárság

Asszisztencia Kft.

1136 Budapest,

Hegedűs Gyula u. 20.

Tel.: (1) 350 1854

Fax.: (1) 350 0929

E-mail: trauma@asszisztencia.hu

www.asszisztencia.hu

ÁLTALÁNOS INFORMÁCIÓK

Kongresszus helyszíne

Hunguest Hotel Pelion

8300 Tapolca, Köztársaság tér 10.

www.hotelpelion.hunguesthotels.hu

Helyszíni regisztráció

2009. május 7. - csütörtök

09.00 – 19.00

2009. május 8. - péntek

07.30 – 18.00

2009. május 9. - szombat

08.00 – 12.00

Részvételi díj

35 év alatti MTT tagok részére	9.000 Ft
35 feletti MTT tagok részére	13.000 Ft
Nem társasági tagok részére	15.000 Ft
Gyógytornászok, műtősnők, nővérek részére	7.000 Ft
Nyugdíjas MTT tagok részére	ingyenes
Helyszíni regisztráció	15.000 Ft
Kísérői díj	7.000 Ft

A részvételi díj étkezést is tartalmaz (nyitófogadás, kávészünetek), melyet a hatályos törvények értelmében a számlán külön, megbontva, közvetített étkezésként tüntetünk fel.

Részvételi díj tartalma

	Részvevők	Kísérők
Tudományos programon való részvétel	•	
Kongresszusi táska (csak előzetes jelentkezés esetén)	•	
Programfüzet	•	
Névkitűző, részvételi igazolás	•	
Nyitófogadás, kávészünetek	•	•
Kísérői program (péntek)		•

Előadások leadása

Az előadásokat kérjük legkésőbb az adott szekció előtt 1 órával leadni a helyszínen tartózkodó technikusnak.

Poszter előadások

Kérjük a Tisztelt Előadókat, Szerzőket, hogy a posztereikkel kapcsolatban felmerülő esetleges kérdések megválaszolása céljából legyenek szívesek **2009. május 8-án, pénteken, 13.40 – 14.00** között a Poszter teremben tartózkodni.

Fakultatív étkezések

A Hotel Pelion **kongresszusi büféébredet** kínál minden nap (csütörtök, péntek, szombat), melynek ára **3.500 Ft / fő**. Az ebédet a helyszínen lehet igényelni és a szállodának kell fizetni.

Akkreditáció

A kongresszus akkreditálása jelenleg folyamatban van. A kapott pontokról a résztvevőket e-mail formájában értesítjük.

A Magyar Traumatológus Társaság 2009. évi Kongresszusa és Fialatok Fóruma

2009. május 7-9. | Tapolca, Hunguest Hotel Pelion

TÁRSASÁGI PROGRAMOK

Nyitófogadás

Dátum és időpont: **2009. MÁJUS 7. - Csütörtök | 20.00 – 22.00**
Helyszín: **HUNGUEST HOTEL PELION, ORCHIDEA ÉTTEREM**

A kongresszus szervezői szeretettel várnak minden kedves résztvevőt a Kongresszus Nyitófogadására. A Nyitófogadás a Hunguest Hotel Pelion Orchidea éttermében kerül megrendezésre.

A Nyitófogadásra való részvétel a regisztrált résztvevők és kísérők számára díjtalan.

Részvételi díj nem regisztráltaknak: 5.000 Ft / fő

A vacsorát követően, 22.00 órától a veszprémi Rulett Együttes gondoskodik a jó hangulatról és a talpalálóról. Az együttes a legismertebb hazai és külföldi előadók slágereit játssza.

A Lobby-bar a kongresszus időtartama alatt egzotikus hangulattal és italokkal, valamint meghosszabbított nyitva tartással várja kedves vendégeinket.

Bankett vacsora

Dátum és időpont: **2009. MÁJUS 8. – PÉNTEK | 20.00 – 23.00**
Helyszín: **SÜMEG, NAGY LOVAGTEREM**

Szeretettel várunk minden kedves résztvevőt a sümegi vár lábánál fekvő Nagy Lovagteremben tartandó, Történelmi Lovasjátékokkal egybekötött Középkori Főúri Lakomára. Érkezéskor vendégeinket frissen sült pogácsával, pálinkával fogadjuk, majd ezt követően kerül sor a Lovagteremben a középkori lovagi tornák hangulatát felidéző Történelmi Lovasjátékok megtekintésére. A bemutató alatt kedves vendégeink gyomruk korgásának csillapítására középkori pástétomból falatozhatnak. A Lovasjátékok után kezdődik a Középkori Főúri Lakoma kemencében sült libacombbal, ropogósra sült csülökkel, fenséges rétesekkel és nagyszerű borokkal a középkor étkezési hagyományainak megfelelően.

Részvételi díj: 8.000 Ft / fő (busztranszferrel együtt)

Javasolt viselet: kényelmes, utcai

Kényelmük érdekében busztranszferet biztosítunk a kongresszus helyszínéről Sümegre és vissza. A transzfer busz 19.30-kor indul a Hotel Pelion parkolójából. Visszaindulás tervezett időpontja kb. 23.00.

KÍSÉRŐI PROGRAM

KESZTHELY VÁROSNÉZÉS

Dátum és időpont: **2009. MÁJUS 8. - PÉNTEK | 09.45 – 14.30**

Találkozó 09.30-kor a Regisztrációs pultnál. A busz pontosan 09.45-kor indul a Hotel Pelion főbejárata elől. A városnézés során vendégeink megismerkedhetnek Keszthely főbb nevezetességeivel és a Festetics Kastélymúzeummal. A program végén a busz visszahozza vendégeinket a konferencia helyszínére.

A programon való részvétel a regisztrált kísérők számára ingyenes.

PROGRAM ÁTTEKINTŐ

2009. május 7. (csütörtök)

09.00 – 19.00	Regisztráció
10.30 – 19.00	Szakmai kiállítás
10.00 – 11.00	Szakmai Kollégiumi Ülés » Herion terem
11.00 – 12.45	Fiatalok Fóruma – 1. » Agora terem
12.50 – 13.40	Megnyitó » Agora terem
13.40 – 14.45	Ebédszünet
14.45 – 16.30	Fiatalok Fóruma – 2. » Agora terem
16.30 – 16.50	Kávészünet
16.50 – 18.40	Fiatalok Fóruma – 3. » Agora terem
20.00 – 22.00	Nyitófogadás a Hunguest Hotel Pelion Éttermében
22.00 – 01.00	Zenés, táncos est a Rulett Együttes fellépésével

2009. május 8. (péntek)

07.30 – 18.00	Regisztráció
08.00 – 18.00	Szakmai kiállítás
07.30 – 08.15	Vezetőségi Ülés » Herion terem
08.30 – 10.10	Innováció a traumatológiában – 1. » Agora terem
08.50 – 10.10	Nyílt törések ellátása, csont és lágyrész hiányok pótlása – 1. » Herion terem
10.10 – 10.25	Kávészünet
10.25 – 11.50	Innováció a traumatológiában – 2. » Agora terem
10.25 – 11.40	Nyílt törések ellátása, csont és lágyrész hiányok pótlása – 2. » Herion terem
11.50 – 12.00	Szünet
12.00 – 12.40	Alkar, csukló sérülései – 1. » Agora terem
12.40 – 14.00	Ebédszünet
	Poszter szekció
14.00 – 14.50	Alkar, csukló sérülései – 2. » Agora terem
14.00 – 14.50	Csontcement és cementezési technika - tegnap és ma » Herion terem Heraeus Kulzer Hungary Kft. Workshopja
14.50 – 15.00	Szünet
15.00 – 16.45	A traumatológia jelene, jövője itthon » Agora terem
15.00 – 16.20	Sportsérülések, fizioterápia » Herion terem
16.45 – 17.00	Kávészünet
17.00 – 19.00	A Magyar Traumatológus Társaság Közgyűlése » Agora terem
20.00 – 23.00	Bankett vacsora a sümegi Nagy Lovagteremben

A Magyar Traumatológus Társaság 2009. évi Kongresszusa és Fialatok Fóruma

2009. május 7-9. | Tapolca, Hunguest Hotel Pelion

2009. május 9. (szombat)

08.00 – 12.00	Regisztráció
08.00 – 12.00	Szakmai kiállítás
08.30 – 10.15	Hibák, tévedések, tanulságos esetek – 1. » Agora terem
10.15 – 10.30	Kávészünet
10.30 – 12.15	Hibák, tévedések, tanulságos esetek – 2. » Agora terem
12.15 – 12.45	Kongresszus zárása, díjkiosztó

FAKULTATÍV PROGRAM AJÁNLÓ

TAPOLCA

A Balatontól 12 km-re a róla elnevezett medencében fekszik. A vidék kedvelt tájjellegű borai több száz éve az itteni lakosság megélhetését biztosították. A város arculatán tükröződik a múlt század élénk kereskedelmi élete. Főbb látnivalói: a város szívében található Tavasbarlang, a Malom-tó környéke, valamint az Iskolamúzeum.

KESZTHELY

A Tapolcától 27 km-re fekvő város a környék legjelentősebb kulturális központja. Itt található a Festetics-kastély, az ország egyik legszebb barokk kastélya. A 101 helyiséges Kastély legértékesebb helyisége a könyvtárterem, amelynek bútorzata eredeti, könyvtálmánya 86.000 kötet.

SÜMEG

Sümegeen található a Balaton-felvidék legnagyobb és legjobb állapotban megmaradt váromja, a sümegi vár, ahol nyaranta középkori lovagi tornával is szórakoztatják a vendégeket.

BADACSONY

A hegyoldal a bazaltorgonákkal, a rendezett szőlősorok az apró fehér pincékkel meszeszerű látványt nyújtanak. Egyik legősibb borfajta a Kéknyelű, a legismertebb a Szürkebarát. A hegyoldalban épült Kisfaludy-ház teraszáról felejthetetlen a kilátás.

SZIGLIGET

Badacsony és Balatonederics között található, a tópart egyik legszebb, legromantikusabb tája. Egyedien szép, mediterrán jellegű táj. A domboktól védett hajlataiban a sok napsütés megérleli a fűgét, lejtőin terem a legjobb szigligeti bor. Főbb látnivalói: Szigligeti vár, Eszterházy Kastély, Avasi templom, Ó-vár, Lengyel kúria.

BALATONEDERICS

A település legfontosabb látnivalója az Afrika-Múzeum, melynek alapítója dr. Nagy Endre, a neves Afrika-vadász. Értékes és különleges trófeáit, tanzániai néprajzi gyűjteményét helyezte el itt.

TUDOMÁNYOS PROGRAM

2009. MÁJUS 7. – CSÜTÖRTÖK

10.00 – 11.00 *SAKMAI KOLLÉGIUMI ÜLÉS*

HERION TEREM

11.00 – 12.45 *FIATALOK FÓRUMA – 1.*

AGORA TEREM

Üléselnökök: BÁLVÁNYOSSY PÉTER – SZTÁNYI ISTVÁN

- 1. A PROXIMALIS TIBIOFIBULARIS SYNDESMOSIS GANGLIONJA, ILL. ENNEK RUPTURÁJA ÁLTAL OKOZOTT ALSÓ VÉGTAGI COMPARTEMENT-SYNDROMA RITKA ESETE**
Jámbor Gergely - Tóth T. - Almási J.
Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Baleseti Sebészeti Osztály, Győr
A-0008, 6 + 2 perc
- 2. MIRE JÓ A SZAKVIZSGA - AVAGY EGY FRISSEN SZAKVIZSGÁZOTT TRAUMATOLÓGUS TAPASZTALATAI AFGANISZTÁNBAN**
Csábi András - Zsíros L. - Várhelyi L.
HM Állami Egészségügyi Központ, Általános Traumatológiai Osztály, Budapest
A-0015, 6 + 2 perc
- 3. A REEF PROTÉZIS HELYE, ÉS HASZNÁLATÁVAL SZERZETT TAPASZTALATAINK OSZTÁLYUNK REVÍZIÓS ARTHROPLASZTIKÁIBAN.**
Tóth Attila - Tamás G. - Hetzman L. - Gáspár Sz. - Zsíros L.
HM Állami Egészségügyi Központ, Traumatológia-Ortopédia-Kézsebészeti Osztály, Budapest
A-0036, 6 + 2 perc
- 4. SZINTETIKUS CSONTPÓTLÁS UTÁN KIALAKULT SZEPTIKUS SZÖVŐDMÉNYEK KEZELÉSE GYERMEKKORBAN**
Varga Marcell - Hethéssy J. - Kassai T. - Kóvári T.
Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Gyermektraumatológiai Osztály, Budapest
A-0037, 6 + 2 perc
- 5. TRAUMÁS AORTA RUPTURA KEZELÉSE ENDOLUMINALIS STENT ACUT BEÜLTETÉSÉVEL**
Mészáros Zoltán - Lohner B.
Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest
A-0045, 6 + 2 perc
- 6. HIÁNYTÖRÉSEK SEBÉSZI ELLÁTÁSA A SZENT JÁNOS KÓRHÁZBAN**
Lestyán János - Katona J.
Szent János Kórház, Budapest
A-0048, 6 + 2 perc
- 7. A KAR SZÁR ALKALMAZÁSÁNAK KORAI TAPASZTALATAI OSZTÁLYUNK REVÍZIÓS ARTHROPLASZTIKÁIBAN**
Tamás Gergely
HM Állami Egészségügyi Központ, Baleseti Sebészeti Osztály, Budapest
A-0052, 6 + 2 perc

A Magyar Traumatológus Társaság 2009. évi Kongresszusa és Fialatok Fóruma

2009. május 7-9. | Tapolca, Hunguest Hotel Pelion

8. **SÚLYOS ÉGÉSI SÉRÜLÉS EGY ÉRDEKES ESETE**
Till József
PTE KK, Mozgásszervi Sebészeti Intézet Traumatológiai és Kézsebészeti Klinikai Tanszék, Pécs
A-0057, 6 + 2 perc
9. **DISTALIS BICEPS BRACHII - ÍN SÉRÜLÉSEK MŰTÉTI ELLÁTÁSA**
Soós István - Marosán P. - Csotye J.
BMKT Pándy Kálmán Kórház, Baleseti Sebészeti Osztály, Gyula
A-0060, 6 + 2 perc
10. **A LÉGIMENTÉS SAJÁTÓSÁGAI A SÚLYOS SÉRÜLT ELLÁTÁSBAN, AVAGY MIÉRT REPÜLÜNK...**
Hetzman T. László
HM Állami Egészségügyi Központ, Baleseti Sebészeti Osztály, Budapest
OMSZ Légimentő Kht., Budapest
A-0068, 6 + 2 perc
11. **DABIGATRÁN KEZELÉSEL KAPCSOLATOS KORAI TAPASZTALATAINK**
Ambrus Szilárd Pál
HM Állami Egészségügyi Központ, Általános Traumatológiai Osztály, Budapest
A-0090, 6 + 2 perc
12. **EGÉSZSÉGÜGYI KÉPESLAPOK II.**
Katona József
Szent János Kórház, Budapest
A-0047, 6 + 2 perc

12.50 – 13.40 **MEGNYITÓ**
KÖSZÖNTÉSEK
LUMNITZER – EMLÉKELŐADÁS
Pákozdy János

AGORA TEREM

13.40 – 14.45 EBÉDSZÜNET

14.45 – 16.30 **FIATALOK FÓRUMA – 2.**

AGORA TEREM

Ülésezők: **SZITA JÁNOS – MAHUNKA ZSOLT**

1. **MEGOLDÁST JELENT-E A PFN ANTIROTÁCIÓS, RETESZELHETŐ SPIRÁLPENGE A TROCHANTER-SZEGEZÉSEK VALAMENNYI BIOMECHANIKAI PROBLÉMÁJÁRA? (448 PFN-A SZEGEZÉS BIOMECHANIKAI SZÖVŐDMÉNYEINEK ELEMZÉSE)**
ifj. Noviczki Miklós¹ - Sztányi I.²
1 Jósza András Oktató Kórház, Ortopédiai Osztály, Nyíregyháza
2 Jósza András Oktató Kórház, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Nyíregyháza
A-0095, 6 + 2 perc
2. **KEDVEZŐTLEN HELYZETBEN GYÓGYULT PROXIMÁLIS FEMUR DIAPHYSIS TÖRÉS UTÁN ELSZENVEDETT SUBTROCHANTER TÖRÉS KEZELÉSE OSTEOTOMIÁVAL KIEGÉSZÍTETT GAMMA-SZEGEZÉSEL**
Jánvári Kristóf - Molnár F.
Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház - Rendelőintézet, Baleseti Sebészeti Osztály, Szolnok
A-0121, 6 + 2 perc

3. **STABILITÁSFOKOZÁS DINAMIKUS COLLO-DIAPHYSEALIS (DCD) LEMEZSEL „INSTABIL” COMBNYAKTÖRÉSEK ESETÉN**
Hargitai Gergely - Bujtár P.
HM Állami Egészségügyi Központ, Általános Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Budapest
SE Arc- Állcsont- Szájsebészeti és Fogászati Klinika, Budapest
A-0141, 6 + 2 perc
4. **PERIPROTETIKUS TÖRÉSEK, CSONTHIÁNYOS ÁLLAPOTOK**
Bózsik Attila - Zsíros L.
HM Állami Egészségügyi Központ, Budapest
A-0124, 6 + 2 perc
5. **ESSEX-LOPRESTI SÉRÜLÉS ELLÁTÁSA (ESETISMERTETÉS)**
Barkaszi Árpád - Bogdán A.
Kenézy Kórház Rendelőintézet Kft., Debrecen
DE OEC, AOK, Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék, Debrecen
A-0091, 6 + 2 perc
6. **BOKAÍZÜLETI MENISCOID LAESIO - ARTROSKÓPOS ELLÁTÁS (ESETISMERTETÉS)**
Szabó Gábor
Jósa András Oktató Kórház, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Nyíregyháza
A-0098, 6 + 2 perc
7. **EMINENTIA INTERCONDYLEA TÖRÉSEK ARTROSKÓPOS ELLÁTÁSÁVAL SZERZETT TAPASZTALATAINK**
Szabó Gábor - Baráth J.
Jósa András Oktató Kórház, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Nyíregyháza
A-0099, 6 + 2 perc
8. **AZ LCA-PÓTLÁS IDŐPONTJÁNAK MEGVÁLASZTÁSA AKUT ÉS KRÓNIKUS ESETBEN INTÉZETÜNKBEN**
Pap Zoltán - Bazsó T.
Kenézy Kórház Rendelőintézet Kft., Debrecen
A-0103, 6 + 2 perc
9. **PILON TÖRÉSEK ELLÁTÁSA KLINIKÁNKON**
Antal Hunor
PTE KK, Mozgásszervi Sebészeti Intézet Traumatológiai és Kézsebészeti Klinikai Tanszék, Pécs
A-0115, 6 + 2 perc
10. **TOMPA SZÍVSÉRÜLÉSEK JELENTŐSÉGE TRAUMÁS BETEGEKNÉL**
Csáki Balázs - Szokoly M. - Dienes Zs. - Aradi P. - Köcse T.
Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest
A-0117, 6 + 2 perc
11. **TÍPUSOS HELYI RADIUS TÖRÉSEK KEZELÉSE MÓDOSÍTOTT KAPANDJI SZERINTI TŰZÉssel.**
Horváth Ádám - Patczai B.
PTE KK, Mozgásszervi Sebészeti Intézet Traumatológiai és Kézsebészeti Klinikai Tanszék, Pécs
A-0122, 6 + 2 perc
12. **ÁTHIDALÓ ÉS NEM ÁTHIDALÓ FIXATEUR HASZNÁLATÁVAL ELÉRT EREDMÉNYEINK DISZTÁLIS RÁDIUSTÖRÉSEK KEZELÉSÉBEN**
Gloviczki Balázs - K. ádas I. - Magyar Z. - Melly A.
Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest
A-0129, 6 + 2 perc

16.30 – 16.50 KÁVÉSZÜNET

16.50 – 18.40 **FIATALOK FÓRUMA – 3.**

Üléselelnökök: **NOVICZKI MIKLÓS – GULYÁS KÁROLY**

- 1. DISZTRAKCIÓS PATELLATÖRÉSEK KEZELÉSE KOMPRESSZIÓS, KANÜLÁLT HLS-CSAVAROS, HÜZÓHURKOS OSTEOSYNTHESISSEL – EGY RÉGI ELV ÚJ KÖNTÖSBEN**
Varga Marcell - Gloviczki B. - Szita J. - Kádas I.
Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest
A-0139, 6 + 2 perc
- 2. JOBB OLDALI REKESZIZOM SÉRÜLÉSEK DIAGNOSZTIZÁLÁSI NEHÉZSÉGEI**
Lázár István
PTE KK, Mozgásszervi Sebészeti Intézet Traumatológiai és Kézsebészeti Klinikai Tanszék, Pécs
A-0123, 6 + 2 perc
- 3. ANTIBIOTIKUM TARTALMÚ, SZINTETIKUS CSONTPÓTLÓ ANYAGOKKAL SZERZETT KEZDETI TAPASZTALATAINK**
Bárdi Tibor - Zsíros L.
HM Állami Egészségügyi Központ, Általános Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Budapest
A-0063, 6 + 2 perc
- 4. MIÉRT FONTOS KÖVETNI A PROTOKOLLOKAT?**
Nagy Szilvia - Kovács J. - Kincses Z.
BMKT Pándy Kálmán Kórház, Traumatológia, Gyula
A-0021, 6 + 2 perc
- 5. ÁLÍZÜLETEK KIALAKULÁSA OS SCAPHOIDEUM TÖRÉST KÖVETŐEN. 4 ÉV STATISZTIKAI ANALÍZISE**
Muraközy Katalin - Frenzl I. - Molnár L. - Fekete K.
DE OEC, AOK, Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék, Debrecen
A-0020, 6 + 2 perc
- 6. A GYERMEKKORI VÉGTAGTÖRÉSEK TITÁN-ELASZTIKUS VELOŐRSÍNNEEL TÖRTÉNŐ KEZELÉSÉNEK HOSSZÚTÁVÚ RETROSPEKTÍV VIZSGÁLATA**
Bírov Ede - Farkas A. - Mohai Cs.
PTE KK, Gyermekgyógyászati Klinika, Sebészeti Osztály, Pécs
A-0033, 6 + 2 perc
- 7. A GYERMEKKORI VÉGTAGTÖRÉSEK TITÁN ELASZTIKUS VELOŐRSZEGGEL TÖRTÉNŐ KEZELÉSÉNEK FIZIOTERÁPIÁS VONATKOZÁSAI**
Mohai Csilla - Bírov E. - Farkas A.
PTE KK, Gyermekgyógyászati Klinika, Sebészeti Osztály, Pécs
A-0032, 6 + 2 perc
- 8. A GYERMEKKORI FEMURTÖRÉSEK UTÓKEZELÉSE HOGYAN MOBILIZÁLJUK, HA NEM TUD MANKÓZNI?**
Tóth Krisztina - Kassai T. - Vadász A. - Baracsi M.
Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest
A-0054, 6 + 2 perc
- 9. STATIKUS ÉS DINAMIKUS EGYENSÚLYI HELYZETEK FEJLESZTÉSE KÓROS JÁRÁSMINTA ESETÉN**
Ónodi Melinda - Brassay Á.
Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház Nonprofit Zrt., Traumatológiai Ortopédiai és Szájsebészeti Mátrix Osztály, Veszprém
A-0056, 6 + 2 perc

10. **TÖBBSZÖRÖS FELSŐVÉGTAG TÖRÉS UTÁNI FIZIOTERÁPIA**
Baracsi Melinda - Molnár N. - Tóth K. - Szódy R. - Varga B.
Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest
A-0013, 6 + 2 perc
11. **CSÍPÓTÁJI TÖRÉST SZENVEDETT BETEGEK REHABILITÁCIÓS LEHETŐSÉGEI HAJDÚ-BIHARBAN**
Lőrincz Ádám - Kiss L.
DE OEC, ÁOK, Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék, Debrecen
Kenézy Kórház Rendelőintézet Kft., Debrecen
A-0071, 6 + 2 perc
12. **A KÉZ KOMPLEX LÁGYRÉSZ SÉRÜLÉSÉNEK REHABILITÁCIÓS SZEMPONTJAI**
Gyémánt Anett - Horváth M. - Ónodi Á.
Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórház, Ortopéd-Traumatológiai Osztály, Budapest
A-0149, 6 + 2 perc
13. **DIAGNOSZTIKAI LÉPÉSEK ÉS TÉVEDÉSEK AZ ARC- ÁLLCSONT TRAUMATOLÓGIÁBAN**
Raskó Zoltán - Seres L. - Piffkó J.
SZTE ÁOK, Arc-, Állcsont- és Szájsebészeti Klinika, Szeged
A-0016, 6 + 2 perc

20.00 – 22.00 **NYITÓFOGADÁS**
a Hunguest Hotel Pelion Éttermében

22.00 – 01.00 **ZENÉS, TÁNCOS EST A RULETT EGYÜTTES FELLÉPÉSÉVEL**
a Hunguest Hotel Pelion Éttermében

2009. MÁJUS 8. – PÉNTEK

07.30 – 08.15 **VEZETŐSÉGI ÜLÉS**

HERION TEREM

08.30 – 10.10 **INNOVÁCIÓ A TRAUMATOLÓGIÁBAN – 1.**

AGORA TEREM

Üléselnökök: **BÖRZSEI LÁSZLÓ – KÁDAS ISTVÁN**

- 1. MIT TUD ÉS MIT NEM TUD A SANATFIX**
Fröhlich Péter¹, Farkas József²
*1 Országos Sportegészségügyi Intézet, Budapest
2 Sanatmetal Kft., Eger*
A-0150, 12 + 3 perc
- 2. DISZTRAKCIÓS MINI-FIXATEUR UJJJÜLETI TÖRÉSEK DINAMIKUS RÖGZÍTÉSÉRE**
Noviczki Miklós
Jósa András Oktató Kórház, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Nyíregyháza
A-0092, 6 + 2 perc
- 3. A CENTRONAIL TIBIA VELOŰRSZEG-RENDSZER ÉS MECHANIKUS DISZTALIS CÉLZÓKÉSZÜLÉK**
Berkí Sándor¹ - Wolfgang K.² - Tomcsik T.¹ - Abdul W.A. M.¹ - Badó Cs.¹ - Kegyes M.¹
*1 Csongrád Megyei Önkormányzat dr. Bugyi István Kórháza, Baleseti és Helyreállító Sebészeti Osztály, Szentes
2 Klinikum Wolfsburg, Department of Traumatology and Reconstructive Bone & Joint Surgery, Germany*
A-0084, 6 + 2 perc
- 4. INTRAMEDULLARIS RÖGZÍTÉS INDIKÁCIÓJÁNAK KITERJESZTÉSE LÁBSZÁRTÖRÉS ESETÉN TWX (TIBIA WITHOUT X-RAY) SZEGGEL**
Flóris István - Bodzay T. - Baktai J. - Karsay P. - Balázs P.
Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest
A-0061, 6 + 2 perc
- 5. LISS LEMEZ HASZNÁLATA PERIPROTETIKUS TÖRÉSEKBEN**
Rahmeh Husam - Hangody L. - Tóth F. - Papp K.
Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórház, Budapest
A-0089, 6 + 2 perc
- 6. LÁGYRÉSZEK CSONTOS ALAPHOZ TÖRTÉNŐ RÖGZÍTÉSE MÓDOSÍTOTT SZÁLBEFÜZŐ SEGÍTSÉGÉVEL**
Máthé Tibor¹ - Kromek L.¹ - Novák L.²
*1 PTE KK, Traumatológiai Központ, Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika, Pécs
2 Szigetvári Kórház, Sebészeti Osztály, Szigetvár*
A-0110, 6 + 2 perc
- 7. ÚJ MÓDSZER A BOKATÖRÉSEK ELLÁTÁSÁBAN – HLS – CSAVAROS OSTEOSYNTHESIS**
Kádas István - Szita J. - Kocsis A. - Kádas D.
Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest
A-0133, 6 + 2 perc
- 8. A CAB HORGOK ALKALMAZÁSA HÁTSÓ GERINCSTABILIZÁCIÓRA**
Csernátóy Zoltán - Kiss L.
DE OEC, AOK Ortopédiai Klinika, Debrecen
A-0134, 6 + 2 perc
- 9. AZ ELMÚLT HÉT ÉVBEN BEVEZETETT ÚJ TRAUMATOLÓGIAI MŰTÉTI ELJÁRÁSOK OSZTÁLYUNK ANYAGÁBAN**
Shawfar Adel - Al-Droubi H. - Nagy A. - Mokarami A.
Sátoraljaiújhely Város Önkormányzat Erzsébet Kórháza, Sátoraljaiújhely
A-0023, 6 + 2 perc

10. **EXOGEN SZELÉNÍUM HATÁSA A PERICARDIÁLIS TAMPONÁD MIKROKERINGÉSI SZÖVŐDMÉNYEIRE**
 Süveges Gábor¹ - Hartmann P.² - Érces D.² - Faludi L.² - Szalay M.² - Manninger Á.² - Kaszaki J.² - Boros M.²
1 SZTE ÁOK, Traumatológiai Klinika, Szeged
2 SZTE ÁOK, Sebészeti Műtéttani Intézet, Szeged
A-0011, 6 + 2 perc
11. **SZERVEZETI VÁLASZ VIZSGÁLATÁRA ALKALMAS LABORATÓRIUM FELÉPÍTÉSE A BALESETI SEBÉSZETBEN**
 Gornicsár Katalin - Mózes T.
HM Állami Egészségügyi Központ, Budapest
A-0088, 6 + 2 perc

08.50 – 10.10 **NYÍLT TÖRÉSEK ELLÁTÁSA, CSONT ÉS LÁGYRÉSZ HIÁNYOK PÓTLÁSA – 1.**

HERION TEREM

- Üléseelnökök: DETRE ZOLTÁN – GERA LÁSZLÓ*
1. **VACUUM ASSISTED CLOSURE (VAC) KEZELÉS**
 Detre Zoltán
Budai Trauma Centrum, Szent János Kórház, Budapest
A-0128, 8 + 2 perc
2. **VONATGÁZOLT NAGY KITERJEDÉSŰ CSÍPÓTÁJLI LÁGYRÉSZHIÁNYÁNAK KEZELÉSE VAC TERÁPIÁVAL**
 Szlovák Sándor - Rosero V. M.
Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet, Dél-pesti Trauma Centrum, Budapest
A-0058, 6 + 2 perc
3. **VÁKUUMOS SEBZÁRÁS ALKALMAZÁSA OSZTÁLYUNKON 2005-2009**
 Mahunka Zsolt - Mészáros I. - Pintér Cs.
Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház Nonprofit Zrt., Traumatológiai Ortopédiai és Szájsebészeti Mátrix Osztály, Veszprém
A-0130, 6 + 2 perc
4. **NYÍLT MEDENCETÖRÉSEK**
 Naumov István - Várhidy L. - Wiegand N. - Bukovecz T. - Máthé T. - Szabó T.
PTE KK, Mozgásszervi Sebészeti Intézet Traumatológiai és Kézsebészeti Klinikai Tanszék, Pécs
A-0006, 6 + 2 perc
5. **MEDENCE KÖRNYÉKI LÁGYRÉSZ DEFECTUSOK PÓTLÁSA**
 Fekete Attila - Bánk A.
Országos Gerincgyógyászati Központ, Budapest
A-0012, 6 + 2 perc
6. **A CRONOSSAL SZERZETT KEZDETI TAPASZTALATAINK AZ ÁLIZÜLETEK ÉS CSONTHIÁNYOK PÓTLÁSÁBAN**
 Gera László - Oberna Gy. - Kertész G. - Haga Á.
Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Kecskemét
A-0030, 6 + 2 perc
7. **ANTIBIOTIKUMMAL KOMBINÁLT SZINETIKUS CSONTPÓTLÓK ALKALMAZÁSA NYÍLT LÁBSZÁRTÓRÉS ELLÁTÁSA SORÁN**
 Sztányi István - Noviczki M.
Jósa András OktatóKórház, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Nyíregyháza
A-0097, 6 + 2 perc

A Magyar Traumatológus Társaság 2009. évi Kongresszusa és Fialatok Fóruma

2009. május 7-9. | Tapolca, Hunguest Hotel Pelion

8. **MÁSODFOKBAN NYÍLT WEBER-B BOKATÖRÉS ELLÁTÁSA PRIMER HOMOLÓG CSONTBEÜLTETÉssel - ESETISMERTETÉS**
Pécsi Örs - Klára T.
Sopron Megyei Jágú Város Erzsébet Kórház a DE OEC Oktató Kórháza, Traumatológiai Osztály, Sopron
A-0112, 6 + 2 perc
9. **NYÍLT HUMERUS TÖRÉSEK, FIXATEUR EXTERNE HASZNÁLHATÓSÁGA**
Kecskeméti Ákos - Vánkos Z. - Szódy R.
Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest
A-0138, 6 + 2 perc

10.10 – 10.25 KÁVÉSZÜNÉT

10.25 – 11.50 **INNOVÁCIÓ A TRAUMATOLÓGIÁBAN – 2.**

AGORA TEREM

Üléseelnökök: **KÁDASI JÁNOS - NAGY JÓZSEF**

1. **MEDENCEGYÜRÜ-SÉRÜLÉSEK MŰTÉTI ELLÁTÁSÁNÁL HASZNÁLATOS KÜLÖNBÖZŐ IMPLANTÁTUMOK VÉGESELEMES VIZSGÁLATA**
Bodzay Tamás¹ - Asbóth L.² - Burján T.² - Bagdi C.² - Flóris I.¹ - Váradí K.²
1 Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest
2 BME Gépszerkeztetési Intézet, Budapest
A-0009, 6 + 2 perc
2. **ÚJ MÓDSZER A HAMSTRING INAK FIXÁLÁSÁBAN LCA PLASZTIKÁNÁL**
Nagy József - Földesi Gy. - Urfi L.
Kiskunhalasi Semmelweis Kórház, Kiskunhalas
A-0085, 6 + 2 perc
3. **VISCOSUPPLEMENTATIO SZEREPE ÍZÜLETI SÉRÜLÉSEK POSZTOPERATÍV REHABILITÁCIÓJÁBAN**
Vásárhelyi Gábor - Hangody L. - Kárpáti Z. - Kollár R.
Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórház, Budapest
Sanitas Magánklinika, Budapest
A-0076, 6 + 2 perc
4. **A HOSSZÚ CSÖVES CSONTOK GYERMEKKORI TÖRÉSEINEK KLASSZIFIKÁCIÓJA**
Noviczki Miklós
Jósa András Oktató Kórház, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Nyíregyháza
A-0093, 6 + 2 perc
5. **KÉSŐI EREDMÉNYEK COMBNYAKTÖRÉSEK COPRESSIOS PENGÉVEL TÖRTÉNŐ ELLÁTÁSÁT KÖVETŐEN**
Pócs Levente - Gera L. - Bányai T. - Kerekes L.
Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Traumatológia és Kézsebészeti Osztály, Kecskemét
A-0027, 6 + 2 perc
6. **ISMERKEDÉSÜNK ÉS BARÁTSÁGUNK A PHILOS LEMEZSEL**
Palkovits Zoltán - Tömböl F. - Milanovich G. - Balogh P. - Vándor B.
Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Traumatológiai, Orthopédiai, Kézsebészeti Centrum, Győr
A-0053, 6 + 2 perc
7. **ÚJ ORÁLIS KEZELÉSI ALTERNATÍVA A TÉRD- ÉS CSÍPŐPROTÉZIS MŰTÉTEKET KÖVETŐ TROMBOPROFILAXISBAN**
Gunther Tibor
8 perc

8. **THROMBOPROFILAXIS A TRAUMATOLÓGIAI GYAKORLATBAN**

Korcsmár József

15 perc

9. **ÚJ RENDSZERŰ VÉGTAGPÓTLÓ PROTÉZIS TRAUMÁS FEMUR AMPUTÁLTAK SZÁMÁRA**

Móricz Ottó - Weber Gy. - Máthé T. - Ferencz S.

PTE KK, Traumatológiai Központ, Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika, Pécs

PTE KK, Sebészeti Klinika, Pécs

PTE ÁOK, Kísérletes Sebészeti Intézet, Pécs

A-0072, 6 + 2 perc

10.25 – 11.40 **NYÍLT TÖRÉSEK ELLÁTÁSA, CSONT
ÉS LÁGYRÉSZ HIÁNYOK PÓTLÁSA – 2.**

HERION TEREM

Üléseelnökök: SÜKÖSD LÁSZLÓ – VÁMHIDY LÁSZLÓ

1. **LÁBSZÁR ÉS LÁB NYÍLT TÖRÉSEK ÉS SEPTICUS FOLYAMATOK LÁGYRÉSZDEFEKTUSAINAK
MANAGEMENTJE (AZ ELMÚLT 5 ÉV TAPASZTALATAINAK ÖSSZEGÉSE)**

Frendl István - Molnár L. - Fekete K.

DE OEC, ÁOK, Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék, Debrecen

A-0059, 6 + 2 perc

2. **GONDOLATOK A HARMADFOKBAN NYÍLT LÁBSZÁRTÖRÉSEKRŐL**

Wiegand Norbert - Naumov I. - Vámhidy L.

PTE KK, Mozgásszervi Sebészeti Intézet Traumatológiai és Kézsebészeti Klinikai Tanszék, Pécs

A-0082, 6 + 2 perc

3. **LOKÁLIS LEBENYEK ALKALMAZÁSA A NYÍLT LÁBSZÁRTÖRÉSEK LÁGYRÉSZ DEFEKTUSAINAK
PÓTLÁSÁRA**

Sztányi István - Noviczki M.

Jósa András Oktató Kórház, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Nyíregyháza

A-0096, 6 + 2 perc

4. **NYÍLT LÁBSZÁRTÖRÉSEK ELLÁTÁSA – OTRI 15 ÉV 658 ESET**

Kádas István - Magyarai Z. - Törköly T. - Kádas D.

Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

A-0132, 6 + 2 perc

5. **NYÍLT LÁBSZÁRTÖRÉS + LÁGYRÉSZDEFEKTUS = LEBENY ! (ESETBEMUTATÁS)**

Szabó Tamás - Naumov I.

PTE KK, Traumatológiai Központ, Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika, Pécs

A-0146, 6 + 2 perc

6. **CSONTHIÁNY PÓTLÁSA A TIBIÁN SEGMENT-VÁNDOROLTATÁSSAL VELOÚRSZEGGEL
HASZNÁLATA MELLETT**

Berki Sándor - Badó Cs. - Tomcsik T. - Abdul W.A. M. - Stefardian S. - Kegyes M.

Csongrád Megyei Önkormányzat dr. Bugyi István Kórháza, Baleseti és Helyreállító Sebészeti Osztály, Szentes

A-0083, 6 + 2 perc

7. **CONQUASSATIOVAL JÁRÓ VÉGTAGSÉRÜLÉSEK ELLÁTÁSÁNAK PRINCÍPIUMAI - „MANGLED
EXTREMITY SCORE” VAGY KLINIKAI JUDICIUM?**

Frenyó Sándor - Tihanyi D.

Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

A-0140, 6 + 2 perc

A Magyar Traumatológus Társaság 2009. évi Kongresszusa és Fialatok Fóruma

2009. május 7-9. | Tapolca, Hunguest Hotel Pelion

8. HELYREÁLLÍTÓ MŰTÉT POSTTRAUMÁS SEPTICUS TALUSNECROSIS KÖVETŐEN - ESETBEMUTATÁS

Almási József¹ - Csöngé L.² - Balogh P.¹ - Tóth T.¹

¹ Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Traumatológiai, Orthopédiai, Kézsebészeti Centrum, Győr

² Nyugat-magyarországi Regionális Szövetbank, Győr

A-0017, 6 + 2 perc

11.50 – 12.00 SZÜNET

12.00 – 12.40 **ALKAR, CSUKLÓ SÉRÜLÉSEI – 1.**

AGORA TEREM

Üléseelnökök: **DÓSA GÁBOR – MÉSZÁROS IVÁN**

1. SÚLYOS KÉZTÖRSÉRÜLÉSEK ELLÁTÁSA OSZTÁLYUNKON

Kincses Zoltán - Csotye J. - Fierpasz F. - Kovács J.

BMKT Pándy Kálmán Kórház, Baleseti Sebészeti Osztály, Gyula

A-0002, 6 + 2 perc

2. A DISZTÁLIS ALKARTÖRÉSEK UTÁN KIALAKULÓ PROGRESSZÍV NÖVEKEDÉSI ZAVAROK KEZELÉSE OSZTEOTÓMIÁVAL

Kassai Tamás - Kóvári T. - Hargitai E. - Kádas I. - Renner A.

Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Gyermektraumatológia, Budapest

A-0043, 6 + 2 perc

3. MONTEGGIA SÉRÜLÉSEK OSZTÁLYUNK ANYAGÁBAN-KÉSŐI EREDMÉNYEK

Boda Tamás - Gera L. - Gergely Zs. - Fetter T.

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

A-0041, 6 + 2 perc

4. DISTALIS RADIUS VÉG TÖRÉSEK MŰTÉTI ELLÁTÁSA. "ELEGET OPERÁLUNK?" (5 ÉV RETROSPEKTÍV ANALÍZISE)

Barta Béla - Varga Zs. - Barkaszi Á. - Fekete K.

Kenézy Kórház Rendelőintézet Kft., Debrecen

DE OEC, ÁOK, Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék, Debrecen

A-0046, 6 + 2 perc

5. A RADIUS DISTALIS VÉG FIXATEUR EXTERNE KEZELÉSÉVEL SZERZETT TAPASZTALATAINK.

Tömböl Ferenc - Kretzer A. - Palkovits Z.

Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Kéz- és Mikrosebészeti Osztály, Győr

A-0055, 6 + 2 perc

12.40 – 14.00 EBÉDSZÜNET

12.40 – 14.00 **POSZTER SZEKCIÓ**

POSZTER TEREM

1. TÍPUSOS HELYI RADIUS TÖRÉSEK ELLÁTÁSI TAKTIKÁJA OSZTÁLYUNKON

Pillér Árpád - Börzsei L.

Kaposi Mór Oktató Kórház, Aktív Mozgásszervi Sebészeti Osztály, Traumatológiai Egység, Kaposvár

A-0019

2. EGYES CSONTSÉRÜLÉSEKRE VALÓ PREDISZPOZÍCIÓ A SPORTOLÓKNÁL

Vincze János - Vincze-Tiszay G.

