



**2012. június 7-9.
Hotel Eger & Park,
Eger**



A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA



PROGRAMFÜZET

www.mtrauma.hu
www.asszisztencia.hu



stryker®



**A HD technológia úttörője
az endoszkópiában**

Stryker Core / System 6

Egy elektromos
motorrendszer
Egy konzollal
minden feladatra.



Highspeed
mikromotoroktól
az ortopéd műtétek
igényeit is kielégítő
motorokig.

www.scanmedic.hu

+36 1 333 42 59



A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA

2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

KÖSZÖNTŐ



Tisztelt Kollégák!

A Magyar Traumatológus Társaság 2012. évi Kongresszusának és Fiatalok Fórumának Eger adhat otthont. Itt alapította 242 éve Markhot Ferenc az első magyar Scola Medicinalist. Ebben a városban elsők között alakult önálló Traumatológiai Osztály az ötvenes évek közepén.

Szakmánknak különösen fontos, hogy a magyar traumatológiai implantátumgyártás és fejlesztés döntő többsége szintén Egerhez kötődik.

2012-ben a tudományos rendezvényünkön a friss sérülések ellátására koncentrálnak. Várunk mindenkit, akit a meghirdetett témaköreink érintenek és érdekelnek

Jöjjenek ebbe a varázslatos kisvárosba, mely egyaránt büszke a törökökkel való küzdelem és együttélés, a barokk kor emlékeire és épületeire. Eger a Bükk hegység dél-nyugati kapuja ma borkultúrájával, oktatási és kulturális intézményeivel, termálforrásaival, vendégszeretettel csalogatja látogatóit.

Dr. Turchányi Béla
*tanszékvezető egyetemi docens,
a kongresszus elnöke*

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA

2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

KÖSZÖNTŐ



Kedves Kolléganők és Kollégák!

Megtisztelő feladat számomra, hogy a Magyar Traumatológus Társaság Elnökeként, köszönthetem a résztvevőket, a Társaság 2012. évi – ezévben önálló – Kongresszusán és a Fiatalok Fórumán. A traumatológiai ellátás, ma egy olyan csapatmunka, ahol minden résztvevőnek, megvan a saját, igen fontos szerepe a gyógyítás folyamatában. Ezért is tartjuk kiemelten fontosnak a fiatal kollégák részvételét, valamint a gyógytornászok és műtős-szakasszisztensi jelenlétet is. Ez a rendezvény az első lépés lehet sok fiatal kollégának, azon

az úton, mely lehetővé teszi számukra, hogy aktív tagjai legyenek a Magyar Traumatológus Társaságnak.

Annak a Magyar Traumatológus Társaságnak, mely célul tűzte ki, hogy a kiváló történelmi hagyományokkal rendelkező magyar traumatológiát – melynek művelői a legcsodálatosabb hivatást űzik – elindítja egy olyan úton, mellyel a legmagasabb kihívásokkal szemben is megfelelhessen a hazai és a nemzetközi standardoknak. A mérföldköveket a post-graduális képzés „skill” jellegű képzésekre való orientálása, nemzetközi trauma regiszterekhez való kapcsolódás forszírozása, a trauma ellátó rendszerek valós szintézése, a finanszírozás független, motivációt biztosító, transzparens módja jelentheti.

A kongresszus kiemelt témái lesznek a gerincsérülések, felsővégtagi ízületi törések, nosocomialis fertőzések, sportsérülések, valamint a polytrauma management. Külön szekció foglalkozik az új innovációkkal és kutatásokkal is. Köszönettel tartozunk a szervezőknek, akik a hazai előadókön túl több külföldi kolléga szereplésével is igyekeznek a programot színesíteni. Minden résztvevőnek hasznos időtöltést és eredményes munkát kívánok e csodálatos történelmi városban és kívánom, hogy a sok munka mellett gondtalan kikapcsolódásban is legyen részük!

Prof. Dr. Varga Endre
egyetemi tanár

A Magyar Traumatológus Társaság Elnöke



Alloclassic® Zweymüller®

Bízzon az eredetiben



30 év alatt több
mint félmillió beültetés

kiváló klinikai eredmények*

*www.alloclassic.zimmer.com

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



KONGRESSZUS SZERVEZÉS

A KONGRESSZUS FŐVÉDNÖKEI

Dr. Cserháti Péter, *Egészségpolitikáért felelős helyettes államtitkár -
Emberi Erőforrások Minisztériuma Egészségügyért Felelős
Államtitkárság*

Habis László, *Eger város polgármestere*

Szabó Róbert, *Heves Megyei Közgyűlés Elnöke*

Prof. Dr. Varga Endre, *A Magyar Traumatológus Társaság Elnöke*

Dr. Fűtő László, *Az egri Markhot Ferenc Kórház főigazgatója*

A KONGRESSZUS ELNÖKE

Turchányi Béla, *Tanszékvezető, egyetemi docens
Debreceni Egyetem OEC, Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék*

TUDOMÁNYOS BIZOTTSÁG

Elnök: Turchányi Béla
Tagok: Balogh József
Hangody László
Mike György
Kincses Miklós
Noviczki Miklós
Simonka János Aurél
Valló János
Vámhidy László

SZERVEZŐBIZOTTSÁG

Elnök: Ács Géza
Tagok: Bódi Tímea
Gallovics Tamás
Molnár István
Turchányi Béla
Varga Endre

SZAKMAI INFORMÁCIÓ

Turchányi Béla
E-mail: mfkh.trauma@freemail.hu

KONGRESSZUSI TITKÁRSÁG ASSZISZTENCIA Szervező Kft.

1055 Budapest, Szent István krt. 7.
Tel.: +36 1 350-1854
Fax: +36 1 350-0929
E-mail: trauma@asszisztencia.hu
www.asszisztencia.hu

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA

2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

ÁLTALÁNOS INFORMÁCIÓK