EEKNA, Budapest

A-0024

3. **CARPALIS RÉSZARHRODESISEK INDIKÁCIÓS TERÜLETEI**
Sasvári Edgár - Milkovics R. - Gaál P. - Tóth A. - Schreithofer L.
Magyar Imre Kórház, Ajka
A-0034
4. **TERÁPIÁS ÚTKERESÉS: IDŐS KORBAN, KILAZULT IMPLANTÁTUM, ROSSZ CSONTÁLLOMÁNY MELLETT BEKÖVETKEZETT PERIPROTETICUS FEMURTÖRÉS. ESETISMERTETÉS**
Laky András - Szabó I. - Mike Gy. - Gueth Gy. - Bogdán T. - Saab N. - Gimesi Cs. - Torkos M. B.
Kaposi Mór Oktató Kórház, Aktív Mozgásszervi Sebészeti Osztály; Ortopédia Részleg, Kaposvár
A-0040
5. **CHAMPY-MINILEMEZEK HASZNÁLATA A MAXILLOFACIALIS TRAUMATOLÓGIÁBAN.**
Katona József - Klenk G. - Kenderfi G. - Lestyán J.
Szent János Kórház, Budapest
A-0049
6. **RITKA ETIOLÓGIÁJÚ SYMHPYSEOLYSIS, ESETISMERTETÉS**
Rosero Viviana Maja - Horváth T.
Merényi Gusztáv Kórház, Traumatológiai Osztály, Budapest
A-0050
7. **MŰTÉTINFO.HU**
Gulyás Károly
Semmelweis Egyetem Traumatológiai Tanszék, Budapest
A-0075
8. **ACROMIOCLAVICULARIS LUXATIO HÚZÓHURKOS OSTEOSYNTHESISÉNEK RITKA SZÖVŐDMÉNYE: ELLENOLDALI MEDIASTINUMBA VÁNDORLÓ KIRSCHNER DRÓT**
Jillek Tamás¹ - Balogh G.² - Börzsei L.¹
¹ Kaposi Mór Oktató Kórház, Aktív Mozgásszervi Sebészeti Osztály, Traumatológiai Részleg, Kaposvár
² Kaposi Mór Oktató Kórház, Általános Sebészeti, Ér-és Mellkassebészeti Osztály, Kaposvár
A-0078
9. **TITÁN ELASZTIKUS SZEGEZÉSSSEL ELÉRT EREDMÉNYEINK**
Haga Ágnes - Csomor L. - Gera L.
Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Kecskemét
A-0101
10. **PÉNTEK 13.**
Antal Sándor
Gróf Tisza István Kórház, Berettyóújfalú
A-0109
11. **SAJKACSONTÖRÉSSSEL SZÖVŐDÖTT ÍZÜLETBE HATOLÓ DARABOS DISTALIS RADIUSTÖRÉS ELLÁTÁSA - ESETISMERTETÉS**
Pécsi Örs - Klára T. - Németh Cs.
Sopron Megyei Jogú Város Erzsébet Kórház a DE OEC Oktató Kórháza, Traumatológiai Osztály, Sopron
A-0111
12. **THE USE OF ANTIGEN-EXTRACTED AUTODIGESTED BONE ALLOGRAFTS IN RECONSTRUCTIVE FOOT AND ANKLE SURGERY**
Almási József - Csöngö L. - Balogh P.
Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Traumatológiai, Orthopédiai, Kézsebészeti Centrum, Győr
A-0113
13. **PERIPROTETICUS TÖRÉSEK ELLÁTÁSA GYAKORLATUNKBAN HAZAI FEJLESZTÉSŰ SZÖGLETSTABIL-KÁBELES LEMEZSEL**
Zágh István - Merényi G. - Kalmár I. - Korpos S. - Surányi M.-né
Fővárosi Önkormányzat Károlyi Sándor Kórház Rendelőintézet, Traumatológiai Osztály, Budapest
A-0118

A Magyar Traumatológus Társaság 2009. évi Kongresszusa és Fialatok Fóruma

2009. május 7-9. | Tapolca, Hunguest Hotel Pelion

14. **HARMAD FOKBAN NYÍLT FLOATING KNEE**
Kóvári Tamás - Hámory Zs. - Püspöki M. - Szokoly M.
Vaszary Kolos Kórház, Esztergom
A-0119
15. **KEZDETI TAPASZTALATAINK A 3.5 SZÖGSTABIL LEMEZEKKEL**
Kóvári Tamás - Teleki B. - Zsoldos L. - Szakács B.
Vaszary Kolos Kórház, Esztergom
A-0120
16. **ÉGÉSI SÉRÜLÉS KEZELÉSE AQUACELL AG-VAL**
Balogh András - Varga M.
Fejér Megyei Szent György Kórház, Traumatológia Osztály, Székesfehérvár
A-0125
17. **SUGÁRÁTERESZTŐ XCALIBER ORTHOFIX R KÜLSŐ CSONTRÖGRÍRTÓK AZ ORTHOPÉD-
TRUAMATOLÓGIÁBAN**
Berki Sándor
Csongrád Megyei Önkormányzat dr. Bugyi István Kórháza, Baleseti és Helyreállító Sebészeti Osztály, Szentes
A-0127
18. **PFN-A SZEGEZÉS OSZTÁLYUNKON, TAPASZTALATOK**
Tóth Róbert - Valló J.
Albert Schweitzer Kórház, Baleseti Sebészet, Hatvan
A-0135
19. **A COMBFEJEN ÉS A BŐRALATTI ZSÍRSZÖVETBEN RAKTÁROZOTT ZSÍR
GÁZKROMATOGRÁFIÁS VIZSGÁLATA ALKOHOLOS COMBFEJELHALÁSBAN (ANFH) ÉS
CSÍPÓIZÜLETI ARTHROSISBAN**
Pintér Csaba - Horváth B. - Mahunka Zs.
*Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház Nonprofit Zrt., Traumatológiai Ortopédiai és Szájsebészeti Mátrix Osztály,
Veszprém*
A-0154

14.00 – 14.50 **ALKAR, CSUKLÓ SÉRÜLÉSEI – 2.**

AGORA TEREM

Üléseelnökök: KIRÁLY GÉZA – NAUMOV ISTVÁN

1. **VOLARIS SZÖGSTABIL LEMEZSEL ELÉRT EREDMÉNYEINK A DISTALIS RADIUS TÖRÉSEK
KEZELÉSÉBEN**
Szóke Jenő - Kádasi J. - Szalai Z. - Laczó F.
Zala Megyei Kórház, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Zalaegerszeg
A-0010, 6 + 2 perc
2. **A TÍPUSOS HELYI RADIUS TÖRÉS MŰTÉTI KEZELÉSE VCP LEMEZSEL, KORAI EREDMÉNYEK.**
Vámhidy László - Máthé T. - Wiegand N.
PTE KK, Mozgásszervi Sebészeti Intézet Traumatológiai és Kézsebészeti Klinikai Tanszék, Pécs
A-0026, 6 + 2 perc
3. **INSTABIL DISTALIS RADIUS TÖRÉSEK MŰTÉTI KEZELÉSE OSZTÁLYUNKON.**
Bartis Tamás - Schriffert A. - Csorba Zs. - Elekes Cs.
Toldy Ferenc Kórház-Rendelőintézet Nonprofit Közhasznú Kft., Baleseti Sebészeti Osztály, Cegléd
A-0042, 6 + 2 perc
4. **RADIUS DISTALIS VÉG TÖRÉSEINEK KORSZERŰ ELLÁTÁSA**
Detre Zoltán - Glanz J. - Csaba Á.
Budai Trauma Centrum, Szent János Kórház, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Budapest
A-0066, 6 + 2 perc

5. **A DINAMIKUS FIXÁLTCSAVARÚ FÜLES RADIUSLEMEZ ALKALMAZÁSÁVAL SZERZETT TAPASZTALATAINK**

Seress György - Kurucz L. - Osgyán H. - Haller P. - Antal J.
Jávorszky Odón Kórház, Traumatológiai Osztály és Kézsebészeti Részleg, Vác
A-0067, 6 + 2 perc

6. **DISTALIS RADIUS VÉG TÖRÉS KEZELÉSE SZÖGLETSTABIL LEMEZZAL ÉS KAPANDJI TÚZÉSSEL**

Kósa Jenő
Szatmár-Beregi Kórház és Gyógyfürdő, Fehérgyarmat
A-0102, 6 + 2 perc

14.00 – 14.50 **CSONTCEMENT ÉS CEMENTEZÉSI TECHNIKA
- tegnap és ma**

Heraeus Kulzer Hungary Kft. Workshopja
Zahár Ákos

HERION TEREM

14.50 – 15.00 SZÜNET

15.00 – 16.45 **A TRAUMATOLÓGIA JELENE, JÖVŐJE, ITTHON**

Üléselnökök: FRÖHLICH PÉTER – GUNTHER TIBOR

1. **TRAUMATOLÓGUSOK SZEREPE MAGYARORSZÁG AFGANISZTÁNI KATONAI SZEREPVÁLLALÁSÁNAK EGÉSZSÉGÜGYI BIZTOSÍTÁSÁBAN**

Vekszler Péter
MH Dr. Radó György Honvéd Egészségügyi Központ, Művelési Főnökség, Budapest
A-0004, 6 + 2 perc

2. **AZ ORTOPÉDIA ÉS A TRAUMATOLÓGIA KÖZÖS ÉS ELTÉRŐ ÉRDEKEI**

Fröhlich Péter
Országos Sportegészségügyi Intézet, Budapest
A-0077, 6 + 2 perc

3. **A TRAUMATOLÓGIA JELENE-JÖVŐJE EGY CENTRUM KEZDETI TAPASZTALATAI ALAPJÁN**

Gunther Tibor
Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Traumatológiai, Orthopédiai, Kézsebészeti Centrum, Győr
A-0005, 6 + 2 perc

4. **KÓRHÁZUNKBAN NYERT TAPASZTALATAINK A SÜRGŐSSÉGI OSZTÁLY ÁLTAL VÉGZETT TRAUMATOLÓGIAI ELLÁTÁSRÓL**

Klára Tamás - Orbán F. - Németh Cs.
Sopron Megyei Jagú Város Erzsébet Kórház a DE OEC Oktató Kórháza, Traumatológiai Osztály, Sopron
A-0014, 6 + 2 perc

5. **EGYÜTT A KÖZÖS JÖVŐÉRT, VAGY EGYEDÜL MINDENKI ELLEN?**

Turchányi Béla - Kincses M. - Balogh J.
Markhot Ferenc Kórház-Rendelőintézet, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Eger
A-0029, 6 + 2 perc

6. **QUO VADIS, MAGYAR TRAUMATOLÓGIA?**

Mózes Tibor
Semmelweis Egyetem Traumatológiai Tanszék, Budapest
A-0044, 6 + 2 perc

AGORA TEREM

A Magyar Traumatológus Társaság 2009. évi Kongresszusa és Fialatok Fóruma

2009. május 7-9. | Tapolca, Hunguest Hotel Pelion

7. **QUO VADIS TRAUMATOLÓGIA? - A KÖZÖS ORTOPÉD-TRAUMATOLÓGUS SZAKORVOSKÉPZÉS A REZIDENSEK (SZAKORVOSJELÖLTEK) KÖZÖTT VÉGZETT KÉRDŐÍVES FELMÉRÉS TÜKRÉBEN**
Noviczki Miklós¹ - Gera L.²
1 Jósa András Oktató Kórház, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Nyíregyháza
2 Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórház, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Kecskemét
A-0094, 6 + 2 perc
8. **BONE SCHOOL- CSONT SULI?!**
Gulyás Károly - Sárvány A. - Baráth I. - Szebenly M.
Semmelweis Egyetem Traumatológiai Tanszék, Budapest
Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest
A-0074, 6 + 2 perc
9. **TRAUMA HÁLÓZAT FELMÉRÉSE**
Szita János - Szalay K.
Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest
A-0136, 6 + 2 perc
10. **ÚJ, AZ IITLS ELVEK ALAPJÁN KÉSZÜLT SÚLYOS SÉRÜLT ELLÁTÁSI PROTOKOLL AZ ORSZÁGOS MENTŐSZOLGÁLTATNÁL**
Gorove László - Göndöcs Zs. - Márton E.
Országos Mentőszolgálat Főigazgatósága, Budapest
A-0081, 6 + 2 perc

15.00 – 16.20 **SPORTSÉRÜLÉSEK, FIZIOTERÁPIA**

HERION TEREM

Ülésezők: **BÁNYAI TAMÁS – WIEGAND NORBERT**

1. **TÉRDIZÜLETI ARTROSKÓPIA IDŐZÍTÉSE**
Bányai Tamás - Oberna Gy. - Gera L.
Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórház, Traumatológia és Kézsebészeti Osztály, Kecskemét
A-0028, 6 + 2 perc
2. **AKUT ARTHROSCOPIA GYAKORLATA OSZTÁYLUNKON**
Szeferinkin Bojko Lazarov - Kis Á. - Fekete K.
Kenézy Kórház Rendelőintézet Kft., Baleseti Sebészet és Kézsebészeti Osztály, Debrecen
DE OEC, ÁOK, Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék, Debrecen
A-0107, 6 + 2 perc
3. **AKUT ELÜLSŐ KERESZTSZALAG SÉRÜLÉSEK, KOMBINÁLT TÉRDSÉRÜLÉSEK ELLÁTÁSA**
Erdélyi Gábor - Béres Gy. - Kovács A.
Kastélypark Klinika, Tata
A-0131, 6 + 2 perc
4. **SPORTOLÓK ALSÓ VÉGTAGI FÁRADÁSOS TÖRÉSEINEK DIAGNOSZTIKÁJA ÉS KEZELÉSE**
Pavlik Attila - Halasi T. - Fröhlich P.
Országos Sportegészségügyi Intézet, Sportsebészeti Osztály, Budapest
A-0116, 6 + 2 perc
5. **ÚJDONSÁGOK A FELSŐVÉGTAG SÉRÜLT GYERMEKEK FIZIOTERÁPIÁBAN**
Vadász Andrea - Tóth K. - Demjén P. - Kassai T.
Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Gyermektraumatológia, Budapest
A-0035, 6 + 2 perc

6. **KOMPLEX FIZIOTERÁPIA BEMUTATÁSA EGY SÚLYOS KÖNYÖKIZÜLETI SÉRÜLÉST
ELSZENVEDETT GYERMEK ESETÉBEN**
Putnoki Judit - Kassai T. - Kricsfalusy M.
Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest
A-0080, 6 + 2 perc
7. **ALKARTÖRÖTT BETEG TÖRÉSGYÓGYULÁSI ZAVARÁNAK SIKERES KONZERVATÍV KEZELÉSE
MAGNETOTERÁPIÁVAL**
Kricsfalusy Mihály – Baranyai Á.
Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest
A-0144, 6 + 2 perc
8. **DOLOFLEX SPRAY - GÉL: ÚJ TECHNOLÓGIA A LOKÁLIS FÁJDALOMCSILLAPÍTÁSBAN**
Papp Éva
8 perc

16.45 – 17.00 KÁVÉSZÜNET

17.00 – 19.00 **MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG
KÖZGYŰLÉSE**

AGORA TEREM

20.00 – 23.00 **Bankett vacsora**
Sümeg, Nagy Lovagterem

2009. MÁJUS 9. – SZOMBAT

08.30 – 10.15 **HIBÁK, TÉVEDÉSEK, TANULSÁGOS ESETEK – 1.**

AGORA TEREM

Üléselelnökök: SÁRVÁRY ANDRÁS – URBÁN FERENC

- 1. INTRAOPERATÍV HIBÁK OKOZTA SZÖVŐDMÉNYEK TROCHANTERTÁJI TÖRÉSEKNÉL**
Börzsei László
Kaposi Mór Oktató Kórház, Aktív Mozgásszervi Sebészeti Osztály, Traumatológiai Egység, Kaposvár
A-0022, 6 + 2 perc
- 2. MŰTÉTTECHNIKAI HIBÁK ELEMZÉSE A GAMMA SZEGGEL ELLÁTOTT TOMPORTÁJI TÖRÉSEK FEJCSAVAR KIVÁGÁSÁNÁL**
Bán László - Merényi G.- Zágh I.
Fővárosi Önkormányzat Károlyi Sándor Kórház és Rendelőintézet, Traumatológiai Osztály, Budapest
A-0031, 6 + 2 perc
- 3. TAPASZTALATAINK LFN -NEL**
Andriska István - Lábás Z. - Lapes J. - Vörös T. - Bábel Z.
Tolna Megyei Önkormányzat Balassa János Kórháza, Baleseti Sebészet, Szekszárd
A-0039, 6 + 2 perc
- 4. PFN-A SZEGEZÉSEL SZERZETT TAPASZTALATAINK IDŐS BETEGEK ESETÉN**
Tóth Ferenc - Kárpáti Z. - Vásárhelyi G. - Szűcs A. - Domaraczkí O.
Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórház, Ortopéd- Baleseti sebészeti Osztály, Budapest
A-0065, 6 + 2 perc
- 5. MŰTÉTTECHNIKAI HIBÁK OKOZTA MECHANIKAI SZÖVŐDMÉNYEK ÉS AZOK MEGOLDÁSA GAMMA SZEGGEL ELLÁTOTT SUBTROCHANTERIKUS FEMURTÖRÉSEK ELLÁTÁSÁNÁL**
Bán László - Merényi G.- Zágh I.
Károlyi Sándor Kórház, Traumatológiai Osztály, Budapest
A-0100, 6 + 2 perc
- 6. FÉL ÉV, ÉS NAGYON SOK VIZSGÁLAT UTÁN, CSAK A VÉGTAG CSÍPŐ IZÜLETI KIÍZESÍTÉSE UTÁN JUTOTTUNK VÉGLEGES DIAGNÓZISHOZ**
Kincses Zoltán - Fierpasz F. - Kovács J.
BMKT Pándy Kálmán Kórház, Baleseti Sebészeti Osztály, Gyula
A-0001, 6 + 2 perc
- 7. HUMERUSFEJ HÁTSÓ FICAMHOZ TÁRSULÓ IMPRESSZIÓS TÖRÉSÉNEK KEZELÉSE MINIMAL INVAZÍV MÓDON - ESETISMERTETÉS**
Árva Gábor - Klára T. - Pécsi Ö.
Sopron Megyei Jogú Város Erzsébet Kórház a DE OEC Oktató Kórháza, Traumatológiai Osztály, Sopron
A-0025, 6 + 2 perc
- 8. A POSTTRAUMÁS HÁTSÓ VÁLLFICAMOK ELLÁTÁSÁNAK BUKTATÓI – TANULSÁGOS ESETEK BEMUTATÁSA**
Tóth Zoltán - Deutsch J. - Börzsei L. - Szabó I.
Kaposi Mór Oktató Kórház, Aktív Mozgásszervi Sebészeti Osztály, Kaposvár
A-0108, 6 + 2 perc
- 9. EGY RITKA TÍPUSÚ SÉRÜLÉS ELLÁTÁSA OSZTÁLYUNKON-RETROSTERNALIS CLAVICULA FICAM (ESETBEMUTATÁS)**
Marosán Péter - Csotye J. - Bardocz L.
BMKT Pándy Kálmán Kórház, Baleseti Sebészeti Osztály, Gyula
A-0038, 6 + 2 perc

10. **CADERE IN CURSU - HIBÁK A CSUKLÓTÖRÉSEK KONZERVATÍV KEZELÉSE SZORÁN**
 Urbán Ferenc - Záborszky Z. - Barta B. - Fekete K.
DE OEC, AOK, Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék, Debrecen
Kenézy Kórház Rendelőintézet Kft., Baleseti Sebészeti és Kézsebészeti Osztály, Debrecen
A-0062, 6 + 2 perc
11. **HATÁRTERÜLET, VAGY KÖZÖSFELADAT?**
 Turchányi Béla - Molnár I. - Kincses M.
Markhot Ferenc Kórház-Rendelőintézet, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Eger
A-0126, 6 + 2 perc
12. **SÚLYOS, KOMBINÁLT LÁBSÉRÜLÉS EREDMÉNYES ELLÁTÁSA, FIZIOTERÁPIÁJA**
 Kricsfalusy Mihály - ifj. Hardy G. - Baranyai Á.
Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest
A-0143, 6 + 2 perc

10.15 – 10.30 KÁVÉSZÜNET

10.30 – 12.15 **HIBÁK, TÉVEDÉSEK, TANULSÁGOS ESETEK – 2.**

AGORA TEREM

Üléselnökök: **TURCHÁNYI BÉLA – VÉGH GYÖRGY**

1. **HIBÁZTUNK VAGY NEM? TANULSÁGOK EGY FELKARTÖRÉS KAPCSÁN**
 Mészáros Iván - Mahunka Zs.
Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház Nonprofit Zrt., Traumatológiai Ortopédiai és Szájsebészeti Mátrix Osztály, Veszprém
A-0147, 6 + 2 perc
2. **HIBA? TÉVEDÉS? JOGGYAKORLAT? (COMPARTMENT SYNDR.)**
 Pákozdy János - Mahunka Zs.
Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház Nonprofit Zrt., Traumatológiai Ortopédiai és Szájsebészeti Mátrix Osztály, Veszprém
A-0148, 6 + 2 perc
3. **HIBÁK, TÉVEDÉSEK, MEGLEPETÉSEK AZ AMBULÁNS SEBÉSZETBEN**
 Szokoly Miklós¹ - Aradi P.²
1 Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest
2 Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, Budapest
A-0086, 6 + 2 perc
4. **AMIKOR AZ EMBER SZÍVE SZAKAD MEG!**
 Gulyás Károly - Donkó I. - Mészáros T. - Baráth I. - Kiss L. - Sárváry A.
Semmelweis Egyetem Traumatológiai Tanszék, Budapest
Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest
A-0073, 6 + 2 perc
5. **ALSÓVÉGTAGI NAGY ÍZÜLETEK INFEKCIÓJÁNAK MŰTÉTI KEZELÉSE GENERALIZÁLT SZEPTIKUS ÁLLAPOTBAN.**
 Farkas Gábor¹ - Nőt L.² - Vámhidy L.²
1 Országos Gerincgyógyászati Központ a Budai Egészségközpont Kft. Szakkórháza, Budapest
2 PTE KK, Mozgásslzervi Sebészeti Intézet Traumatológiai és Kézsebészeti Klinikai Tanszék, Pécs
A-0079, 6 + 2 perc

- 6. Milyen funkcionális eredmény érhető el nagy diszlokációval, impresszióval járó calcaneus töréseknél a műtét elmaradása esetén?**
Baranyai Ágnes - Kricsfalusy M.
Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Baleseti Rehabilitációs Osztály, Budapest
A-0051, 6 + 2 perc
- 7. A rehabilitáció veszélyei, tanulságok egy eset kapcsán**
Szűcs Attila - Hangody L. - Vásárhelyi G. - Domaraczkai O. - Rahmeh H.
Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest
A-0087, 6 + 2 perc
- 8. IZOMSZAKADÁS VAGY SARCOMA**
Korcsmárjózsef - Szedlák Gy.- Hegedűs Á.- Horváth K.
Vas Megyei Markusovszky Kórház Nonprofit Zrt., Traumatológia, Szombathely
"Multicenter study"
A-0104, 6 + 2 perc
- 9. HAGYOMÁNYOS RADIOLÓGIAI VIZSGÁLAT SZEREPE ELÜLSŐ VÁLLINSTABILITÁS ESETÉN**
Torkos Miklós Bulcsú¹ - Magda I.⁴ - Edwards B.² - Walch G.³ - Szabó I.¹ - Repa I.⁴
¹ Kaposi Mór Oktató Kórház, Aktív Mozgásszervi Sebészeti Osztály, Ortopédiai Egység, Kaposvár
² Fondren Orthopedic Group, Houston, Texas, USA
³ Centre Orthopedic Santy, Lyon, Franciaország
⁴ Kaposvári Egyetem Egészségügyi Centrum, Kaposvár
A-0114, 6 + 2 perc
- 10. TÖRÉSES CSÍPÓFICAM PRIMER RECONSTRUCTIONJÁNAK KORAI DESTRUCTIOJA, MEGOLDÁSA CSÍPÓIZÜLETI TEP BEÜLTETÉSEL KÉT LÉPÉSBEN**
Balogh Péter - Gunther T. - Tömböl F.
Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Traumatológiai, Ortopédiai, Kézsebészeti Centrum, Győr
A-0106, 6 + 2 perc
- 11. SZEMÉREMCSONT TÖRÉS, BANÁLIS SÉRÜLÉS?**
Szita János - Bodzay T. - Hardy G.
Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest
A-0137, 6 + 2 perc
- 12. ACETABULUM TÖRÖTT BETEG KÉNYSZERŰ KONZERVATÍV ELLÁTÁSA ÉS A FIZIOTERÁPIA EREDMÉNYE**
Baranyai Ágnes - Szita J. - Kricsfalusy M. - Szita J.
Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest
A-0142, 6 + 2 perc
- 13. TRAUMATOLÓGUS-SEGÍTŐ HIPERBÁR OXIGÉNTERÁPIA**
Góbl Anna¹ - Hazay B.² - Thomka Gy.³ - Ágoston V.¹
¹ Hiperbár Centrum, Budapest
² 1. sz. Üzemegészségügyi Kft., Budapest
³ Óbuda-Békásmegyér Egészségügyi Szolgáltató Kht., Budapest
A-0070, 6 + 2 perc

12.15 - 12.45 **KONGRESSZUS ZÁRÁSA, DÍJKIOSZTÓ**

AGORA TEREM

ABSZTRAKTOK

A Magyar Traumatológus Társaság 2009. évi Kongresszusa és Fiatalok Fóruma

2009. május 7-9. | Tapolca, Hunguest Hotel Pelion

FIATALOK FÓRUMA – 1.

2009. május 7. » 11.00 - 12.45

A-0008

A PROXIMALIS TIBIOFIBULARIS SYNDESMOSIS GANGLIONJA, ILL. ENNEK RUPTURÁJA ÁLTAL OKOZOTT ALSÓ VÉGTAJI COMPARTEMENT-SYNDROMA RITKA ESETE

Jámbor Gergely - Tóth T. - Almási J.

Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Baleseti Sebészeti Osztály, Győr

A compartment-syndroma a zárt terekben lévő szöveti nyomás emelkedésével járó tünet együttes, mely súlyos szövődményekkel, szövetelhalással járhat együtt. Okai között ritkán előforduló kórképek is szerepelnek. A proximális tibiofibularis syndesmosis betegségei között az ízület cystája egy ritka, de típusos panaszokat okozó, könnyen diagnosztizálható elváltozás. Első esetünkben egy nagyméretű, peronealis érintettséget is okozó gangliont és annak műtéti megoldását mutatjuk be. Ugyanezen kórkép súlyos szövődménye lehet a második esetünkben bemutatott, ganglionruptura által okozott alsó végtagi compartment-syndroma. A fenti esetek elemzése rávilágít e kórkép mögött rejlő súlyos szövődmények lehetőségére, illetve segítségét nyújthat a műtéti indikáció felállításában.

A-0015

MIRE JÓ A SZAKVIZSGA - AVAGY EGY FRISSEN SZAKVIZSGÁZOTT TRAUMATOLÓGUS TAPASZTALATAI AFGANISZTÁNBAN

Csábi András - Zsíros L. - Várhelyi L.

HM Állami Egészségügyi Központ, Általános Traumatológiai Osztály, Budapest

A Magyar Honvédség állományába tartozó katonaoorvosok - így a traumatológusok is - rendszeresen teljesítenek szolgálatot külföldön, az általános orvosi feladatoktól a csapat orvosi / üzemorvosi feladatokon át egészen a speciális kórházi szakorvosi feladatokig széles spektrumú tevékenységet ellátva. Traumatológusként vajon a szakvizsgáig eljutva elegendő tapasztalattal, gyakorlattal, elméleti tudással rendelkezünk-e a teljesen önálló szakorvosi ténykedésre? Mire elég a szakképzés 6-7 éve? Ezekre a kérdésekre próbál válaszolni egy 6 hónapot Afganisztánban szolgált fiatal magyar traumatológus.

Egy német tábori kórház baleseti sebészeként olyan eseteket kellett megoldanom, olyan műtét típusokat alkalmaznom, melyeket itthon még nem próbáltam. Az eltöltött 6 hónap azt mutatta, hogy bár divatos manapság csak a képzési hiányosságokat, hibákat hangsúlyozni, azért oktatásunk megállja a helyét nem hetköznap körülmények között is.

A-0036

A REEF PROTÉZIS HELYE, ÉS HASZNÁLATÁVAL SZERZETT TAPASZTALATAINK OSZTÁLYUNK REVÍZIÓS ARTHROPLASZTIKÁIBAN.

Tóth Attila - Tamás G. - Hetzman L. - Gáspár Sz. - Zsíros L.

HM Állami Egészségügyi Központ, Traumatológia-Ortopédia-Kézsebészeti Osztály, Budapest

CÉLKITŰZÉS: Az utóbbi évtizedekben az endoprotetika térhódítása mellett egyre inkább a figyelem középpontjába kerülnek a revíziók lehetőségei.

MÓDSZER: Osztályunkon hozzávetőleg két éve lehetőségünk nyílik a Depuy által forgalmazott, cement nélküli, anatómiai kialakítású, hosszú szárú, disztálisan reteszelt REEF revíziós szárok alkalmazására. Összesen 11 esetben használtuk, többnyire aszeptikus lazulás következtében végzett csípő protézis revíziójakor. Vizsgálatunkor a műtéti időt, a műtéti vérvesztést, valamint az elért funkcionális eredményt értékeltük, az utóbbit a Harris hip score, valamint a WOMAC kérdőív segítségével. Eredményeinket a nemzetközi irodalom tükrében elemeztük.

EREDMÉNYEK: A REEF revíziós szárok alkalmazása mellett a műtéti időt és a vérvesztést nem találtuk kiugróan magasnak a primer csípő endoprotézisek beültetéséhez mérten. A posztoperatív funkcionális eredmények, a várakozásnak megfelelően, a primer eredményekhez képest mérsékelten gyengébbnek bizonyultak. Szövődményt nem észleltünk.

KÖVETKEZTETÉS: Megfigyeléseinket összegezve elmondhatjuk, hogy a csípő endoprotézisek szár revíziójánál a Depuy, cement nélküli REEF szár választása eredményes megoldást jelenthet. Kiképzésének köszönhetően nagyobb csonthiányok,

bizonyos periprotetikus törések esetében is jól alkalmazható, adott esetben további kiegészítésekkel augmentálható. Feltételezhetően a későbbiekben, ismételt revízió szükségessége esetén, a hidroxipatit borításnak és a cement nélküli rögzülésnek köszönhető kisebb méretű csontvesztés miatt jobb megoldási lehetőségeket rejt magában.

A-0037

SZINTETIKUS CSONTPÓTLÁS UTÁN KIALAKULT SZEPTIKUS SZÖVŐDMÉNYEK KEZELÉSE GYERMEKKORBAN

Varga Marcell - Hethéssy J. - Kassai T. - Kóvári T.

Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Gyermektraumatológiai Osztály, Budapest

BEVEZETÉS: A gyermekkori patológiás törést okozó, vagy azzal fenyegető jóindulatú csontcysták, tumorszerű csontelváltozások kezelése nehéz feladat. A különböző szintetikus csontpótlók alkalmazása ígéretes lehetőségnek tűnik ezen elváltozások kezelésében. A kedvező tapasztalatok ellenére a mesterséges csontpótlás is magában rejt számos szövődmény - így az infekció lehetőségét is. Osztályunkon 2003 és 2008 között 34 esetben, háromféle anyaggal végeztünk mesterséges csontpótlást, két alkalommal észleltünk szövődményt a beavatkozások után. Ezen esetekben a szeptikus szövődmény miatt a mesterséges anyag teljes eltávolítására kényszerültünk.

ANYAG ÉS MÓDSZER: Első esetünkben 9 éves kislány juvenilis cysta talaján kialakult patológiás proximalis femurtörése miatt történt DCD-szintézis. A fémanyag egy évvel későbbi eltávolítását követően refractura alakult, a cysta üregének perzisztálását illetve progresszióját észleltük, emiatt titán elastikus velőürszegezést valamint szintetikus csontpótlást végeztünk. A csontpótlás után kialakult lágyrészt, illetve a feltöltött üreg infekciója miatt a titán szegek meghagyása mellett feltárássra, a behelyezett csontpótló teljes eltávolítására illetve a cysta üregének kikaparására kényszerültünk. 6 évvel a beavatkozást követően kitűnő csontosodás alakult ki, a beteg panaszmentes, aktívan sportol, a titán szegeket a későbbiekben sem kívánjuk eltávolítani. Második esetünkben 10 éves kislány distalis, nagy kiterjedésű csontcysta talaján létrejött femurtörését kezeltük titán velőürszekkel illetve mesterséges csontpótlóval. Korai posztoperatív infekció miatt a korábban behelyezett anyag eltávolítására, az előzőhöz hasonló alapos debridementre, valamint szívó-öblítő kezelésre kényszerültünk - a titán velőürszek meghagyása mellett.

ÖSSZEFOGLALÁS: Bár a szintetikus csontpótlást számos hasonló esetben sikeresen alkalmaztuk, és jó módszernek tartjuk fenti elváltozások kezelésében, előadásunkban szeretnénk felhívni a figyelmet ezen eljárás ritka szövődményeire és a szükséges módszerváltás jelentette problémákra. A csontpótlás fertőzésének progressziója és csontra terjedése csak a behelyezett anyag korai eltávolításával és az érintett terület alapos debridementjével akadályozható meg. Tapasztalataink alapján a titán velőürszek még a kialakult fertőzés mellett is megtarthatóak, és megfelelő stabilitást biztosítanak, egy a juvenilis cysta falának egyidejű eltávolításával van esély a fokozatos csontosodás elérésére még kiterjedt defektusok esetén is.

A-0045

TRAUMÁS AORTA RUPTURA KEZELÉSE ENDOLUMINALIS STENT ACUT BEÜLTETÉSÉVEL

Mészáros Zoltán - Lohner B.

Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

HÁTTÉR: A mellkasi aorta sérülése tompa hasi trauma kapcsán nagyon nagy mortalitással járó kórkép, a sérültek 80-90%-a a kórházba érkezés előtt meghal. Korábban egyetlen megoldásként az acut thoracotomia jött szóba, mely különösen a súlyos kiséő sérülésekkel rendelkező politraumatizált sérültek esetében magas, 15-30%-os perioperatív mortalitással jár, s a szövődmények is gyakran fordulnak elő (40%): veseelégtelenség, ARDS, paraplegia (10-22%). Jelenleg alternatívaként endoluminalis stent beültetése is felmerül, különösen azokban az esetekben, amikor a sérült általános állapota a nyitott műtétet nem teszi lehetővé. Ezzel a módszerrel irodalmi adatok alapján a mortalitás 10% alá csökkent, s a paraplegia előfordulása is max. 3-4% körüli. Még azokban az intézetekben is kedvezőbb mortalitásról számolnak be a thoracotomiához képest, ahol a nyitott műtét végzéséhez lehetőség van szívmotor használatára, és a stent beültetést a súlyosabb kiséő sérülések esetén alkalmazták.

MÓDSZER, ESETISMERTETÉS: Az 51 éves nőbeteg személygépkocsi utasaként sérült, mentővel érkezett osztályunkra, shockos állapotban. RTG-felvételen baloldalon VII-VIII dislocált bordatörés, jobb oldalon haemothorax ábrázolódott, mellkasi csővezést végeztünk. Első 2 órában 2500 ml vér ürült mellkasából. A CT felvétel a descendáló aorta mellkasi szakaszán, a b. a. subclavia eredése alatt kb. 4 cm-rel traumás eredetű rupturát ábrázolt. Intenzív osztályra helyeztük, érsebész

A Magyar Traumatológus Társaság 2009. évi Kongresszusa és Fialok Fóruma

2009. május 7-9. | Tapolca, Hunguest Hotel Pelion

konziliáriust hívtunk. Javaslataira állapotának stabilizálódása után kontrolált hypotensiót alkalmaztunk béta-blokkolóval és nitráttal. Másnap áthelyeztük az Érsebészeti Klinikára, ahol stent beültetést végeztek.

MEGBESZÉLÉS: Esetünk kapcsán felhívjuk a figyelmet az alkalmazott módszer lehetőségére. Áttekintjük az acut traumás aorta ruptura kezelésében jelenleg alkalmazható akut műtéti és invazív radiológiai eljárások eredményeit.

A-0048

HIÁNYTÖRÉSEK SEBÉSZI ELLÁTÁSA A SZENT JÁNOS KÓRHÁZBAN

Lestyán János - Katona J.

Szent János Kórház, Budapest

A motorizáció fejlődése következtében extrém behatások eredményeképpen emelkedő tendenciát mutat a súlyos arckoponya sérülések száma. Komplex, nehezen tipizálható sérülések megjelenésével kell számolnunk. Darabos és hiánytörések ellátására is kényszerültünk, amelyek során sok problémával szembesültünk. Két eset bemutatásával számolunk be az ellátás során szerzett tapasztalatainkról.

A-0052

A KAR SZÁR ALKALMAZÁSÁNAK KORAI TAPASZTALATAI OSZTÁLYUNK REVÍZIÓS ARTHROPLASZTIKÁIBAN

Tamás Gergely

HM Állami Egészségügyi Központ, Baleseti Sebészeti Osztály, Budapest

CÉLKITŰZÉS: A csípőízületi protetikában egyre szélesebb körben alkalmazott cementmentes technika a revíziók terén is egyre több lehetőséget teremt. Ezek egyik képviselője a metaphysealis gallérral és hosszú, a diaphysis görbületéhez alkalmazkodó rugalmas, hornyolt végű szárral rendelkező cementmentes KAR revíziós szár (Depuy, Johnson & Johnson), amelynek fő indikációja a femur metaphysealis csontszerkezetének elégtelen volta, illetve a metaphyseal-diaphysealis átmenet corticalis ablak, törés, valamint corticalis atrophia miatti gyengesége. Osztályunkon, 2008 nyarán kezdtük meg a KAR revíziós szárok alkalmazását, az előadás célja kezdeti tapasztalataink bemutatása.

MÓDSZER: Az osztályunkon 2008. június és 2009. február között 6, KAR revíziós szárral operált beteg esetei közül egy-egy bemutatása, a 6 hetes és a 3, illetve 6 hónapos kontrollvizsgálatok alapján a rövid és a középtávú klinikai és radiológiai eredmények ismertetése.

EREDMÉNYEK: Korai tapasztalataink alapján kedvező eredményekről számolhatunk be, szövődményt, illetve lazulást mindeddig nem észleltünk.

KÖVETKEZTETÉS: Eddigi eredményeink szerint a cementmentes KAR revíziós csípőprotézis szár kiváló szerepet tölt be a gyengült, de meglévő, illetve corticospongiosus grafftal könnyen kiképezhető metaphysealis csontszerkezeti struktúrával bíró csípőprotézis revíziót igénylő betegek kezelésében.

A-0057

SÚLYOS ÉGÉSI SÉRÜLÉS EGY ÉRDEKES ESETE

Till József

PTE KK, Mozgásszervi Sebészeti Intézet Traumatológiai és Kézsebészeti Klinikai Tanszék, Pécs

CÉLKITŰZÉS: Klinikánkon az égett betegek ellátását külön Égésplasztikai Osztály végzi. A balesetek gyakran égéssel is kombinálódnak. Előfordulnak olyan esetek, mikor az égéssebész és a traumatológus együttes munkája szükséges. Előadásunkban egy súlyosan égett sérült ellátásán keresztül kívánjuk bemutatni a végtagégettek ellátását.

MÓDSZER: L. Sz. 58 éves férfibeteg otthonában, ittas állapotban a füstölőbe esett. Minkét alsó végtagja megégett, a bal oldali szinte egész hosszában. Az ellátás során a végtagot amputálni kényszerültünk. Az égésosztályon 118 végtagégett beteg került ellátásra 2008-ban. Ebből 76 férfi, 42 nő. 11 esetben volt 20%-nál nagyobb testfelületre terjedő égés, az égés 8 esetben vezetett az égett halálához. 9 alkalommal szövődött töréssel, vagy egyéb sérüléssel.

EREDMÉNYEK: Az elsőfokú égettek 100%-a nyommentesen gyógyult, a másodfokúak 98%-ban nyommentesen, 2%-ban heggel. A harmadfokban égetteknél a defektus fedése bőrplasztikával vagy lebennyel történt, de kb. 20%-ban heg alakult ki. L. Sz. esetében a jobb oldalon nekrektomia után félvastag bőrplasztikát végeztünk, a baloldalon femoralis amputációt követően életképes csonkot kaptunk, mely primeren jól gyógyult.

KÖVETKEZTETÉS: A súlyos végtagégek következtében a szövetek oly mértékű károsodása alakulhat ki, hogy a végtagot megtartani nem lehet. A toxikus károsodások elkerülése érdekében mérlegelni kell a korai amputációt.

A-0060

DISTALIS BICEPS BRACHII - ÍN SÉRÜLÉSEK MŰTÉTI ELLÁTÁSA

Soós István - Marosán P. - Csotye J.

BMKT Pándy Kálmán Kórház, Baleseti Sebészeti Osztály, Gyula

CÉLKITŰZÉS: Kilenc év alatt osztályunkon műtétilag ellátott distalis biceps brachii sérülések ellátása során gyűjtött tapasztalataink bemutatása.

ANYAG ÉS MÓDSZER: Kórházunkban 2000 és 2008 között 8 darab fent jelzett teljes ínsérülést észleltünk és láttunk el műtétilag. Ezen sérülések túlnyomó részét Boyd-Anderson módszerrel, egy esetben rögzítő horgonyokat alkalmazva és szintén egy esetben intranszplantációval (flexor carpi radialis in) láttuk el.

EREDMÉNYEK: A sérültek után követése során vizsgáltuk a könyökmozgást, terhelhetőséget, radiológiai eltéréseket és a sérülést megelőző életmódhoz való visszatérést.

KÖVETKEZTETÉS: E ritka sérülés műtéti eredményei az alacsony esetszám ellenére jelzik, hogy ezen aktív életkorban lévő sérültek ellátása eredményes a lehetséges szövődmények kockázata ellenére is.

A-0068

A LÉGIMENTÉS SAJÁTÓSÁGAI A SÚLYOS SÉRÜLT ELLÁTÁSBAN, AVAGY MIÉRT REPÜLÜNK...

Hetzman T. László

HM Állami Egészségügyi Központ, Baleseti Sebészeti Osztály, Budapest

OMSZ Légimentő Kht., Budapest

CÉLKITŰZÉS: Jelen előadás betekintést szeretne adni a légimentés munkájába, ill. hangsúlyozni szeretnénk a légimentés szerepét a súlyos sérültek ellátásában.

MÓDSZER: A nemzetközi irodalom áttekintésével, ill. saját hazai példákkal szeretnénk a légimentés súlyos sérültek ellátásában betöltött szerepét bemutatni.

EREDMÉNYEK: A nemzetközi irodalom, a mindennapi tapasztalat és a kórházak visszajelzései is mutatják, hogy mennyit profitálhat egy súlyos sérült egy jól képzett, gyorsan a helyszínre juttatható team munkájából, ill. a helyszínről történő rapid evakuáció kapcsán.

KÖVETKEZTETÉS: A légimentésnek tehát komoly létjogosultsága van a súlyos sérültek prehospitalis ellátásában és rapid kórházba juttatásában.

A-0090

DABIGATRÁN KEZELÉssel KAPCSOLATOS KORAI TAPASZTALATAINK

Ambrus Szilárd Pál

HM Állami Egészségügyi Központ, Általános Traumatológiai Osztály, Budapest

CÉLKITŰZÉS: Osztályunkon 2009. január óta elérhető a dabigatrán-etoxilát (Pradaxa) kezelés. A szerrel kapcsolatos gyakorlati tapasztalatok hiányában elsősorban súlyos krónikus alapbetegségben nem szenvedő betegeken alkalmaztuk a per os thromboprophylaxis ezen formáját. A kezdeti eredmények alapján tervezzük a szer szélesebb körben való alkalmazását.

A Magyar Traumatológus Társaság 2009. évi Kongresszusa és Fialatok Fóruma

2009. május 7-9. | Tapolca, Hunguest Hotel Pelion

MÓDSZER: A gyógyszerleirat alapján az absztrakt megírásáig 14 olyan felnőtt, 75 év alatti, 50-100kg közötti testtömegű, nem vese-, és májkárosult pácienseknél alkalmaztuk a dabigatrán napi 220mg dózisban, akik nem rendelkeztek olyan alapbetegséggel, ami tartós antikoagulálást indokolna. A dabigatrán kezelés miatt a perioperatív egyébként is elvégzett vizsgálatokon felül kiegészítő vizsgálatokat nem alkalmaztunk. A Pradaxával kezelt betegeket szoros observatioval, fizikális vizsgálattal, valamint labor (vérkép, máj-, vesefunkció) kontrollal követtük 10 napos hospitalizációjuk alatt, valamint fizikális vizsgálattal 6. hetes kontrolljuk alkalmával.

EREDMÉNY: A betegek többsége szívesen választotta a dabigatrán kezelést az LMWH-val szemben, töredékük utasította vissza az újdonsága, valamint kicsit nagyobb költsége miatt. A laboreredményekben eltérést nem találtunk, súlyos mellékhatást nem észleltünk, eddig 3 esetben váltottunk LMWH-ra feltételezett mellékhatás miatt, ebből egy esetben vált szükségessé orvosi beavatkozás, amit jelentettünk is (2 esetben bizonytalan epigastriális panaszok, valamint hányás, hasmenés lépett fel, egy esetben igazolt GI vérzés, mely miatt gastroscopos ellátás történt). Thromboembolias szövődményt nem tapasztaltunk. Osztrályunkat is érintő Calici-vírus fertőzések alatt dabigatrán kezelést nem indítottunk, a megkezdett terápiát csak néhány, hasmenés jelentkezése esetén váltottuk LMWH-ra.

KÖVETKEZTETÉS: A betegeknek jó a compliance-e a dabigatrán kezeléssel kapcsolatban. Súlyos mellékhatást, thromboembolias szövődményt nem észleltünk, így a továbbiakban is alkalmazni fogjuk válogatott beteganyagon teljes felszínptóló csípő- és térdműtétek esetében a thromboprophylaxis eme új formáját. Ugyanakkor per os alkalmazhatósága - sok előnye mellett - Calici-vírus járvány ideje alatt hátrányként jelentkezik.

A-0047

EGÉSZSÉGÜGYI KÉPESLAPOK II.

Katona József

Szent János Kórház, Budapest

A képeslapok műtárgyakká váltak. Egyre ritkábbak azokra bukkanni, amelyeken egészségügyi motívum van. 90 éve fejeződött be az I. Világháború, amelyben a magyar hadsereg az Osztrák-Magyar Monarchia hadseregében harcolt. A rövidnek látszó és annak prognosztizált háború elhúzódott és borzalmas mértékű áldozatot követelt. A bevonulást követően a kezdeti harcokat követően állóháború alakult ki. Mindenütt fő szerephez jutott a segélyezés, mentés, szállítás, ellátás, melyeket képeslapokon is megörökítettek. Szemegessünk belőlük.

A-0095

MEGOLDÁST JELENT-E A PFN ANTIROTÁCIÓS, RETESZELHETŐ SPIRÁLPENGE A TROCHANTER-SZEGEZÉSEK VALAMENNYI BIOMECHANIKAI PROBLÉMÁJÁRA? (448 PFN-A SZEGEZÉS BIOMECHANIKAI SZÖVŐDMÉNYEINEK ELEMZÉSE)ifj. Noviczki Miklós¹ - Sztányi I.²¹ Jósza András Oktató Kórház, Ortopédiai Osztály, Nyíregyháza² Jósza András Oktató Kórház, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Nyíregyháza

CÉLKITŰZÉS: Az osztályunkon az utóbbi 4 évben fokozatosan dominánssá vált PFN-A szegezések biomechanikai szövődményeinek összehasonlítása egyéb trochanter-szegezések helyi szövődményeivel.

MÓDSZER: Az utóbbi 4 évben 448 esetben végeztünk PFN-A szegezést. Töréstípusok szerint a megoszlás: laterális combnyaktörés 14, pertrochanter törés 312, subtrochanter törés 110, diaphysis-törés 12. Összehasonlítjuk a lokális, biomechanikai szövődmények előfordulását saját egyéb trochanter-szegezéseinkével, valamint a rendelkezésünkre álló irodalmi adatokkal.

EREDMÉNYEK: A PFN-A spirálpengés trochanter-szegezéseket elsősorban az instabil per- és subtrochanterikus törések rögzítésére használtuk, ez a betegcsoport az egyéb trochanter-táji szintézisekhez (DHS, 1 vagy 2 csavaros trochanter-szegek) képest fokozott biomechanikai rizikójúnak bizonyult. Proximális szegkivágás 1 esetben, combfej-nekrózis miatti fejperforáció ugyancsak 1 esetben fordult elő. A penge kivágását újraszegezéssel, a spirálpenge kaudálisabb pozícióban való beverésével és spongióza kitöltéssel korrigáltuk, újabb kivágás nem történt. A tanulási időszak alatt intraoperatív technikai problémák jelentkeztek, 1 alkalommal a spirálpenge beverője a penge reteszelve után nem oldott le, 3 esetben a beverési hely széles töréses romzónája miatt varus helyzetben történt a szegezés. 1 alkalommal fordult elő intraoperatív csonttörés a diafizisen, amit a rövid szeg hosszúra cserélésével oldottunk meg. Feltűnő volt, hogy a fenti technikai hibák esetén is (amikor egyéb esetben a szintézis szétesésére számítottunk volna) a combfejben rögzülő spirálpenge a törésgyógyulás teljes időtartama alatt megtartotta pozícióját. Több esetben észleltük, hogy a posztoperatív diszlokáció (széles trochanter-táji törési rés) a dinamikus rögzülés és „sliding effektus” eredményeként a disztális törvög medializálódásával spontán korrigálódott.

KÖVETKEZTETÉS: Az antirotációs spirálpengével szerzett tapasztalataink meggyőzőek, a PFN-A szintézisek biomechanikai szövődményei elenyészőek. A címben feltett kérdésre (korrekt műtéti kivitelezés mellett) a válaszuk: igen.

A-0121

KEDVEZŐTLEN HELYZETBEN GYÓGYULT PROXIMÁLIS FEMUR DIAPHYSIS TÖRÉS UTÁN ELSZENVEDETT SUBTROCHANTER TÖRÉS KEZELÉSE OSTEOTOMIÁVAL KIEGÉSZÍTETT GAMMA-SZEGEZÉSEL

Jánvári Kristóf - Molnár F.

Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház - Rendelőintézet, Baleseti Sebészeti Osztály, Szolnok

Előadásunkban egy 84 éves férfi beteg esetét mutatjuk be. A beteg 1948-ban szenvedett bal oldali proximális femur diaphysis törést, melyet extenzióval kezeltek. A kezelést követően a törésben varus állás és csaknem teljes csontszélességnyi ad laterus dislocatio maradt vissza. Jelen sérülése elesést követően keletkezett, a korábbi töréstől proximálisan subtrochanter törést szenvedett el.

A preoperatív tervezés során, a törés természetét figyelembe véve, annak stabilizálására a gamma-szegezést tartottuk ideális választásnak.

Mivel a gamma-szeg bevezetése csak megfelelő tengelykorrekció után volt lehetséges, a műtét során laterális ék osteotomiával korrigáltuk a korábbi törésből visszamaradt tengelyeltérést.

Két héttel a műtét után a beteg járókeret segítségével járóképes volt.

A Magyar Traumatológus Társaság 2009. évi Kongresszusa és Fialatok Fóruma

2009. május 7-9. | Tapolca, Hunguest Hotel Pelion

A-0141

STABILITÁSFOKOZÁS DINAMIKUS COLLO-DIAPHYSEALIS (DCD) LEMEZZEL „INSTABIL” COMBNYAKTÖRÉSEK ESETÉN

Hargitai Gergely - Bujtár P.

HM Állami Egészségügyi Központ, Általános Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Budapest
SE Arc-Állcsont- Szájsebészeti és Fogászati Klinika, Budapest

CÉLKITŰZÉS: Napjaink előregedő társadalmának egyre gyakoribbá váló traumatológiai sérülése a combnyaktörés. E törések bizonyos típusainak műtéti kezelésében nyújthat segítséget a DCD lemez, mely implantátum műtéti alkalmazásához szükséges az indikációs terület, műtéti eljárás, illetve az implantátum tulajdonságainak pontos ismerete. Modern számítógépes biomechanikai stabilitás-vizsgálatok során nyerhetünk mind több információt a fenti ismeretek pontosítása, elmélyítése érdekében.

MÓDSZER: véges elem módszer (számítógépes analízis) segítségével a kettős kunulált csavározás összehasonlítása a DCD lemezzel megerősített rendszerrel.

EREDMÉNYEK: az analízis adatai alapján a DCD lemez alkalmazása az osteosynthesis stabilitását szignifikánsan növeli egyes töréstípusokban.

KÖVETKEZTETÉS: a DCD lemez valós alternatívát ad a combnyaktörések bizonyos eseteinek műtéti kezelésében.

A-0124

PERIPROTETIKUS TÖRÉSEK, CSONTHIÁNYOS ÁLLAPOTOK

Bózsik Attila - Zsíros L.

HM Állami Egészségügyi Központ, Budapest

Az elmúlt 2 évben osztályunkon 34 esetben csípő-, 9 esetben térprotézis környezetében kialakult törés, állízület kapcsán végeztünk műtéti beavatkozást. 15 esetben primer csípőprotézis beültetés közben kialakult szártörést, 13 esetben revízió közben szártörést illetve csonthiányos állapotot, 1 esetben vápatörést, 5 esetben a femoralis komponens stabilitását is érintő femurtörést tapasztaltunk. Térprotézis esetén 6 esetben periprotetikus törés, 3 esetben állízület kialakulását észleltük. Előadásunk célja, hogy osztályunkon kialakult kezelési elveket bemutassuk, különösen kiemelve a csontpótlás fontosságát.

A-0091

ESSEX-LOPRESTI SÉRÜLÉS ELLÁTÁSA (ESETISMERTETÉS)

Barkaszi Árpád - Bogdán A.

Kenézy Kórház Rendelőintézet Kft., Debrecen
DE OEC, ÁOK, Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék, Debrecen

CÉLKITŰZÉS: Az előadás célja egy igen ritkán előforduló, súlyos sérülés bemutatása és osztályunkon alkalmazott kezelés ismertetése. A szerzők a sérüléssel kapcsolatos irodalmi adatok áttekintésén túl ismertetik a sérülés mechanizmusát, és egy eset kapcsán annak ellátását és klinikai eredményét.

MEGBESZÉLÉS: Az Essex-Lopresti sérülés leggyakrabban nyújtott könyök melletti tenyérre eséskor fordul elő. A radius proximalis irányba tolódik, a distalis és proximalis radioulnaris ízület szalagrendszere, valamint a membrana interossea elszakad. A radiusfej a nyakkal együtt vagy ficamosan törik vagy darabokra robban. Társulhat az alkarcsontok diaphysisének törésével, a carpus ficamos töréseivel valamint súlyos lágyrész-sérülésekkel.

2008 novemberében felvételre kerülő 70 éves nőbetegünk lépcsőn elesve szenvedte el sérülését. Felvételekor a dist. radioulnaris dissociatióját, a radiusfej darabos törését, az ulna proximalis végének törését, valamint az radius distalis harmadának törését diagnosztizáltuk. Primer repositiót követően a végtagot felkar gipszsinben rögzítettük, majd előkészítés után másnap végeztünk műtétet. Ennek során a proximalis ulnavég törését intrafragmentalis KFI csavaros os-t követően 7 lyukú KFI DC lemezzel stabilizáltuk majd a radius distalis végének törését ugyancsak KFI DC 6 lyukú lemezzel rögzítettük. Tekintettel arra hogy a distalis ulnavég luxatiós tendenciát mutatott, a distalis radioulnaris ízületet reponált helyzetben

tűződróttal áttűztük. A radiusfej darabos törését rekonstrukcióra alkalmatlannak találtuk, ezért annak eltávolítása mellett döntöttünk. A végtagot felvágott felkar gipszkötésben rögzítettük. 4 hét múlva gipszlevétel követően megkezdttük a beteg gyógytornáztatását.

EREDMÉNY: Fél évvel a sérülés után a beteg végtagját fájdalommentesen használja, önellátó, házimunkáját elvégzi. A funkcionális eredményt jónak ítéljük meg.

A-0098

BOKAÍZÜLETI MENISCOID LAESIO - ARTROSKÓPOS ELLÁTÁS (ESETISMERTETÉS)

Szabó Gábor

Jósa András Oktató Kórház, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Nyíregyháza

CÉLKITŰZÉS: A szerző előadásában egy sportsérülés kapcsán kialakult krónikus, konzervatív kezelésre nem javuló, bokaízületi panaszokkal jelentkező fiatal nőbeteg esetét mutatja be.

ESETISMERTETÉS: Fizikális vizsgálattal dorzolaterális impingement tünetei voltak észlelhetők, az MRI vizsgálat a dorzolaterális ízületi szögletben meniscoid laesiót igazolt. A szerzőnek a Jósa András Oktató Kórház kisízületi artroszkópos készletével a DE OEC Ortopédiai Klinikáján volt lehetősége a műtét elvégzésére, melyhez saját tervezésű ízületi disztraktort készítettek. A műtét során a meniscoid képletet eltávolították. Zavartalan posztoperatív szak és rehabilitáció után a sérült újra sportol.

EREDMÉNYEK: Műtét után 4 hónappal a VAS-FA Score alapján panaszai 62,55-ről 93,6-re mérséklődtek, az ellátással a sérült elégedett.

KÖVETKEZTETÉS: A szerző véleménye szerint minden nagyobb trauma/ortopéd centrum „repertoárjában” szerepelnie kell a bokaízületi artroszkópiának, ami megfelelő műszerezettséget és lábsebészeti jártassággal rendelkező specialista feltételez.

A-0099

EMINENTIA INTERCONDYLEA TÖRÉSEK ARTROSKÓPOS ELLÁTÁSÁVAL SZERZETT TAPASZTALATAINK

Szabó Gábor - Baráth J.

Jósa András Oktató Kórház, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Nyíregyháza

CÉLKITŰZÉS: Az elmúlt 3 évben a szerzők osztályukon tibia eminentia intercondylea törés miatt 8 sérültet operáltak, melynek eredményeit kívánják bemutatni előadásukban.

EREDMÉNYEK: A betegek átlagéletkora 28 (11-49) év volt. A műtéteket kivétel nélkül artroszkóposan sikerült elvégezni, artrotómiára nem volt szükség. A kitért fragmentumot 4 vagy 6,5 mm-es spongióza csavarokkal rögzítették. Posztoperatív sebszövődményt, törésgyógyulási zavart nem észleltek. 4 esetben végeztek fémkivételt, mely 2 esetben sikertelen volt (a csont a csavar fejét benötte). 5 sérültet sikerült felülvizsgálniuk, akik a Lysholm Score alapján 94 pontos átlagértéket értek el, 4 esetben kiváló, egy esetben jó eredménnyel (itt korábbi gonartrózis társult a sérüléshez). 2 esetben maradt vissza a térdízületben extenziós deficit (3-5 fok), amiért minden alkalommal a nagy csavarfej tehető felelőssé. Instabilitást egy esetben sem észleltünk. A sérültek az ellátással elégedettek voltak.

KÖVETKEZTETÉS: Az eminentia intercondylea törések ellátása megfelelő rutinnal rendelkező operatőr és megfelelő instrumentárium esetén artroszkóppal nagy biztonsággal és jó eredménnyel elvégezhető. A rögzítéshez 4 mm-es kanulált spongióza vagy Herbert jellegű kompressziós csavar használandó az impingement elkerülése céljából. Titánium implantátum esetén panaszmentes esetben fémkivételre sincs szükség.

A Magyar Traumatológus Társaság 2009. évi Kongresszusa és Fialatok Fóruma

2009. május 7-9. | Tapolca, Hunguest Hotel Pelion

A-0103

AZ LCA-PÓTLÁS IDŐPONTJÁNAK MEGVÁLASZTÁSA AKUT ÉS KRÓNIKUS ESETBEN INTÉZETÜNKBEN

Pap Zoltán - Bazsó T.

Kenézy Kórház Rendelőintézet Kft., Debrecen

CÉLKITŰZÉS: Intézetünk gyakorlatában az elülső keresztszalag-pótlást az esetek egy részében akutan végezzük el. Krónikus sérülés esetén a szalagpótlást előkészítést követően, combizom-erősítés után kivitelezzük. Célunk e gyakorlatunk helyességének bizonyítása.

MÓDSZER: Intézetünkben 1998. és 2007. között 498 csont-in-csont (bone-tendon-bone, BTB) plasztikával végzett elülső keresztszalag-pótlás történt. A betegek 40%-ánál sürgősséggel, míg a többieknél krónikus LCA-szakadás miatt végeztünk BTB-pótlást. A műtét utáni aktív tornakezelést a drainkivétel után megkezdjük.

EREDMÉNYEK: A Kenézy Kórház Traumatológiai és Kézsebészeti Osztályán 498 BTB-plasztikával kezelt betegek műtéti eredménye 61,15%-a kiváló és jó volt, csupán 6,27% esetében mondhatjuk, hogy a választott módszer nem volt eredményes. Ez az irodalomban közölt statisztikákkal összehasonlítva is jónak mondható. (Az után vizsgálatokon megjelentek kezelési eredményeit Lysholm-beosztás szerint értékeltük).

KÖVETKEZTETÉS: Eredményeink azt mutatják, hogy az akut LCA sérülések sürgősséggel történő ellátása ugyanolyan jó eredményt ad, mint a krónikus esetekben az izomerősítés után végzett műtét. A felleltézésünk szerint a jó funkcionális eredmény záloga a szalagpótlás idején már meglévő erős, aktív stabilizátor apparátus.

A-0115

PILON TÖRÉSEK ELLÁTÁSA KLINIKÁNKON

Antal Hunor

PTE KK, Mozgásszervi Sebészeti Intézet Traumatológiai és Kézsebészeti Klinikai Tanszék, Pécs

CÉLKITŰZÉS: Előadásunk célja, hogy pilon törést elszenvedett betegek kezelési eredményeit értékeltük retrospektív elemzéssel.

MÓDSZER: Felmérésünk során 2004 és 2008 között sérült betegeket vizsgáltunk. A lágyrész viszonyok függvényében primeren lemezes osteosynthesis, vagy a lágyrészviszonyok javulásáig fixateur externt és (a lágyrészek rendeződése után) belső rögzítést, vagy nem javuló lágyrészek esetén végig fixateur extern kezelést végeztünk.

EREDMÉNYEK: Klinikánkon az elmúlt öt évben negyven beteget kezeltünk pilon tibiae töréssel, közülük huszonhét férfit, tizenhárom nőt, átlagéletkoruk 40 év volt. A sérülések mechanizmusa szerint a legtöbb betegünk közlekedési balesetben vagy magasból esés által sérült. A pilon törések kezelésének eredményeit Ovadia szerint elemeztük, mely során a mozgástartomány beszűkülését, a duzznat, megrövidülés, lólábállás meglétét, a fájdalom, munkavégzés és sporttevékenység megváltozását és szubjektív elégedettségét vizsgáltunk.

KÖVETKEZTETÉSEK: Összegezve, a pilon tibia törések kezelése ma is nagy kihívást jelent, melynek primer ellátását döntően az érintett terület lágyrészállapota határozza meg, így megfelelő kezelési tervvel jó funkcionális eredmény érhető el.

A-0117

TOMPA SZÍVSÉRÜLÉSEK JELENTŐSÉGE TRAUMÁS BETEGEKNÉL

Csáki Balázs - Szokoly M. - Dienes Zs. - Aradi P. - Köcse T.

Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

CÉLKITŰZÉS: Előadásunkban a tompa szívsérülések kialakulását és klinikumát vizsgáljuk a baleseti mechanizmus függvényében.

MÓDSZER: A PubMed adatbázisát használva áttekintettük a tompa szívsérülés (blunt cardiac injury, BCI), a commotio és a contusio cordis nemzetközi irodalmát. Ez alapján foglaljuk össze a kórkép etiológiáját, javasolunk aktuális diagnosztikai és terápiás protokollt. Az OBSI, majd Baleseti Központ adatállományában 2002-től gyűjtöttük a szivcontusio diagnózissal szereplő betegeket, és tapasztalatainkat az irodalmi adatokkal összevetettük.

EREDMÉNYEK: A tompa szívsérülés sajátos traumatológiai – belgyógyászati hátterű terület. Akut szövődményei a kamrai és supraventricularis arhythmiaiktól a fatális ritmuszavarig, a focalis myocardium necrosistól a billentyűkárosodáson, szívizomrupturán, haemopericardiumon át a kardiogén shockig, thromboemboliás szövődményekig és a coronaria laesio okozta acut coronaria syndromáig terjedhet, míg hosszútávon aneurysma képződés, szívelégtelenség és ventricularis arhythmiaik fordulhatnak elő. A rendkívül változatos klinikai kép, a megfelelő és elfogadott vizsgálati algoritmus hiánya, a használatban lévő, egymást részben fedő diagnózisok (commotio, contusio cordis) mind hozzájárulnak ahhoz, hogy tompa mellkasi traumát követően az irodalom szerinti 20%-al szemben lényegesen kisebb arányban kerül felismerésre a tompa szívsérülés. Előadásunkban részben irodalmi adatok, részben saját számítógépes modellek alapján jellemezzük a tompa szívsérülések mechanikáját és tünettanát. Diagnosztikai protokollt javasolunk a klinikai kép, EKG, troponin, ultrahang (FAST, TTE, TOE) és a haemodinamikai status alapján, kitérve az egyes módszerek korlátaira és a differenciál-diagnosztikai problémákra. Emellett az ICLS és ATLS ajánlásokkal összhangban áttekintjük a prehospitalis és kórházi terápiás lehetőségeket, és bemutatunk több tanulságos klinikai esetet a Baleseti Központ anyagából.

KÖVETKEZTETÉS: Az ismertetett diagnosztikai módszerek és vizsgálati protokoll alapján lehetőség nyílik a tompa mellkasi sérültek BCI szempontjából rizikó-orientált kategorizálására, és ennek megfelelő kezelésére, megfigyelésére, vagy a tompa szívsérülés diagnózisának elvetésére. Egyértelműbb diagnosztikai kritériumok alapján összehasonlíthatóvá és feldolgozhatóvá válnak a nagy betegforgalmú traumatológiai osztályok betegei, aktuális, magyarországi statisztikák és célzott terápiás ajánlások közzétételét lehetővé téve.

A-0122

TÍPUSOS HELYI RADIUS TÖRÉSEK KEZELÉSE MÓDOSÍTOTT KAPANDJI SZERINTI TŰZÉSSSEL.

Horváth Ádám - Patczai Balázs

PTE KK, Mozgásszervi Sebészeti Intézet Traumatológiai és Kézsebészeti Klinikai Tanszék, Pécs

CELKITŰZÉS: A típusos helyi radius törés az egyik leggyakoribb törésforma a traumatológiában. Az A3, B2 és C1-es típusú törések rögzítésére az egyik műtési megoldási lehetőség a Kapandji szerinti tűzés. Ennek során általában 3 db Kirschner drótot vezetünk a törési résen át az ellenoldali corticalisba, majd általában gipszsin kerül felhelyezésre. Az után követések során gyakran tapasztalható a drótok elvándorlása, és a törés dislocatiója. Ezen szövődmények csökkentése és a nagyobb stabilitás reményében módosítottuk a Kapandji tűzést.

ANYAG, MÓDSZER: Intézetünkben a fenti törés típusokba sorolható 12 betegnél kapandji szerint, a törési résen át vezetjük be a drótokat hosszan a velőürbe egészen a radius fejecsig, hogy ez utóbbin és a radius diaphysisén belülről megtámaszkodjanak a drótok és rugalmas stabilitást biztosítsanak. A postoperatív időszakban, ha a műtét során megfelelő stabilitás volt észlelhető gipszrögzítést nem alkalmaztunk.

EREDMÉNYEK: Az alacsony esetszám ellenére, megfelelő indikáció és beteg kooperáció mellett, e műtési megoldás a korábban alkalmazott Kapandji módszerrel szemben jobb eredményeket mutatott.

A-0129

ÁTHIDALÓ ÉS NEM ÁTHIDALÓ FIXATEUR HASZNÁLATÁVAL ELÉRT EREDMÉNYEINK DISZTÁLIS RÁDIUSZTÖRÉSEK KEZELÉSÉBEN

Gloviczki Balázs - K.ádas I. - Magyarai Z. - Melly A.

Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

Az Országos Baleseti és Sürgősségi Intézetben 199-1995 és 200-2005 között összesen 658 beteg 668 rádusztörést végrehajtva kezeltük fixateur externe-el és adaptációs oszteosztézissel. Áthidaló formát az AO A3-C2-C3 típusú töréseknél 461 betegnél abszolút indikációval B2-B3-C1 típusúknál 132 betegnél relatív indikációval és relatív indikációval 19 betegnél A1-A2-B1 töréstípussal. Nem áthidaló formát abszolút indikációval az A3-C1-C2 típusú törés esetén 42 betegnél, relatív indikációval A2-B1-B2-B3-C3 típusúnál 14 betegnél alkalmaztunk. Az eseteket 1991 és 1995 között retrospektíven 200-2005 között prospektíven dolgoztuk fel. Jó és megfelelő radiológiai eredményt találtunk az esetek mintegy 80%-ban illetve jó és megfelelő funkcionális eredményt az esetek 90%-ban.

A-0139

DISZTRAKCIÓS PATELLATÖRÉSEK KEZELÉSE KOMPRESSZIÓS, KANULÁLT HLS-CSAVAROS, HÚZÓHURKOS OSTEOSYNTHESISSEL – EGY RÉGI ELV ÚJ KÖNTÖSBEN

Varga Marcell - Gloviczki B. - Szita J. - Kádas I.

Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

CÉLKITŰZÉS: a disztraktációs patellatörések operatív megoldására régóta jól bevált módszer a tűződrótos-húzóhurkos osteosynthesis. A műtéttel azonnali, terheléstabil külső rögzítést nem igénylő eredményt lehet elérni. Bár az elvet a patellatörések egyik klasszikus alkalmazási területeként szokták emlegetni, ismertek az ezzel járó szövődmények is, melyek részben műtéttechnikai hibákból, részben a fémanyagok természetéből adódnak. Célunk, hogy a régi elv megtartása mellett a korszerű implantátumok alkalmazásával minimálisra csökkentjük, illetve kiküszöböljük a korábban alkalmazott technika sajátosságaiból adódó műteti szövődmények esélyét.

MÓDSZER: Intézetünkben 2007 óta alkalmazzuk az operatív kezelést igénylő disztraktációs patellatörések ellátására a kanulált HLS-csavarral kombinált húzóhurkos osteosynthesist. A csont szintjébe süllyesztett kanulált, kompressziós HLS-csavarokkal, valamint az ezeken hagyományos módon „U”-alakban átvezetett húzóhurokkal az azonnali terheléstabil csontegyesítés elérése mellett a hagyományos technika során fellépő tűződrótok által okozott irritáló hatást, a fémvándorlást esélyét, a húzóhurok esetleges leválását, illetve az inakra gyakorolt kedvezőtlen mechanikai hatások kiküszöbölését reméljük.

EREDMÉNYEK: 2007 vége óta 10 akut disztraktációs patellatörés esetében alkalmaztuk a fenti módszert. Egy esetben mint sikeres módszerváltást alkalmaztuk, korábban más technikával operált, szeptikus állízület kialakulása miatt. Fémeltávolítást egyik esetben sem végeztünk, szövődménymentes esetekben a jövőben sem tervezünk.

KÖVETKEZTETÉS: A kompressziós HLS-csavaros húzóhurkos osteosynthesist, mint jól bevált alapelvek megtartása mellett végzett technikai fejlesztést - igéretes módszernek tartjuk disztraktációs patellatörések kezelésére.

A-0123

JOBB OLDALI REKESZIZOM SÉRÜLÉSEK DIAGNOSZTIZÁLÁSI NEHÉZSÉGEI

Lázár István

PTE KK, Mozgásszervi Sebészeti Intézet Traumatológiai és Kézsebészeti Klinikai Tanszék, Pécs

CÉLKITŰZÉS: Felhívni a figyelmet a tompa hasi sérülések során kialakuló, ritka, nehezen diagnosztizálható, ezáltal könnyen elnézhető jobb oldali rekeszizom sérülésekre.

MÓDSZER: Előadásom alapját egy autóbalesetben sérült páciens diagnosztizálási nehézsége képezte. Ennek tükrében retrospektíve megvizsgáltuk klinikánk 5 éves beteganyagában jobb oldali rekeszizom sérülést szenvedett betegeink kórtörténetét, a sérüléshez vezető mechanizmust, társsérülések jelenlétét, a sérülés természetét, az alkalmazott diagnosztikai módszereket, a kórházi felvételt és diagnózis felállítása között eltelt időt és a mortalitási arányokat.

EREDMÉNYEK: A rekeszrupturával diagnosztizált betegeink minden esetben nagy energiájú mechanizmus következtében sérültek. Az irodalmi adatokkal összhangban klinikánk beteganyagában is túlnyomórészt a bal oldali rekeszfél volt érintett. A jóval kevesebb számban előfordult jobb oldali rekeszrupturák esetén, annak ellenére, hogy rendelkezésünkre állnak korszerű képalkotó módszerek, a diagnózis felállítása nehézkes volt, késett, ismételt vizsgálatokat követően volt lehetséges.

KÖVETKEZTETÉSEK: Nagy energiájú balesetet követően minden esetben gondolni kell a rekeszizom sérüléseire, ezek keretén belül a jobb oldali rekeszfél sérülésére is, mivelhogy ilyenkor a társsérülések elfedhetik a tüneteit, a máj anatómiai helyzete megakadályozhatja átmenetileg a hasi szervek ascendálását a mellkasba, másrészt a modern képalkotó vizsgálatok segítségével sem lehet teljes biztonsággal kizárni a rekeszszérülést.

A-0063

ANTIBIOTIKUM TARTALMÚ, SZINTETIKUS CSONTPÓTLÓ ANYAGOKKAL SZERZETT KEZDETI TAPASZTALATAINK

Bárdi Tibor - Zsíros L.

HM Állami Egészségügyi Központ, Általános Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Budapest

CÉLKITŰZÉS: A csontszövetet érintő fertőzések kezelése, szanálása régóta nagy kihívást jelent a mozgásszervi sebészetben, gyakran nem tudunk teljes gyógyulást elérni, a krónikus fertőzés időről-időre fellobban. Az infekció oszteolízissel jár, a csonti pótlása újabb probléma elé állítja a sebészt. Vizsgálatunk és munkánk során célunk az antibiotikum tartalmú, illetve egyéb szintetikus csontpótló anyagokkal a fertőzés eliminálása és a csontszövet pótlása, ezzel kapcsolatos tapasztalatok gyűjtése.

MÓDSZEREK: M.K. 62 éves férfi beteg femurjának disztális részét érintő, nagy csontiannal és fistulával járó osteomyelitis.

EREDMÉNYEK: A csonti pótlása sikeres, szekunder műtét során a csontpótló anyag a femur falát stabilan alkotja, a környező csontszövethez masszívan tapad. A fertőzés ismételt megjelenését nem észleljük.

KÖVETKEZTETÉS: A szintetikus csontpótló anyagok jobb alternatívát jelentenek a csontszövetet érintő fertőzések kezelésében a korábban ismert GMMÁ láncsal szemben, mert nem csak antibiotikus, hanem oszteokonduktív hatással is rendelkeznek

A-0021

MIÉRT FONTOS KÖVETNI A PROTOKOLLOKAT?

Nagy Szilvia - Kovács J. - Kincses Z.

BMKT Pándy Kálmán Kórház, Traumatológia, Gyula

BEVEZETÉS: Az orvostudomány minden területén kisebb és nagyobb betegségek ellátására is vannak protokollok. Ezek - bár időnként nyögősnek érezzük minen pontját - segítik az orvosokat a tévedések elkerülésében. Kifejezetten igaz ez a súlyos sérültek ellátásánál, akik az esetek egy részében el sem tudják mondani panaszukat.

MÓDSZER: 2 eset kapcsán szeretnénk megmutatni, hogy miért nagyon fontos a protokollok követése, és mennyire fokozottan érvényes ez polytraumatizált sérülteknél.

EREDMÉNYEK: Osztályunk egy megyei kórház Traumatológiája. Évente 18-20 polytraumatizált sérültet látunk el primeren, és további 3-4 sérült kerül elénk más kórházból történő átvétel révén. Elmondhatjuk, hogy polytraumatizált sérültek primer ellátásában és diagnosztikájában messzemenően követjük a protokollokat, ezért 2 olyan esetet szeretnénk bemutatni, ahol másodlagos ellátóként jöttünk rá addig fel nem ismert sérülésekre. Az első eset egy elnézett csigolyatorés, mely sikerrel zárult. A második eset egy olyan fiatalember esete, akinek történetéből mi is sokat tanultunk. Sajnálatos módon a késői beavatkozásnak köszönhetően csak átmeneti sikert tudtunk elérni.

KÖVETKEZTETÉS: A protokollok nem megnehezítik, hanem megkönnyítik életünket. Fialat orvosként szükséges ezek alapos ismerete, de be kell látnunk, hogy ismétlésük gyakorlott szakemberként is javasolt időnként. A protokollokban, csekklistákban való gondolkodásra jó lehetőséget nyújt egy ATLS kurzus, mely meglévő ismereteinket rutinná teszi. Ez által a sérültek gondosabb ellátását teszi lehetővé.

A-0020

ÁLÍZULETEK KIALAKULÁSA OS SCAPHOIDEUM TÖRÉST KÖVETŐEN. 4 ÉV STATISZTIKAI ANALÍZISE

Muraközy Katalin - Frenzl I. - Molnár L. - Fekete K.

DE OEC, ÁOK, Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék, Debrecen

CÉLKITŰZÉS: A Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszékén diagnosztizált os scaphoideum töréssel jelentkező betegek sorsát vizsgáltuk 2005 és 2008 között. Arra kerestük a választ, hogy a konzervatíván kezelt esetek hány százalékában alakult ki álízület?

MÓDSZER: Kórlapok és röntgenfelvételek alapján retrospektíve analizáltuk a konzervatíván, illetve műtétesen kezelt betegeket, illetve a kialakult álízületeket. A tanszéken 2005 és 2008 között évente átlagosan 80 os scaphoideum törést kezeltünk, ezek 91 százalékát konzervatíván, 9 százalékát operatíván.

A Magyar Traumatológus Társaság 2009. évi Kongresszusa és Fialok Fóruma

2009. május 7-9. | Tapolca, Hunguest Hotel Pelion

EREDMÉNYEK: A törések többségét konzervatívan kezeltük, és átlagosan az esetek 8-10 százalékában alakult ki álizület.
KÖVETKEZTETÉS: Véleményünk szerint gyakrabban kellene felállítani a műtėti indikációt, szélesebb körre kiterjesztve a stabil belső rögzítést. Így csökkenthetjük az álizületek kialakulásának gyakoriságát, illetve lerövidíthetjük a gyógytartamot.

A-0033

A GYERMEKKORI VÉGTAGTÖRÉSEK TITÁN-ELASZTIKUS VELŐÚRSÍNNEEL TÖRTÉNŐ KEZELÉSÉNEK HOSSZÚTÁVŰ RETROSPEKTÍV VIZSGÁLATA

Bírov Ede - Farkas A. - Mohai Cs.

PTE KK, Gyermekgyógyászati Klinika, Sebészeti Osztály, Pécs

CÉLKITŰZÉS: A gyermekkori, még növekedésben levő hosszú csöves csontok törésének kezelése lényegesen eltér a felnőttkoritól, hisz a belső fémrögzítés befolyásolhatja a csontnövekedést. Emiatt, és a biomechanikai kutatások eredményeiből fakadóan kb. 15 évvel ezelőtt tért hódított a titán-elasztikus velőúr-sínezés módszere, mely a meggyőző korai eredmények után világszerte a kezelés leggyakrabban választott formájává vált. Magyarországon mintegy 10 éve terjedt el a fenti módszer, melyet a Pécsi Tudományegyetem Gyermekklinikájának Sebészeti Osztályán is meghonosítottunk. Jól ismertek és kellően dokumentáltak a kiváló korai eredmények, azonban hiányoznak a nagyszámú beteg utóvizsgálatán alapuló hosszú távú eredmények. Vizsgálatunkat 2008 elején kezdtük el. Célja az osztályunkon, a fenti módszerrel kezelt gyermekek gyógyulását követő 5-10 éves kontroll vizsgálat végzése és hosszú távú eredmények gyűjtése, elemzése volt.

MÓDSZER: A vizsgálatban való részvétel kritériuma a következő volt: hosszú csöves csont(ok) törésének titán-elasztikus velőúrsínneel történő kezelése, mely legalább 5 évvel a vizsgálat előtt történt. Ennek megfelelően osztályunk és klinikánk archívumából kerestük ki az érintetteket, illet gyűjtöttük össze a hozzájuk tartozó kórlap és röntgen dokumentációt. A vizsgálat sorozat folyamán a következőket terveztük, és előzetes Regionális Kutatáséttikai Bizottsági engedéllyel végeztük: panaszok, észrevételek megbeszélése, fizikális vizsgálat, a végtag méreteinek meghatározása, passzív és aktív mozgástartományok mérése, funkcionális mérések, összehasonlító röntgenfelvétel készítése.

EREDMÉNYEK: Ezek alapján 94 gyermeket, illetve most már felnőttét válogattunk be a vizsgálatba. Ezek között 31 (33%) combcsont-, 12 (13%) lábszár-, 14 (15%) felkar-, és 37 (39%) alkar töröttet találtunk. A sérülés elszenvedésekor átlag életkor 9,7 év (range 2-16) volt. A kontrollvizsgálatra 38-an (40%) jöttek el (17(55%) comb-, 6(50%) lábszár-, 2(14%) felkar-, 13(35%) alkartörött). Közülük 14-en (37%) számoltak be jelenleg is meglévő szubjektív panaszokról. 19 gyermeknél (50%) észleltünk valamilyen visszamaradt deformitást, vagy műtėti heggel kapcsolatos problémát. A megvizsgáltak közül 12 esetben (32%) észleltünk számottevő mozgásdeficitet, sántítást. Az rtg felvételek alapján meghatározott végtaghossz 21 esetben (55%) volt 5mm-ert meghaladóan eltérő az ép végtaghoz képest (range -1cm - +2cm). Mindezek alapján 14 megvizsgált személynek (37%) javasoltunk gyógytornát, korrekciós műtétet, vagy felnőtt- illetve gyermekortopédiai vizsgálatot és kezelést.

KÖVETKEZTETÉSEK: A fentiek lapján úgy véljük, hogy a titán-elasztikus velőúr-sínezés kiváló módszer a hosszú csöves csontok töréseinek operatív kezelésére, ugyanakkor a gyógyulást követő hosszú idő elteltével is észlelhetünk különböző típusú és mértékű szubjektív panaszokat. Továbbá objektív módszerekkel ugyancsak nem elhanyagolható számban észlelhetünk végtag deformitásokat, mozgáskorlátozottságot, a végtag túlnövekedését illetve növekedésbeli visszamaradást. Mindezek miatt az érintettek gyakran igényelnek utókezelést. Tehát megfontolandó a titán-elasztikus velőúr-sínezéssel kezelt gyermekek illetve szüleik figyelmének felhívása az esetlegesen hosszú idő után jelentkező eltérésekre és következményekre.

A-0032

A GYERMEKKORI VÉGTAGTÖRÉSEK TITÁN ELASZTIKUS VELŐÚRSZEGGEL TÖRTÉNŐ KEZELÉSÉNEK FIZIOTERÁPIÁSI VONATKOZÁSAI

Mohai Csilla - Bírov E. - Farkas A.

PTE KK, Gyermekgyógyászati Klinika, Sebészeti Osztály, Pécs

CÉLKITŰZÉS: Vizsgálatunk célja a titán elasztikus velőúrszeggel (TEN) történő belső rögzítés hosszú távú funkcionális eredményeinek felmérése volt a Pécsi Tudományegyetem Gyermekgyógyászati Klinikájának Sebészeti Osztályán legalább 5 évvel korábban operált beteget között. Általánosságban elfogadott, hogy ez a műtėti technika jó és gyors gyógyulást biztosít, ugyanakkor tudni szeretttük volna, hogy a hosszú távú funkcionális vizsgálatok eredményeivel is alátámaszthatók-e

ezek a kedvező adatok, illetve az eljárás mennyiben módosítja a fizioterápiás kezelés módját és időtartamát.

MÓDSZER: Klinikánk archívumából kikerestük az 1997-2002 közti időszak azon betegeinek adatait, akik ellátása titán elasztikus velőúrszeggel történt. Összegyűjtöttük a hozzájuk tartozó dokumentációkat és rtg. filmeket. Vizsgálatainkat 2008. elején kezdtük el a gyógyulást követően 5-10 évvel, mely kérdőíves felmérésből, fizikális vizsgálatokból és rtg. vizsgálatból állt. A vizsgálatok során geniométer segítségével passzív és aktív mozgástartományokat mértünk a sérülést körülvevő izületekben. Izomerőt, végtag körfogatot, vétaghosszt vizsgáltunk az épp oldalival összehasonlítva, illetve a sérült vétagra adaptáltan speciális mozgásvizsgálatokat végeztünk.

EREDMÉNYEK: Az adott periódusban 94 gyermek törésellátásakor történt titán elasztikus velőúrszegezés. Ezek között 31 (33%) combsont-, 12 (13%) lábszár-, 14 (15%) felkar-, és 37 (39%) alkar-töröttet találtunk. Kontrollvizsgálaton 40-en jelentek meg (18 combsont-, 6 lábszár-, 2 felkar-, 14 alkartörött). A kérdőív feldolgozása alapján azt találtuk, hogy 26 (68%) gyermek jelzett izomerő csökkenést és 12 (31%) gyermek panaszkodott ízületi mozgástartomány csökkenésre. A fizikális vizsgálatok objektív eredményeinek feldolgozásakor számos érdekes és informatív adatot találtunk, melyekből kiderült, hogy TEN kezelés után is előfordul ROM- beszűkülés, izomerő csökkenés, végtag körfogat-és hosszkülönbség. Észleltünk következményes sántítást és funkcionális scoliosist.

KÖVETKEZTETÉS: A hosszú távú vizsgálatok eredményeiből megállapítható, hogy a gyermekkorban a titán elasztikus velőúrszeggel történő töréskezelés általánosságban jó eredményt ad, de különösen az alsó végtag gyógyulása során a fizioterápiának továbbra is igen fontos szerepe van az optimális gyógyulásban. A látszólag gyors és eredményes gyógyulás azzal a téves következtetéssel járhat, hogy lecsökken a fizioterápia jelentősége, pedig a csont teljes gyógyulását nem feltétlen követi az izom és ízület teljes funkciójának helyreállása, mely secunder következményeket vonhat maga után, úgymint a funkcionális scoliosist és a korai arthrosis kialakulását.

A-0054

A GYERMEKKORI FEMURTÖRÉSEK UTÓKEZELÉSE HOGYAN MOBILIZÁLJUK, HA NEM TUD MANKÓZNI?

Tóth Krisztina - Kassai T. - Vadász A. - Baracsi M.

Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

CÉLKITŰZÉS: A gyermekkori combsonttörések kezelésében a titán elasztikus szegezés nyújtotta mozgásstabilitás megteremtette a lehetőségét annak, hogy korai funkcionális utókezelést kezdhesünk. A korábbi extensió és medence gipszrögzítésnél hónapokig fekvő, ápolásra szorultak a gyerekek. Az ESIN mozgás stabilitást biztosít, de még az axiális stabilitást fokozó end cup vagy FE rögzítéssel együtt sem terhelhetőek azonnal. A gyógytornásznak speciális feladatot jelent a gyakran kis 2-3 éves gyermekek mobilizációja. Egy új szemléletet és kis trükköket szeretnénk bemutatni.

MÓDSZER: A sérülés után primeren az első 12 órában elvégzett műtét után, a gyógytornász első feladata a kapcsolatfelvétel, a bizalom megnyerése. Ennek legfontosabb eleme a közös játék. A gyermekek már az első napon fel illetve kiülnek és a CPM -elvégzett gyakorlatok megnyugtatják őket, hogy az a jelentős fájdalom, amit a töréskor éreztek megszűnt. A passzív mozgás biztosította keringésjavítás a pozicionálás és a lokális hűtés a duzzanat csökkentésében, a lágyrész sérülések kezelésében van jótékony hatással. Ha a bizalmukat megnyertük és a műtėti fájdalmuk megszűnt, akkor a műtét után második naptól kezdve mankóval terhelés nélkül kezdhjük meg a mobilizációt. Nagyobb gyerekeknél fontos megérteni velük a tehermentesítés célját. Tapasztalunk szerint azok a gyerekek tudnak mankózni, akiknek a mozgáskoordinációjában elérték azt a szintet, hogy már tudnak pótkerek nélkül biciklizni. A kisebb gyermekeknek vagy a kis kerekesszék, vagy átalakított babakocsi biztosít, mobilizást. Érdekes tapasztaltunk a kisműanyag motorral elért eredményünk. A kisdetek ezt nagyon szeretik, a kismotoron nincsen a combra ható axiális erőhatás, de aktív térd és csípőmozgások megengedhetőek.

EREDMÉNYEK: A korszerű implantátumok biztosította mozgásstabilitás és megfelelő egyéni szabott komplex fizioterápia együtt, lehetőséget teremt arra, hogy a gyerekek a sérülésük után 1 héten belül családjuk körében élhessék életüket, és 3-4 héttel később teljes aktív életmódjukhoz visszatérjenek.

KÖVETKEZTETÉSEK: A új módszerek nem tették feleslegessé a gyógytornászt, csak újabb kihívásokat adtak számukra. A gyermek korának és a fizioterápiás elveknek megfelelő módszerek megtalálása olyan örömteli kreatív feladat, melynek az egyik legnagyobb eredménye a gyermek hálás mosolya.

A Magyar Traumatológus Társaság 2009. évi Kongresszusa és Fialok Fóruma

2009. május 7-9. | Tapolca, Hunguest Hotel Pelion

A-0056

STATIKUS ÉS DINAMIKUS EGYENSÜLYI HELYZETEK FEJLESZTÉSE KÓROS JÁRÁSMINTA ESETÉN

Ónodi Melinda - Brassay Á.

Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház Nonprofit Zrt., Traumatológiai Ortopédiai és Szjsebészeti Mátrix Osztály, Veszprém

CÉL: Sportolás közben szenvedett femur törés után kialakult pathológiás járás kezelésével szerzett tapasztaltok ismertetése.

MÓDSZER: A szerzők egy konkrét eset bemutatásán keresztül tárgyalják a kóros lokomotio kialakulásának okait, mechanizmusát, kompenzációs lehetőségeit és a helyes járásminta visszanevelését. Komplex rehabilitációs program - kiemelve a PNF-technika - bemutatásával, „lépésről - lépésre”, videofelvétellel, fotókkal illusztrálva vázolják a kezelés menetét, igazolva a proprioceptív - tréning hatékonyságát.

KÖVETKEZTETÉS: A rehabilitáció során - az izomerő növelésén, az állóképesség fokozásán, a mobilitás és flexibilitás javításán, a stabilitás, illetve az izom ellazulási képességeinek fejlesztésén túl, - igen fontos a járás előkészítés és tanítás, a koordináció, az egyensúly és a funkcionális motoros képességek fejlesztése, növelése, helyreállítása valamint megtartása.

A-0013

TÖBBSZÖRÖS FELSŐVÉGTAJ TÖRÉS UTÁNI FIZIOTERÁPIA

Baracsi Melinda - Molnár N. - Tóth K. - Szódy R. - Varga B.

Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

PROBLÉMA: Igen ritka, nagy energiájú sérülés, amelyet a betegünk sielés közben szerzett. Balesetekor 3-4 méteres zuhanás után, a bal felső végtag, "floating elbow" típusú, és ugyanazon végtag csukló sérülését szenvedte el. Műtéli ellátása során fontos szempont volt a minél korábbi rehabilitáció megkezdése.

MEGOLDÁSOK: Ezért a konzervatív 6 hét gipszrögzítés helyett a mozgásstabil műtési technikákat alkalmazták. A collum chirurgicum törését tűződróttal, a radius, az ulna és a csukló törését lemezes osteosynthesis-sel rögzítették. Így már a 3. posztoperatív napon plexus kanül bevezetésével elkezdhető volt a gyógytorna.

KÖVETKEZTETÉSEK: Ahhoz, hogy a sérülés előtti állapotot mihamarabb vissza tudjuk állítani, mérlegelnünk kell a beteg korát, a műteti eredménnyel elérhető rehabilitálhatóságát, a rehabilitációs idő hosszát és várható eredményét. Esetünkben egy gyógymasszörőről van szó aki szeretné foglalkozását a lehető legrovidebb időn belül folytatni.

A-0071

CSÍPÓTÁJJI TÖRÉST SZENVEDETT BETEGEK REHABILITÁCIÓS LEHETŐSÉGEI HAJDÚ-BIHARBAN

Lőrincz Ádám - Kiss L.

DE OEC, ÁOK, Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék, Debrecen

Kenézy Kórház Rendelőintézet Kft., Debrecen

CÉLKITŰZÉS: A csípőtáji sérültek utókezelési lehetőségeinek felmérése Hajdú-Bihar megyében. Magyarországon a sebészeti ellátás szabályozott keretek között a szakmai protokollok betartásával történik, azonban a betegek utókezelése már korántsem ilyen egységesen szervezett.

MÓDSZER: 2008-ban 595 csípőtáji törést szenvedett sérültet kezeltek műtétesen a Kenézy Kórházban a DE OEC Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszékén. A megyében még a Berettyóújfaluban működő Gróf Tisza István Kórházban láttak el 96 beteget 2008-ban. A funkcionális utókezelés már a posztoperatív szakban a traumatológiai osztályokon elkezdődik. A szerzők azt vizsgálták, hogy a további utókezelés milyen körülmények között folyik.

EREDMÉNYEK: Hajdú-Bihar megyében 2008-ban 691 sérültet operáltak proximális femurtörés miatt. A DE OEC Traumatológiai Tanszékén 253 (42,9%) különböző típusú proximális femur-szegezést, 106 (17,8%) alkalommal DHS-szintézist és 234 (39,3%) betegen kanülált combnyak-csavarozást végeztek. A betegek nagy része idős (65 év felett 92,9%), oszteoporotikus csontszerkezettel rendelkező nőbeteg (62,3%). A traumatológiai osztályon 8-27 napot töltöttek a betegek, az átlagos ápolási idő 10,7 nap. A posztoperatív szakban az osztály gyógytornászai segítségével kezdődik a betegek mobilizációja. A megyében három rehabilitációs osztály működik; az Orvostudományi Egyetemen 30 ágy (közeljövőben még 30 ágy), a Kenézy

Kórházban 108 ágy, Berettyóújfaluban 100 ágyon végeznek rehabilitációt. A fizioterápia és gyógytorna a megye nagyobb településein korlátozottan, a házi betegápolás keretei között is hozzáférhető. A fizioterápiás járó beteg szakrendelések a nehezen mozgó, idős betegek számára nem jelentenek megoldást.

KONKLÚZIÓ: A csipótáji sérültek nagy része idős személy. A mozgásszervi rehabilitációval foglalkozó osztályok kapacitása véges, a házi betegápolást az egyedülálló, gyakran bizalmatlan betegek nem veszik igénybe. A szociális otthonok által nyújtott egészségügyi szolgáltatás színvonala nagyon változó. A betegek nyomon követése a kontrollvizsgálatok elmulasztása miatt bizonytalan. A későbbiekben a szerzők tervezik egy számítógépes adatbázis létrehozását, melynek használatával a csipótáji törötték után követése megbízhatóvá válna. Az adatok analízise után egy működőképes rehabilitációs protokoll kidolgozása a cél.

A-0149

A KÉZ KOMPLEX LÁGYRÉSZ SÉRÜLÉSÉNEK REHABILITÁCIÓS SZEMPONTJAI

Gyémánt Anett - Horváth M. - Ónodi Á.

Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórház, Ortopéd-Traumatológiai Osztály, Budapest

CÉLKITŰZÉS: Az alkar nemes képleteinek együttes sérülése után történő utókezelés protokolljának áttekintése osztályunkon, és a rehabilitáció során szerzett tapasztalataink összegzése.

MÓDSZER: Két beteg esetismertetésén keresztül mutatjuk be osztályunkon felállított fizioterápiás kezelési tervet. Primer rekonstrukciót követő nyugalmi idő letelte után, a kéz mozgását, érző és mozgató idegképleteket feltérképezve, komplex kezelést állítottunk össze, mely tartalmazott passzív kimozgatást, aktív mozgatót, szelektív ingeráram kezelést és ultrahang terápiát. Az arányuk és mennyiségük a rehabilitáció során változott. A rehabilitáció elején még csak tömegmozgás volt észlelhető, fokozott kontraktúra (MP, PIP, DIP) jelenlétében, ezért többségében a passzív flexió fokozását, kontraktúrák passzív, majd aktív oldását helyeztük előtérbe, az UH és szelektív ingeráram kezelés mellett. Mindkét betegnél a m.flexor pollicis longus és m.opponens pollicis plegia miatt oppositios helyzetű távtartó gipszet adtunk, az I.-II. intermetacarpalis redők tágitására. A redő tágitása után ortézist kaptak a betegek, mellyel a kéz fogó funkcióját gyakorolhatták. Ez a motivációt is segítette. A pollex megfelelő passzív mozgástartományának elérése után, opponens képzés történt. Rögzítés után koncentrált aktív torna és oppositios ortézissel a funkcionális használatot gyakoroltattuk. Mindkét beteg jól kooperáló, szorgalmas és otthoni munkával, gyakorlással a fejlődést nagymértékben elősegítették.

EREDMÉNYEK: A bemutatott betegek kézmozgásai visszatértek: az aktív öklképzés jelentősen javult, megközelíti a passzív öklképzést. A passzív mozgatás erőteljes fájdalmat már nem okoz. A kéz szorítóereje, a teljes opponens funkció helyreállt, így a manipuláció is.

KÖVETKEZTETÉS: Tapasztalataink szerint az ilyen típusú komplex sérüléseknél, a jól felépített és egyénre szabott rehabilitációs protokollon kívül, ne sajnáljuk az időt, munkát és a fáradságot, mert eredmény érhető el: a kéz funkciója visszaszerezhető, mellyel a beteg a kezét használni tudja és munkába visszatérhet.

A-0016

DIAGNOSZTIKAI LÉPÉSEK ÉS TÉVEDÉSEK AZ ARC- ÁLLCSONT TRAUMATOLÓGIÁBAN

Raskó Zoltán - Seres L. - Piffkó J.

SZTE ÁOK, Arc-, Állcsont- és Szájsebészeti Klinika, Szeged

BEVEZETÉS: A közlekedési balesetek, erőszakos cselekmények gyakran társulnak valamilyen mértékű arc- illetve agykoponya sérüléssel.

CÉLKITŰZÉS: Előadásunkban az arcsérültek gyors, egyszerű vizsgálatának lépéseit, valamint a modern képalkotó diagnosztika lehetőségeit kívánjuk bemutatni, illetve néhány olyan esetet, ahol az arccsont-sérülések a primer trauma elszívódása és ellátása után másodlagosan kerültek előtérbe.

ANYAG ÉS MÓDSZER: A Szegedi Arc- Állcsont és Szájsebészeti Klinika 2008 szeptemberében kezdte meg működését. Az első öt hónap alatt Klinikánkon műtéti ellátásra került állkapocs- és középarc-törött betegek közül hat esetet emeltünk ki, akiknek első ellátásakor sérülésük diagnosztikája során eltérés mutatkozott a klinikánkon alkalmazott rutin vizsgálatokhoz képest. Ezen betegek kórtörténete kapcsán szeretnénk rámutatni az egyes diagnosztikai lépések fontosságára.

A Magyar Traumatológus Társaság 2009. évi Kongresszusa és Fiatalok Fóruma

2009. május 7-9. | Tapolca, Hunguest Hotel Pelion

ÖSSZEFOGLALÁS: Traumás sérült betegek esetén a modern arc-, állcsontsebészet elsődleges célja a lehetőség szerinti leggyorsabb, primer, vagy halasztott primer ellátás kivitelezése. Koponyasérültek ellátása során a koponyaúri vérzések, agyállományi sérülések felismerése mellett igen fontos a különböző arc-állcsont sérülések diagnosztizálása és ellátása is. Ehhez a traumatológusok és az arc-állcsont sebészek közötti szoros együttműködés szükséges. Reményeink szerint előadásunk rövid áttekintést adva az arcsérültek vizsgálatáról, a traumatológus kollégák mindennapi munkáját segíti, és megkönnyíti.

A-0150

MIT TUD ÉS MIT NEM TUD A SANATFIXFröhlich Péter¹, Farkas József²*1 Országos Sportegészségügyi Intézet, Budapest**2 Sanatmetal Kft., Eger*

A fixateurök jelentősége a baleseti sebészetben csökkent. A módszert mégsem tudjuk nélkülözni. Továbbra is vannak abszolút és relatív indikációi.

A Sanatmetal cég egy olyan fixateurrel egészítette ki árú kínálatát, mely az eddigi eszközök előnyeit egyesíti. A Sanatfix egy univerzális, moduláris külső rögzítő, mely három méretben készül. A satuja egyszerű, önmegtartó rugós rendszerű, így kényelmes szerelést biztosít. Szerkezete és méretei miatt más fixateurökkel is kombinálható. Igény szerint kiegészíthető dinamizálható, segmenteltolásra alkalmas szerkezettel.

A-0092

DISZTRAKCIÓS MINI-FIXATEUR UJJJÜZETI TÖRÉSEK DINAMIKUS RÖGZÍTÉSÉRE

Noviczki Miklós

Jósa András Oktató Kórház, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Nyíregyháza

BEVEZETÉS: Az ujjak középpercének műtétilen nem, vagy nehezen rekonstruálható, darabos, PIP ízületi bázisztöréseinek rögzítésére ismert a Kirschner-drótokból egyedileg hajlított, egyszer használatos (ún. Suzuki) mini-fixateur. A kezelés az extenzió történő mozgatva rögzítés elvén alapul, az ízületi felszín romtörésének repozícióját és reponált helyzetben való megtartását az állandó húzóerő mellett az ép ízfelszín, mint vezérsík biztosítja. A Suzuki fixateur szellemes megoldás, de minden egyes alkalmazásnál külön-külön elkészítendő, ami kisebb-nagyobb pontatlanságokat eredményezhet.

CÉLKITŰZÉS: a Suzuki fixateur standardizálása, az improvizáció helyett előre elkészített fixateur-montázs és megfelelő célzók alkalmazása.

EREDMÉNYEK: Megfelelő méretű Kirschner-drótok befogadására alkalmas párhuzamos fixateur-keretet állítottunk elő, a kiegészítő célzóval sikerült biztosítani a párhuzamos Kirschner-drót vezetést és az optimális pozicionálást. Megfelelő erősségű rugók alkalmazásával a húzóerő is pontosan szabályozható. Előadásunkban bemutatjuk eszközünket és alkalmazását.

KÖVETKEZTETÉS: A módosított és standardizált Suzuki mini-fixateur az ujjak ízületi töréseinek ellátásában a szemikonzervatív töréskezelés hasznos és könnyen alkalmazható kiegészítő eszköze.

A-0084

A CENTRONAIL TIBIA VELŐÜRSZEG-RENDSZER ÉS MECHANIKUS DISZTALIS CÉLZŐKÉSZÜLÉKBerki Sándor¹ - Wolfgang K.² - Tomcsik T.¹ - Abdul W.A. M.¹ - Badó Cs.¹ - Kegyes M.¹*1 Csongrád Megyei Önkormányzat dr. Bugyi István Kórháza, Baleseti és Helyreállító Sebészeti Osztály, Szentes**2 Klinikum Wolfsburg, Department of Traumatology and Reconstructive Bone & Joint Surgery, Germany*

BEVEZETÉS: A szerzők az általuk kifejlesztett tibia velőürszeg-rendszert és a hozzá kapcsolódó mechanikus disztalis célzó rendszert ismertetik. A titán alapanyagból készült implantátum kiváló biomechanikai és technikai felépítésének követően sikerrel alkalmazható a tibia-törések kiterjesztett indikációja esetén is.

ANYAG ÉS MÓDSZER: 2004 óta 161 esetben alkalmazták ezen titán szeggel a tibia velőürszegezését. Ismertetik a szeg mérnöki kialakítását és a disztalis csavarmentes megoldással való zárt, stabil rendszert képező célzó rendszert. Ezen beteganyag zárt és 1 fokban nyílt lábszártörésekre vonatkozik. A mechanikus disztalis célzókészülék kifejlesztése és a szeg acél formájának használata több mint egy évtizedes múltra tekint vissza osztályukon. Valamennyi esetben a tibia velőür előzetes felfúrását végezték.

EREDMÉNYEK: A sikeres mechanikus disztalis célzás 100 %-ban sikeres volt. Természetesen tanulókörök megfutása nélkül ez lehetetlen, azonban igen gyorsan elsajátítható. A szerzők ismertetik a finom technikákat és trükköket, amelyek a sikeres

A Magyar Traumatológus Társaság 2009. évi Kongresszusa és Fialok Fóruma

2009. május 7-9. | Tapolca, Hunguest Hotel Pelion

célszázhoz szükségesek. Egyetlen esetben sem volt szükség szabadkézi technikára, így a személyzet sugárterhelése a disztális célszázhoz szükséges, néha igazán nem csekély sugárdózissal mindenképpen szignifikánsan csökkent. A mechanikus disztális célkészülék használata kapcsán, ehhez fűződő szövődmény sohasem lépett fel. A szerzők kiemelten fontosnak tartják, hogy fedett technikával, minimál invazív módszerek alkalmazása mellett mélyinfekciót egy esetben sem tapasztaltak. Rekesz-szindróma sem lépett soha fel. Minden esetben calcaneus-extensio mellett traumatológiai műtőasztalon végezték a műtéteket.

MEGBESZÉLÉS: A tibia velőrszkegések szokásos szövődményei mellett semmiféle nemkívánatos mellékhatással nem kellett számolni. Az orvostechnikai utasítások betartása mellett igen gyorsan elérhető a 100%-os sikerráta. A szeg nemzetközi tapasztalatai is kedvezően. Egy komplett velőrszeg-család részeként létrehozott tibia-szegrendszer, amely kiterjesztett indikációval nagyon proximális és nagyon disztális törések ellátására is sikerrel alkalmazható.

A-0061

INTRAMEDULLARIS RÖGZÍTÉS INDIKÁCIÓJÁNAK KITERJESZTÉSE LÁBSZÁRTÓRÉS ESETÉN TWX (TIBIA WITHOUT X-RAY) SZEGGEL

Flóris István - Bodzay T. - Baktai J. - Karsay P. - Balázs P.

Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

CÉLKITŰZÉS: A tibia töréseinek intramedullaris rögzítése hagyományos szegezés esetében az AO 42-A,B,C típusú törések esetében indikált. Az előadás célja egy új fejlesztésű tibiaszeg bemutatása, mely segítségével a műtéti indikáció kiterjeszhető.

MÓDSZER: A hagyományos velőrszeggel szemben több proximális és disztális reteszelési variációs lehetőségeket biztosító TWX szeggel intézetünkben 2007. január 1. és 2008. december 31. között 14 tibiartörést láttunk el. 13 esetben zárt, 1 esetben nyílt törést (Gustilo, Anderson II típusú) kezeltünk e szeggel. Az eseteket az AO Müller féle klasszifikáció szerint osztályoztuk. 8 esetben AO 42 csoportba tartozó törést, a további 6 esetben 41, ill. 43-as csoportba tartozó törést kezeltünk e szeggel.

EREDMÉNYEK: 1 esetben nem tudtunk utánvizsgálatot végezni. 1 esetben észleltünk 5°-nál nagyobb tengelyeltérést, további egy esetben elhúzódó törésgyógyulást ill. állízületet. 11 esetben a törésgyógyulás és a tibia tengelye megfelelő volt.

KÖVETKEZTETÉS: Az új fejlesztésű TWX szeg lehetővé teszi a lemezzel szemben biomechanikailag előnyösebb intramedullaris rögzítés indikációjának kiterjesztését. A szeg zárt és nyílt lábszártörések esetén egyaránt használható, mivel átmérője (8-14 mmD), felfúrással és felfúrás nélkül való behelyezhetősége végett mindkét töréstípusban használható. További előnye, hogy a disztális reteszcsavarok speciális célzó segítségével, röntgen képerősítő használata nélkül behelyezhetőek, ezzel a műtői személyzet sugárterhelése is csökkenthető.

A TWX szegezés indikációja lábszártörés esetében:

AO 41-A2, A3

AO 42-A,B,C

AO 43-A1,A2,A3

Zárt és nyílt lábszártörések

Tibia állízület

A-0089

LISS LEMÉZ HASZNÁLATA PERIPROTETIKUS TÖRÉSEKBE

Rahmeh Husam - Hangody L. - Tóth F. - Papp K.

Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórház, Budapest

Less Invasive Stabilization System (LISS), az AO által fejlesztett új implantátum, mely a szöglet stabilitást biztosítja és belső rögzítő rendszerként működik. A mi előadásunk célja megosztani az elért korai eredményeket és tapasztalatokat a fix szögletű lemezzel. A beteg anyagunk, hat db stabilan operált totál térd prosthesis beteg szenvedte el femor compenens feletti periproteticus törést, mind a hat beteg percután technikával fix szögletű lemezzel rögzítettük (LISS--Less Invasive Skeletal Stabilization, Synthes, Paoli, PA). Ilyen jellegű törések igen nagy szakmai kihívást képez az operáló orvos részéről. A hat beteg esetében a vérvesztéség minimális, a műtéti idő 100perc (80-120perc).

Figyelembe véve a törés súlyosságát, elfogadható anatómiai repositio és jó lemez elhelyezkedést értünk el, súlyos komplikáció nem lépet fel (mély infectio, idegentest reakció, ér sérülés, postoperative compártment syndroma, mélyvénás thrombosis, kallus képződési zavar). A mi gyakorlatunk azt tanúsítja, hogy a perkután rögzítés LISS lemezzel igen nagy előnyt élvez a többi alternatívával szemben.

A-0110

LÁGYRÉSEK CSONTOS ALAPHOZ TÖRTÉNŐ RÖGZÍTÉSE MÓDOSÍTOTT SZÁLBEFÜZŐ SEGÍTSÉGÉVEL

Máthé Tibor¹ - Kromek L.¹ - Novák L.²

1 PTE KK, Traumatológiai Központ, Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika, Pécs

2 Szigetvári Kórház, Sebészeti Osztály, Szigetvár

CÉLKITŰZÉS: Sokszor nagy nehézségbe ütközik az izmok és az inak csonthoz történő rögzítése. Kidolgoztunk egy olyan eszközt, aminek segítségével a lágyrészeket könnyen és biztonságosan tudjuk rögzíteni a csontokhoz. Az eszközön olyan módosításokat hajtottunk végre, ami szinte minden vastagságú csont esetén lehetővé teszi alkalmazását. Ismertetjük az általuk már alkalmazott felhasználási és indikációs területeket, valamint összehasonlítjuk módszerünket az eddig szokásosan alkalmazott eljárásokkal.

MÓDSZER: Az eljárás lényege egy olyan furat-készítési és szálbefüzési technika, - egy általuk kifejlesztett eszköz alkalmazásával - mellyel tetszőleges számú csontvarratot készíthetünk, majd ezekhez felszívódó fonalakkal a megkívánt legnagyobb biztonsággal lágyrészeket rögzíthetjük. Az előadásban bemutatjuk két lágyrész reinszerciót igénylő műtét kapcsán a szálbefüző alkalmazásának konkrét lehetőségét.

EREDMÉNYEK: Tekintettel arra, hogy az orthopaed-traumatológiai eljárások során gyakran válik szükségessé az inak, izmok, illetve egyéb lágyrészek csontos alaphoz való rögzítése -ruptúrák, transposíciók, stb. során-, olyan eljárást dolgoztunk ki, melynek segítségével a rögzítés gyorsan és stabilan vihető ki anélkül, hogy a felszívódó fonalakon kívül egyéb idegen anyag maradna a műtési területben. Biomechanikai szempontból - ez az eljárás egy igen erős kötést hoz létre a csont és a lágyrészek között, ami lehetővé teszi a korai terhelést.

KÖVETKEZTETÉS: Az általunk kidolgozott eszköz - szálbefüző- segítségével erős kötést hozhatunk létre csont és lágyrész között anélkül, hogy idegen anyag maradna a műtési területben. A módszer hatékony és olcsó alternatívát jelent a többi eljárásokhoz képest.

A-0133

ÚJ MÓDSZER A BOKATÖRÉSEK ELLÁTÁSÁBAN – HLS – CSAVAROS OSTEOSYNTHESIS

Kádas István - Szita J. - Kocsis A. - Kádas D.

Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

CÉLKITŰZÉS: A bokatörések operatív ellátásának évtizedek óta dogmatikus téziseit feszegeti tanulmányunk. A standard külboka lemezes osteosynthesissal szembeállítjuk a minimál invazív, fedett technikával kivitelezhető HLS csavarozást. A külboka törések többségére jellemző valgus dislocatiót és rövidülést szüntetjük meg egy intramedullarisán behelyezett távolító hatású csavarral (disztrakciós - fej nélküli - HeadLess Screw HLS-D).

MÓDSZER: A disztrakciós csavar mindkét végén menet található. A csúcsi rész önvágó éllel rendelkezik. A fejnek megfelelő végén is menet van. A menetátmérője és menetemelkedése nagyobb a csúcsi rész menetéhez képest. Mindkét menet azonos irányban forog. Távolító hatását a menet emelkedés közötti különbségnek köszönheti. A ligamentotaxist igénylő repositio után lehet alkalmazni a csavarokat. A külboka törés Weber B és C típusánál rövidülés és valgus irányú diszlokáció lép fel, melyet a láb megfelelő húzásával a lig. talofib. ant et post, valamint a calcaneofibularis szalagok közvetítésével lehet reponálni. Adódott az ötlet, hogy disztrakciós csavart helyezünk be intramedullarisán. Hosszmegetartás és valgus elleni védelem lett az eredmény. A Weber A típusú törésnél kompressziós, míg a Weber B és C törésnél disztrakciós csavart alkalmaztunk. A syndesmolyssissal járó sérülések, ahol állító csavar behelyezésére volt szükség kontraindikációt képeztek. A randomizált prospectív study-ban az új módszerrel 56 kül, valamint kül és belboka törést kezeltünk. A kontroll csoportban a hagyományos technikával (lemezes osteosynthesis) végzett esetek voltak, ugyancsak 56 beteg.

A Magyar Traumatológus Társaság 2009. évi Kongresszusa és Fialatok Fóruma

2009. május 7-9. | Tapolca, Hunguest Hotel Pelion

EREDMÉNYEK: Az elért eredmények igazolták elvárásainkat. Izolált külboka törést 36 esetben rögzítettünk a módszerrel. Kül- és belboka törést 20 esetben Rediszlokációt 2 esetben észleltünk, mindkét esetben a belboka törésnél. Szeptikus szövődmény egy esetben lépett fel egy rossz végtagkeringésű diabeteses betegnél, melyet a csavar eltávolítása nélkül lehetett szanálni. Sebgyógyulási zavar 5 %-ról 2 %-ra csökkent. Az ápolási napok száma átlag 8-ról 4-re csökkent. A műtétre fordított költség jelentősen csökkent. A beteg komfort érzése pozitívan változott.

KÖVETKEZTETÉS: Az elért eredmények után vizsgálata igazolta a munkahipotézist. Elindítottunk egy multicenter study-t, több kórházi osztály csatlakozásával, melynek feladata, hogy nagy beteganyagon bizonyítsa, vagy cáfolja állításainkat.

A-0134

A CAB HORGOK ALKALMAZÁSA HÁTSÓ GERINCSTABILIZÁCIÓRA

Csernátóny Zoltán - Kiss L.

DE OEC, ÁOK Ortopédiai Klinika, Debrecen

CÉLKITŰZÉS: A Debreceni Egyetem Ortopédiai Klinikáján 2006 óta alkalmazzuk a deformitás sebészetben a háti szakasz instrumentálására az ún. CAB horgokat. Tekintettel a rögzülés filozófiájára, bizonyos esetekben traumatológiai indikációval is jó eredménnyel használható az implantátum.

MÓDSZER: A CAB horgok bilaterálisan, a processus transversusok bázisán rögzülő gerincimplantátumok. Aszimmetrikus jobbos és balos, illetve szimmetrikus kivitelben, egyenként 3-3 méretben készülnek. Kiegészítő implantátumok, amelyek alapanyag és méretegyezés esetén minden hátsó kétrudas rendszerrel kombinálhatóak.

EREDMÉNYEK: Számos biomechanikai előkísérlet után kezdődött meg a CAB horgok klinikai alkalmazása. Már a kezdeti esetekben a klinikumban is bebizonyosodott, hogy a rögzülési pontjukat jelentő costo-transversalis rés és a processus transversusok bázisa egyrészt sebészileg könnyen és biztonságosan hozzáférhető, másrészt megfelelő stabilitást jelent akár nagy erő kifejtést jelentő korrekciók végzésére és megtartására is.

KÖVETKEZTETÉS: A CAB horgok a scoliosis sebészetben túl sikeresen alkalmazható pathológiás elülső oszlop törések korrekciójára is. Az implantátum kialakítása kifejezetten előnyös egybefüggő postero-lateralis dézisek készítésére volumínózus graftmennyiséggel.

A-0023

AZ ELMŰLT HÉT ÉVBEN BEVEZETETT ÚJ TRAUMATOLÓGIAI MŰTÉTI ELJÁRÁSOK OSZTÁLYUNK ANYAGÁBAN

Shawfar Adel - Al-Droubi H. - Nagy A. - Mokarimi A.

Sátoraljaiújhely Város Önkormányzat Erzsébet Kórháza, Sátoraljaiújhely

Az elmúlt hét évben bevezetett új traumatológiai műtéti eljárások osztályunk anyagában.

A-0011

EXOGEN SZELÉNium HATÁSA A PERICARDIÁLIS TAMPONÁD MIKROKERINGÉSI SZÖVŐDMÉNYEIRE

Süveges Gábor¹ - Hartmann P.² - Érces D.² - Faludi L.² - Szalay M.² - Manningér Á.² - Kaszaki J.² - Boros M.²

1 SZTE ÁOK, Traumatológiai Klinika, Szeged

2 SZTE ÁOK, Sebészeti Műtétani Intézet, Szeged

A pericardialis tamponád (PT) általában nagy energiájú mellkasi sérülésekhez társuló kórkép, mely azonnali beavatkozást igényel. Megszüntetése után a keringés gyors redistribúciója miatt terápiával nehezen befolyásolható perifériás mikrokeringési szövődmények alakulhatnak ki.

CÉLUNK annak tisztázása volt, hogy a redox státust fenntartó enzimek kofaktoraként ismert szelénium (Se) exogén pótlása képes-e befolyásolni a PT splanchnikus következményeit.

MÓDSZER: Altatót, thoracotomizált törpesertésekben (n=6) fiziológiás sóoldat intrapericardialis infundálásával 60 perces PT-t hoztunk létre, melynek során az artériás középnyomás 40-45 Hgmm-re esett. A PT megszüntetését követően 180 percig monitoroztuk a makrohodinamikai paramétereket (PiCCO monitor), tonometriás szondával a vékonybél pCO₂

gap értékeit, kemiluminometriás módszerekkel a teljes vér szuperoxid és H₂O₂ produkcióját mértük. Az állatok második csoportja (n=6) a PT után Se infúziót (Selenase T; 25 µg/kg/óra iv.) kapott.

EREDMÉNYEK: A perctérfogat normalizálódott a tamponád megszüntetése után, de a PT csoportban a vékonybél pCO₂ gap növekedése és a teljes vérben mérhető szuperoxid gyöktermelő kapacitás fokozódása a splachnikus mikrokeringés romlására utalt. Az utóbbi paramétereket a Se kezelés szignifikánsan csökkentette.

KÖVETKEZTETÉS: Az intesztinális mikroperfúzió javítása és a szabadgyök termelés csökkentése révén a Se kezelés új lehetőséget adhat a PT splachnikus következményeinek mérséklésére.

A-0088

SZERVEZETI VÁLASZ VIZSGÁLATÁRA ALKALMAS LABORÁTIUM FELÉPÍTÉSE A BALESETI SEBÉSZETBEN

Gornicsár Katalin - Mózses T.

HM Állami Egészségügyi Központ, Budapest

Az operatív töréskezelés elterjedése és növekvő számú alkalmazása során az egyik legnagyobb probléma a sebgyógyulás, és egyéb nosocomialis fertőzések előfordulásának viszonylag nagy száma. Ezért a technikai fejlődés célkitűzése évek óta a nosocomialis fertőzések előfordulásának a csökkentése. Pl. titánium lemezek, csavarok, szegek bevezetése, antibiotikus preventio alkalmazása, stb. Nagyon meggyőző állatkísérletes bevezetések után humán alkalmazás kevésbé bizonyult hatékonyak. A traumákra, műtétekre adott szervezeti válasz vizsgálata lényegesen kevesebb érdeklődést váltott ki a mai napig, aminek az oka részben az lehet, hogy jelentős elméleti felkészülést igényel, immunológiai és genetikai alapismereteket, drága technikai és vegyszeres felépítést. Úgy tűnik, hogy a szervezeti válasz vizsgálatának egyik kulcsfontosságú markere a tumor necrosis factor β . Célkitűzésünk TNF β vizsgálata a keringésből és perifériás mononucleáris sejtekből (limphocytá, monocytá). Miután a TNF β vizsgálata ELISA - kit-ek segítségével viszonylag könnyű eljárás - de nagy mennyiségben anyagilag rendkívül megterhelő, ezért célszerűnek látszott egy bioassay kifejlesztése, amelynek kivitelezése olcsóbb, de munkaigényes. A vizsgálatokhoz szükséges laboratórium alapja egy sejtenyésztő laboratórium, amely a sterilen vett minták sterilen történő feldolgozását teszi lehetővé, hogy a biológiai minták mérése során lehetséges contaminatio ne változtassa meg az eredményeket. Alapvető, hogy egy laminar air flow kabin álljon rendelkezésre, ahol steril pipettahegyek és centrifugacsövek segítségével a vacutainer technikával levett szérum-, és alvadásgátolt vért fel lehessen dolgozni. Az alvadásgátolt vérből a limfo/monocytákat gradiens centrifugálás segítségével kinyerjük, és endotoxin jelenlétében, vagy a nélkül 24 órát tenyésztjük egy 37 °C 5%-os CO₂-t tartalmazó termosztátban. Majd a mintákat -20 °C-on tároljuk, a WEHI 164-es sejteken történő életképesség vizsgálatig, ahol az életképes sejtek az MTT-t formazánná alakítják át, és ezt a formazán koncentrációváltozást mérjük ELISA fotométerben. A vérminták gyűjtését csipőtáji törés után egy jól megtervezett protokoll segítségével végezzük, ahol a betegek klinikai állapotváltozásait is nyilvántartjuk. A mintavételre a trauma első napján, valamint a 3., 6., 9., és 14. napon kerül sor. A bioassay-vel mért TNF értékek ellenőrzése ELISA-kit segítségével történik.

A-0128

VACUUM ASSISTED CLOSURE (VAC) KEZELÉS

Detre Zoltán

Budai Trauma Centrum, Szent János Kórház, Budapest

1997 óta Morykwas és Argenta innovatioja alapján új módszer terjedt el a nyílt sérülések, lágyrész defectusok kezelésére. Folyamatos, vagy intermittáló negatív nyomás létesítése a sebek váladékának, a szöveti debrisnek folyamatos elvezetését biztosítja, granulációs szövet kialakulását serkenti, az interstitialis oedemat csökkenti, a localis keringés, a szöveti oxygenizáció és revascularisatio javulását lehet elérni. Mindez a defectus felfelődéséhez, a kísérő fertőzés megelőzéséhez, illetve szanálódásához vezet és lehetővé teszi a defectus zárását, fedését. Az eljárás forradalmasította az eddig olyan nehezen kezelhető chronicus defectusok ellátását. Az osteomyelitisek melletti lágyrész defectusok kezelése mellett az acut lágyrész sérülések, nyílt sérülések, compartment syndroma-k, égettek kezelését is megváltoztatta. Külön indicatio az acut abdominalis compartment syndroma ellátása és a friss komplikált sebési sebek, valamint a sternum táji defectusok. A módszer nem csak indicatiojában bővült lényegesen, de technikailag is sokat fejlődött. Az ambulans kezelést lehetővé tevő változat mellett megjelent a localis instillatiót biztosító szerkezet is. Sajnálatosan Magyarországon az eljárás igen nehezen terjed, mert nincs OEP befogadása. Ennek megoldása sürgető lenne. A kezelés magas árát a hagyományos ellátás hosszú kórházi tartózkodása, az ismételt műtétek költségei, a hosszabb betegállomány és táppénz, esetleg végleges rokkantosság költségeivel kell összehasonlítani. Az előadás a módszer élettani elveit, a klinikai indicatiót mutatja be néhány eset ismertetése kapcsán

A-0058

VONATGÁZOLT NAGY KITERJEDÉSŰ CSÍPŐTÁJÍ LÁGYRÉSZHIÁNYÁNAK KEZELÉSE VAC TERÁPIÁVAL

Szlovák Sándor - Rosero V. M.

Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet, Dél-pesti Trauma Centrum, Budapest

CÉLKITŰZÉS: Különböző, nagyobb kiterjedésű és mélységű lágyrészhiányok esetén már korábban is több alkalommal eredményesen használtuk osztályunkon a VAC (vacuum assisted closure) terápiát. Vonatgázolt betegünk csípőtáji defektusánál sem láttunk más lehetőséget. Az óriási kiterjedésű és mélységű szövethiány, a társuló nemes képlet sérülések, a kialakult súlyos szeptikus állapot, továbbá a fellépő szövődmények igen nehezé tették a kezelést. A körlefolyás bemutatásával szeretnénk bemutatni a VAC terápia használatosságát ilyen komplikált esetekben, illetve kiemeljük a lehetséges hibákat, tévedéseket is.

MÓDSZER: A mozgó vonatból kiugrott, majd a vonat alá került fiatal beteg bal csípőtáji sérülése következtében az azonos oldali iliacalis régió, a tomportáj, a farpofa és a lumbalis régió összefüggő, változó mélységű, szövethiánnyal járó súlyos lágyrészroncsolódása jött létre. Az artéria femoralis 4 cm-res szakasza is kitépődött. A primer debridement, érsebészeti beavatkozást követően a beteg már az első 24 órában súlyos szeptikus állapotba került, melyen többszöri ismételt debridement-el sem tudtuk úrrá lenni. A sérülés jellege miatt lebennyel történő fedés nem jött szóba, ezért választottuk a VAC kezelést.

EREDMÉNYEK: A VAC rendszer felépítése és a kezelés elindítása után a beteg csaknem azonnal kikerült a szeptikus állapotból, moribund általános állapota rohamosan javulni kezdett. A kezelést több hétig eredményesen folytattuk, a sebalap látványos kitelődését, a tasakok záródását figyeltük meg. Sajnos az ezután bekövetkező többszöri vérzéses szövődmények kikényszerítették a VAC terápia befejezését. Ekkora azonban célunkat nagyrészt elértük, a jó általános állapotú beteg részvastag bőrrel is fedhetővé vált.

KÖVETKEZTETÉS: A VAC terápia hatalmas kiterjedésű, változó mélységű lágyrészhiányok kezelésére is jól használható. Adott esetben a súlyos szeptikus állapotban lévő beteg életét is megmentheti. A bonyolultabb „geográfiajú” defektus, a társuló nemes képlet sérülés a rendszer felépítésének gondosabb megtervezését, nagyobb gyakorlatot igényel. A kezelés az átlagosnál nagyobb terhet ró a kezelőszemélyzetre. A VAC terápia nem OEP finanszírozott tevékenység, mely ad hoc megoldásra kényszeríti a kezelő intézetet.

A-0130

VÁKUUMOS SEBZÁRÁS ALKALMAZÁSA OSZTÁLYUNKON 2005-2009

Mahukoma Zsolt - Mészáros I. - Pintér Cs.

Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház Nonprofit Zrt., Traumatológiai Ortopédiái és Szájsebészeti Mátrix Osztály, Veszprém

Osztályunkon 2005 évtől kezdődően alkalmazzuk a vákuumos sebzés technikáját lágyrésziányok, nyílt törések, septicus sebek ellátása, bőrátültetés során.

CÉLKITŰZÉS: a vákuumos sebzés módszerének, hasznosságának, mindennapi alkalmazásának ismertetése saját 5 éves gyakorlatunkban.

MÓDSZER: A technika bevezetése óta mind a gyári VAC, mind pedig "házilag" készített vákuumos kötéseket alkalmaztunk. A gyári technika hatékonyabb, professzionális, de magas költségei és a finanszírozás hiánya miatt - a kezdeti sikerek ellenére - kénytelenek voltunk saját magunk által készített vákuumos kötést alkalmazni.

EREDMÉNYEK: A VAC készüléket két igen komplikált esetben sikerrel alkalmaztuk: egy súlyos lövés sérülés esetében és egy nagy kiterjedésű hasfali lágyrészfektus kezelése során. A házilag készített vákuumos kötést átlagosan évi 14 esetben alkalmazzuk leggyakrabban lágyrésziányok kezelése és pótlása során, septicus sebek kezelésében, nyílt törések lágyrésziányainak fedésénél.

KÖVETKEZTETÉS: A saját magunk által készített vákuumos kötés is rendkívül hasznos, sokszor szinte pótolhatatlan módszer. Megfelelő finanszírozási feltételek mellett a professzionális VAC alkalmazásával a technika leghatékonyabb módja állna a traumatológus rendelkezésére.

A-0006

NYÍLT MEDENCETÖRÉSEK

Naumov István - Vámhidy L. - Wiegand N. - Bukovecz T. - Máthé T. - Szabó T.

PTE KK, Mozgásszervi Sebészeti Intézet Traumatológiai és Kézsebészeti Klinikai Tanszék, Pécs

A nyílt medencetörések súlyos, életveszélyes sérülések, polytraumatizáció részjelensége. Általában B, C típusú elmozdulással járó sérüléseknél keletkezik. A fő vérzésforrás az alacsony nyomású vénás rendszerből származik, de nem ritkák az arteriális sérülések sem. A vérzés mellett a fő veszély a kontamináció. A nyíltság nem csak a bőrön keresztül valósul meg, hanem a rectumon, hüvelyen, stb. keresztül is előfordulhat.

BETEGANYAG: 1999. január 01. – 2009. január 01. között 184 medence sérültet láttunk el klinikánkon, melyek közül 14 volt nyílt. 12 a külvilággal is érintkezett, 2 esetben „csak” üreges szerv felé volt nyílt a törés. ISS score: 17-28 közötti volt. Minden sérültet priméren elláttunk. Minden esetben sebellátást, priméren OS-t végeztünk /Exfix vagy percután csavarozás/, 7 esetben colostoma felhelyezése is szükséges volt. 5 esetben priméren 2 esetben 24 óra múlva. Second look minden esetben 24 órán belül megtörtént, további revíziók összesen 19 esetben történtek.

EREDMÉNYEK: 5 beteget elvesztettünk: 2 nap után 1, 1 hét után 1, 3 héten belül 3 beteg. További 9 betegünk gyógyult.

KÖVETKEZTETÉSEK: Megfelelő protokoll szerinti ellátás szükséges. A seb megfelelő ellátása, kezelése alapvető, lavage, debridement, többszöri sebrevízió. Colostomák alapvető fontossága. Társsérülések ellátása befolyásolja a végső eredményt /rectum, hüvely, húgyhólyag, erek stb./

A-0012

MEDENCE KÖRNYÉKI LÁGYRÉSZ DEFECTUSOK PÓTLÁSA

Fekete Attila - Bánk A.

Országos Gerincgyógyászati Központ, Budapest

A medence környékén keletkezett különböző eredetű lágyrész hiányok pótlása kiemelt feladatot jelent. A sacrum, a lumbosacralis regio és a medencelapát, csípőízület tájéka nehezen mobilizálható és speciális vérellátású lágyrészekkel fedett, ami az esetenként kialakult hiányok pótlását igen megnehezítheti és sok esetben több leány kombinált felhasználását teszi szükségessé. A szerzők az ebben a régióban végzett műtétek eseteit elemezve felhívják a figyelmet a gondos anatómiai ismeretekre, az alapos preoperatív tervezésre, de az improvizáció képességének szükségére is.

A Magyar Traumatológus Társaság 2009. évi Kongresszusa és Fialatok Fóruma

2009. május 7-9. | Tapolca, Hunguest Hotel Pelion

A-0030

A CRONOSSAL SZERZETT KEZDETI TAPASZTALATAINK AZ ÁLÍZÜLETEK ÉS CSONTHIÁNYOK PÓTLÁSÁBAN

Gera László - Oberna Gy. - Kertész G. - Haga Á.

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

CÉLKITŰZÉS: Az állízület kezelésében bevezetett új csontpótló szerek alkalmazása.

MÓDSZER: Az állízületek feltárását követően a törtvégek felrészítése stabil rögzítés lemezzel vagy velőúrszeggel. A csontdefektus kitöltése csontpótló anyaggal (Cronossal).

EREDMÉNYEK: Az állízületek kezelésében osztályunkon bevezetett Cronossal végzett „spongiosa” plasztikák kezdeti és korai eredményéről szeretnék beszámolni 19 eset tapasztalatai alapján. A kisebb állízületeknél -alkar csontok esetében- már a 6. héten a kontroll rgt. felvételeken kompaktabb rgt. árnyék volt látható, a szanált állízület területén a nagyobb csöves csontoknál (tibia, femur) kiterjedtebb csonthiánnyal járó állízületeknél ez a jelenség inkább a 12. hét magasságában volt megfigyelhető. Úgy gondoljuk, hogy ezekben az esetekben a kiterjedt lágyrész károsodás utáni keringési zavar miatt figyelhető meg az elhúzódó átépülés.

KÖVETKEZTETÉS: A 19 eset tapasztalatai alapján mindenképpen előnyösnek tartjuk az állízületek, csonthiányok pótlásában a Cronost, szemben a homológ spongiosával, melynek beépülése bizonytalan és gyakran ismételt spongiosa plasztikákra van szükség, valamint az autológ spongiosával szemben, korlátozott mennyiségű spongiosa.

A-0097

ANTIBIOTIKUMMAL KOMBINÁLT SZINETIKUS CSONTPÓTLÓK ALKALMAZÁSA NYÍLT LÁBSZÁRTÖRÉS ELLÁTÁSA SORÁN

Sztányi István - Noviczki M.

Jósa András Oktatókórház, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Nyíregyháza

CÉLKITŰZÉS: antibiotikummal kombinált szintetikus csontpótló (nanokristályos hydroxiapatit) eredményességének vizsgálata csontdefektussal járó nyílt lábszártörések csontpótlása során.

ESETBEMUTATÁS: 1. esetünk: 54 éves férfi motorbalesete során Gustillo III./b típusú jobb oldali nyílt lábszártörést szenvedett el. Debridement-et követően törését fixateur externe-nel stabilizáltuk, majd sebrevíziót követően a csontdefektus helyére spacer (antibiotikumos lánc) beültetése történt, lágyrész-defektusát mediális gastrocnemius izomlebennyel pótoltuk. Sebgyógyulást követően műszerváltást végeztünk: fixateur eltávolítás, felfúrás nélküli velőúrszegezés. Potenciális szeptikus folyamat lehetősége miatt csontdefektusát széles spektrumú antibiotikummal kombinált nanokristályos hydroxiapatittal pótoltuk.

2. esetünk: 50 éves férfi Gustillo III./a típusú nyílt lábszártörést szenvedett el közlekedési baleset során. Törését debridementet követően felfúrás nélküli velőúrszegezéssel rögzítettük, majd gyulladásos folyamat kialakulása miatt a velőúrsegezt eltávolítottuk, fixateur externe felhelyezése történt. Lágyrész-hiányát suralis lebennyel pótoltuk. A csontdefektust a szintén meglévő potenciális szeptikus folyamat lehetősége miatt szintén széles spektrumú antibiotikummal kombinált nanokristályos hydroxiapatittal pótoltuk. A szintetikus csontpótló anyag mindkét esetben beépült. Első esetünkben a klinikai és laborvizsgálatok alapján felmerülő velőúrszeg melletti gyulladásos folyamat gyanúja miatt fémkivételt, velőúr-felfúrást végeztünk, amelyre a gyulladásos folyamat megszűnt.

KÖVETKEZTETÉSÜNK: potenciálisan szeptikus területen a szintetikus csontpótló anyag alkalmazása ellenjavallt, de kivételes esetekben széles spektrumú antibiotikummal kombinálva eredményesen alkalmazható csontdefektussal járó nyílt lábszártörések ellátásában.

A-0112

MÁSODFOKBAN NYÍLT WEBER-B BOKATÖRÉS ELLÁTÁSA PRIMER HOMOLÓG CSONTBEÜLTETÉssel - ESETISMERTETÉS

Pécsi Ö. - Klára T.

Sopron Megyei Jogú Város Erzsébet Kórház a DE OEC Oktató Kórháza, Traumatológiai Osztály, Sopron

CÉLKITŰZÉS: Esetbemutatásunkban a homológ csonttranszplantáció, nyílt törések kezelésében osztályunkon alkalmazott szempontjait mutatjuk be.

MÓDSZER: 55 éves nőbetegünk kerékpárral esett el, bal oldali, a külbokán kb. 1 centiméteres csonthiánnyal járó, a belboka felett II. fokban nyílt, luxatiós Weber-B típusú törést szenvedett el. Tekintettel a külbokán észlelt jelentős csonthiányra, lyofilizált homológ csontbeültetéssel kombinált lemezes osteosynthesis mellett döntöttünk.

EREDMÉNYEK: Az alkalmazott kezelés mellett törései konszolidálódtak, a beültetett csont megnyugtatóan beépült.

KÖVETKEZTETÉS: Véleményünk szerint a nem szennyezett, és a primeren megnyugtatóan stabilizálható nyílt törések ellátásában a homológ csont transzplantáció megfontolandó módszer.

A-0138

NYÍLT HUMERUS TÖRÉSEK, FIXATEUR EXTERNE HASZNÁLHATÓSÁGA

Kecskeméti Ákos - Vánkos Z. - Szódy R.

Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

CÉLKITŰZÉS: Multi- illetve polytraumatisált sérültek primer acut ellátásában vizsgáljuk a fixateur externe átmeneti rögzítés lehetőségét, határait, illetve veszélyeit.

MÓDSZER: Különböző sérüléskombinációk analízise, ISS meghatározása után választott módszerként acutan felhelyezett fixateuros rögzítés, illetve későbbiekben módszerváltás kapcsán elvégzett belső rögzítések analízisét végezzük iatrogen szövődmények, illetve módszerváltás ideje, annak szövődményeinek elemzésével együtt.

EREDMÉNYEK: A fixateuros átmeneti rögzítés, különösen súlyos sérüléskombinációkban javítja a betegek túlélését, illetve csökkenti más módszerekkel szemben a septicus szövődmények számát.

KÖVETKEZTETÉS: A humerus törések esetében favozált felfúrás nélküli reteszelt velőűrszegezés mellett a fixateur externes rögzítésnek az acut ellátásban polytraumatisatio, illetve súlyos kiterjedt lágyrészt trauma esetén is van jelentősége.

A-0009

MEDENCEGYŰRŰ-SÉRÜLÉSEK MŰTÉTI ELLÁTÁSÁNÁL HASZNÁLATOS KÜLÖNBÖZŐ IMPLANTÁTUMOK VÉGESELEMES VIZSGÁLATA

Bodzay Tamás¹ - Asbóth L.² - Burján T.² - Bagdi C.² - Flóris I.¹ - Váradi K.²

*1 Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest
2 BME Gépszerkezettani Intézet, Budapest*

BEVEZETÉS: Az emberi medence mechanikai szempontból gyűrűnek fogható fel. Sérülésekor a medencegyűrű instabillá válhat. A C típusú sérülések műtéti rögzítése mindenképpen indokolt.

CÉLKITŰZÉS: A C-típusú medencegyűrűsérülések ellátására több műtéti eljárás használatos. A különböző rögzítési technikák stabilitását vizsgáljuk végeselemes medencemodellen.

ANYAG ÉS MÓDSZER: A korábban kidolgozott és hullai preparátumokon végzett vizsgálatok eredményeivel validált végeselemes modell tartalmazza a medencét alkotó csontokat és ízületeket a csípőízülettel és a combcsont proximalis végével együtt. Modelleltük a medencegyűrű sérüléseit és az azokat rögzítő műtéti eljárásokat. Az elülső sérülést (symphyseolysis) keskeny DC - lemezzel rögzítjük, a hátsó sérülést (Denis II. sacrumtörés) összehasonlításként ventralisan felhelyezett 2 db. rekonstrukciós lemezzel stabilizáljuk, majd a használt egyéb technikákat modellezzük. 500 N-os terhelést alkalmazunk, mely a keresztcsont felső felszínén hat, ezzel kívánunk az élettanhoz hasonló körülményeket szimulálni. A végeselemes vizsgálatok meghatározták a műtéti eljárások

EREDMÉNYEK: A ventralisan felhelyezett lemezekkel végzett rögzítés a legstabilabb, az egyéb technikák stabilitásait az előadásban elemezzük.

KÖVETKEZTETÉSEK: A rendelkezésre álló műtéti eljárások közül a sérülés instabilitásához „megfelelő” lehetőséget kell választanunk.

A-0085

ÚJ MÓDSZER A HAMSTRING INAK FIXÁLÁSÁBAN LCA PLASZTIKÁJÁNÁL

Nagy József - Földesi Gy. - Urfi L.

Kiskunhalasi Semmelweis Kórház, Kiskunhalas

A hamstring inakkal történő LCA pótlás és fixálás számtalan módja ismert, és használatos a mindennapi arthroscopos gyakorlatban.

A szerző egy új módszert ismertet külföldi tanulmányút és néhány hazai operált eset kapcsán. Taglalja az ún. hybrid fixatio előnyeit-hátrányait illetve beszámol kezdeti kedvező tapasztalatairól.

A-0076

VISCOSUPPLEMENTATIO SZEREPE ÍZÜLETI SÉRÜLÉSEK POSZTOPERATÍV REHABILITÁCIÓJÁBAN

Vásárhelyi Gábor - Hangody L. - Kárpáti Z. - Kollár R.

*Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórház, Budapest
Sanitas Magánklinika, Budapest*

Előadásunkban, a hazánkban mostohagyerekként kezelt viscosupplementatio gyakorlati jelentőségére szeretnénk rávilágítani a figyelmet. Nemzetközi irodalomra támaszkodva vázoljuk az intraarticularisan beadott hyaluron mechanikai, ill. biológiai hatását, összehasonlítva, hogy ezen élettani hatások hatékonysága miként függnek össze a hazánkban is elérhető hyaluronsav származékok fizikai, ill. kémiai tulajdonságaival. Végezetül bemutatjuk, hogy gyakorlatunkban az arthroscopos porcellátáson, ill. ízületi és ízület közeli reconstructio műtéten átesett betegek rehabilitációja miként gyorsítható fel az inraarticularis viscosupplementatio kellő időben való alkalmazásával.

A-0093

A HOSSZÚ CSÖVES CSONTOK GYERMEKKORI TÖRÉSEINEK KLASSZIFIKÁCIÓJA

Noviczki Miklós

Jósa András Oktató Kórház, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Nyíregyháza

BEVEZETÉS: A magyar gyermek-traumatológusok évek óta próbálnak létrehozni egy ún. gyermek-traumatológiai regisztert, melynek alapja az egészséges sérülés-klasszifikáció és kódolás. Az AO külön erre a feladatra alakult munkacsoportja elkészített egy, a felnőttekéhez hasonló alapelveken nyugvó, a gyermekkori sajátosságokat tartalmazó törésbeosztást. A hosszú csöves csontok gyermekkori töréseinek AO klasszifikációja néhány kérdést (páros csontok törései, kétoldali törések, az oldaliság feltüntetése) nem, vagy csak részben oldott meg.

CÉLKITŰZÉS: Az AO kódrendszerhez hasonló, könnyen, egyszerűen alkalmazható, a meglévő speciális gyermek-traumatológiai osztályozásokat is magába foglaló, a mindennapi gyakorlatban használható és egy gyermek-traumatológiai regiszter alapját képező klasszifikáció és kódrendszer kidolgozása.

MÓDSZER: Kódrendszerünk egyelőre a felkar, alkar, combcsont és lábszár csontjainak töréseit osztályozza. Az első két karakter a felnőtt AO kódolásnak megfelelően a csontot és a szegmentumot, a harmadik (betű-karakter) a páros vagy páratlan csontokat jelöli. A csonton belüli lokalizációt (epi-meta-diafizis) a negyedik, ugyancsak betűjel mutatja, míg a törés morfológiáját (speciális gyermekkori sajátságokat) az ötödik, a törés súlyossági fokát és kiterjedését, valamint a diszlokáció mértékét a hatodik és hetedik karakter tartalmazza. Az utolsó, szintén betűként szereplő karakter az oldaliságot jelenti. A páros csontok egymással összefüggő töréseit két kódszám közös keretben jelöli.

EREDMÉNYEK: Kódrendszerünk megoldást jelent a bevezetőben említett problémákra. Eddig valamennyi, a hosszú csöves csontok gyermekkori töréseinek klasszifikációjába bevont töréses esetet nehézség nélkül sikerült osztályoznunk.

KÖVETKEZTETÉS: Munkánk a gyermekkori törések hazai klasszifikációjának kidolgozásában a kezdeti lépés, terveink szerint a vállöv, a kéz, a medence és a láb csontjai töréseinek osztályozása jelenti a folytatást. Általános bevezetését és egy gyermek-traumatológiai regiszterben való felhasználását javasoljuk.

A-0027

KÉSŐI EREDMÉNYEK COMBNYAKTÖRÉSEK COPRESSIOS PENGÉVEL TÖRTÉNŐ ELLÁTÁSÁT KÖVETŐEN

Pócs Levente - Gera L. - Bányai T. - Kerekes L.

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

CÉLKITŰZÉS: 2006-ban a világon elsőként bevezetett módszer utánvizsgálata, az eredmények értékelése.

ANYAG ÉS MÓDSZER: A PFNA szeg kompressziós pengéjének 5mm-es összehúzását használtuk ki a kompresszó és stabilitás fokozására. Biomechanikai vizsgálatok igazolták a fokozottabb stabilitást intracapsularis törések esetén. 3 év alatt 146 esetben alkalmaztuk a fent említett módszert. Az utánvizsgálat során értékeltük a dokumentáció és a röntgen-film alapján a pengének a combfejben történt elmozdulását, a körülötte lévő resorptios zónát. A pengének lateral felé történő csúszásának mérésével meghatároztuk a combnyak rövidülését. A kontrollvizsgálatok a postoperatív 6. és 12. héten történtek.

EREDMÉNYEK: Technikailag helyesen kivitelezett műtét esetén egy esetben sem fordult elő femurfej-perforatio. A korai postoperatív időszakban a korábbi módszerekhez képest rövidebb hospitalizációs idő volt szükséges. A törésvonalban létrehozott fokozottabb kompresszió miatt csökkent a mikromozgás, és így a postoperatív időszakban jelentősen enyhébb fájdalom miatt a mobilizációt korábban lehetett elkezdeni, fájdalomhatárig terhelhettünk. Ha a 6. héten jó callusképződést észleltünk, akkor teljes terhelést javasoltunk. 10 esetben kellett módszert váltanunk. 2 esetben fejperforatio-műtéttechnikai hiba miatt, 8 esetben redislocatio történt (invertebral törések esetén).

MEGBESZÉLÉS: Combnyaktörések műtéti ellátására ajánljuk eredményeink alapján a költséghatékony compressios pengével végzett synthesist a jó rotációs stabilitás, a törésben létrehozott compressio miatt, melyet eredményeink bizonyítottak.

A Magyar Traumatológus Társaság 2009. évi Kongresszusa és Fialatok Fóruma

2009. május 7-9. | Tapolca, Hunguest Hotel Pelion

A-0053

ISMERKEDÉSÜNK ÉS BARÁTSÁGUNK A PHILOS LEMEZSEL

Palkovits Zoltán - Tömböl F. - Milanovich G. - Balogh P. - Vándor B.

Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Traumatológiai, Orthopédiai, Kézsebészeti Centrum, Győr

Humerus proximalis vég töréseknél mely esetekben a Philos lemez az egyértelmű megoldás és melyek azok az esetek, amikor választható más módszer is jó eredménnyel. 1év - 32 eset. A rövid időszak tapasztalata összevetve a korábbi évek megoldásaival. A humerus proximalis vég minden típusú törésének kezelésére kiválóan alkalmazható a Philos lemez. Ennek a kiemelkedő stabilitású technikának az előnye osteoporotikus törések és instabil, darabos törések kezelésében használható ki igazán. Sebészi nyak törések esetén retrograd vagy anterograd velőürszegezés végezhető. Elesett állapotú, idős, kis aktivitású betegeknek kevésbé invazív, kisebb megterhelést jelentő műtéti megoldás a percutan tűzés alkalmazása. Feldolgozva az eddigi eseteinket a módszer adta kiváló eredmények mellett felhívjuk a figyelmet az általunk elkövetett hibákra is.

A-0072

ÚJ RENDSZERŰ VÉGTAGPÓTLÓ PROTÉZIS TRAUMÁS FEMUR AMPUTÁLTAK SZÁMÁRA.

Móricz Ottó - Weber Gy. - Máthé T. - Ferencz S.

PTE KK, Traumatológiai Központ, Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika, Pécs

PTE KK, Sebészeti Klinika, Pécs

PTE ÁOK, Kísérletes Sebészeti Intézet, Pécs

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 felfűrés után csavarmenetes 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 hosszan. 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. június - 2006. január között 4 első fázis műtét történt. Egy betegnél már a második fázist is elvégeztük. Előadásunkban az új rendszerű végtagpótló protézist, annak műtéti kivitelezését és rehabilitációját kívánjuk bemutatni.

A-0059

LÁBSZÁR ÉS LÁB NYÍLT TÖRÉSEK ÉS SEPTICUS FOLYAMATOK LÁGYRÉSZDEFECTUSAINAK MANAGEMENTJE (AZ ELMÚLT 5 ÉV TAPASZTALATAINAK ÖSSZEGZÉSE)

Frendl István - Molnár L. - Fekete K.

DE OEC, AOK, Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék, Debrecen

CÉLKITŰZÉS: Az elmúlt évtized szemléletváltozása a rekonstrukciós sebészetben a szerzőket a lágyrészdefectusok fedésével szerzett tapasztalatok összegzésére vezette.

MÓDSZER: Az elmúlt öt évben a DEOEC Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszékén 53 esetben végeztek lábszár és láb lágyrészdefectusok fedésére lebenyplasticát. Ezen időszak alatt 18 gastrocnemius medialis és lateralis fej izomlebenyt, 3 saphena fasciocutan lebenyt, 11 soleus izomlebenyt, 3 hemisoleus distalisan nyelezett izomlebenyt, 10 arteria suralis fasciocutan lebenyt, 3 arteria dorsalis pedis fasciocutan lebenyt, 2 arteria radialis szabadlebenyt és 3 latissimus dorsi szabadlebenyt alkalmaztak lábszár és láb lágyrészdefectusok fedésére.

EREDMÉNYEK: A lebenyek közül 46 teljesen megtapadt. Egy suralis lebeny necrotisált, és 6 esetben fordult elő lebenyszéli rész necrosis. Így a kezelt nyílt törések és septicus folyamatok lágyrészdefectusai 86,7 %-ban meggyógyultak.

KÖVETKEZTETÉS: A legtöbb lábszár és láb lágyrészdefectus helyi vagy regionális érnyeles fasciocutan vagy izomlebennyel fedhető. Ezek az érnyeles lebenyek sokkal életképesebbek és biztonságosabbak, mint a szabadlebenyek. A fasciocutan lebenyekkel mobilis bőrterületek fedhetők. Az izomlebenyekkel szabadon lévő csontot fednek, üreget töltenek ki, vagy csontinfekciót kezelnek. A ritkábban alkalmazott szabadlebenyekkel extrém nagy lágyrészdefectusokat fednek.

A-0082

GONDOLATOK A HARMADFOKBAN NYÍLT LÁBSZÁRTÖRÉSEKRŐL

Wiegand Norbert - Naumov I. - Várhidy L.

PTE KK, Mozgásszervi Sebészeti Intézet Traumatológiai és Kézsebészeti Klinikai Tanszék, Pécs

A nyílt törések beosztására ma is a Gustillo-Anderson által 1976-ban megjelentetett és Mendosa által 1984-ben módosított kategóriákat használjuk. Hazánkban közel 2500 lábszártöröttet kezelünk évente, akik közül kb. 400 szenvedett nyílt törést. A harmadfokban nyílt sérülések ellátása a mai napig az egyik legnagyobb kihívást jelentő feladat még a tapasztalt traumatológusok részére is.

Előadásom célja, hogy bemutassam a harmadfokban nyílt lábszártörések kezelésében szerzett tapasztalatainkat, a diagnózisban és a kezelés során felbukkanó nehézségeket, buktatókat és szövődményeket.

Az elmúlt 12 év során klinikánkon 402 lábszártöröttet kezeltünk műtéti úton. A 98 nyílt töröttet mi is Gustillo szerint osztályoztuk, melyek közül 45 első-, 38 második-, és 15 harmadfokban volt nyílt. A műtéteket első sorban felfúrás nélküli velőürszeggel és fixateur externe-nel végeztünk, de alkalmaztunk LISS-et és LCP-t is az ellátás során.

A törések gyógyulása és a szövődmények előfordulása betegeinknél szerencsére közel áll a friss irodalomban szereplő adatokhoz. Az amputációs arány így is megközelíti a 20%-ot, a szeptikus szövődmény pedig a 30%-ot.

Eredményeink azt igazolják, hogy a harmadfokban nyílt lábszártörések kezelésében a helyes diagnózis, megfelelő műtéti technika és legfőképpen a mindenre kiterjedő lágyrész management hozhat megfelelő gyógyulást.

A-0096

LOKÁLIS LEBENYEK ALKALMAZÁSA A NYÍLT LÁBSZÁRTÖRÉSEK LÁGYRÉSZ DEFEKTUSAINAK PÓTLÁSÁRA

Sztányi István - Noviczki M.

Jósa András Oktató Kórház, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Nyíregyháza

CÉLKITŰZÉS: a nyílt lábszártörések lágyrész-defektusának korai pótlásával elért lágyrész és csontgyógyulás vizsgálata.

ANYAG ÉS MÓDSZER: Osztályunkon a nyílt lábszártörések ellátása során a radikális debridement-et követően abszolút stabilitásra törekedve primer rögzítést alkalmazunk intra- vagy extramedulláris módszerekkel. Nyitott sebkezelést és sebrevíziót (sebrevíziókat) követően korai lágyrész-pótlást végzünk, a sebgyógyulást követően szükség szerinti módszerváltással, szükség esetén egy- vagy többszakaszos csontpótlással. Az általunk használt lokális lebenyek: mediális gastrocnemius izomlebeny, hemisoleus és disztálisan nyelezett soleus izomlebeny, suralis lebeny.

EREDMÉNYEK: A fentiek közül valamennyi lebenyt alkalmaztuk, lebenyelhalást nem észleltünk, a lágyrészek lebenyplasztika utáni rendeződését követően definitív csontpótlást végeztünk. 2 esetben a lebenyplasztika ellenére septicus szövődmény (fistula, velőúr-phlegmone) alakult ki. Néhány esetünk ismertetésével bemutatjuk az általunk használt lebenyeket.

KÖVETKEZTETÉSEINK:

1. A lábszár proximális harmadában lágyrész-defektus pótlására elsősorban a gastrocnemius mediális felét használjuk jó eredménnyel.
2. A középső harmadban hemisoleus, esetleg suralis lebenyt alkalmazunk.
3. A disztális harmadban suralis lebenyt vagy disztálisan nyelezett soleus lebenyt használunk a lágyrész-hiányok pótlására.
4. Az utóbbi 10 évben osztályunkon a lokális lebenyek használata jelentősen visszaszorította a szabadlebenyek alkalmazását nyílt lábszártörések lágyrész-defektusának a pótlásában.

A-0132

NYÍLT LÁBSZÁRTÖRÉSEK ELLÁTÁSA – OTRI 15 ÉV 658 ESET

Kádas István - Magyarai Z. - Törköly T. – Kádas D.

Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

CÉLKITŰZÉS: A nyílt lábszártörések ellátása nehéz feladat. Csonttörésekben az ember belső statikai váza sérül. Ha a lágyrész sérülés miatt nem kívánatos a belső osteosynthesis, egy külső statikai vázat helyezünk fel, a fixateur externe-t. A külső váz statikai szempontból másképp viselkedik, mint a belső, kevésbé stabil, de a törésre gyakorolt hatása térben és időben változtatható. A töréssel egyidejűleg, nyílt lábszártörésnél, fennáll egy súlyos lágyrész köpenysérülés is, aminek elhárítása egyedi protokollt igényel.

MÓDSZER: A fixateur osteosynthesisek stabilitását a Budapesti Műszaki Egyetem munkacsoportjával együtt vizsgáltuk. A legstabilabb forma a távoli nyárs és távoli rúd kombináció volt, melyet véges elemes modell kísérlettel is igazoltunk. Az Országos Traumatológiai Intézetben 3x5 (A-B-C csoport) év 658 nyílt lábszártörött betegeinek utánvizsgálatát végeztük el. 1988-tól kidolgoztuk a módszerváltás protokollját. Az eredményeket 5 év retrospectív és 2x5 év prospectív periódussal hasonlítottunk össze. A vizsgált időszakban (15 év) 352 monoterápia történt: Lemez: 74, F.E.:112, VSZ:104, UTN:62. Kombinált kezelésként 270 esetet láttunk el: F.E.+VSZ: 100, F.E.+UTN: 57, F.E.+Lemez: 30, míg F.E.+Brace: 83 Egyéb ellátásban 36 sérült részesült. A törések megoszlását a Müller szerinti AO beosztás szerint csoportosítottuk, míg a nyíltsági fokozatot a Gustillo-Anderson klasszifikáció szerint.

EREDMÉNYEK: A kezelési taktikának köszönhetően a lágyrészek primer konszolidációja fokozatosan javult: A csoport 66 %, B csoport 75,7 %, C csoport 80,9 %. A septicus szövődmény aránya ennek megfelelően csökkent: A: 15,5 %, B: 9,4 %, C: 6,6 %. A modern stabilizáló eszközök hatására a csontos konszolidáció aránya növekedett az idők folyamán. Törésgyógyulási zavar A: 31,6 %, B: 18 %, C: 8,7 % volt. Az amputációk száma jelentősen csökkent: A: 4,9 %, B: 2,3 %, C: 0,7 %.

KÖVETKEZTETÉS: Ezek a kiemelt adatok mutatják, hogy a protokollok kidolgozása, bevezetése és következetes betartása javítja a nyílt lábszár törések gyógyulási esélyeit. A 15 éves periódusban a protokollok módosultak, megjelentek a kombinált kezelések, mellyel a módszerek előnyeit erősítettük és a hátrányokat csökkentettük.

A-0146

NYÍLT LÁBSZÁRTÖRÉS + LÁGYRÉSZDEFEKTUS = LEBENY ! (ESETBEMUTATÁS)

Szabó Tamás - Naumov I.

PTE KK, Traumatológiai Központ, Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika, Pécs

CÉLKITŰZÉS: Lágyrészdefektussal járó, nyílt lábszártörések ellátása komoly kihívást jelent a traumatológus számára.

MÓDSZER: 30 éves, jobb oldali III./B típusú nyílt lábszártörést szenvedett férfi a sérülést követő 8. napon jelentkezett klinikánkon. A primer ellátás külföldön történt, ahol a törését fixateur externnel stabilizálták, azonban a kialakult lágyrészdefectus ellátatlan maradt. AO 42-B3-as törés igazolódott, mely jelentős dislocatio nélkül volt stabilizálva. A 3x6 cm-es területen lágyrész-borítás mentes tibiát a sérüléstől számított 10. napon érneyes izomlebennnyel fedtük. Egy héttel később intramedularis rögzítésre történő módszerváltás történt.

EREDMÉNYEK: A lágyrészdefektus ellátását követően szövődmény nem jelentkezett, a törésgyógyulás zavartalan volt. A sérült jelenleg is panaszmentes, mozgásfunkciói teljeseek.

KÖVETKEZTETÉS: Lágyrészdefektussal járó lábszártörés esetén a szövődmények elkerüléséhez, a törésgyógyuláshoz elengedhetetlen a csont lágyrész fedésének biztosítása. A módszer megválasztása, a beavatkozás időpontjának meghatározása nagyban befolyásolja az ellátás sikerességét. A fedés idejének optimalizálása jelenti az igazi problémát a nyílt törések ellátásában.

A-0083

CSONTHIÁNY PÓTLÁSA A TIBIÁN SEGMENT-VÁNDOROLTATÁSSAL VELOŰRSZEGGEL HASZNÁLATA MELLETT

Bserki Sándor - Badó Cs. - Tomcsik T. - Abdul W.A. M. - Stefardian S. - Kegyes M.

Csongrád Megyei Önkormányzat dr. Bugyi István Kórháza, Baleseti és Helyreállító Sebészeti Osztály, Szentés

BEVEZETÉS: Az anyagihiányos nyílt lábszártörések nagy kihívást jelentenek a sebésznek és betegnek egyaránt. A lehetséges módszerek közül az egyik igen biztonságos és reménnyel kecsegtető eljárás a szegment-vándoroltatás az anyagihiányba.

ANYAG ÉS MÓDSZER: A szerzők 2 beteg kezelése kapcsán ismertetik az eljárást. Mindenképpen ép lágyrészek szükségesek a műtéthez, azért a lágyrészek pótlása elsődleges feladat. Az egyik beteg kapcsán fixateur externe-nel történt a csontszegment vándoroltatása az anyagihiányba, a második esetben felfúrás nélküli velőrszegeszt követően a szeg felett végezték külső rögzítővel a vándoroltatást. Mindkét esetben kifejezetten a végtaghosszabbításhoz és szegment-vándoroltatáshoz kifejlesztett Orthofix típusú fixateur externe-t alkalmaztak.

EREDMÉNYEK: Mindkét esetben sikeres gyógyulást és jó funkcionális eredményt értek el. A felfúrás nélküli velőrszegezés, amennyiben infectio nem lép fel, nagy előnyt jelent. Ugyancsak nagyon fontos a külső csonttrógzító típusa, hiszen az e célra szerkesztett nagy biomechanikai stabilitású Orthofix-eszköz, hybrid komponensekkel kiegészítve a siker komolyeselyét hordozza magában.

MEGBESZÉLÉS: Az anyagihiányos, nyílt lábszártörések esetében a cél a beteg eredeti végtaghosszának megtartása mellett új csont képzése vagy pótlása. A callus-distractio elvén alapuló szegment-vándoroltatásos módszer egyszerű és viszonylag biztonságos ellátási lehetőséget kíván. Ahogyan technikai jellegű eljárásokban, így itt is igen fontos az alkalmazott eszközök minősége és a célra tervezett kivitele. A megfelelő stratégiának a felfúrás nélküli primer velőrszegezés, majd ezt követő szegment-vándoroltatás tűnik. Az eljárás nagy szakértelmet, és mind a reteszvelőrszegezés, mind a fixateur externe-nel történő végtaghosszabbítás területén hozzáértést igényel.

A-0140

CONQUASSATIOVAL JÁRÓ VÉGTAGSÉRÜLÉSEK ELLÁTÁSÁNAK PRINCÍPIUMAI - „MANGLED EXTREMITY SCORE” VAGY KLINIKAI JUDICIUM?

Frenyó Sándor - Tihanyi D.

Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

CÉLKITŰZÉS: Súlyos, roncsolódással járó (Gr.3.) végtagsérülések primaer ellátásánál a következő dilemmával kell szembesülnünk:

- ha sikerül a végtagot megtartani, várható-e hasznos funkció?
- a végtag primaer amputációja adott esetben ultimum refugium, csőd, vagy a választandó eljárás?
- műtét technikai bravur vagy a józan klinikai ítélőképesség a sebész fő motivációja?

Kérdés, hogy mennyire támaszkodhatunk, adott esetben az un. „mangled extremity score”-okra?

MÓDSZER: részben az elmúlt 15 év irodalmát tekintettük át, részben saját 10 éves anyagunkból vontunk le következtetéseket.

EREDMÉNYEK: trauma centrumok anyagát tanulmányozó áttekintő tanulmányok közül kiemelkedik az a referátum, melyben öt különböző score rendszert hasonlítottak össze (8 USA Level-1 trauma centrum anyaga 1994-97 között – „LEAP Study”). Megállapítják, hogy mindegyik score rendszernek alacsony a szenzitivitása, egyikük sem használható a végtag megtartás egyedüli kritériumaként. A végtag megtartás és a primaer amputáció kérdését taglaló közlemények metaanalízisének konklúziójaként a következő eredményt kapják (Busse, J.Orthop.Trauma 2007): a végtag megtartás („limb salvage”) eseteiben az osteomyelitis előfordulása 3-szoros volt, az álizület 20,9%-ban fordult elő, lényegesen több volt a reoperációk, ismételt hospitalizációk száma, és magasabb a kezelés költsége, mint primaer amputációnál. Ugyanakkor 24 hónapos utánvizsgálat eredményei alapján a funkcionális károsodás („disability”) nem volt magasabb a primaer amputáción átesettek csoportjában, mint akiknél a végtag megtartására törekedtek. Saját eredményeink: 1996 – 2005 között 28 sérültet vettünk fel, akiknél a primaer ellátás során amputációt vagy amputáció befejezését végeztünk. 10 sérült szenvedett polytraumát, 10 sérültnél amputáció befejezést végeztünk, 3 sérült exitált a felvettelt követő órákban. 6 sérültnél kíséreltük meg sikertelenül a végtag megtartását.

KÖVETKEZTETÉS: Mind az irodalom, mind saját tapasztalatunk alapján is kijelenthetjük, hogy súlyos roncsolt végtagsérüléseknél a végtag megtartását vagy primaer amputációját illetően a klinikai judicium bármely score rendszerrel szemben egyértelműen prioritást élvez.

A-0017

HELYREÁLLÍTÓ MŰTÉT POSTTRAUMÁS SEPTICUS TALUSNECROSIS KÖVETŐEN. ESETBEMUTATÁS.

Almási József¹ - Csöngé L.² - Balogh P.¹ - Tóth T.¹

¹ Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Traumatológiai, Orthopédiai, Kézsebészeti Centrum, Győr
² Nyugat-magyarországi Regionális Szövetbank, Győr

BEVEZETÉS: A talus teljes ficama ritka és súlyos lábsérülés. A gyógyhajlamos elsősorban a fertőzés és az avascularis necrosis veszélyezteteti. A kialakult csonthiánnyal járó septicus állapot mellett jó eredményt elérni komoly kihívás a sebész számára.

MÓDSZER: Jelen közleményben a szerzők egy fiatal nőbeteg esetét ismertetik, akinél tibioalcanealis desist végeztek, miután lábán teljes talus ficamot követően septicus talusnecrosis alakult ki. A baleset kapcsán azonos oldali nyílt femur és patella törést is szenvedett. A műtétet két ülésben végezték, az eljárást részletesen ismertetik. A talus eltávolítását követően antibiotikum spacert ültettek be. Ezt követően tibioalcanealis desist végeztek szögletmez osteosynthesis-sel. A csonthiányt liofilizált antigén- mentes allograft készítményével (autodigested, antigen extracted allogenic bone /AAA/) pótolták.

EREDMÉNY: A klinikai státuszt AOFAS hindfoot score és SF 36 teszttel követtük. A gyógyulást a duzzanat és a melegség érzet csökkenése mellett radiológiailag desisen átívelő trabekulák megjelenése mutatta. Az utánkövetést egy évig végezték, a desis nyolc hónap alatt épült át.

MEGBESZÉLÉS: Az ismertetett módszer megfelelő a hasonló súlyos alsó végtagi állapotok kezelésére, melyben nagy segítség a győri Szövetbank korszerű csontkészítménye.

A-0002

SÚLYOS KÉZTŐSÉRÜLÉSEK ELLÁTÁSA OSZTÁLYUNKON.

Kincses Zoltán - Csotye J. - Fierpasz F. - Kovács J.

BMKT Pándy Kálmán Kórház, Baleseti Sebészeti Osztály, Gyula

CÉLKITŰZÉS: A súlyos kéztősérülések /törések, ficamok, töréses ficamok/ nagyon ritkák. Felismerésük, ellátásuk még gyakorlott traumatológus számára is nehézséget okozhat. Az osztályunkon ellátott kéztősérülések bemutatásával próbáljuk az ilyen esetekre a figyelmet felhívni.

ANYAG: Két esetben a lunatum teljes voláris diszlokációját láttuk el. Az egyik sérültet akután, a másikat négy héttel a sérülés után. Harmadik esetben a proximális kéztőcsont sor darabos, ficamos töréseit a proximális kéztőcsontok eltávolításával kezeltük. Negyedik esetben a disztális kéztőcsontok ficamos töréseit operáltuk. Ötödik sérültnél a csukló törés fedett repozíciója után, kielégítő repozíciós helyzet mellett észlelt DISI deformitás miatt, a műtéti ellátás mellett döntöttünk.

MÓDSZER: A primer röntgenképek, a posztoperatív felvételek, műtéti képek segítségével mutatjuk be az ellátás lépéseit. Egy-három évvel a műtét után látott csukló funkciót és a kontroll röntgenfelvételeket is bemutatjuk.

MEGBESZÉLÉS: Kis esetszámból nem lehet messzemenő következtetést levonni. Némelyik esetben valószínűleg nem a legcélravezetőbb megoldást választottuk. Mégis úgy gondoljuk, a csukló sérülések témakörben érdemes ezeket a ritka eseteket bemutatni.

A-0043

A DISZTÁLIS ALKARTÖRÉSEK UTÁN KIALAKULÓ PROGRESSZÍV NÖVEKEDÉSI ZAVAROK KEZELÉSE OSZTEOTÓMIÁVAL

Kassai Tamás - Kóvári T. - Hargitai E. - Kádas I. - Renner A.

Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Gyermektraumatológia, Budapest

CÉLKITŰZÉS: Az előadásban szeretnénk felhívni a figyelmet a ráduszs és ulna disztális epifízisének érzékenységre. A gyermek alkar hosszúnövekedésnek 60-70 % ezek a növekedési porcok biztosítják. Példákat mutatunk be, az epifízis sértő kezelési módszerekre és ezek következtében kialakuló növekedési zavarokra.

MÓDSZER: A már károsodott növekedési zónák progresszív módon okoznak esztétikai és funkcionális zavarokat. Ezek műtéti rekonstrukciója véleményünk szerint abszolút indikációt jelent, még az előtt, hogy a porcfelzárkó károsodása miatt nyugalmi fájdalmak megjelenjenek. A ráduszon gyakran részleges az epifizeodézis, így tengelyeltérésekkel együtt jön létre a rövidülés illetve az ulna túlnövése. A bemutatott esetekben szubsztraktív és additív oszteotomiákat, lemezes szintéziseket és az ulnán a kódházunkban kifejlesztett HLS csavarokkal rövidítést és hosszabbítást mutatunk be. Speciális ellátást követel a rotációs mozgás zavart okozó inveterált Galezzi sérülések rekonstrukciója, amikor a ráduszon végzett ferde síkú oszteotómiából végzünk tengely korrekciót és hosszabbítást.

EREDMÉNYEK: A gyermek-traumatológia egyik legnehezebb és legszebb feladata a posttraumás növekedési zavarok kezelése. A bemutatott esetekben megfelelően megválasztott műtétekkel - a túl korrekcióra is gondolva - egy műtéttel sikerült teljes funkcionális eredményt elérnünk. A gyermekek 3 hónappal a műtét után a sportot is megkezdték és általában egy évvel később a fémeket is eltávolíthattuk, több mint 2 éves utánkövetés után általában a növekedés befejeződésével a végállapotban is teljes mozgástartomány és stabilitás alakult ki.

KÖVETKEZTETÉSEK: Az alkar disztális növekedési zavarainak legfontosabb kezelése a megelőzés, nem szabad a epifízis károsodásával járó beavatkozásokat választani, ha mégis olyan sérülés történik amikor várható a növekedési zavar a szülők felvilágosítása, hosszú távú ellenőrzés, és szükség esetén rekonstrukcióval a teljes gyógyulás biztosítható. Ezek az esetek jól mutatják, a gyermek sérült ellátás speciális ellátási igényét, mind az akut szakban mind a később észlelt növekedési zavarok kezelésben.

A Magyar Traumatológus Társaság 2009. évi Kongresszusa és Fialok Fóruma

2009. május 7-9. | Tapolca, Hunguest Hotel Pelion

A-0041

MONTEGGIA SÉRÜLÉSEK OSZTÁLYUNK ANYAGÁBAN-KÉSŐI EREDMÉNYEK

Boda Tamás - Gera L. - Gergely Zs. - Fetter T.

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

CÉLKITŰZÉS: Az alkar ficamos jellegű törései között a Monteggia sérülés a leggyakoribb. Az előadásunkban a sérülés ellátása során szerzett tapasztalatainkat szeretnénk megosztani.

MÓDSZER: 1996. 01. 01 - 2008. 12. 31. között a Kecskeméti Megyei Kórház Traumatológia és Kézsebészeti Osztályán elvégzett 68 Monteggia sérülés körülményei, az ellátás módja és késői funkcionális eredmények elemzése retrospektív analízis és késői kontrollvizsgálat segítségével.

EREDMÉNYEK: A radius fejecs időnkénti törése, a ligamentum anulare szakadása, a proximalis membrana interossea sérülése és a sublúxiós tendencia miatt feltett gipszrögzítés miatt a supinációs és a extenziós mozgástartomány gyakran beszűkül, mely azonban a normál életvitelt, valamint a korábbi foglalkozáshoz való visszatérést ritkán érinti.

KÖVETKEZTETÉS: A primer ellátás során korai, az anatómiai viszonyokat „megközelítően” helyreállító, a stabil rögzítéseket előnyben részesítő sebészeti technika szükséges. A könyök mobilizálásának korai megkezdésével a késői eredmények kedvezőbbek.

A-0046

DISTALIS RADIUS VÉG TÖRÉSEK MŰTÉTI ELLÁTÁSA. "ELEGET OPERÁLUNK?" (5 ÉV RETROSPEKTÍV ANALÍZISE)

Barta Béla - Varga Zs. - Barkaszi Á. - Fekete K.

Kenézy Kórház Rendelőintézet Kft., Debrecen

DE OEC, ÁOK, Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék, Debrecen

CÉLKITŰZÉS: Az összes törés több mint 10%-a az orsócsont távoli végének törése. Az esetek viszonylag magas száma készítette a szerzőket saját beteganyaguk elemzésére.

MÓDSZER: A szerzők ismertetik a radius distalis vég törések műtéti indikációit, majd az osztályukon az elmúlt 5 évben végzett 1184 műtét statisztikai feldolgozását mutatják be műtéti típusok szerint. A vizsgált időszakban szögstabil lemezes osteosintézist 47 betegnél, támasztólemez 237 betegnél, fixateur ext. 107, tűződrótos osteosintézist 793 sérültnél végeztek.

EREDMÉNYEK: A vizsgált időszakban a műtétesen kezelt betegeknél Sudeck disztrófiát 7 esetben találtak. Szeptikus szövődmény 38 esetben fordult elő. Eredményeik értékelésénél Sennwald módszerét alkalmazták, az egyes funkciók eredményeit hasonlították össze.

KÖVETKEZTETÉS: A 3 mm-nél nagyobb rövidülés 20° a-nál nagyobb elbillenés, 15°-nál nagyobb rotációs diszlokáció, a processus styloideus ulnae letérése valamint a radioulnaris ízület sublúxiója esetén műtéti megoldást kell választani. A szerzők megállapítják, hogy a legnagyobb stabilitást nyújtó szögstabil lemez biztosítja a legjobb funkcionális eredményt.

A-0055

A RADIUS DISTALIS VÉG FIXATEUR EXTERNE KEZELÉSÉVEL SZERZETT TAPASZTALATAINK.

Tömböl Ferenc - Kretzer A. - Palkovits Z.

Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Kéz- és Mikrosebészeti Osztály, Győr

CÉLKITŰZÉS: A radius distalis vég fokozódó gyakorisággal előforduló, főként oszteoporózis talaján bekövetkező, darabos, instabil töréseinek megbízható, jó funkcionális eredményt biztosító, egyszerű, minimál invazív, költséghatékony kezelése.

MÓDSZER: Fedett repositio, minimális húzás, funkcionális helyzet beállítása mellett fixateur externe felhelyezés. Extrafokális nyársbehelyezés, biomechanikailag optimális síkban történő rögzítés. Jelentős húzás mellőzése lehetővé teszi a kellő idejű (6-8 hét) rögzítést műdszerváltás nélkül.

EREDMÉNYEK: 1996-2009-ig 825 eset (S5250 fődiagnózis 775 esetben). Jó funkcionális gyógyulás az esetek döntő többségében. Nincs járulékos lágyrész ill. keringéskárosodás. Műdszerváltás ill. folyamatos korrekció lehetősége akár konzervatív, akár operatív irányban. Jó tolerabilitás, korai terhelhetőség. Alacsony szövődményráta. Az eszközök sokszori felhasználhatósága, a rövid kórházi ápolási igény a költségeket jelentősen csökkenti.

KÖVETKEZTETÉS: Az orsócsont csuklóízületi vég töréseinek kezelésére a fixateur externe rögzítés, a módszertani elvek szigorú betartása mellett ajánlható eljárás.

A-0019

TÍPUSOS HELYI RADIUS TÖRÉSEK ELLÁTÁSI TAKTIKÁJA OSZTÁLYUNKON

Pillér Árpád - Börzsei L.

Kaposi Mór Oktatói Kórház, Aktív Mozgásszervi Sebészeti Osztály, Traumatológiai Egység, Kaposvár

CÉLKITŰZÉS: A törést követően gondos mérleget és tervezés után, konzervatív, vagy operatív módon visszaállítani az izületi kongruenciát, a volaris és radio-ulnaris szögviszonyokat és carpalis stabilitást.

MÓDSZER: AO klasszifikáció szerint értékelt rgt. Képek
A1 és A2 típusú törések konzervatív kezelés - rediszlokáció esetén műtét

A3 és Smith törés - volaris szögletstabil támasztó lemezelés

B és C típusú töréseknél izületi rekonstrukció - volaris támasztó lemezzel

2,4 mm titán szögletstabil lemezelés

Fixateur-externe 2 - 3 hetes korban módszerváltás

Szükség esetén spongiosa plasztika

EREDMÉNYEK - KÖVETKEZTETÉS: Műtét során anatómiai repozíció elérése a cél. Szükség esetén külső rögzítés radiológiai gyógyulásig. Komplex fizioterápia - jó, kitűnő eredmények.

A-0024

EGYES CSONTSÉRÜLÉSEKRE VALÓ PREDISZPOZÍCIÓ A SPORTOLÓKNÁL

Vincze János - Vincze-Tiszay G.

EEKNA, Budapest

Napjainkban a rendkívül intenzív edzések és a versenyeken való magas szintű teljesítés a tudományos szakembereket arra kényszerítik, hogy az emberi alkotokat sportágak szerinti preferenciákba csoportosítsa. Így például más alkati elvárás a vízilabdázó, atléta, birkózó esetében. Az alkat aktív összetevője az izomzat, passzív összetevője a csontrendszer. A sportágak nagyon nagy többségében a legnagyobb jelentőséggel a felső és alsó végtagokban résztvevő hat pár csontnak van meghatározó szerepe. A csontok mikroszkopikus szerkezetét az elmúlt évtizedekben alaposan tanulmányozták - többek közt a szerzők is - ezért mind a hat hosszú csöves csont primér és szekundér mikroszkopikus szerkezete paramétereinek (Havers-csatornák átmérője, csont lemezek sűrűsége, oldal elágazások számossága) jellemző adataik számszerűleg ismertek. Ezen adatok ismeretében, valamint az adott sportoló csontjainak densitometriás és képalkotó eljárásokkal elvégzett vizsgálatának számszerű eredményei lehetővé teszik annak a valószínűségének a felbecsülését, hogy az adott sportolónál melyik csontja milyen terhelés hatására sérülékenyebb intenzív sport esetén. Javaslatunk az, hogy a fiatal sportolók végtag csontjainak vizsgálatát minél korábbi fázisban végezzék el, és a mért adatokat hasonlítsák össze az irodalomban ismert átlagokkal.

A-0034

CARPALIS RÉSZARHRODESISEK INDIKÁCIÓS TERÜLETEI

Sasvári Edgár - Milkovics R. - Gaál P. - Tóth A. - Schreithofer L.

Magyar Imre Kórház, Ajka

Eltérő etiológiájú kórképek azonos műtéti ellátást igényelhetnek. Osztályunkon a csukló részarthrodézisét carpalis szalagsérülések, carpalis instabilitások mellett lunatum malatia korai eseteiben a lunatum ideiglenes illetve végleges tehermentesítésére is alkalmazzuk. Preferáljuk az os scaphoideum és capitatum közötti részarthrodésist autológ spongiosa beültetéssel, Herbert csavarozással.

A Magyar Traumatológus Társaság 2009. évi Kongresszusa és Fialatok Fóruma

2009. május 7-9. | Tapolca, Hunguest Hotel Pelion

A-0040

TERÁPIÁS ÜTKERESÉS: IDŐS KORBAN, KILAZULT IMPLANTÁTUM, ROSSZ CSONTÁLLOMÁNY MELLETT BEKÖVETKEZETT PERIPROTETICUS FEMURTÖRÉS. ESETISMERTETÉS

Laky András - Szabó I. - Mike Gy. - Gueth Gy. - Bogdán T. - Saab N. - Gimesi Cs. - Torkos M. B.

Kaposi Mór Oktató Kórház, Aktív Mozgásszervi Sebészeti Osztály, Ortopédia Részleg, Kaposvár

A periimplantaris törések kezelése a mozgásszervi sebészet aktuális problémái közé tartozik. Köszönhető ez a már egyébként is nagy számban és rutinszerűen végzett primer ízületi arthroplasticáknak, az endoprotézis műtétekkel elérhető lényegesen jobb életminőségnek, de mindenekelőtt előregedő társadalmunknak. Ez utóbbi szempontból hazai viszonylatban az osteoporosis centrumok kényszerített átszervezése sem bizonyult szerencsésnek. Az idős korban, rossz csontminőség mellett bekövetkező törések az ellátás szemszögéből különösen nagy sebészi kihívást jelentenek a rendszerint számos társbetegség folytán csökkent műtéti teherbíróképességgel rendelkező beteganyagban. Az irodalomból jól ismert tény ezen műtétek emelkedett infekciós és mortalitási aránya. Szerzők talán némileg szokatlan, probléma felvető előadásukban 91 éves nőbeteg esetét ismertetik, akinél megelőzően 25 évvel más intézetben jobb oldali cementezett csípő TEP beültetés történt. Aseptikus vápa- és szárlazulás mellett kialakult Vancouver B3-típusú periproteticus femurtörését terápiás kompromisszumot megfogalmazva neutralis lemezes osteosynthesissel, cerclage-szal látták el. A nyilvánvalóan nem definitív ellátás sikertelensége várható volt, a beteg a műtetet követően néhány hónappal elhunyt. Létezik-e jó vagy optimális megoldás az ehhez hasonló esetekben? Felvállalható-e a definitív ellátás? Ilyen és ehhez hasonló kérdések fogalmazódtak meg szerzőkben az általuk ismertetett eset kapcsán, melyre választ várnak.

A-0049

CHAMPY-MINILEMEZEK HASZNÁLATA A MAXILLOFACIALIS TRAUMATOLÓGIÁBAN.

Katona József - Klenk G. - Kenderfi G. - Lestyán J.

Szent János Kórház, Budapest

A súlyos arckoponya sérülések sebészeti kezelésében nagy áttörést jelentett a minilemezek megjelenése. Kezdetben az általános traumatológiában használt lemezeket alkalmaztuk (AO), majd az évek során fokozatosan kerültek kifejlesztésre a maxillofacialis régió anatómiai sajátosságainak megfelelő lemezek és csavarok. Ezen implantátumok birtokában a traumatológiai ellátás a sebészi ellátás felé tolódott el a konzervatív kezelés rovására. Hazánkban is lehetővé vált a külföldön drága implantátumok gyártása, amely a minilemezes csontegyesítő műtétek végzését rutinszerűvé tette. Poszterünkön az e módszerrel végzett műtéteiről adunk számot.

A-0050

RITKA ETIOLÓGIÁJÚ SYMPHYSEOLYSIS, ESETISMERTETÉS

Rosero Viviana Maja - Horváth T.

Merényi Gusztáv Kórház, Traumatológiai Osztály, Budapest

CÉLKITŰZÉS: A symphyseolysis leggyakrabban különböző nagy energiájú közlekedési balesetek során jön létre, illetve szülési szövödményként jelenik meg. Az esetek nagy részében a post partum kialakult symphysis diastasis tüneti és konzervatív kezelés során panaszmentesen gyógyul, műtéti ellátást nem igényel. Az így maradéktalanul meggyógyult esetekben következő terhesség, illetve szülés során ismételt symphyseolysis kialakulásának esélye hasonló az első alkalomhoz képest. Egy normális lefolyású, gondozott terhesség után hüvelyiszülést követően kialakult extrém mértékű symphyseolysis esetét szeretnénk bemutatni.

MÓDSZER: Egy 19 éves fiatal nőbeteg első hüvelyiszülését követően a korai gyermekágyi szakban symphyseolysis tüneteit észlelték az ellátó Nőgyógyászati osztályon. Az elvégzett vizsgálatok során 7 cm-es diastasis ábrázolódtott az os pubisok között. A gyermekágyi szakban zajlott láz és anaemia rendezését követően osztályunkon műtéti ellátásban részesítettük.

EREDMÉNYEK: Az elvégzett műtét során keskeny DC-lemezelést végeztünk, thrombosis profilaxisban részesítettük. A korai postoperatív időszakban gyógytornász segítségével mobilizáltuk, segédeszköz használata mellett először rész-, majd teljesterheléssel. A műtetet követő 2. hónapban végzett kontroll vizsgálat során gyakorlatilag panaszmentes, még mankózik.

A kontroll rtg. Vizsgálaton a symphysisben kb. 1 cm-es diastasis látható, a behelyezett fémanyagok jól tartanak. További terhésség esetén szülés kizárólagosan császármetszéssel végezhető.

KÖVETKEZTETÉSEK: Az adott eset kapcsán áttekintjük a vonatkozó szakirodalmat. Az eset különlegességét az amúgy is ritka szülészeti szövődmény (1/3000) sebészeti ellátást igénylő volta adja.

A-0075

MŰTÉTINFO.HU

Gulyás Károly

Semmelweis Egyetem Traumatológiai Tanszék, Budapest

Betegtájékoztató, orvos képzés, és orvos honlapok egy helyen.

1 évvel ezelőtt indult kezdeményezés mára a Magyar Orvosi Kamara támogatását élvezve és a Semmelweis Egyetem Traumatológiai Tanszékének hivatalos képzőoldala lett. A Semmelweis Egyetemmel indult közös kezdeményezés során a Műtétinfo.hu portálon, gyűjtjük a "csont sulí" során elkészülő digitális oktatási anyagokat, tartalmakat. Az alapképzés és mesterképzés (szakorvosképzés) új curriculumja szerint előállított digitális tartalmakkal töltjük fel a portált. A mozgásszervi betegségek, oktatási anyagok átláthatóságának javítására interaktív keresőket alkalmazunk és az elkészült digitális tartalmakat kategorizáljuk. A szűken vett mozgásszervi betegségeken kívül a szakma megtanulásához elengedhetetlen társszakmákat is megjelentetjük, speciális digitális tartalmakkal szerepeltetjük a portálon. 4 év alatt közel:400 db cikk magyar nyelvű összefoglalása; 300 db Érdekes, tanulságos eset, illusztrálva; 10 db magyar nyelvű, 5db angol nyelvű kreditpontos modul; 150 db új betegtájékoztató anyag; 10db alap műtėti videó; kerül fel az oldalra.

Az oldal a hallgatónak (medikusok, jelöltek, szakorvosok, főorvosok, professzorok) megbízható forrást biztosít ahonnan tudásukat bővíthetik, tanulhatnak mások hibáiból és megbeszélhetnek számukra nehéz eseteket egymással, közösséget alkothatnak, földrajzi határok nélkül.

A-0078

ACROMIOCLAVICULARIS LUXATIO HÚZÓHURKOS OSTEOSYNTHESISÉNEK RITKA SZÖVŐDMÉNYE: ELLENOLDALI MEDIASTINUMBA VÁNDORLÓ KIRSCHNER DRÓT

Jillek Tamás¹ - Balogh G.² - Börzsei L.¹

¹ Kaposi Mór Oktató Kórház, Aktív Mozgásszervi Sebészeti Osztály, Traumatológiai Részleg, Kaposvár

² Kaposi Mór Oktató Kórház, Általános Sebészeti, Ér-és Mellkasebészeti Osztály, Kaposvár

50 éves nőbeteg 5 évvel korábban más Intézetben elesés során elszenvedett bal oldali acromioclavicularis ficam húzóhurkos oszteosztézisében esett át. Elmondása szerint varratszedést követően kontroll vizsgálaton nem jelentkezett, vállát otthon tornáztatta. 2008 júniusában Balaton déli partján nyaralva bizonytalan mellkasi panaszai jelentkeztek. Ügyeletről Kórházunk Sürgősségi Centrumába szállították. Az elvégzett fizikális röntgen illetve mellkas CT vizsgálat a cerclage illetve a Kirschner drótok törését igazolta, melyek közül az egyik drót a bal váll felől a jobb oldali elülső-felső mediastinumba vándorolt. Előkezdést követően narcosisban collaris mediastinoscopia során távolítottuk el a törött Kirschner drótot, majd egyúttal eltávolítottuk a korábbi műtét során behelyezett maradék fémanyagokat is. Eseménytelen postoperatív szakot követően a 3. postoperatív napon emittaltuk.

A-0101

TITÁN ELASZTIKUS SZEGEZÉSSSEL ELÉRT EREDMÉNYEINK

Haga Ágnes - Csomor L. - Gera L.

Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórház, Kecskemét

CÉLKITŰZÉS: Előadásunk célja a már jól ismert titán elasztikus szegek klasszikus és alternatív alkalmazásainak bemutatása.

MÓDSZER: Kórházunk traumatológiai osztályán végzet TEN szegezések retrospektív elemzése kórházi dokumentációk, rtg felvételek segítségével.

A Magyar Traumatológus Társaság 2009. évi Kongresszusa és Fiatalok Fóruma

2009. május 7-9. | Tapolca, Hunguest Hotel Pelion

EREDMÉNYEK: poszterünkön bemutatjuk az alkatörések, femur- és lábszártörések, claviculatörések esetén alkalmazott TEN szintéziseket.

MEGBESZÉLÉS: A TEN sínezéssel a gyermekkori törések kezelése jelentős változást hozott. Minimál invazív eljárás, mely mozgás-stabil rögzítést eredményez. Műtét utáni napokban aktív és passzív torna kezdődhet. Sok esetben kiválítja a tartós és kényelmetlen gipszrögzítést és következményeit. A gyermekek ápolhatósága, komfortérzése a gipszrögzítéshez képest jelentősen könnyebb.

A-0109

PÉNTEK 13.

Antal Sándor

Gróf Tisza István Kórház, Berettyóújfalú

A szerző a DEOEC Traumatológiai Tanszéken kezelt sérült esetét mutatja be, aki 2002. december 13-án, pénteken, munkahelyén gyorsdarabolóval vágta meg bal felső végtagját a csukló magasságában. Sérülését követően az 57 éves diabeteses, hypertoniás férfi sérültet az illetékes felvételes traumatológiai osztályra szállították. A végtag a csukló magasságában subtotálisan amputált, ulnarisan két cm szélességű bőr híd összekötéssel. Sérülését követően kb. három órával került osztályunkra, átvételre. A legszükségesebb vizsgálatok (Rtg, Labor) elvégzését követően sürgősséggel kezdtük a műtétet. A seb szennyezettsége miatt gondos debridement és az átfűrészelt proximális kéztőcsont sor eltávolítását végeztük. A csukló ízületet KFI DC lemezzel stabilizáltuk. A megrövidített végtagon a direct érvarratok elvégezhetővé váltak. Az a. radialis és a. ulnaris varratát követően a dorsalis felszínen két véna anasztomozist készítettünk. Elvégeztük a flexor és extensor inak, majd az idegek epi-perineurális varratát. A végtag keringése helyreállt, az ér anasztomózisok jól átvezettek. Sebzés után a palmarisan és dorsalisán visszamaradt bőrf defectusokat primaeren epigarddal fedtük. Kombinált antibiotikus kezelést, thrombosis profilaxist, plasmaexpander kezelést végeztünk. Műtét másnapján axillaris kanült helyeztünk be. Gyulladásos tünetet és keringészavart nem észleltünk. Műtétet követően a második napon a bőrhíányokat fél vastag bőrrel fedtük, melyek megtapadtak. Három hétig külső rögzítőt használtunk, majd egyéni gyógytornakezelést kezdtünk. Az irányított gyógytornakezelés ellenére a mozgások nem javultak a várt mértékben, ezért a primaer ellátást követően öt-hét múlva a hajlító oldalon, nyolc hét múlva a feszítő oldalon végeztünk revisiót. Az ér és idegvarratokat megfelelőnek ítéltük, az ínvarratok részben insufficiensek, ezért tendolyist, ismételt direkt, valamint rövid graft felhasználásával ínvarratot végeztünk. Továbbfolytattuk az egyéni fizioterápiás kezelést melynek eredményeként a funkciók és a kéz fogóképessége fokozatosan javult. Másfél évvel a sérülést követően visszatért a mindennapi életbe, személygépkocsit vezet, életviteléhez az elért kézfunkciót kielégítőnek tartja. Hat évvel a sérülést követően a kéz funkciók gyakorlatilag változatlanok, nem észleltünk javulást, de rosszabbodást sem.

A-0111

SAJKACSONTTÖRÉSSEL SZÖVÖDÖTT ÍZÜLETBE HATÓLÓ DARABOS DISTALIS RADIUSTÖRÉS ELLÁTÁSA - ESETISMERTETÉS

Pécsi Örs - Klára T. - Németh Cs.

Sopron Megyei József Város Erzsébet Kórház a DE OEC Oktató Kórháza, Traumatológiai Osztály, Sopron

CÉLKITŰZÉS: Esetbemutatásunkban e ritka sérüléskombináció ellátásának osztályunkon alkalmazott szempontjait mutatjuk be.

MÓDSZER: 30 éves betegünk 4 méter magasból esett, jobb csuklója, mellkasa sérült. Primeren ízületbe hatoló darabos distalis radiustörését ligamentotaxis alkalmazásával percutan tűzéssel, fixateur behelyezéssel stabilizáltuk, mellkasi statusa valamint a csuklótáji légnyréscontusió miatt sajkacsonttörése secundar ellátása mellett döntöttünk. Hat hét elteltével, a fémeltávolítással egy időben sajkacsonttörése HCS csavaros rögzítését végeztük.

EREDMÉNYEK: Az alkalmazott kezelések mellett radiustörése kielégítő helyzetben gyógyult, a sérült közel oldalazonos csuklófunkció mellett panaszmentes.

KÖVETKEZTETÉS: Bár a műtéti indikációt képező sajkacsont törések ellátásában a primer stabilizálás a választandó eljárás, amennyiben erre bármilyen okból nincs lehetőség, a secundar, kompressziós csavaros osteosynthesis megnyugtató eredményt hozhat.

A-0113

THE USE OF ANTIGEN-EXTRACTED AUTODIGESTED BONE ALLOGRAFTS IN RECONSTRUCTIVE FOOT AND ANKLE SURGERY

Almási József - Csöngé L. - Balogh P.

Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Traumatológiai, Orthopédiai, Kézsebészeti Centrum, Győr

INTRODUCTION: The purpose of our retrospective study was to review the results of using antigen -extracted autologous (AAA) bone allograft in foot and ankle procedures. Bone grafting has been used to treat conditions including delayed union and nonunion, to treat osseous defects from trauma, infection, and tumors and to augment arthrodeses.

METHODS: The study population consisted of 35 patients who were operated on between January 2005 and August 2008. All patients were eligible for inclusion in this study if their surgery was performed with a AAA allograft. Allograft incorporation in all surgical procedures was retrospectively analyzed.

RESULTS: Healing was determined by the absence of swelling and warmth and by the presence of trabeculation across the arthrodesis or osteotomy on both sides of the allograft. Of 35 consecutive implant procedures, there were 32 healed sites (91.43%) 2 nonunion (5.71 %) and 1 deep infection complication (2.86%).

DISCUSSION: The use AAA allograft to correct deformity and fill in bone voids is an attractive alternative in reconstructive surgery of the foot and ankle, and avoids the potential for complications associated with harvesting autograft, reduces operative time and cost and can fill large voids that cannot be filled with autograft. AAA allograft is appropriate for reconstructive procedures of the foot and ankle and may be used successfully in patients with risk factors for bone healing with a relatively low complication.

A-0118

PERIPROTHETICUS TÖRÉSEK ELLÁTÁSA GYAKORLATUNKBAN HAZAI FEJLESZTÉSŰ SZÖGLETSTABIL-KÁBELES LEMEZZEL

Zágh István - Merényi G. - Kalmár I. - Korpos S. - Surányi M.-né

Fővárosi Önkormányzat Károlyi Sándor Kórház Rendelőintézet, Traumatológiai Osztály, Budapest

Osztályukon 2007 óta alkalmazzuk, elsősorban periprotetikus törések ellátásánál, hazai fejlesztésű és gyártású szögletstabil lemezeket, kapcsolódó kábeles rögzítéssel. A különböző hosszúságú implantátumokat extenziós asztalon végzett feltárás és repozíció után modelláljuk a combcsonthoz, majd provizórikus adaptáció és képerősítő kontroll után végezzük el először a csavarokkal, majd csavarral rögzíthető kábelekkel az osteosynthesis. Megfelelő hosszúságú lemezeket alkalmazva mozgásstabil osteosynthesis tudunk elérni. Az elmúlt 2 évben 16 esetben alkalmaztuk a hazai implantátumokat. A lemezzel együtt felhelyezhető, ahhoz szervesen kapcsolódó kábeleken kívül, alkalmaztuk a kábeles rögzítést revisziós porthesis szárcsere kiegészítőjeként, valamint egyéb intramedullaris rögzítőket, pl. subtrochantericus törések gammaszegése esetén is. 3 alkalommal egyidejűleg elszennvedett kétoldali periprotetikus törés együlésben végzett műtété kapcsán is. Az általunk alkalmazott implantátumokkal tapasztalataink és eredményeink jók. A lényegesen költségigényesebb korábban alkalmazott implantátumokkal összevetve, sem a műszerkészletben, sem az implantátumok minőségében lényeges különbséget nem észleltünk.

A-0119

HARMAD FOKBAN NYÍLT FLOATING KNEE

Kövári Tamás - Hámory Zs. - Püspöki M. - Szokoly M.

Vasváry Kólos Kórház, Esztergom

A III. fokban nyílt törések önmagukban is igen súlyos sérülések. Ha egy végtagon két magasságban is van ilyen sérülés, mindkét törés csonthiánnyal jár, és a köztük lévő ízület is károsodott, akkor igen nehéz feladattal állunk szemben. Betegünk bemutatása kapcsán az adott pillanatban felmerülő lehetőségeket, és a meghozott döntéseket szeretnénk bemutatni, és az eset kapcsán levonható tanulságokat ismertetni, valamint a további kezelésre vonatkozó tervet felállítani.

A Magyar Traumatológus Társaság 2009. évi Kongresszusa és Fialok Fóruma

2009. május 7-9. | Tapolca, Hunguest Hotel Pelion

A-0120

KEZDETI TAPASZTALATAINK A 3.5 SZÖGSTABIL LEMEZEKKEL

Kövári Tamás - Teleki B. - Zsoldos L. - Szakács B.

Vaszary Kolos Kórház, Esztergom

Osztályunk fél éve használja a KFI méretű szögstabil lemezeket. A rendszer bevezetése kapcsán nyert tapasztalatainkat szeretnénk közreadni, és a felmerült problémákat megosztani a hasonló cipőben járó kollégáinkkal. A szögstabil lemezek az ízület közeli törések kezelésére kifejlesztett új generációs lemezek, a rögzítést a fixateur interne elven hozzuk létre, azaz a reponált helyzet rögzítését a lemezek és a csavarfejek közti fix kapcsolat adja. A fokozott stabilitást a több síkban bevezetett csavarok jelentik. A lemezek a különböző testtájékokra speciálisan kialakítottak. Alkalmazkodnak a speciális anatómiai viszonyokhoz. KFI dimenziójú lemezeket használhatunk olyan régiókban ahol a korábbiakban 4,5 méretű implantátumokat használtunk. A lemezek mérete miatt azonban bizonyos korlátokkal is szembesültünk.

A-0125

ÉGÉSI SÉRÜLÉS KEZELÉSE AQUACELL AG-VAL

Balogh András - Varga M.

Féjér Megyei Szent György Kórház, Traumatológia Osztály, Székesfehérvár

CELKITÜZÉS: Az égés gyakori sérülés a traumatológiában, kezelése súlyosságától függően műtéti beavatkozást igényel. A második, és harmadfokú égési sérülések kezelésében elengedhetetlen az elhalt terület kimetszése, majd ezután plasztikai beavatkozás jön szóba. Esetünkben ezt a betegek elutasították, ezért hidrokolloid kötszer alkalmaztunk a defectus kezelésére.

MÓDSZER: A vizsgált betegeknél a sérülés súlyossága égésbeosztás szerint 2/a, helyenként 2/b volt. Necrectomiát végeztünk, majd a műtéti területet Aquacell Ag-val fedtük. Ez 100%-ban steril, ezüstiont kötött formában tartalmazó hidrokolloid kötszer. Az ezüstiont bactericid tulajdonsága révén gátolja a fertőzést, míg a gélszerű tulajdonsága révén atraumatikus kötözést tesz lehetővé, nedves környezetet biztosít, így elősegíti a sebgyógyulást.

EREDMÉNYEK: A vizsgált esetekben sikerült a bőrhíányt plasztikai beavatkozás nélkül pótolni, az alkalmazott terápia minden esetben teljes gyógyulást eredményezett. Fertőzés egyetlen betegnél sem lépett fel, ezért antibiotikumra nem volt szükség.

KÖVETKEZTETÉS: Az eljárás megfelelő alternatíva lehet felületes égési sérülés kezelésében. Előnye, hogy mellőzhető a plasztikai beavatkozás, rövidebb a kórházi tartózkodás és antibiotikum adása sem kényszerülünk. Hátránya: a kötszer jelenleg még magasabb ára.

A-0127

SUGÁRÁTERESZTŐ XCALIBER ORTHOFIX R KÜLSŐ CSONTRÖGRÍTŐK AZ ORTHOPÉD-TRAUMATOLÓGIÁBAN

Berki Sándor

Csongrád Megyei Önkormányzat dr. Bugyi István Kórháza, Baleseti és Helyreállító Sebészeti Osztály, Szentes

A szerzők ismertetik a sugáráteresztő külső csont Rögrítő elméletét és annak gyakorlati megvalósítását. Eddig nem sikerült a korábbi Orthox DAF

A-0135

PFN-A SZEGEZÉS OSZTÁLYUNKON, TAPASZTALATOK

Tóth Róbert - Valló J.

Albert Schweitzer Kórház, Baleseti Sebészet, Hatvan

Szerzők előadásukkal az elmúlt években szerzett tapasztalataikat szeretnék megosztani az osztályunkon operált csipő táji törött elvégzésével kapcsolatban. A kipróbált gamma típusú szegek közül talán a Synthes PFN-a szegével szerezték a legnagyobb gyakorlatot valamint a legtöbb tapasztalatot, talán országos szinten is. A szegezések során szerzett néhány szövődményes esetet is szeretnék bemutatni.

A-0154

A COMBFEJEN ÉS A BÓRALATTI ZSÍRSZÖVETBEN RAKTÁROZOTT ZSÍR GÁZKROMATOGRÁFIÁS VIZSGÁLATA ALKOHOLOS COMBFEJELHALÁSBAN (ANFH) ÉS CSÍPÓIZÜLETI ARTHROSISBAN

Pintér Csaba - Horváth B. - Mahunka Zs.

Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház Nonprofit Zrt., Traumatológiai Ortopédiai és Szájsebészeti Mátrix Osztály, Veszprém

CÉLKITŰZÉS: A csontvelő elzsírosodása kóros tényező ANFH-ban. Tisztázni kívántuk a zsírszövet és a csontvelő zsírsavösszetételét ép és alkoholos anyagcserezavarban.

MÓDSZER: TEP műtéténél nyert zsír- és csontszövetet gázkromatográfiával vizsgáltuk.

EREDMÉNYEK: A normál zsírosszetélt tisztáztuk, emellett a többszörösen telítetlen zsírsavak aránya csökkenését láttuk csont- és zsírszövetben, alkoholista betegeinkben.

KÖVETKEZTETÉS: az alkoholos zsíryanycsere változások a csontrendszert is érintik.

A-0010

VOLARIS SZÖGSTABIL LEMEZSEL ELÉRT EREDMÉNYEINK A DISTALIS RADIUS TÖRÉSEK KEZELÉSÉBEN

Szőke Jenő - Kádasi J. - Szalai Z. - Laczó F.

Zala Megyei Kórház, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Zalaegerszeg

CÉLKITŰZÉS: A distalis radius törések kezelésére sok műtéti megoldás ismert. Mindegyiknek számtalan előnye és hátránya van. Mi olyan megoldást kerestünk, mely egy korai mobilizációt megengedő belső osteosynthesis, amely a törtdarabokat reponált helyzetükben a törésgyógyulási nagy szilárdsággal megtartja, és a műtéti feltárás, valamint az implantátum helyzete a funkciót nem akadályozza.

MÓDSZER: Kilenc évvel ezelőtt vezettük be a distalis radius törések kezelésére az általunk kifejlesztett volaris szögstabil lemezt. Volaris feltárásból a törés könnyen reponálható, nincs inszerűlés veszély. Először csak az egyszerűbb esetekben rögzítettük ezzel a módszerrel a töréseket, de később az indikációt kiterjesztettük. A törések 45%-a A típusú (A2; A3), 4 %-a B típusú (B3) és 51 %-a pedig C típusú (C1; C2; C3) volt az AO klasszifikáció szerint.

EREDMÉNYEK: Szövődménnyel (csavarlazulás, izfelszín redislocatio) alig találkoztunk, a felületes műtéti infekciók száma az 1 %-ot nem érte el. Sérülteink 90 %-át tudtuk a fémkivételre vagy legalább egy évig ellenőrizni. A posztoperatív 1. hónap végén legjobb eredményt természetesen az A típusú töréseknél értük el. Az extenzió és a flexió együtt már meghaladta a 90 fokot. A B típusú töréseknél kissé rosszabb eredményt kaptunk. A C típusú töréseknél ezt a funkciót csak két hónap múlva értük el. Az extraarticularis töréseknél a 3. hónap végén már majdnem elértük a végleges állapotot, azonban az intraarticularisoknál ez kb. fél év múlva alakult ki. Betegeinket késői utánvizsgálatra is behívtük. Azokat ellenőriztük, akiknek az osteosynthesis már legalább 1 éve megtörtént, vagy már a fémeltávolítást is elvégeztük. Az értékelés a DASH (Disability of Arm-Shoulder-Hand) score szerint történt. Ez egy önrétekelő kérdőív és a betegek elégedettségét mutatja. Az eredmények alapján a páciensek nagy része elégedett az elért funkcióval.

KÖVETKEZTETÉS: A szögstabil implantatum igen szilárd rögzítést ad, redislocatio gyakorlatilag nincs. Az izfelszín palmaris lejtését /volar tilt/ ez a módszer jól tudja biztosítani. A műtéti feltárásnak szövődménye nem volt. Gipszrögzítés általában csak a varratszedésig szükséges, a fizioterápia ezután elkezdhető. A funkcionális eredmények igen jók.

A-0026

A TÍPUSOS HELYI RADIUS TÖRÉS MŰTÉTI KEZELÉSE VCP LEMEZSEL, KORAI EREDMÉNYEK.

Vámhidy László - Máthé T. - Wiegand N.

PTE KK, Mozgásszervi Sebészeti Intézet Traumatológiai és Kézsebészeti Klinikai Tanszék, Pécs

Az instabil radius törés kezelése mindig nagy dilemmát jelent az ellátó orvos számára. A kezelés fontosságát és nehézségét az is mutatja, hogy a törések számottevő hányada az idős, osteoporosisban szenvedő korosztályt érinti, akiknél. fokozottabb mértékben szükséges a jó csukló funkció életminőségük megőrzése érdekében. A Synthes VCP lemez anatómiailag formázott, sokszoros szögstabil csavaros rögzítést biztosít az ízület darab rögzítésére, a száron lévő lyukak mind szögstabil, mind compressiósi lehetőséget biztosítanak.

Klinikánkon 2008 júliusa és 2009 januárja között 14 beteg került műtetre típusos helyi radius törés miatt VCP lemezzel.. 2 betegnél AO A3-as, 8-nál C 2-es 3-nál C 3-as törés miatt, 1 betegnél male sanalt törés miatt, osteotomia során került a VCP lemez használatára sor.

A postop. kezelés során kiegészítő rögzítést nem alkalmaztunk, sebgyógyulásig sem. A sérültek a postop. második napon kezdték meg a csuklóizület tornakezelését. Co. vizsgálatra a betegeket 3, 6 héttel valamint 3 hónappal a sérülést követően hívtuk meg. További co. vizsgálatot 1 év után tervezünk. A három héttel a sérülés után elvégzett kontrollvizsgálatoknál valamennyi betegnél átlagosan 70 %-os funkciót találtunk (60-100%), az ellenoldali csuklóval összehasonlítva. 3 hónappal a beavatkozás után az ízület funkciója 85-100 % volt. Kezdeti eredményeink a lapján a VCP lemez mozgásstabil rögzítést biztosít a radius distalis vég mind osteoporoticus, mind nagy energiájú töréseinek kezelésében. A három oszlop elmélet alapján kifejlesztett lemez, mind az általában kritikus ulnaris darab, és proc. styl. radii darab rögzítését úgy oldja meg, hogy azonnali mozgást tesz lehetővé.

A-0042

INSTABIL DISTALIS RADIUS TÖRÉSEK MŰTÉTI KEZELÉSE OSZTÁLYUNKON.

Bartis Tamás - Schriffert A. - Csorba Zs. - Elekes Cs.

Toldy Ferenc Kórház-Rendelőintézet Nonprofit Közhasznú Kft., Baleseti Sebészeti Osztály, Cegléd

CÉLKITŰZÉS: Osztályunkon az elmúlt három évben a radius distalis vég törések egyre nagyobb részét kezeltük műtéti úton. A műtéti módszerek közül előtérbe kerültek a szöglet stabil lemezes megoldások. Előadásunkban elemezzük a műtéti töréskezelés tapasztalatait.

MÓDSZER: Retrospektív módszer alapján vizsgáltuk 2006. január 01. és 2008. december 31. között operált 225 esetet. Elemeztük az életkor megoszlást, az AO törésbeosztás alapján a műtéti indikációkat, a műtéti típusokat, a szövődmények fajtáit és előfordulási arányukat.

EREDMÉNYEK: A három év alatt operált 225 eset elemzése alapján megállapítottuk, hogy az instabil distalis radius törések műtéti kezelésével alacsony szövődményi ráta mellett jó functionális és kozmetikai eredmény érhető el. A korábban alkalmazott szemikonzervatív módszer helyett (dróttűzés+gipsz) ma már legtöbb esetben a szöglet stabil lemezes technikát választjuk, mely még idős betegen sem jelent nagyobb műtéti megterhelést és korai functionális kezelést tesz lehetővé.

KÖVETKEZTETÉS: Az instabil radius törések operatív kezelése során az anatómiaihoz közel helyzet elérése és a stabil belső rögzítés biztosítja a gyors fájdalomtalan csukló funkció helyreállítását.

A-0066

RADIUS DISTALIS VÉG TÖRÉSEINEK KORSZERŰ ELLÁTÁSA

Detre Zoltán - Glanz J. - Csaba Á.

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

A distalis radius törés az egyik leggyakoribb törés fajta a geriatricai, osteoporotikus törések között. Összefüggésben az elégtelen csontállománnyal, az instabilitás és a secundaer dislocatio aránya magas még megfelelő első ellátás esetén is. A csukló rossz funkciója súlyos hátrányt jelent ennek a populációnak hiszen nem csak a csukló/ kéz megfelelő használata vész el, de a támaszkodó funkció is károsodik, márpedig mozgás nehezítettség és/vagy egyidejű alsó végtagi sérülés esetén ez a csukló teherviselő funkciót is betölti.

CÉLKITŰZÉS: A radius distalis vég töréseinek ellátására végzett eljárások összehasonlító vizsgálata (tűzés és gipsz rögzítés, tűzés és fixateur externe, támasztó lemezelés és szögtartó lemezelés). Melyik módszer biztosítja a legnagyobb stabilitást és a legjobb funkciót?

MÓDSZER: Prospective, randomizált vizsgálat során értékeltük a fenti eljárások előnyeit és hátrányait. A megfelelő kezelési módszert - az operatív törések esetén: AO A3, B2, B3, C1, C2, C3 - az osztályos felvételtől tettük függővé. Kizáró okokat meghatároztunk. Az után követés idejét 12 hétben jelöltük meg. Minden egyes beteg rtg eredménye (tengelyállás, rövidülés) és subjectív, valamint objectív szempontok szerint vizsgáltunk (DASH score).

KÖVETKEZTETÉS: A szögtartó lemezelés nyújtja a legnagyobb stabilitást, a legkevesebb secundaer dislocatiót és ez a választandó eljárás eljárás azoknál a töréseknél is, amelyeket korábban más módszerrel kezeltünk. A gipsz rögzítés hiánya - amely korai rehabilitációt tesz lehetővé - fontos szerepet játszik a funkció korai helyreállításában.

A-0067

A DINAMIKUS FIXÁLTSAVARÚ FÜLES RADIUSLEMEZ ALKALMAZÁSÁVAL SZERZETT TAPASZTALATAINK

Seress György - Kurucz L. - Osgyán H. - Haller P. - Antal J.

Jávorszky Ödön Kórház, Traumatológiai Osztály és Kézsebészeti Részleg, Vác

A distalis radius törések fixálására 2003-ban, 6 éve vezettük be osztályunk által kifejlesztett Dinamikus Fixaltsavarú Füles Radiuslemez (DFFR). Az utánvizsgálatot a radiológiai képalkotó technika változása miatt 2006 - tól napjainkig állt módunkban elvégezni. Az eltelt idő alatt 1513 distalis radius és distalis alkar törött beteg jelentkezett ellátásra, ezeknek 20.82 százalékát operáltuk meg, ami 315 műtétet jelentett. A beavatkozások java részét az osztályunk által kifejlesztett DFFR-el végeztük. A sérüléseket AO beosztás szerint osztályoztuk. A vizsgálat fő szempontjai a fájdalom, a stabilitás és a mozgásfunkció voltak. A radiológiai értékelést kiterjesztettük nemcsak a konzolidált állapotra, hanem a csuklóizület vizsgálatára, az esetleges instabilitás értékelésére is.

A Magyar Traumatológus Társaság 2009. évi Kongresszusa és Fialok Fóruma

2009. május 7-9. | Tapolca, Hunguest Hotel Pelion

A-0102

DISTALIS RADIUS VÉG TÖRÉS KEZELÉSE SZÖGLETSTABIL LEMEZZAL ÉS KAPANDJI TŰZÉSSEL

Kósa Jenő

Szatmár-Beregi Kórház és Gyógyfürdő, Fehérgyarmat

Gyakorlatunkban a distalis radius vég törések kezelésében a műtéti ellátást részesítjük előnyben, a nemzetközi ajánlásokkal összhangban ezen töréseket 4:1 arányban kezeljük műtéttel illetve konzervatívan. A törésbeosztásban az AO beosztását használjuk, ez alapján történik a műtéti indikáció felállítása és a műtéti módszer megválasztása. A dorsalis Barton törések döntő többségét percutan tűzéssel kezeljük, előnyben részesítve a Kapandji által leírt módszert, illetve annak módosítását. A volaris elmozdulással járó Smith típusú töréseknél a volaris szögletstabil lemezes osteosynthesist részesítjük előnyben, ezt a módszert alkalmazzuk a törések utáni korrekciós osteotomiák kezelésénél is. A műtéti kezeléssel pontosabb repozíciót tudunk elérni, kevesebb a gyógyulás során létrejövő radius rövidülés és ízületi szög eltérés, rövidebb rögzítési időre van szükség, hamarabb kezdhető a mobilizálás és így sokkal jobb a késői funkcionális eredmények. Összességében egy egyszerű, rövid ideig tartó, kis kockázatú beavatkozással jobb funkcionális eredmények érhetők el.

HERAEUS KULZER HUNGARY KFT. WORKSHOPJA

2009. május 8. » **14.00 - 14.50**

A-0069

CSONTCEMENT ÉS CEMENTEZÉSI TECHNIKA - TEGNAP ÉS MA

Zahár Ákos

A svéd csípő és térd artroplasztika regiszter adatai alapján a cementezett protézisek hosszú távú eredményessége szempontjából az egyik legfontosabb befolyásoló tényező a csontcement típusa. A csontcementek alapanyaga valamennyi termék esetében polimetil-metakrilát (PMMA). Mégis, a különböző gyártmányok jellemzői között lényeges különbségek észlelhetők. A csontcement nemcsak a protézis rögzítésének egyik fontos tényezője, hanem a lokális antibiotikus profilaxis lényeges eleme is. A csontcementbe kevert antibiotikum mind profilaktikus, mind terápiás alkalmazás során hasznos eszköz lehet. A cement kedvező tulajdonságai akkor jutnak leginkább érvényre, ha a cementezési technikát is a legmodernebb elveknek megfelelően kivitelezük. Ezt a célt szolgálják a vákuum keverés eszközei, a cementpuska és a jet-lavage. A PALACOS csontcement fejlesztésének, gyártásának bemutatása mellett a skandináv artroplasztika regiszter adatai kerülnek bemutatásra. A szisztémás és lokális antibiotikus profilaxist, valamint a széles spektrumú antibiotikus csontcement terápiás alkalmazásának lehetőségeit is bemutatjuk. Az elméleti ismeretek után gyakorlati bemutatóra is sor kerül a workshop keretein belül, ahol a vákuum keverést és a cementpuska használatát is gyakorolhatják a résztvevők.

A-0004

TRAUMATOLÓGUSOK SZEREPE MAGYARORSZÁG AFGANISZTÁNI KATONAI SZEREPVÁLLALÁSÁNAK EGÉSZSÉGÜGYI BIZTOSÍTÁSÁBAN

Vekszler Péter

MH Dr. Radó György Honvéd Egészségügyi Központ, Műveleti Főnökség, Budapest

A Magyar Köztársaság politikai döntés során született nemzetközi katonai szerepvállalásaiban való részvétel magas szintű katona-egészségügyi ellátás biztosítását teszik szükségessé. Az afganisztáni hadszíntéren jelenleg 10 fős magyar csoport dolgozik együtt a Bundeswehr egészségügyi állományával, a Mazar-e Sharif-ben (Észak-Afganisztán) telepített, ROLE 2E szintű Német Tábori Kórházban.

Az előadás röviden összefoglalja azokat az egészségügyi feladatokat, melyen belül az afganisztáni német-magyar együttműködés 7. éve folyó rendszeréről kap információt a hallgató. Ebben a baleseti sebészet jelentőségének, a várható szakmai kihívásoknak kiemélése mellett tájékoztatjuk a szakorvosokat a katonai állományba vétel és ezen belül az adott külszolgálat vállalásának lehetőségéről.

Az előadás célja figyelemfelkeltés, információszolgáltatás azzal a szándékkal, hogy a hazai civil egészségügyi rendszerben dolgozó kollégák egy speciális traumatológiai jártasság megszerzéséről kapjanak tájékoztatást.

A-0077

AZ ORTOPÉDIA ÉS A TRAUMATOLÓGIA KÖZÖS ÉS ELTÉRŐ ÉRDEKEI

Fröhlich Péter

Országos Sportegészségügyi Intézet, Budapest

A sebészet subspecializálódása vezetett oda, hogy a német nyelvterületen, nálunk is, a baleseti sebészet önállóvá vált. Az angolszász országokban a műtéti ortopédia beindulásával végtagsebészetet is végeztek, ellátva a sérüléseket is. Így érthető, hogy ezekben az országokban szükség lett egy sürgősségi sebészetre, mint szakágra. Az Európai Unió szerveződése, az amerikai befolyás növekedése hozták felszínre, hogy mást értenek Nyugaton és mást értenek Keleten ortopédia alatt, mi több az Unió nagy többsége nem tud mit kezdeni az általunk is képviselt, a sérült beteget komplexen ellátó traumatológiával.

A törésvonalak ott húzódnak, hogyan lesz az Unióban egységes adminisztratív rend, és hogy érvényesül a jövőben a subspecializálódott traumatológia a nyugati ortopédiával szembeni 20 %-al eredményesebb rendszere? Korunk dilemmája, egységes rend vagy magasabb szakmai színvonal. A specializálódás előnyeit nem vitatja senki, a specializálódást nem tudja senki megállítani, még kevésbé visszafordítani, de nem is akarja. A megoldás csak kompromisszum lehet! Nem tartom jónak sem a két szakmát egyesítő német és a teljes elkülönítést megtartó osztrák megoldást. A németek a matrix osztályokon „profilizálást” hajtanak végre. Ahogy a protézis, a gerincsebészet sem tehető csak az ortopédiához, ugyanúgy nem tehető az artroszcópia sem csak a traumatológiai részlegre, de hasonló témák a periprotetikus törések egy része, a korekciós osteotomiák, a patológias rőresek stb. Hogy melyik részlegen végzik ezeket a beavatkozásokat jobban, a továbbiakban is objektív és subjektív körülmények fogják meghatározni.

A legfontosabb érdekeknek és ellenérdekeknek egyedüli mércéjének a betegnek magának kell hogy maradjon. Legyen az ortopédia közös ott ahol szükséges, és legyen különálló ott ahol a beteg érdeke ezt megkívánja.

A magyar megoldás a kompromisszumhoz: közös szakvizsga, de külön szakágak, önálló osztályok a gyakorlatban. A speciális tudást és speciális alkalmasságot az egyes tevékenységekhez adminisztratív a szakvizsga után megszerzett licens vizsgák biztosítják. (pl. kézsebészet, lábsebészet, protézis, gyermekortopédia, polytrauma, arthroscópia, mellkassebészet, gyermek traumatológia stb.)

A két szakma közös érdekeit is látnunk kell. Műszerezettség, módszerek, továbbképzés, érdekvédelem, mozgásszervi alapismeretek. A hajlandóság ezek közös művelésére eddig is meg voltak, mindenütt ahol normális emberi kapcsolatok működtek Adminisztrációval ezután sem valósíthatók meg. A közös szakvizsga a Nyugaton való érvényesülést biztosítja, eleget tesz az Unió elvárásainak. Közös érdekünk, hogy a két tradicionális és elismerten nagy szakma saját színvonalát megtartsa.

A Magyar Traumatológus Társaság 2009. évi Kongresszusa és Fialok Fóruma

2009. május 7-9. | Tapolca, Hunguest Hotel Pelion

A-0005

A TRAUMATOLÓGIA JELENE-JÖVŐJE EGY CENTRUM KEZDETI TAPASZTALATAI ALAPJÁN

Gunther Tibor

Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Traumatológiai, Orthopédiai, Kézsebészeti Centrum, Győr

A magyar traumatológiai és ortopédiai szakképzést 2003-ban a két szakma vezetésének egyetértésével összevonták. A képzés közös alapokon, mindkét szakmára kiterjedő gyakorlattal valósul meg. A hatalmas tananyag kezdő gyakorlatot megenged a legtöbb ellátási formában, de speciális gyakorlatot igénylő jártasságra nem elegendő. Aggodalomra ad okot, hogy a képzett szakorvosok esetlegesen a vonzóbbnak tűnő elektív ellátás irányába specializálódnak. A helyzetet tovább bonyolítja, hogy a sürgősségi ellátás a legtöbb kórházban átszervezés alá kerülhet. A fentiek figyelembevételével a szakmai kollegiumnak az új helyzetre gyorsan és felelősen kell reagálnia, annak érdekében, hogy a baleseti ellátás magas színvonalra fennmaradjon. Ez kényszerítőeszköz-mentesen, érdekeltségi alapon kell, hogy megvalósuljon, másképpen sem rövid-, sem hosszútávon nem működőképes.

A-0014

KÓRHÁZUNKBAN NYERT TAPASZTALATAINK A SÜRGŐSSÉGI OSZTÁLY ÁLTAL VÉGZETT TRAUMATOLÓGIAI ELLÁTÁSRÓL

Klára Tamás - Orbán F. - Németh Cs.

Sopron Megyei Jogú Város Erzsébet Kórház a DE OEC Oktató Kórháza, Traumatológiai Osztály, Sopron

Kórházunkban 2008. II. félévében megnyílt Sürgősségi Osztály (SBO II) működésével kapcsolatban nyert tapasztalataink értékelése a célunk. Sürgősségi Osztály létrehozása a súlyponti kórházak számára ajánlott, de nem kötelező. A Sürgősségi Osztály működési rendjének bemutatása kapcsán kívánjuk felhívni a figyelmet az ambuláns sérült ellátástól a polytraumatizált betegek ellátásáig felmerülő szakmai problémákra. A Sürgősségi Osztály fogalma nem egyenlő az azonnali ellátással, hanem triage rendszerükből fakadóan a betegségek különböző ellátási osztályba sorolódnak, mely egyben meghatározza az ellátás ajánlott idejét. A napi forgalom áttekintése alapján úgy gondoljuk, hogy a korábbi ellátási rendszer sok esetben gördülékenyebb, hatékonyabb és gyorsabb volt, mint az úgynevezett egykapus Sürgősségi Osztály által végzett beteg ellátás. Abban az esetben, ha nagy gyakorlatú szakorvosok teljesítenek szolgálatot az SBO-n a fent említett problémák természetesen ritkábban fordulnak elő, de amennyiben a nagyfokú létszámihiány miatt esetleg nem sürgősségi szakorvos, hanem egyéb szakterületről oda beosztott szakorvos, vagy rezidens van szolgálatban a hibák és tévedések lehetősége hatványozottan fokozódik. Szintén jelentős kérdéseket vet fel a súlyos, műtétet igénylő sérültek első ellátásának, vagy a polytraumatizált betegek ellátási taktikájának szakszerű megszervezése. A Sürgősségi Osztály, mint önálló kórházi egység sok esetben saját szakmai szempontjait figyelembe véve kezdi meg a sérült ellátását, ami nem minden esetben felel meg a traumatológiai gyakorlatnak, ezért a konziliumba érkező traumatológus több hibás, vagy felesleges intézkedés után jelentős idővesztéssel tud szakmailag helyesebb döntéseket hozni. A Sürgősségi Osztály finanszírozását tekintve önmagában az osztály minimális nyereséggel dolgozik, de figyelembe véve az összkórházi finanszírozást a Sürgősségi Osztály működése ráfizetéses. Összegezve, megfelelő humán erőforrás birtokában az SBO működése a beteg ellátást megkönnyítené és a betegek számára is jobban áttekinthető rendszert jelentene. Tapasztalataink szerint saját kórházunk sürgősségi szakorvosai és a sürgősségi osztályra beosztott orvosok hiányos felkészültsége a traumatológiai ellátásban számos esetben felesleges vagy nem megfelelő döntésekhez vezet. Úgy gondoljuk, hogy azokban a kórházakban ahol a Sürgősségi Osztály még nem nyílt meg, de megnyitása várható, minden esetben alapvető fontosságú a traumatológiai ellátás szempontjából a megfelelően felkészített humán erőforrás, ennek hiánya esetén a Sürgősségi Osztályok nem tudják szakmailag megfelelően és hatékonyan támogatni munkánkat.

A-0029

EGYÜTT A KÖZÖS JÖVŐÉRT, VAGY EGYEDÜL MINDENKI ELLEN?

Turchányi Béla - Kincses M. - Balogh J.

Markhot Ferenc Kórház-Rendelőintézet, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Eger

Kettős szorításban vagyunk. Az Európai Unió nem tudja izlésünk szerint elhelyezni a traumatológiát az egészségügyben. A traumatológiai szakvizsgánk nem eukonform. A magyar egészségügy társadalmi és anyagi megbecsülése szigorúan monoton romlik, miközben a társadalom elvárásai - főleg propagandán keresztül biztatásra - egyre nagyobbak. Hosszú a szakorvossá válás ideje és a megszerzett képesítés mögött gyakran nincs valódi önálló munkára való képesség. Biztos, hogy mi magunk közben mindent jól csinálunk?

A képzési idő csökkentése, és hatékonyabbá tétele, az Ortopédia és a Sürgősségi szakma felé való nyitás és együttműködés a szerzők szerint inkább szolgálja hosszútávú érdekeinket, mint a jelenlegi állapotok konzerválása.

A-0044

QUO VADIS, MAGYAR TRAUMATOLÓGIA?

Mózes Tibor

Semmelweis Egyetem Traumatológiai Tanszék, Budapest

Alapvető változás van kialakulóban a magyar traumatológiai ellátásban. Az általános sebészetre ráépített traumatológiai képzés helyett először az önálló traumatológus képzés rövid (talán elhibázott) szakaszát nézhettük végig. Most pedig az ortopéd-traumatológus képzés kibontakozását láthatjuk.

Jó ez vagy rossz?

Mi a traumatológiai ellátás feladata?

Életmentés - ehhez sürgősségi szakember, majd érsebész, hasi-, mellkas- és idegsebész kell. Hol van itt a csontsebész helye?

Az életmentés után a lehető legteljesebb az anatómiai és funkcionális helyreállítás. Ehhez kell ortopéd-traumatológus, szemész, fül-orr-gégész, szájsebész, plasztikai sebész stb. Tscherne már a '70-80-as években követelményként állította fel a sérülések utáni eredeti munkakörbe való visszaállításnak a monitorozását. Neki könnyű volt, hiszen Hannoverben ember-embernek farkasa volt és csak teljesen rehabilitált embereket lehetett továbbra is jól kizsákmányolni. Itt már elértük a kapitalizmus építésének ezt a fokát? Trunky a traumás halálozások elemzése után kidolgozta a trauma centrumok ellátási szintjeinek a követelményeit. Magyarországon hányat kellene bezárni ezen ismérése alapján? Látható, hogy egy látszólag egyszerű, szakképzési kérdés milyen bonyolult összefüggéseket vet fel.

A-0094

QUO VADIS TRAUMATOLÓGIA? - A KÖZÖS ORTOPÉD-TRAUMATOLÓGUS SZAKORVOSKÉPZÉS A REZIDENSEK (SZAKORVOSJELÖLTEK) KÖZÖTT VÉGZETT KÉRDŐÍVES FELMÉRÉS TÜKRÉBEN

Noviczki Miklós¹ - Gera L.²

1 Jása András Oktató Kórház, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Nyíregyháza

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

CÉLKITŰZÉS: Az immár 7 éve folyó közös ortopéd-traumatológus szakorvos-képzés hatékonyságának és eredményességének valamint problémáinak vizsgálata a leginkább érintettek, a rezidensek és szakorvosjelöltek által nyújtott adatok és vélemények alapján.

MÓDSZER: 2006-ban a Traumatológiai Szakmai Kollégium megbízásából kérdőívet állítottunk össze az ortopéd-traumatológus rezidensek és szakorvosjelöltek számára, melyekben a feltett kérdések mellett a válaszadóknak lehetőségük volt véleményük szöveges kifejtésére is. A felmérés anonim volt, a kérdések elsősorban a képzőhelyekre, a kapott szakmai feladatokra, a központilag szervezett tanfolyamokra vonatkoztak. 2009-ben a kérdőíves felmérést minimális változtatásokkal megismételtük, a kapott adatokat és a személyes véleményeket értékeltük.

EREDMÉNYEK: Az első felmérés során 24, a másodiknál 23 válasz érkezett. Képzőhelyenként jelentős eltérés mutatkozott a szakorvosjelöltek által végzett műtétek számát és nagyságát illetően. Általában elmondható, hogy az egy orvosra jutó műtéti

A Magyar Traumatológus Társaság 2009. évi Kongresszusa és Fialok Fóruma

2009. május 7-9. | Tapolca, Hunguest Hotel Pelion

szám alacsony, a válaszadók 40%-a elégedetlen a műtéti számmal és megoszlással. A központi tanfolyamok mennyiségével és minőségével a többség elégedett, viszont a törzsképzés idején egyes szakmákban eltöltött időt feleslegesnek tart. A szakképzés előrehaladtával a szakorvosjelöltek elégedetlensége nőtt. Tanulmányok voltak a szöveges kiegészítők, melyekből előadásunkban többet szó szerint idézünk.

KÖVETKEZTETÉSEK:

1. A felmérés adatai összecsengenek a vizsgálatot végzők azon tapasztalataival, miszerint a közös ortopéd-traumatológus képzés számos problémával terhelt, hatékonysága elmarad az elvárhatótól.
2. A paritás elvén alapuló, szimmetrikus gyakorlati képzés ortopéd oldala nem rendelkezik olyan fogadóképességgel, amely kellő számú műtéti és asszisztálási lehetőséget biztosíthatna a traumatológiai oldal igényeinek megfelelő létszámú szakorvos kiképzéséhez.
3. A rezidens-rendszer ugyan amerikai mintára került nemzeti szakorvos-képzésünkbe, a hasonló elnevezés azonban teljesen különböző színvonalú gyakorlati képzést és szakmai gyakorlatot takar, sajnos, nem a mi javunkra.
4. A jelenlegi képzés végén félig kiképzett ortopédok és félig kiképzett traumatológusok kerülnek ki a rendszerből, ráadásul nincs biztosítva a lehetősége annak, hogy az így megszerzett „fél tudás” mindkét oldalát értékén tartsák az ortopéd-traumatológus szakorvosok.
5. A közös ortopéd-traumatológus szakképzés jelenlegi struktúrája átalakításra szorul.

A-0074

BONE SCHOOL- CSONT SULI!?

Gulyás Károly - Sárváry A. - Baráth I. - Szébeny M.

Semmelweis Egyetem Traumatológiai Tanszék, Budapest

Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

A „csont suli” a Semmelweis Egyetem Traumatológiai Tanszékének szakorvosképzés javítására tett kezdeményezése. Ausztrál, Angol mintára a teljes szakorvosképzés idejét felöleli, azaz 4 évig tart. A „csont suli” egy havonta egy alkalommal tartandó délutáni, esti iskola (5 óra). A hallgatók munkaidő után összegyűlnek a tanszéken és egy speciális témát átbeszélnek az elejétől a végéig. Az elméleti képzést gyakorlati követi. A 4 évig tartó képzés során 48 ilyen alkalommal gyűlnek össze és lefedik a teljes, traumatológiát és a hátterterületeket is, így mikor a képzésük véget ér, akkor az összes témáról megbízható részletes digitális mindig elérhető tartalmat hagynak maguk után, ami nekik és kollégáiknak is segít a betegellátás színvonalának növelésében. A „csont suli” által termelt anyagokat a Műtétinfo.hu tartalomszolgáltató digitálisan hozzáférhetővé teszi. Az elkészült anyagokból kreditpontos továbbképzéseket szervez. A Semmelweis Egyetem Traumatológiai tanszék a „csont suli” keretében kötelezően elvégzendővé teszi az ATLS, és AO báziskurzusokat melyhez támogatást nyújt hallgatóinak. A hátterterületek megismerését online választható modulokkal segíti. Ezzel a 4 évig tartó képzéssel szeretnénk megerősíteni a hallgatók elméleti és gyakorlati tudását és megkezdeni az egészségügy felzárkóztatását az Európai színvonalra.

A-0136

TRAUMA HÁLÓZAT FELMÉRÉSE

Szita János - Szalay K.

Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

CÉLKITŰZÉS: A Német Baleseti Társaság újabb ajánlása alapján országos felmérést végeztünk, összehasonlítva a korábbi eredményekkel.

MÓDSZER: A Német Társaság kérdőívét küldtük ki a felméréshez, mely a III. szintű traumatológiai ellátás követelményének megfelel, illetve az ellátó helyek besorolása is ez alapján történik.

EREDMÉNYEK: A korábbi felmérésekhez, illetve magyarországi újabb ellátási lépcsőkhöz képest változás nem történt. Ennek részletes analizisét az előadásban tárgyaljuk.

KÖVETKEZTETÉS: A Szakmai Kollégium, A Traumatológus Társaság igyekezete ellenére a magyarországi trauma ellátóhelyek szakmai besorolása nem változott, helyenként pazarlóan működik, illetve a régiókon felüli ellátást nyújtó helyeken a korábbi megfelelési mutató romlott.

A-0081

ÚJ, AZ ITLS ELVEK ALAPJÁN KÉSZÜLT SÚLYOS SÉRÜLT ELLÁTÁSI PROTOKOLL AZ ORSZÁGOS MENTŐSZOLGÁLTATNÁL

Gorove László - Göndöcs Zs. - Márton E.

Országos Mentőszolgálat Főigazgatósága, Budapest

A sérülés okozta halálozás világszerte 10% körül van, de sok országban a vezető halálok az 5-44 év közötti korosztályban. A magas korai halálozás 50%-a következik be a helyszínen és 30%-a a kórházi ellátás első 24 órájában. A tapasztalatok szerint a korai halálozások 48%-a potenciálisan megelőzhető megfelelő korai légútbiztosítással, a kritikus mellkasi sérülés, a külső vérzések, valamint a vérzéses shock adekvát ellátásával. A korai halálozás csökkentésében meghatározó az első (helyszíni) ellátás, ugyanakkor a vérzéscsillapítás lehetőségei korlátozottan alkalmazhatók. A súlyos állapotú sérült életkilátásait meghatározó, a sérülés időpontjában kezdődő és a definitív műtéti ellátás megkezdéséig terjedő időintervallumot „arany óráknak” nevezik. A kórházon kívüli ellátásban ennek csupán töredékével gazdálkodhatunk, az ún. „platina 10 perccel”, ami arra elegendő, hogy a sérült állapotát felmérjük, a halaszthatatlan beavatkozásokat megtegyük, és mielőbb megkezdjük a szállítást a célintézetbe. Egyes esetekben 10 percet sem töltünk a helyszínen, pl. ABC instabil sérült esetében, CPR megkezdése során (ekkor a szállítás alatt folyamatosan végezzük a szükséges beavatkozásokat). Fentiek miatt 2008-ben az Országos Mentőszolgálatnál új, a súlyos sérültek korszerű helyszíni ellátását szolgáló szakmai útmutató került kiadásra. Az útmutató az ITLS (International Trauma Life Support) és a permisszív hypotonia elveit alkalmazásával készült.

A helyszíni ellátás során elsődlegesen arra kell törekednünk, hogy a helyszíni biztonság és a baleset körülményeinek gyors felmérése után a közvetlen (ABCD) életveszélyt és a potenciálisan életveszélyes sérüléseket lehetőleg 2 percen belül felismerjük, a szükséges életmentő beavatkozásokat haladéktalanul elvégezzük, és a sérültet megfelelően rögzítve monitorizálás mellett mielőbb az ellátására alkalmas egészségügyi intézménybe (célintézet) szállítsuk.

Minden olyan beavatkozás és vizsgálat, ami a helyszíni 10 percen belül nem kivitelezhető (pl. intubáció, vénabiztosítás, részletes vizsgálat, végtagsínezés stb.), a szállítás alatt - megfelelő előkészítést követően - gyorsan elvégezhető. Az ezzel járó idővesztés (csupán a beavatkozás idejére állunk meg) bizonyosan kevesebb, mint amennyit a beavatkozással a helyszínen töltöttünk volna.

Az előadásban az ITLS elvei és a szakmai útmutató kerül röviden ismertetésre.

A Magyar Traumatológus Társaság 2009. évi Kongresszusa és Fialatok Fóruma

2009. május 7-9. | Tapolca, Hunguest Hotel Pelion

SPORTSÉRÜLÉSEK, FIZIOTERÁPIA

2009. május 8. » **15.00 - 16.20**

A-0028

TÉRDÍZÜLETI ARTROSKÓPIA IDŐZÍTÉSE

Bányai Tamás - Oberna Gy. - Gera L.

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

CÉLKITŰZÉS: Előadásunk célja a műtéti tervezés lehetőségeinek vizsgálata osztályunk térd-artroszkópiás gyakorlatában.

MÓDSZER: 2008.01.01 – 2008.12.31. között a Kecskeméti Megyei Kórház Traumatológia és Kézsebészeti Osztályán elvégzett 375 térd artroszkópia körülményeinek elemzése retrospektív analízis segítségével. A műtétek időzítését, és a talált elváltozásokat a kórházi dokumentációkból gyűjtöttük össze. A meniscus sérüléseket Cooper szerint, a porcárosodás stádiumait Outerbridge szerint osztályoztuk.

EREDMÉNYEK: Egy éves időintervallumban 375 térdízületi artroszkópiát végeztünk. Férfi:174, nő: 201. A sérüléstől számított 36 órán belül 31 esetben történt ellátás. A sérülés napján került felvételre 11 sérült. További intervallumok: 3-7 nap:35 eset, 1-4 hét: 68 eset, 1-3 hónap: 53 eset, 3-6 hónap: 35 eset, hosszabb ideje fennálló panaszok:153 eset. A talált elváltozások: meniscus sérülés: 103 esetben, leginkább Cooper A,C, F zóna sérülései. Incarceratio 9 esetben volt, kosárfül szakadást is 9 esetben találtunk. Discoid meniscussal 2 esetben találkoztunk, meniscusvarrat 1 esetben történt. Az előlő keresztszalag teljes sérülését 14 esetben, részleges sérülését 19 esetben találtunk. Osteochondralis sérülés 11 esetben fordult elő. Az ellátás során 15 esetben végeztünk Pridie-felfúrást, 1 esetben microfracture-t, 1 STD és 2 BTB plasztikát végeztünk. Plicaresectio 75 esetben történt, Baker cystát 21 esetben távolítottuk el. A medialis oldalszalagot 4 esetben kellett megvarrni.

KÖVETKEZTETÉS: A legkorábbi időpontot artroszkópia elvégzésére ízületi elakadás, instabilitással járó haemarthros vagy csontsérülésre utaló punctatum, nyílt sérülés esetén választjuk. Haemarthros előfordulását fiatalokban szintén akut artroszkópia indikációjának tartjuk. A tervezés függ a sérülés vagy panaszok kezdete és a beérkezés között eltelt időtől is. A szakirodalomban talált időzítésekhez hasonlóan egyéb esetekben a sérülést követő 4 héten belüli ellátás pontosabb diagnózis felállítását segíti a 48h-n belüli műtétkezésként. LCA szakadás észlelésekor legelőször a plasztikát halasztjuk, kombinált LCA-LCM sérülés esetén az oldalszalag szakadás konzervatív-funkcionális terápiáját indítjuk először. A meniscus-basis friss szakadása esetén fiatalokban outside-inside varratot végzünk. Igyekszünk az egyéb műtétek nagy száma miatti halasztásokat minimalizálni.

A-0107

AKUT ARTHROSCOPIA GYAKORLATA OSZTÁLYUNKON

Szeferinkin Bojko Lazarov - Kis Á. - Fekete K.

*Kenézy Kórház Rendelőintézet Kft., Baleseti Sebészet és Kézsebészeti Osztály, Debrecen
DE OEC, AOK, Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék, Debrecen*

A térdízületi vérömleny okának felkutatása ma már alapvető követelmény. Az arthroscopia célja a pontos diagnózis felállítása, és egyúttal lehetőséget biztosít az azonnali adekvát terápia bevezetésére. Szerzők azt vizsgálták, hogy melyek a haemarthroszal járó leggyakoribb térd-sérülések. A szerzők osztályán 2004.01.01 és 2008.12.31 között 2184 arthroscopos beavatkozást történt és ebből 744 haemarthros miatt elvégzett akut arthroscopia volt. A szerzők az akut stádiumon a sérülést követő 3-5 napot értik. Ez 541 esetet jelent, míg 203 alkalommal ennél később, de 2 héten belül történt az arthroscopos interventio. Akut haemarthros hátterében meniscus, kereszt és oldalszalagok, a tok, vagy a retinaculum szakadása, ízületi porcfelzín károsodása - osteochondralis, chondralis törések, - valamint az extensor apparatus szakadása állhat. Ritkábban banális sérülések esetén haematológiai körképek okoznak ízületi vérömlényt. Külön kell említeni az úgynevezett arthrofibrosist. A kötőszövet patológiás poszttraumás vagy műtét utáni túlbujzjárásáról van szó, amely mechanikusan jelentős mozgás beszűkülést eredményez. Okai: Notch impingement, rossz helyre fűrt csont csatorna, intercondylaris osteophyta képződés, transzplantátum hypertrophia, zsírtest és retinaculum fibrosis, cyclops syndroma, ízületi empyema, reflex dystrophia, extraarticuláris sebészeti beavatkozás. Az elvégzett 744 akut arthroscopos beavatkozásból 259 LCA szakadás 411 meniscus laesio (ebből 38% kosárfülszerű, perifériás 24%, lebenyes 17%, horizontális 10%, radiális 10%, discoid 1%) 24 osteochondralis törés. 8 ízületi tok, retinaculum szakadás 27 plica szakadás 2 extensor apparátussérülés 8 eminencia kiszakadás 5 arthrofibrosis igazolódott. Ismert tény, hogy a praeartroticus elváltozások egyik leggyakoribb

kockázati tényezője a poszttraumás állapot. Az ízületi nyomásfokozódás, a direkt sérülések és az enzimikus folyamatok a későbbiekben a hyalinporc integritásának megbomlásához, végső stádiumban szekunder arthrosishoz vezetnek. Az akután végzett arthroscopia a megelőzés leghatékonyabb eszköze.

A-0131

AKUT ELÜLSŐ KERESZTSZALAG SÉRÜLÉSEK, KOMBINÁLT TÉRDSÉRÜLÉSEK ELLÁTÁSA

Erdélyi Gábor - Bérés Gy. - Kovács A.

Kastélypark Klinika, Tata

CÉLKITŰZÉS: Osztályunkon 2007. július 1. és 2009. február 28. között 57 esetben végeztünk műtétet akut elülső keresztszalag szakadás, illetve kombinált térd sérülés miatt.

MÓDSZER: Operált betegek retrospektív elemzését végeztük. Az izolált akut keresztszalag műtéteket követő rehabilitációt a krónikus eseteknél használt rehabilitációs protokoll szerint végeztük: kombinált sérülések esetén a társsérülésnek megfelelően módosítottuk a rehabilitációs utat. A műteti eredményeinek felmérésére IKDC2000, Tegner score, Lysholm-Gillquist score, Cincinatti functional assessment score, hop-teszt, KT1000, radiológiai vizsgálatot végeztünk.

EREDMÉNYEK: Előadásunkban ismertetjük eredményeinket a fenti score rendszerek alapján. A talált eredmények a nemzetközi irodalomban talált adatoknak megfelelnek.

KÖVETKEZTETÉS: Az akut esetekben végzett elülső keresztszalag pótlások eredményei a krónikus instabilitás miatt végzett műtétekkel szerzett - korábbiakban közölt - eredményeinknek megfelelnek. Az indikáció legfontosabb eleme a térdizületi gyulladásos reakció mértéke. A sérülés óta eltelt idő kisebb jelentőségű, mint a hő termelődés és a synovialis hártya viselkedése. Hangsúlyozzuk a társsérülések ellátásának fontosságát, így elsősorban a dorsomedialis tok, a meniscotibialis szalag, a meniszkuszok, az elülső és hátsó keresztszalag sérülésének egy ülésben történő ellátásának fontosságát. Az akut ellátás után a rehabilitáció ideje eltérhet ugyan a krónikus ellátás átlagától, de mindenképpen rövidebb, mint a krónikus ellátásnál szükséges két rehabilitációs periódus.

A-0116

SPORTOLÓK ALSÓ VÉGTAGI FÁRADÁSOS TÖRÉSEINEK DIAGNOSZTIKÁJA ÉS KEZELÉSE

Pavlik Attila - Halasi T. - Fröhlich P.

Országos Sportegészségügyi Intézet, Sportsebészeti Osztály, Budapest

CÉLKITŰZÉS: Bár a fáradásos törés a sportolók gyakori túlterheléses ártalmi közé tartozik, a korai diagnózis nem könnyű a sportorvosok számára. A leggyakoribb lokalizációi a tibia, az előláb, a fibula és a femur. Jelen tanulmány célja osztályunk tapasztalatainak összefoglalása sportolók fáradásos töréseinek diagnosztikájában és kezelésében.

MÓDSZER: 2000. január 1-e és 2005. június 30-a között 26 élsportoló 28 alsó végtagi fáradásos törését kezeltük osztályunkon. Közülük 15 sportolónak V. metatarsus, 6-nak tibia, 2-2-nek fibula és femur, illetve 3-nak egyéb lokalizációjú törése volt. A sportágak szerint 9 labdarúgó, 5 tornász, 4 hosszútávfutó, 3 kézilabdázó, 2-2 kosárlabdázó és asztaliteniszező és 1 cselgáncsozó volt. A diagnózist a sérültek panaszai, tünetei mellett röntgen, MR és csontszintigráfiás vizsgálatok alapján állítottuk fel. A fáradásos törések 50%-ában történt a tünetek megjelenésétől számított 4 héten belül korrek diagnózis, amíg a másik 50%-ban csak ezt követően.

EREDMÉNYEK: 12 betegnél konzervatív, míg 14 betegnél műtéti kezelés történt. A konzervatív terápia pihenésből, tehermentesítésből, majd fizioterápiából, gyógytornából állt. A műtétek során intramedullaris rögzítést alkalmaztunk néhány esetben spongiosa plasztikával egészítve ki. A gyógyulási idő az akut szakban történt diagnózis esetén rövidebb volt (6hét), mint a késői szakban diagnosztizált esetekben (12hét).

KÖVETKEZTETÉS: Az alsó végtag fáradásos töréseire mindig gondolni kell azokban az esetekben, amikor trauma nélkül fennálló fájdalom, diszkomfortérzés miatt jelentkezik vizsgálatra egy sportoló. Ezekben az esetekben a korai diagnózis lényeges a gyógyulási idő lerövidítése és az esetleges szövődmények elkerülése céljából. Fáradásos törések elhúzódó gyógyulás esetén a műtéti beavatkozás eredményezhet teljes gyógyulást és sportképességet.

A Magyar Traumatológus Társaság 2009. évi Kongresszusa és Fialatok Fóruma

2009. május 7-9. | Tapolca, Hunguest Hotel Pelion

A-0035

ÚJDONSÁGOK A FELSŐVÉGTAG SÉRÜLT GYERMEKEK FIZIOTERÁPIÁBAN

Vadász Andrea - Tóth K. - Demjén P. - Kassai T.

Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Gyermektraumatológia, Budapest

CÉLKITŰZÉS: A gyermekkori mozgásszervi sérülések kezelése a gyógytornász számára speciális hozzáállást és módszereket igényel. Az előadásunk egyik részében szeretnénk bemutatni a leggyakoribb sérülés az alkartörés apropóján, azt a szemléletváltozást, amit a gyermekkori diszlokált törések mozgás stabil intramedulláris rögzítése biztosít. Az előadásunk másik részében a minden életkorban nagy kihívást jelentő könyök kontraktúra kezelése során a gyógytornász feladatait mutatjuk be.

MÓDSZER: a gyermekkori alkartörések kezelése az elmúlt években osztályunkon megváltozott. A diszlokált, töréseket titán elasztikus szegreg rögzítjük, és nem használunk külső - gipsz - rögzítést. Öt év alatt 127 gyermek alkartörését kezeltük TEN-nel. A gyógytornásznak új feladatai adódtak. A gyermekkel történt kapcsolatfelvétel, bizalmának megnyerése után a duzzadt végtag pozícionálása és keringésjavító torna megkezdése után szinte azonnal már az első napon a végtag izületeinek aktív tornája megkezdhető. Így a könyök, csukló és ujjak kontraktúrája megelőzhető. Gyakran nagyobb feladatot jelent a sérült illetve szüleinek meggyőzése, arról hogy nem kell várni és félni a tört alkart, hanem bátran mozgassa. A különböző okokból kialakult könyök kontraktúra kezelésében a fizioterápia nem mindig jár sikerrel, ezekben az esetekben a sebészi arthrolysis, és az esetekben kialakult perifériás idegsérülések újabb nehézségeket jelentenek a gyógytornásznak, de a műtét során behelyezett plexus kanül által biztosított fájdalommentesség megteremti a lehetőségét a korai passzív, manuális és CPM sinnel végezhető gyógytornának. Az elért jó véghelyzeteket széria gipszekkel biztosíthatjuk.

EREDMÉNY: A gyerekek alkartörésének mozgás stabil szintézise után a duzzanat a bevézések kezelése szempontjából hasznos az, hogy nincs külső rögzítésük, így szinte az első héten elérhető egy jól használható funkció, és 3-4 héttel a sérülés után, amikor a gipszet levennék a gyermekről, már teljes mozgástartománnyal térhet vissza az aktív életmódjához. A súlyos könyök kontraktúrák bemutatott eseteiben a kezelés során jelentős javulást értünk el.

KÖVETKEZTETÉS: A bemutatott esetek és eredmények alapján szeretnénk vitába szállni azzal a - korábban is hangoztatott, és ismét sokszor felmerülő - téveszmével, hogy gyermeknek nincsen szüksége utókezelésre. A gyógytornász aktív részese az ellátó teamnek, a komplex fizioterápia nélkül, hosszú hónapokkal később érhetjük el a megfelelő funkcionális eredményt. Külön hangsúlyozni szeretnénk az ortopéd traumatológus és anaesthesiológus és gyógytornász együttműködésének fontosságát.

A-0080

KOMPLEX FIZIOTERÁPIA BEMUTATÁSA EGY SÚLYOS KÖNYÖKIZÜLETI SÉRÜLÉST ELSZENVEDETT GYERMEK ESETÉBEN

Putnoki Judit - Kassai T. - Kricsfalusy M.

Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

A 8 éves kislány 2006 nyarán sérült. Az első ellátás során a humerus disztális végének romtörését diagnosztizálták. Az operáció után állület illetve nagy diszlokáció volt észlelhető. A nem javuló funkció miatt került intézetünkbe, ahol rekonstrukciós műtétet végeztek. Ezt több felszabadító műtét követte. Az előadás ennek a közel 3 éves periódusnak a fizioterápiáját és a team kitartó együttműködését mutatja be.

A-0144

ALKARTÖRÖTT BETEG TÖRÉSGYÓGYULÁSI ZAVARÁNAK SIKERES KONZERVATÍV KEZELÉSE MAGNETOTERÁPIÁVAL

Kricsfalusy Mihály - Baranyai Á.

Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

CÉLKITŰZÉS: Egy eset kapcsán szeretnénk bemutatni osteoporosis és lényeges trauma nélkül kialakult ulnatörés állületének konzervatív kezelésével elért eredményünket.

MÓDSZER: A beteg 2001-ben szenvedett alkartörést, lemezes synthesist végeztek. A törés gyógyult, a lemezeket szabály szerint, 2004-ben, két ülésben távolították el. Ezt követően lényeges trauma nélkül ulna diaphysis refractura következett

be. A beteg nagyfokú osteoporosisa és fémallergiája miatt ellátó intézményében újabb műtétjét nem vállalták, fájdalmas funkcióbeszűkülése miatt komplex kezelés, fizioterápia céljából irányították osztályunkra. Funkcionális kezelést kezdtünk, aktív és passzív tornáztatással, izomerősítéssel, kiegészítő fizioterápiával. Rögzítést nem helyeztünk fel, és a csontosodás elősegítésére az első három hónapban naponta célzott pulzáló mágneses kezelést alkalmaztunk. E mellett osteoporosisa miatt is folyamatos gyógyszeres terápiában részesült. Ezt követően a callusképződés lassú megindulását észleltük, és a következő 3 hónapban a kezeléseket heti 3-ra csökkentettük.

EREDMÉNYEK: 6 hónappal kezelésének megkezdése és 1 évvel a refractura kialakulása után a törés átépült, funkciói helyreálltak, munkába visszaállt.

KÖVETKEZTETÉS: Megfelelően megválasztott konzervatív kezeléssel, illetve a csontanyagcsere zavar terápiájával a sebészi szempontból problémásnak és „reménytelennek” tűnő esetben is elérhetjük az ízület gyógyulását, és a funkciók helyreállítását.

A Magyar Traumatológus Társaság 2009. évi Kongresszusa és Fialatok Fóruma

2009. május 7-9. | Tapolca, Hunguest Hotel Pelion

HIBÁK, TÉVEDÉSEK, TANULSÁGOS ESETEK – 1.

2009. május 9. » **08.30 - 10.15**

A-0022

INTRAOPERATÍV HIBÁK OKOZTA SZÖVŐDMÉNYEK TROCHANTERTÁJI TÖRÉSEKNÉL

Börzsei László

Kaposi Mór Oktató Kórház, Aktív Mozgásszervi Sebészeti Osztály, Traumatológiai Egység, Kaposvár

CÉLKITŰZÉS: Rámutatni azon intraoperatív hibákra, melyek elkövetése esetén a posztoperatív időszakban súlyos aszeptikus szövődmény alakulhat ki.

MÓDSZER:

Fejperforáció (cut out) - intraoperatív fejtűfúrás

Álízület kialakulása - dinamizálás hiánya

Lemeztörés - rigid fixáció - mediális megtámasztás hiánya, rossz implantátumválasztás

Szegtörés - dinamizálás hiánya, implantátumfáradás

EREDMÉNYEK - KÖVETKEZTETÉS: Műteti tervezéssel, műtét során megfelelő összpontosítással, a technikai fegyelem betartásával, a korai posztoperatív időszakban történő gondos betegkövetéssel a szövődmények nagy része kiküszöbölhető.

A-0031

MŰTÉTTECHNIKAI HIBÁK ELEMZÉSE A GAMMA SZEGGEL ELLÁTOTT TOMPORTÁJI TÖRÉSEK FEJCSAVAR KIVÁGÁSÁNÁL

Bán László - Merényi G.- Zách I.

Fővárosi Önkormányzat Károlyi Sándor Kórház és Rendelőintézet, Traumatológiai Osztály, Budapest

CÉLKITŰZÉS: Intézetünkben 1992 óta alkalmazzuk a Gamma szegezést a tomportáji törések ellátására. Több mint 2000 beavatkozást végeztünk. A szakirodalomban a Gamma szeg fejszavar kivágásának előfordulási gyakorisága 1-7%. A cut out fenomen szemponyjából az első 1000 műtétet dolgoztuk fel egy retrospektív analízissel.

MÓDSZER: A cut out-tal szövődött műteti eseteket részletesen elemeztük /29/1000/. A primer műtét technikai hibáira fókuszáltunk. A töréseket AO szerint osztályoztuk. Értékeljük a röntgenfelvételek alapján a primer posztoperatív töréshelyzetet, az implantátum helyzetét, a repozíció pontosságát. Megállapítottuk a cut out irányát, és az esetleges secunder varus dislocatio létrejöttét.

EREDMÉNYEK: A cut out előfordulási arányát anyagunkban 2.9 %-nak találtuk. Az AO szerinti A2.2 és A3.3 töréstípusok voltak a leggyakoribbak. A normál collo-diaphysealis szög valamennyi esetben helyre lett állítva. A törési rés diastasisa >5 mm maradt 8/29 esetben. A repositio subjectiv megítélése az esetek kétharmadában csak elfogadható, vagy rossz volt. A fejszavar positionálása legalább hasonló mértékben volt hibás. A cranialis irányú kivágás lényegesen gyakoribb volt. 2 esetben semmilyen műtéttechnikai hiba nem volt véleményezhető.

KÖVETKEZTETÉS: A cut out predisposíciós faktorának tekinthető az AO A2.2 és A 3.3 töréstípus. A műtéttechnikai hibák közül a fejszavar inadequát positionálása, és a primer műtét során nem megfelelő törésrepositio szintén predisposíciót jelent a cut out-ra. A fejszavar korrekt positionálása mindkét síkban elengedhetetlen. A műtéttechnikai hibák prevenciója alapvető jelentőségű a cut out incidenciájának csökkentésére.

A-0039

TAPASZTALATAINK LFN -NEL

Andriska István - Lábás Z. - Lapes J. - Vörös T. - Bábel Z.

Tolna Megyei Önkormányzat Balassa János Kórháza, Baleseti Sebészet, Szekszárd

A szerzők két éve alkalmazzák intézetükben combsont diaphysis és a többször, a tomporájra és supracondylaris régióra is kiterjedő törések rögzítésére az LFN szegget. Előadásukban 18 beteg kapcsán szerzett tapasztalataikat foglalják össze. Az összes betegnél terhelés stabil osteosynthesist sikerült elérni, a betegeket a műtét után 24 óra múlva mobilizálták,

fokozatos terhelés után, 3 héttel a műtétet követően teljes súllyal terheltek. Szövődményt nem észleltek. 2 esetükben elhúzódó csontgyógyulás történt. Tapasztalataik alapján a szeg széleskörű alkalmazását javasolják. Az anatómiai görbületeket követő alakja folytán a bevezetése egyszerű, terhelés stabil osteosynthesis biztosít.

A-0065

PFN-A SZEGEZÉssel SZERZETT TAPASZTALATAINK IDŐS BETEGEK ESETÉN

Tóth Ferenc - Kárpáti Z. - Vásárhelyi G.- Szűcs A. - Domaraczkí O.

Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórház, Ortopéd- Baleseti sebészeti Osztály, Budapest

CÉLKITŰZÉS: A szerzők osztályukon különböző típusú implantátumokat alkalmaznak petrochantericus combcsont-törés kezelésére. Értékelni kívánják PFN-A szegezés során szerzett tapasztalataikat idős betegek esetén.

BETEGANYAG ÉS MÓDSZER: 2006. 04. 01-től 2008. 12. 31-ig 85 beteg operáltak PFN-A szegezéssel. 5 csontmetastasis miatt operált betegüket az utánvizsgálatból kizárták. A 80 adequat traumára elsenvedett sérülés per- ill. subtrochantericus törés volt. Minimális előkészítés után az azonnali műtétet preferálták, spinalanaesthesiában. Kifejezetten idős, osteoporotikus betegek esetén választották a PFN-A szegezést a gyors műtési idő és a spongiosa-állomány zömítési lehetősége miatt. A betegek átlagéletkora 83,9 év (67-97 év). 3,7 szer annyi nő volt, mint férfi. Műtét után másnap a mobilizációt megkezdték. Az utánvizsgálati idő: 6-26 hónap.

EREDMÉNY: A betegek idős kora miatt az utánkövetés lehetősége korlátozott. A vizsgált időszakban a betegek 42,5%-a elhunyt. Korai (1 hónapon belüli) halálozás: 3,7%. Az elveszített betegek több mint 70 %-a túlélte az első 3 hónapot. 2 reoperáció és egy mély septicus szövődmény fordult elő, ez utóbbi beteget elveszítették.

KÖVETKEZTETÉS: A PFN-A szegezés a gyors műtési idő és az egyszerű kivitelezés alapján jól alkalmazható különlegesen fokozott rizikófaktorú, idős, csonttritkulásban szenvedő betegek csípőtáji töréseinek csontgyógyulására. A spongiosa-állomány zömülése megfelelő alátámasztást biztosít a spirálpenge bevezetésekor. Az alacsony korai halálozás mutatja, hogy a betegek jól tolerálják a műtési beavatkozás jelentette megterhelést, ill. a műtét után másnap megkezdett rehabilitációt.

A-0100

MŰTÉTTECHNIKAI HIBÁK OKOZTA MECHANIKAI SZÖVŐDMÉNYEK ÉS AZOK MEGOLDÁSA GAMMA SZEGGEL ELLÁTOTT SUBTROCHANTERIKUS FEMURTÖRÉSEK ELLÁTÁSÁNÁL

Bán László - Merényi G.- Zságh I.

Károlyi Sándor Kórház, Traumatológiai Osztály, Budapest

CÉLKITŰZÉS: Intézetünkben 1992 óta alkalmazzuk a Gamma szegezést a subtrochanter törések ellátására (acut törésellátás, patológiás törések kezelése, reoperációk más implantátumok szövődményei miatt, reoperációk Gamma szegezések szövődményei után). A mechanikai szövődmények szempontjából a 2004-2008 között végzett primer műtéteket dolgoztuk fel egy retrospektív analízissel.

MÓDSZER: Felderítettük a primer műtét technikai hibáit. Nyomon követtük a korai és késői mechanikai szövődményeket, meghatároztuk előfordulási gyakoriságukat. A töréseket AO, és Sensheimer szerint osztályoztuk. Értékeljük a röntgenfelvételek alapján a primer posztoperatív töréshelyzetet, az implantátum helyzetét, a repozíció pontosságát. Igyekeztünk meghatározni, hogy a primer műtét technikai hibái milyen mértékben járulhattak hozzá a később észlelt mechanikai szövődményekhez.

EREDMÉNYEK: A subtrochanter töréseknél az izomzat húzóereje miatt típusos dislocatiók jönnek létre. Ennek ismeretében tervezhető meg a repozíciós manőver. A nagytomporcsúcs -start point - eltalálása nehéz lehet a dislocatio miatt. Alkalmanként egyes töréstípusoknál alkalmazható a fedett „joystick” módszer. Bizonyos töréstípusoknál eleve számítani kell a nyílt repozíció szükségességére. Időnként cerclage felhelyezése válik szükségessé a törés retentiojához. A törés stabilitása szempontjából a posteromedialis fragmentumnak, a kistompor vidékének fontos szerepe van. A leggyakoribb intraoperatív szövődmények az elégtelen törésrepositio, a fémanyag hibás helyzetű implantatioja, hibás tengelyállás, rotációs hiba, végtaghossz hiba, intraoperatív fractura. A túl laterális behatolás varus alignment-hez vezethet. A proximalis fragment comminutioja miatt nehézkes lehet a fejszavar megfelelő positionálása. A késői szövődmények közül kiemelendő az elhúzódó törésgyógyulás, az állízület /mely szoros összefüggést mutat a szegőtöréssel/, az autodinamisatio, a cut out, a secunder redislocatio, a fémtörés. Vizsgálatunkban elemeztük a szövődmények miatt végzett reoperációkat is.

A Magyar Traumatológus Társaság 2009. évi Kongresszusa és Fialatok Fóruma

2009. május 7-9. | Tapolca, Hunguest Hotel Pelion

KÖVETKEZTETÉS: A subtrochanter törések ellátására a Gamma szegezés - az említett rizikók és szövödmények ellenére - jó módszer. Az intramedullaris, lehetőség szerinti minimál invazív műtét biológiai, biomechanikai, technikai előnyökkel bír. A műtéttechnikai hibák prevenciója alapvető jelentőségű a mechanikai szövödmények incidenciájának csökkentésére.

A-0001

FÉL ÉV, ÉS NAGYON SOK VIZSGÁLAT UTÁN, CSAK A VÉGTAG CSÍPÓ IZÜLETI KIÍZESÍTÉSE UTÁN JUTOTTUNK VÉGLEGES DIAGNÓZISHOZ

Kincses Zoltán - Fierpasz F. - Kovács J.

BMKT Pándy Kálmán Kórház, Baleseti Sebészeti Osztály, Gyula

CÉLKITŰZÉS: A csont tumorok diagnosztikájának és kezelésének protokollja jól ismert. A diagnosztika legfontosabb eleme a pontos szövettani diagnózis.

MÓDSZER: Esetünkben a képalkotó vizsgálatok nem egyértelmű leletei, és az ismételten téves szövettani vélemény késleltette a beteg végleges ellátását. A nagyon nagy rizikójú műtėti beavatkozást a beteg érdekében mégis felvállaltuk. A nyolcvankét éves nő bal oldali alsó végtag fájdalmai hátterében álló tumor szövettani diagnózisa fél évvel az első jelentkezése után, a végtag csípő ízületi exartikulációját követően, az amputátumból sikerült. Ezt megelőzően az ismételt biopsziák malignitás lehetőségét kizárták.

EREDMÉNYEK: A beteg állapota a beavatkozás után sokat javult. A sokszor megismélt vizsgálatokat jól tűrte. Az ellátás, a diagnosztikai tévedések ellenére követte az ellátási protokollt.

KÖVETKEZTETÉS: A modern képalkotó vizsgálatok, az egzaktnak elfogadott szövettani diagnózis birtokában sem tudunk minden esetben a csonttumorok kezelésével előre lépni. A szakmai protokoll követése minden esetben segít, de a téves, vagy bizonytalan eredményt adó vizsgálati eredmények az ellátást késleltethetik. Nem szabad megfelekedezni arról, hogy téves leletek is előfordulhatnak.

A-0025

HUMERUSFEJ HÁTSÓ FICAMHOZ TÁRSULÓ IMPRESSZIÓS TÖRÉSÉNEK KEZELÉSE MINIMAL INVAZÍV MÓDON - ESETISMERTETÉS

Árva Gábor - Klára T. - Pécsi Ö.

Sopron Megyei Jagó Város Erzsébet Kórház a DE OEC Oktató Kórháza, Traumatológiai Osztály, Sopron

CÉLKITŰZÉS: A ritkán előforduló hátsó vállficamhoz társuló impressziós törés diagnosztikájának, a korai felismerés esetén lehetséges kezelésnek és az elért eredménynek a bemutatása.

MÓDSZER: 21-éves fiatalember sportolás közben esett bal vállára. Primeren a fizikális vizsgálat és hagyományos rtg. felvételek alapján felvetett hátsó ficam gyanúja miatt akut CT vizsgálat igazolta a humerusfej impressziós törését. Képerősítő alatt percutan a mozaikplasztikához használt eszköz segítségével végeztük az impresszió kiemelését és a csípőlapátból vett spongiosa hengerrel az alátámasztást. Neutralis rotációs helyzetben történt rögzítést követően korai fizioterápiát végeztünk.

EREDMÉNYEK: Teljes gyógyulás következett be oldalazonos mozgásokkal. A sérült eredeti foglalkozásához és sportaktivitásához visszatért.

KÖVETKEZTETÉS: Ennél a ritka sérüléstípusnál a korai felismerés rendkívül fontos: az teszi lehetővé a minimal invazív kezelést és ezáltal a secunder károsodások elkerülését.

A-0108

A POSTTRAUMÁS HÁTSÓ VÁLLFICAMOK ELLÁTÁSÁNAK BUKTATÓI – TANULSÁGOS ESETEK BEMUTATÁSA

Tóth Zoltán - Deutsch J. - Börzsei L. - Szabó I.

Kaposi Mór Oktató Kórház, Aktív Mozgásszervi Sebészeti Osztály, Kaposvár

CÉLKITŰZÉS: Az előadásnak nem célja nagy beteganyag áttekintése, illetve következtetések levonása, csak a figyelmet szeretnénk felhívni a hátsó vállficam ellátásának egyes buktatóira.

MÓDSZEREK: Öt beteg esetét szeretnénk bemutatni, 3 nő és 2 férfi, átlagéletkoruk 54,5 év. Mindannyian válltraumát szenvedtek és az diagnózis felállításában vagy terápiában, a további ellátást és funkciót befolyásoló hiba történt. 2 esetben törés miatt inadekvát operációt végeztek, 2 esetben a primer vizsgálatok során diagnosztikus tévedés volt. 1 esetben felismerésre került a hátsó vállficam, de a repozíció utáni rögzítés nem volt megfelelő, és hátsó instabilitás alakult ki. Az inveterált ficam miatt 2 esetben totál vállizületi endoprotézist ültettünk be, 1 esetben a véres repozíciót követően allograftos humerus fej plasztikát végeztünk, 1 esetben véres repozíció után a tuberculum minus humerinek a revers Heel-Sachs laesio helyére történő transzpozícióját végeztük, míg egy esetben a hátsó instabilitást szüntettük meg csontblokk képzésével. A műtétek után az operált felső végtagot neutrális, vagy enyhe kirotációs helyzetben rögzítettük.

EREDMÉNYEK: Betegeinknél recidiva nem alakult ki, mindennapi tevékenységüket el tudják látni. Egy beteg versenysportjába visszatért. Aktív és passzív mozgásai jelentős javulást mutattak, minimális, időjárással kapcsolatos fájdalom van 2 betegnek.

KÖVETKEZTETÉS: A hátsó vállficam felismerése nem nehéz, mégis gyakran elnézésre kerül. Felismerésében alapvető a jól beállított rtg felvétel, amelynek hiány gyakran szerepet játszik a diagnosztikus tévedésben. Kétség esetén CT vagy MR vizsgálat segíthet. A korai felismerés, megfelelő kezelés, repozíció és a korrekt rögzítés fontos, tekintettel a későbbi szövődményekre, illetve a fel nem ismert, vagy nem megfelelően kezelt esetek késői ellátásnak nehézségeire.

A-0038

EGY RITKA TÍPUSÚ SÉRÜLÉS ELLÁTÁSA OSZTÁLYUNKON-RETROSTERNALIS CLAVICULA FICAM (ESETBEMUTATÁS)

Marosán Péter - Csothy J. - Bardocz L.

BMKT Pándy Kálmán Kórház, Baleseti Sebészeti Osztály, Gyula

CÉLKITŰZÉS: Előadásunk célja ismertetni egy eset bemutatásán keresztül a retrosternalis clavícula ficam ellátási stratégiáját.

MÓDSZER: 30 éves nőbetegünk közötti balesetben sérült. Priméren más intézetben jelentkezett, ahol a vizsgálatok végeztével otthonába bocsátották. Kb 2 óra múlva jelentkezett ambulanciánkon, mivel elmondása szerint már az első vizsgálat során meglévő mellkasi, válltáji panaszai nem csökkentek. A fizikális vizsgálat valamint a képalkotó eljárások (rtg, CT) retrosternalis clavícula ficamot igazolt. Társsérülés nem igazolódott. Narcosisban, a megfelelő műfogást alkalmazva sikeres repozíciót végeztünk.

EREDMÉNY: Betegünk rövid utánkövetése során relaxatio nem alakult ki, az igen erős fájdalom a repozíciót követően megszűnt. Társsérülésre utaló tüneteket a későbbiekben sem észleltünk.

KÖVETKEZTETÉS: Hangsúlyozni szeretnénk, hogy a nagy energiájú sérüléseknél, melyek a mellkast, válltájékot érintik gondolni kell ezen típusú sérülésre is, holott viszonylag ritka sérülésről van szó (irodalmi adatok alapján is). Felismerésében fontosak a klinikai tünetek (a beteg színt képtelen hanyatt feküdni a kifejezett fájdalom miatt, az esetleges társsérülések tünetei), a gondos fizikális vizsgálat valamint a megfelelő képalkotó eljárások. A felismerés valamint a megfelelő ellátás azért is fontos, mert a sérülés komoly, és akár életet veszélyeztető társsérüléseket okozhat (ér-, idegsérülés, mediastinalis sérülés).

A Magyar Traumatológus Társaság 2009. évi Kongresszusa és Fialatok Fóruma

2009. május 7-9. | Tapolca, Hunguest Hotel Pelion

A-0062

CADERE IN CURSU - HIBÁK A CSUKLÓTÖRÉSEK KONZERVATÍV KEZELÉSE SORÁN

Urbán Ferenc - Záborszky Z. - Barta B. - Fekete K.

DE OEC, AOK, Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék, Debrecen

Kenézy Kórház Rendelőintézet Kft., Baleseti Sebészeti és Kézsebészeti Osztály, Debrecen

CÉLKITŰZÉS: A DE OEC Kenézy Kórházban működő Traumatológiai Tanszékén 2003 óta folyik minőségellenőrző munka a járóbeteg szakellátásban megjelenő betegek röntgen-felvételeinek áttekintésével. Szerzők célja a csuklótörések kezelése kapcsán észlelt hibák felderítése, és a hibás folyamatok korrekciója.

ANYAG ÉS MÓDSZER: A Kenézy Kórház Baleseti Sebészeti járóbeteg szakrendelésén és ambulanciáján 2004. január 1. - 2008. december 31. között 3986 csuklótörést kezeltek. Ezeknek a sérülteknek a primer és kontroll röntgenfelvételeit ellenőrizték a szerzők.

EREDMÉNYEK: A vizsgált 5 éves periódusban a szerzők 802 esetet (20,1 %) emeltek ki, ahol 15 fokot meghaladó dorsalis tengelyeltérés, ízületi lépcső-képződés, vagy a radius számottevő megrövidülése maradt vissza. A röntgen-felvételen látható deformitás a betegek jelentős részénél jelentős panaszt nem okozott, azonban a szerzők úgy gondolják, hogy elfogadhatatlanul magas a rossz helyzetben gyógyuló törések aránya, a konzervatív kezelés szabályainak szigorúbb betartásával az eredmények javíthatók. A tapasztalatok azt mutatják, hogy az esetek egy részében a repozíció után felhelyezett gipszkötésen rossz helyen kerül kialakításra, időnként pedig hiányzik a „delle”, a dorsalis megtámasztást szolgáló benyomat. A másik gyakori hibaforrás az egy hetes kontrollnál végzett gipszkörkörösítés. Ilyenkor elengedhetlen a röntgenkontroll mellett függesztésben végzett gipszcserre, szükség esetén ismételt tengelykorrekcióval.

KONKLŰZIÓ: Az eredmények nagyobb odafigyeléssel jelentősen javíthatók. A fiatal kollégák figyelmét fel kell hívni a konzervatív kezelés szabályainak szigorú betartására, megfelelő oktatásukról gondoskodni kell. Az Európai Unió által szabott munkaidő direktíva nem kedvez a tervezhető orvos-betegtalálkozásoknak. Sajnos fordult elő olyan eset is, amikor a sérülést még két alkalommal sem látta ugyanaz az orvos. Ennek a megoldására az osztályos munkarend megváltoztatását tervezik a szerzők.

A-0126

HATÁRTERÜLET, VAGY KÖZÖSFELADAT?

Turchányi Béla - Molnár I. - Kincses M.

Markhot Ferenc Kórház-Rendelőintézet, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Eger

A nagyobb sebési aktivitásnak, a könnyebb hozzáférésnek köszönhetően a csípőprotézis beültetése után egyre több esély van arra, hogy további műtétekre lesz szükség, miközben a betegek is egyre több kísérőbetegséget tudhatnak magukénak. Az újabb és újabb beavatkozások indikációi és veszélyei egyre egyénibbek. A betegek életük végéig gondozást igényelnek, és előbb utóbb eljuthatunk a lehetőségeink végső határáig. Egy revíziós csípőprotézis műtéten átesett beteg periprotetikus törésének ellátási lépéseit mutatja be az előadás kiemelve azt, hogy nem csak műszaki technikai határai lehetnek a sebési ténykedésnek.

A-0143

SÚLYOS, KOMBINÁLT LÁBSÉRÜLÉS EREDMÉNYES ELLÁTÁSA, FIZIOTERÁPIÁJA

Kricsfalusy Mihály - ifj. Hardy G. - Baranyai Á.

Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

CÉLKITŰZÉS: Szeretnénk bemutatni, hogy amputációval fenyegető, súlyos lábsérülés jól vezetett operatív műtéti sorozat kezelése és párhuzamosan végzett intenzív fizioterápiája következtében jó funkcionális eredményt, terhelhető, megfelelő járásképeséget érhetünk el.

MÓDSZER: A 26 éves férfibeteg III. fokban nyílt alsó ugróizületi és lábtő ficamot szenvedett a lábtőcsontok romos nyílt töréseivel, többszörös infektusokkal. Műtéti sorozat végéig a lágyrészviszonyok rendeződtek, a lábtő részleges elmerévesítése volt szükséges. A kialakult Sudeck dystrophia és lábdeformitások, fájdalmak, járásképtelenség miatt korán

megkezdük a sérült komplex fizioterápiáját, melynek célja a keringésviszonyok javítása, a fájdalmak enyhítése a csontosodás segítése, a mozgásterjedelem és terhelhetőség lehetséges visszanyerése és a járás visszanevelése volt.

EREDMÉNYEK: A beteg több mint egy évig járt folyamatosan osztályunkra fizioterápiára. Végállapotként a végtagját jól terheli, havonta többször, rendszeresen 20-30 km-es gyalogtúrákat tesz, korábbi életmódjához visszatért.

KÖVETKEZTETÉS: A megfelelő műtéti ellátások és az időben megkezdett, és kellő intenzitással, kitartással végzett rehabilitáció, fizioterápia súlyos lábsérülés esetén is elfogadható funkcionális eredményt hozhat, de hozzá kell tennünk, hogy ehhez a beteg megfelelő akarata, kooperációja is szükséges.

A-0147

HIBÁZTUNK VAGY NEM? TANULSÁGOK EGY FELKARTÖRÉS KAPCSÁN

Mészáros Iván - Mahunka Zs.

Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház Nonprofit Zrt., Traumatológiai Ortopédiai és Szjsebészeti Mátrix Osztály, Veszprém

CÉLKITÜZÉS: Többszörösen sérült ffi felkartörésének elemzése a primer ellátás és a kialakult szövödmény vonatkozásában, a hibák, tanulságok bemutatása.

MÓDSZER: Közlekedési balesetben többszörösen sérült ffi. (felkartörés, ellenoldali ulnatörés, nyílt térdizületi sérülés, kétoldali részleges radialis sérülés) Sérülés napján végleges ellátás. 3 hónapos kontroll: jó funkció, kezdődő callusképződés. Munkába állás. 6 hónapos kontrollon állízület és implantátumlazulás jelei. Műtétbe a beteg nem egyezett bele, konzervatív kezelés: 6+4 hét gipsz. Gipszlevétel után fizikálisan kötött a felkar, rtg kérdéses. Egy héttel később fájdalom, a felkar kórosan mozgatható. Műtét, spongiosaplastica, DC lemezes OS. 3 hónap múlva gyógyulás.

EREDMÉNYEK: HIBÁK: Elsődleges ellátás: rövid szeg, distalisán csak egy reteszcsavar, instabilitás! RTG felvételek: csaknem minden esetben rossz beállítás. Állízület műtétjének időpontja.

TANULSÁGOK: A szabályokat be kell tartani, még akkor is, ha a synthesis elegendőnek tűnik, ha technikai nehézségeink vannak, régóta operálunk, késő van, nem szabad megalkudni! Pontos rtg felvételeket szabad csak elfogadni! Mennyire szabad engedni a beteget a kezelés "szabadságában", mennyire legyünk erőszakosak? Hibáztunk? Igen

A-0148

HIBA? TÉVEDÉS? JOGGYAKORLAT? (COMPARTMENT SYNDR.)

Pákozdy János - Mahunka Zs.

Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház Nonprofit Zrt., Traumatológiai Ortopédiai és Szjsebészeti Mátrix Osztály, Veszprém

CÉLKITÜZÉS: tanulságos eset ismertetése

MÓDSZER-KÖRTÖRTÉNET: K.P. 23 éves sérült külföldön snowboard-ozás közben lábszártörést szenvedett. Elsődleges ellátása a területileg illetékes külföldi kórházban a sérülése napján megtörtént reteszelt velőúrszegezéssel. A postop. szakban az ellátó intézményben compartment syndromát észleltek, feltárások történtek, egy hónap után, peroneus gyengeséggel, necrosis miatt gyengült izomfunkcióval, nem teljesen rendben lévő sebbel bocsájtották haza. Rehabilitációs osztályon kezelték hazánkban, majd balesetét követő közel 6 héttel jelentkezik járóbeteg szakrendelésünkön kötőscsere céljából, amikor észleltük localis és általános septicus tünetek nélkül a lábszárán kialakult sebet. 2 hét múlva láz miatt osztályos felvétel történik, majd kétszer ismételt feltárás, necrectomia, dinamizálás, elbocsájtás után ambuláner kötőscsere. A sérült látóterünkől eltűnik, más intézetben a bokafunkció javítására intranszpositio műtetre kerül sor és a műtét elvégzése után pert indít az intézményünk ellen. A többletárgyalásos, többszakértős, ETT-ig eljutó per végeredménye az osztály és intézményünk elmarasztalása.

Az előadás kitér a körtörténetre, a pertörténetre (szakértői és ETT vélemények) és vitára bocsátja az esetet, egyet nem érve a bírósági döntéssel, amely szakmai alapon, szakmai támogatással történt.

KÖVETKEZTETÉS: A bíróság a szakmára támaszkodik, a szakma nem egységes, e gyakorlat káros is lehet a szakma és az intézmények számára.

A-0086

HIBÁK, TÉVEDÉSEK, MEGLEPETÉSEK AZ AMBULÁNS SEBÉSZETBEN

Szokoly Miklós¹ - Aradi P.²

¹ Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

² Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, Budapest

CÉL: Az ambuláns rutinműtétek hibáinak csökkentése.

MÓDSZER: A szerzők a mindennapi kisbészeti (ambuláns) „rutinműtéteket” veszik górcső alá. Ezek a műtétek sok-sok meglepetést okozhatnak még akkor is, ha kellő alapossgal vizsgáljuk ki a beteget. Sokszor a banálisnak tűnő panaszok, sebek, törések, tumorok elnézettsége miatt a páciens komoly hátrányokat szenved, nem beszélve az orvos lelkiismereti és jogi problémáiról.

EREDMÉNYEK: Hosszú évek tapasztalatából, több beteg esetbemutatásán keresztül hívjuk fel a figyelmet bizonyos típusú hibákra és meglepetésekre a kézsebészet, általános sebészet, traumatológia és ortopédia témaköréből.

KÖVETKEZTETÉS: A fenti esettanulmányok ismét figyelmeztetnek arra, hogy nincsenek rutinműtétek és kellő alapossgal, gondossal kell minden egyes beteget műtőbe vinni.

A-0073

AMIKOR AZ EMBER SZÍVE SZAKAD MEG!

Gulyás Károly - Donkó I. - Mészáros T. - Baráth I. - Kiss L. - Sárváry A.

Semmelweis Egyetem Traumatológiai Tanszék, Budapest

Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

ESET: A 76 éves nőbeteg felvétele délelőttjén vonattal dunakanyari túbából hazafelé indult társaival. A vonat fékezése során háttal szék karfának esett bal oldalával. Mellkasát ütötte meg. Egyedül hazament a vonatállomásra és 8 órával a sérülés után panaszmentesen fia buzdítására szakrendelőben saját lábán jelentkezik. Légzési panasza nincs. Mellkas, bal borda rtg. készül amely VIII-IX-es bordán hátsó hónaljvonalban törést talál, 3 harántujjnyi HTX-szel. A beteg még mindig panaszmentesen 12 órával a sérülés után jelentkezik ambulanciánkon (kizárólag a szakrendelő hatására). A HTX-et pungáltuk és megfigyelésre subintenzív részlegünkre helyeztük. A beteg még mindig panaszmentes. 20 órával a sérülés után a beteg állapota rosszabbodott, majd hirtelen összeomlott. Mellkascső, Intenzív terápia, sőt thoracotomia sem tudta megmenteni az életét. 26 órával a sérülés után a műtőasztalon meghalt. A beteg pericardiuma és bal kamrája is kilyukadt. Vajon mitől? és hasonló kérdések merültek fel bennünk. A megoldásra később jöttünk rá!

A-0079

ALSÓVÉGTAGI NAGY ÍZÜLETEK INFEKCIÓJÁNAK MŰTÉTI KEZELÉSE GENERALIZÁLT SZEPTIKUS ÁLLAPOTBAN.

Farkas Gábor¹ - Nőt L.² - Várhidy L.²

1 Országos Gerincgyógyászati Központ a Budai Egészségközpont Kft. Szakkórháza, Budapest

2 PTE KK, Mozgásszervi Sebészeti Intézet Traumatológiai és Kézsebészeti Klinikai Tanszék, Pécs

CÉL: A szerzők 3 klinikai eset kapcsán alsóvégtagi nagy ízületi gyulladás műtési kezelésével kapcsolatos tapasztalataikat ismertetik az előadásban. Célkitűzésük bemutatni a kórkép kialakulásához vezető folyamatot, és az azonnali definitív ellátás elvégzésének szükségességét generalizált sepszis állapotában.

MÓDSZER: Bemutatásra kerülő betegeknél sürgős ellátás történt, mely nem csak a sepszis állapot megszüntetését célozta, hanem a betegek későbbi sorsát befolyásoló végtag és funkció mentést is biztosította.

1. beteg: Staphylococcus aureus és Salmonella enteritidis coxitis SLE-s betegűknél (T.É. 51 év nő) az autoimmun betegség, tartós szteroid kezelés mellett, shockos állapotot okozó metrorrhagia miatt elvégzett nőgyógyászati beavatkozás, illetve azonos oldali zajló vénás trombózis társult, generalizált sepszis állapotával, párcapcsolati zavar és tárgyvesztés miatti súlyos depresszióval.

2. beteg: Térd ízületi gyulladásos betegűknél (S.A.74 év nő) anamnézisében előrehaladott diabetes mellitus, illetve térdprotézis beültetés, majd ezt követően néhány hét leforgása alatt kialakult Staphylococcus aureus gonitis szerepelt. A betegnél 6 év físzulázás mellett supracondylar törés alakult ki, melyet az eredeti ellátó intézetben szögletlemez színtézissel kíséreltek meg gyógyítani. A betegnél a színtézis eredménytelen maradt, rediszlokált töréssel, kilazult fémeszközökkel, dezorganizációval, térd ízület ficamával került intézetünkbe áthelyezésre, végleges ellátásra.

3. beteg: Talocruralis ízületgyulladásos betegűknél (D.K. 61 év ffi.) neuropátiával és angiopátiával társult diabeteses mellitus szerepelt az anamnézisében. A betegnél subluxációval járó trimalleolaris törés miatt elvégzett csavaros, lemez oszteosztézis után három héttel durva rediszlokáció, a rögzítő fémek és a csont teljes dezorganizációja, illetve generalizált sepszis okozó Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes kevert fertőzés volt észlelhető.

A Magyar Traumatológus Társaság 2009. évi Kongresszusa és Fialatok Fóruma

2009. május 7-9. | Tapolca, Hunguest Hotel Pelion

EREDMÉNYEK: Valamennyi betegünkél a szeptikus állapot szanálása megtörtént, első betegünkél több lépcsőben totál csípőizületi protézis beépítése vált lehetővé. Utóbbi két betegünkél nekrektómiával és az ízület elmerévitésével a végtag megmentése, illetve a járóképesség visszaszerzése volt elérhető.

KÖVETKEZTETÉS: Összefoglalásként a szerzők felhívják a figyelmet az alsóvégtagi gyulladásoos kórképek jelentőségére, azok megoldásával kapcsolatban az akutan elvégzett beavatkozás életmentő voltára, a mozgásszervek funkciójának megmentésére törekvő erőfeszítésekre. A későbbi rekonstrukció lehetőségének mérlegelésére, megteremtésére, műtéti lehetőségekre. Különös tekintettel a betegek kórtörténete kapcsán fellépő nehézségekre és az individuális tervezés szükségességére.

A-0051

MILYEN FUNKCIONÁLIS EREDMÉNY ÉRHEŐ EL NAGY DISZLOKÁCIÓVAL, IMPRESSZIÓVAL JÁRÓ CALCANEUS TÖRÉSEKNÉL A MŰTÉT ELMARADÁSA ESETÉN?

Baranyai Ágnes - Kricsfalusy M.

Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Baleseti Rehabilitációs Osztály, Budapest

CÉLKITŰZÉS: Az osztályunkon fizioterápiában részesült, konzervatíván kezelt sarokcsont törött betegek funkcionális eredményeit kívántuk értékelni, annak eldöntésére, hogy helyesnek bizonyult-e a választott kezelési eljárás.

MÓDSZER: 3 hónap alatt 4 dolgozó korú, aktív beteg jelentkezett osztályunkon fizioterápia céljából, nagy diszlokációval, impresszióval járó calcaneus töréssel, melyet konzervatíván, - 6-8 hétig - gipszrögzítéssel kezeltek. 3 betegnél nagy fájdalom, terhelési képtelenség, Sudeck dystrophia uralta a tüneteket. A negyedik sérült személyes kapcsolatok révén a sérülést követően négy nappal jelentkezett intézetünkben, nála rövid előkészítést követően repozíciót, Zdravec-féle csavaros synthesisist végeztünk. A betegek intenzív, komplex fizioterápiás kezelésben részesültek osztályunkon. Vizsgáltuk a láb kialakult deformításait, ízületi mozgásterjedelmeit, a betegek panaszait, terhelhetőségüket.

EREDMÉNYEK: A konzervatíván kezelt betegek átlagosan 6 hónapig tartó intenzív rehabilitáció után sem lettek panaszmentesek, fájdalom, deformitás, ortopéd cipő viselése mellett is csak korlátozott terhelést viselnek el, korrekciós műtétek vagy arthrodesis előtt állnak. Operált betegeinknél - amennyiben sikerül a Böhler szöveg és ízületi felszint helyreállítani, a betegek korábbi életvitelükhöz visszatértek.

KÖVETKEZTETÉS: A calcaneus impressziós töréseinél - különösen dolgozó, aktív sérültek esetén - törekednünk kell a törés repozíciójára és műtéti stabilizálásra, mert a konzervatív kezelés funkcionális végeredménye lényegesen szerényebb.

A-0087

A REHABILITÁCIÓ VESZÉLYEI, TANULSÁGOK EGY ESET KAPCSÁN

Szűcs Attila - Hangody L. - Vásárhelyi G. - Domaracski O. - Rahmeh H.

Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

ESETBEMUTATÁS: 31 éves, IDDM-es beteg izolált térd belső oldalszalag műtétét követően, gyógytornán szobacikliról leesett, bal bokája eltört, melyet OS-sel kezeltek. Ismételt rehabilitációs kezelés folyamán másik oldali bokája tört el, itt konzervatív kezelés történt. Ezt követően boka és térdkontrakurák alakultak ki, a beteg segédeszközzel nehezen közlekedett. Életminőséget javító korrekciós térd OT és gyógytorna céljából vettük fel osztályunkra. Az elvégzett dóm OT és a rehabilitáció eredményeit videofelvétellel mutatjuk be.

A-0104

IZOMSZAKADÁS VAGY SARCOMA

Korcsmárjózsef - Szedlák Gy.- Hegedűs Ágnes- Horváth Katalin

Vas Megyei Markusovszky Kórház Nonprofit Zrt., Traumatológia, Szombathely
"Multicenter study"

A szerzők egy 74 éves férfi esetét ismertetik, aki számos korábbi súlyos betegség, műtét után felkari fájdalommal jelentkezett ellátásra. Az első vizsgálat a kétfejú felkar hajlítózom hosszú fejeének szakadását véleményezte. Három hónappal később növekvő terime, bevérzés miatt műtéti feltárás történt. A szövettani vizsgálat malignus fibrosus histiocytomát igazolt. Az előadásban a szerzők a felismerés után 14 hónappal a beteg halálával végződött eset körlefolysását, tanulságait ismertetik, bemutatva az elvégzett műtéteket is. Összefoglalják a rosszindulatú kötőszöveti daganatok diagnosztikai, kezelési tudnivalóit.

A-0114

HAGYOMÁNYOS RADIOLÓGIAI VIZSGÁLAT SZEREPE ELÜLSŐ VÁLLINSTABILITÁS ESETÉN

Torkos Miklós Bulcsú¹ - Magda I.⁴ - Edwards B.² - Walch G.³ - Szabó I.¹ - Repa I.⁴

1 Kaposi Mór Oktató Kórház, Aktív Mozgásszervi Sebészeti Osztály, Ortopédiai Egység, Kaposvár

2 Fondren Orthopedic Group, Houston, Texas, USA

3 Centre Orthopedic Santy, Lyon, Franciaország

4 Kaposvári Egyetem Egészségügyi Centrum, Kaposvár

CÉLKITŰZÉS: Az előadás célja az elülső váll instabilitás hagyományos radiológiai vizsgálatai közül egy kevésbé ismert, de kifejezetten hasznos módszer bemutatása, mely jól szemlélteti a különböző kialakult csontos eltéréseket. Az előadás nem foglalkozik beteganyag bemutatásával.

MÓDSZER: A cavitas glenoidalis anatómiai eltérései és a vállizületi instabilitás közötti összefüggést már több szerző is közölte. Ez a felismerés az alapja annak, hogy vállizületi instabilitás esetében igen fontos a cavitas glenoidalis vizsgálata. A CT és MR korábban számos módszer létezik ennek ábrázolására, de a hagyományos röntgen sem elhanyagolható. A szerzők bemutatnak egy négy felvételtől álló röntgenfelvétel sort, amelyek különleges technikai hátteret, felkészültséget nem igényelnek.

EREDMÉNYEK: A megfelelően kivitelezett anteroposterior felvételek a humerusfej neutralis, ki- és berotált helyzetében, valamint Bernageau-féle oldal felvétel megbízhatóan ábrázolják a vállizület instabilitása során kialakult csontos elváltozásokat. Jól felismerhetők a humerus fejen a Hill-Sachs-Malgaigne laesiók, melynek mérete alapján terápiás indikációra utaló információkat nyerhetünk. A vápa elülső-alsó felszínén kialakuló Bankart-laesio csontos komponense is jól definiálható, amely a Bernageau-féle oldal felvétellel gyakrabban látható, mint az irodalomban ismert incidencia.

KÖVETKEZTETÉSEK: A vállizület instabilitása során alapvető a jól kivitelezett röntgenfelvétel sorozat, mert a kezelés módját, prognózisát jelentősen befolyásolja.

A-0106

TÖRÉSES CSÍPÓFICAM PRIMER RECONSTRUCTIOJÁNAK KORAI DESTRUCTIOJA, MEGOLDÁSA CSÍPÓIZULETI TEP BEÜLTETÉSEL KÉT LÉPÉSBEN

Balogh Péter - Gunther T. - Tömböl F.

Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Traumatológiai, Ortopédiai, Kézsebészeti Centrum, Győr

ESETBEMUTATÁS: Töréses csípőficam primer reconstructiojának korai destructioja miatti relaxatios szövődmény, femurfejből képzett vápadefectus pótlás csontos consolidatioját követően beültetett csípő TEP-el történő ellátása.

A szerzők bemutatnak egy hátsó-felső vápaperem töréssel járó csípőficamos esetet, melynél a primer reconstructios műtét után az elsődleges fejkárosodás progressiója, fejbepattanás, részleges fejfelhalás, valamint a reconstruált vápaperem elhalása, szétesése miatt relaxatios helyzet alakult ki. A szövődmény ellátásának első lépéseként femufej resectio és a fejből kifaragott csontbokkal vápadefectus pótlás történt.

A Magyar Traumatológus Társaság 2009. évi Kongresszusa és Fialatok Fóruma

2009. május 7-9. | Tapolca, Hunguest Hotel Pelion

A csontblokk beépüléséig tartós extenziós kezelést alkalmaztak, majd a járásképeség helyreállítását csípőüzleti TEP beültetésével oldották meg.

A szerzők elemzik a szövődmény kialakulásának okait, valamint bemutatják a több mint fél éves morfológiai és funkcionális eredményt.

A-0137

SZEMÉREMCSONT TÖRÉS, BANÁLIS SÉRÜLÉS?

Szita János - Bodzay T. - Hardy G.

Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

CÉLKITŰZÉS: Nagy erőbehatásra létrejött medencegyűrű sérülések diagnosztikája, felismerése begyakorlott szakmai ismérvek alapján történik. Kis erőbehatásra, "minor trauma" okozta banális medencetörések szakmai tekintetben alacsony rangú besorolást kapnak. Újabb diagnosztikai eszközökkel e gyakori és banálisnak minősített sérülések súlyosságának analizisét végeztük.

MÓDSZER: Az úgynevezett B2 típusú sérüléseket analizáltuk, dislocatio mértéke, illetve a fennálló fájdalmak miatt a sérüléstől számított 6 hét múltán. A vizsgálatok klinikai, illetve CT alapján történtek.

EREDMÉNYEK: A beteganyag analizise alapján 1 és 2 % közé tehető a primeren nem felismert, vagy elnézett medencegyűrű hátsó részének törése, mely persistáló panaszokat okozhat, illetve ritka esetben kialakult álizület (sacrum) műtéti ellátása vált szükségessé.

KÖVETKEZTETÉS: Az úgynevezett "minor trauma" hatására létrejött B2 típusú, berotációs mechanizmusú idős kori banálisnak vélt medencesérüléseknél a ventralis dislocatio mértéke primeren felhívhatja a figyelmet a dorsalis struktúrák sérülésére. Legkésőbb 6 hét után persistáló fájdalmak miatt szükséges CT vizsgálat elvégzése, adott lelet alapján megfelelő, akár műtéti kezelés elvégzése.

A-0142

ACETABULUM TÖRÖTT BETEG KÉNYSZERŰ KONZERVATÍV ELLÁTÁSA ÉS A FIZIOTERÁPIA EREDMÉNYE

Baranyai Ágnes –Szita J. – Kricsfalusy M. – Szita J.

Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

CÉLKITŰZÉS: Az elmúlt években 2 olyan beteget láttunk elintézetünkben, akinek diszlokált acetabulum töréssel járó medencesérülését egyéb okokból nem tudtuk megoperálni. Ezeknél a betegeknél a funkcionális kezelés, a megfelelő fizioterápia hatékonyságán múlik, hogy milyen eredményt sikerül elérni.

MÓDSZER: Multitraumatizáció részeként darabos, nagy diszlokációval járó csípő a erült osztályunkra fizioterápiára. Heti háromszor járt kezelésre, melynek fő elemei az egyéni kezelésen belül kezdetben tehermentesített helyzetben történő izomerősítés, mozgásterjedelem növelés, fájdalomcsillapítás, magneterápia voltak. Rövid idő alatt elértük, cetabulum törést szenvedett 37 éves betegünk extrém testsúlya és kísérő betegségei miatt nem volt műthető. 9 hónap után, nagy fájdalommal járó, minimális mozgásképeséggel ahogy önállóan mankózott, autót tudott vezetni, majd fél éven belül egy bottal, végtagját terhelve járt. A mozgásterjedelem teljes visszaállításának gátat szab a sérülés jellege, anatómiai sajátosságai.

EREDMÉNYEK: A betegnél elértük, hogy ismét tud dolgozni, a lakásán belül, illetve kisebb távolságokra már bot nélkül közlekedik. A végső megoldást a csípőprotézis beültetése adhatná, ez azonban a beteg számára több szempontból is nagy kockázatot jelentene. Jelen állapotában a beteg az elért eredménnyel elégedett, ezért nem is kívánja a műtétet.

KÖVETKEZTETÉS: Abban az esetben, amikor egy beteg műtétet igénylő sérülését nem tudjuk megoperálni, a fizioterápia kiemelt fontosságú a kezelés menetében. Célzott, az egyénre illetve a sérülés jellegéhez adaptált kezeléssel sok, reménytelennek tűnő esetben is elfogadható eredményt érhetünk el.

A-0070

TRAUMATOLÓGUS-SEGÍTŐ HIPERBÁR OXIGÉNTERÁPIA

Góbl Anna¹ - Hazay B.² - Thomka Gy.³ - Ágoston V.¹

¹ Hiperbár Centrum, Budapest

² 1. sz. Üzemegészségügyi Kft., Budapest

³ Óbuda-Békásmegyery Egészségügyi Szolgáltató Kht., Budapest

Hiperbár oxigénterápia (HBO): Páciensek 100%-os oxigént lélegeznek be megnövekedett környezeti nyomáson.

FIZIKAI ALAP:

- Henry-féle gáztörvény ("Gázok folyadékban való oldhatósága nyomás-arányos.")
- Hatóanyag-dozírozás, kontrollálhatóság: standardizált kezelési sémák

HATÁSMECHANIZMUS:

- a) Vérszűrésbe több oxigén kerül (haemoglobintól függetlenül); akár 20x több mint "normálisan".
- b) Minél több oxigén van a vérben, annál mélyebben diffundál a szövetekbe. Ha akut esemény (baleset), vagy krónikus betegség (cukorbetegség) lecsökkenti a periféria vérátáramlását, a "kiesett" terület HBO-val csökkenthető.
- c) A kapilláris-proliferáció HBO-val adjuválható.
- d) Rossz vérellátású területek seibe került kórokozók makacs fertőzést okozhatnak ("kórházi" törzsek), kiirtásuk ápolási időt, antibiotikumot igényel. Magasabb oxigéntartalom „felturbózza” a fehérvérsejteket; a terápiás oxigén-szint baktericid.

HBO-JAVALLATOK:

1. Akut hypoxiás károsodások:

- Füstgáz-mérgezések
- Arteriális gázembólia
- Nekrotizáló lágyrész-infekciók (clostridialis myonecrosis)
- Súlyos vérvesztés
- Majdnem-megfulladás (near-hanging)

2. Szubakut hypoxiás károsodások:

- Veszélyeztetett transzplantátumok
- Terápia-rezisztens hypoxiás sebek („problem wounds”)
- Égés
- Kiterjedt lágyrész-károsodások (crush injury)

3. Krónikus hypoxiás területen végzett műtétek (terápia-refracter osteomyelitis).

MIKOR ÉS MIBEN SEGÍTI A HBO?

- „Gyógyulás-gyorsítás, biztonság-növelés, ha: vagy a beteg (cukorbeteg), vagy a műtendő terület (kompartment-szindróma), vagy a gyógyulási időfaktor (élsportoló problémás.”

HBO „STRONGLY RECOMMENDED” TRAUMATOLÓGIAI JAVALLATOK:

- CO-intoxikáció
- Égésbetegség
- „Crush-injury”
- Arteriális gázembólia
- "Problémás sebek"
- Kiterjedt lágyrész-, csontsérülések

„VÁRHATÓ HASZON”:

a) Adjuváns HBO-val csökkenthető:

- kórházi ápolási napok száma,
- orvosi manipulációs/terápiás idő,
- gyógyszerköltség (antibiotikumok),
- táppénzes napok/munkaképtelenség időtartama,
- rehabilitációs utókezelések (szanatórium, fizioterápia),
- gyógyászati segédeszközök (művégtag, kerekesszék).

A Magyar Traumatológus Társaság 2009. évi Kongresszusa és F fiatalok Fóruma

2009. május 7-9. | Tapolca, Hunguest Hotel Pelion

b) Adjuváns HBO-val növelhető:

- életminőség,
- terápiás biztonság,
- beteg- (és orvos-) elégedettség.

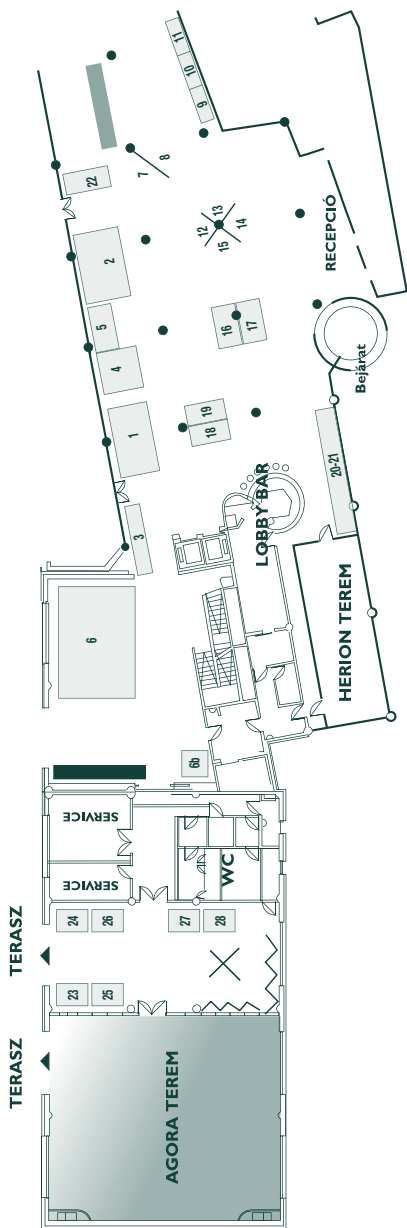
EGYÜTTMŰKÖDÉSI LEHETŐSÉGEK:

- Diagnosztika, terápia: „szabad kapacitások hasznosítása”
- Tudomány: közös vizsgálatok, publikációk

A Magyar Traumatológus Társaság 2009. évi Kongresszusa és Fiatalok Fóruma

2009. május 7-9. | Tapolca, Hunguest Hotel Pelion

KIÁLLÍTÓI TÉRKÉP



Cégnév	Standszám
B.Braun Medical Kft.	6
Biotech GmbH Magyarországi Fióktelepe	18
Boehringer - Ingelheim Magyarországi Fióktelepe	11
Comesa Budapest Kft.	20
GlaxoSmithKline Kft.	24
Hartmann-Rico Kft.	7
Heraeus Kulzer Hungary Kft.	5
IBSA Pharma Kft.	23
Innosynth-KDS Kft.	12
Karl Storz Magyarországi Képviselet	3
LBT Kft.	22
Mac's Medical Magyarországi Kv.	25
Medimetál Kft.	16
Metrimed Kft.	19
Orthoprofil Med Kft.	6b
Patella-96 Kft.	14
Pfizer Kft.	4
PharmaNord Kft.	10
Pharmaswiss Magyarország Kft.	27
RB-Med Kft.	9
Replant-Cardo Kft.	8
Sanatmetal Kft.	1
ScanMedic Kft.	2
Synthes Medical Kft.	17
TRB Chemedica International SA	15
Variomedic Kft.	13
Zentiva HU Kft.	28

TÁMOGATÓK, KIÁLLÍTÓK

Kiemelt Támogatók



B. Braun Medical Kft.



Ortopédiai és Traumatológiai Eszközök Gyártó Kft.

Sanatmetal Kft.

Kiállítók, támogatók

Biomet Magyarország Kft.

Biotech GmbH Magyarországi Fióktelepe

Boehringer – Ingelheim RCV GmbH & Co KG Fióktelepe

Comesa Budapest Kft.

EIZO Magyarország

GlaxoSmithKline Kft.

Hartmann-Rico Kft.

Heraeus Kulzer Hungary Kft.

IBSA Pharma Kft.

Innosynth-KDS Kft.

Karl Storz Magyarországi Képviselése

Konsens Kft.

LBT Kft.

Mac's Medical Magyarországi Képviselése

MBB Kereskedelmi és Szolgáltató Kft.

Medimetál Kft.

Metrimed Kft.

MH Dr. Radó György Honvéd Egészségügyi Központ

Orthoprofil Med Kft.

TRB Chemedica International SA – Partiscum Kereskedőház Zrt.

Patella-96 Kft.

Pfizer Kft.

PharmaNord Kft.

Pharmaswiss Magyarország Kft.

RB-Med Kft.

Replant-Cardo Kft.

ScanMedic Kft.

Synthes Medical Kft.

Variomedic Kft.

Zentiva HU Kft.

Köszönjük a támogatást !

A felsorolás a lapzártánkgig beérkezett információkat tartalmazza.

MBB

Elérhetőségek:

tel/fax: +36 1 230-2635 mobil: +3630 6477-998

E-mail: mullerlaszlo@t-email.hu

Kereskedelmi és szolgáltató Kft

MB Broker KFT

H-1044 Budapest Irányi Dániel u. 6



Bérelje gyógyulását !

Precíz , pontos ügyintézés, szállítás.

Kinetec CENTURA passzív vállmozgatóhoz

A vállat érintő orvosi beavatkozás, műtét után gyakran előfordul, hogy az adott testrész mozgásához külső segítség igénybevétele javasolt. Ezt a célt szolgálja a Kinetec Centura passzív vállmozgató készülék, melynek használata elősegíti az aktív torna végzését, továbbá lehetővé teszi, hogy a beteg minél tisztább izületi mozgásokat tudjon kivitelezni.....



CCS Home mágnesoterápia készülék

Prof. Dr. Werner Heissenberg Nobel-díjas fizikus: " Az elektromágneses energia olyan elemi energia, amelytől a Földön megtalálható összes életforma függ"

Itt az ideje a CCS (Cell-Care-System) Home mágnesoterápiás készülék alkalmazásának, amely elektromosság hatására pulzáló mágneses mezőt hoz létre, s ezzel kíméletesen csökkenti a beteg fájdalmait, panaszait. A pulzáló mágnesoterápia által a szervezet fiziológiai rezgésekhez jut, az adott testrészek rezonanciája emelkedik és a megfelelő kezelési idő elteltével elérik a fiziológiailag természetesnek számító frekvencia-mintát, így "kerül minden a helyére".

Kinetec OPTIMA passzív térdmozgatóra



Minden térdműtét végző orvos, ill. a beteg rehabilitációját felügyelő gyógytornász törekszik a műtött testrész mihamarabbi mozgását megkezdeni.

Ezt a célt szolgálja a Kinetec Optima passzív térdmozgató készülék, melynek előnye, hogy mindig meghatározott mozgástartományban, intenzitással a fájdalomhatárig mozgatja az adott izületet.....

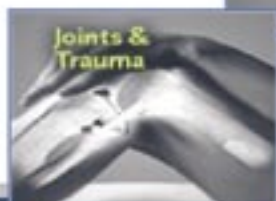
Nég több információ a www.mbbroker.hu oldalon



Medtronic

**„S-7” Multifunkcionális Navigáció: Ortopédia és Trauma
Gerinc
Koponya**

OPTIKAI és MÁGNESES rendszer



KONSSENS KFT.

Budapest, H-1026 Hargita u. 6.
Tel: (36-1) 356-0845, 356-0873
Fax: (36-1) 356-0845
E-mail: konsensmed@konsens.hu

ScanMedic Kft.

a **stryker**

magyarországi forgalmazója

- 
- Ortopédiai, traumatológiai és idegsebészeti implantátumok
 - Csontcementek
 - Endoszkópos kamerarendszerek, kéziműszerek
 - Sebészeti motorok
 - Egyéb orvosi műszerek

1089. Budapest, Benyovszky Móric utca 43.
Telefon: (06/1) 333 4259, Fax: (06/1) 303 8514
E-mail: scanmed@hu.inter.net



Egyedi megoldásokat is
kínálunk



WWW.METRIMED.HU



Ismerje meg a Targon® termékcsalád két új tagját!

Targon® FN

- Új megoldás a combnyak környéki törések műtéti kezeléséhez
- Dinamikus, rotációstabil rögzítés, anatómiai forma
- Minimál invazív műtét technika
- Korai mobilizáció
- Kiváló klinikai eredmények

Targon® DR

- Distalis radius törések kezelése velőúrszeggel
- Egyszerű, minimál invazív műtét
- Szögstabil rögzítés
- Korai mobilizáció
- Kiváló klinikai eredmények

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

B. Braun Medical Kft. | 1023 Budapest | Felhévizi u. 5.
Tel.: +36 (1) 346-9700 | Fax: +36 (1) 438-4900 | www.bb Braun.hu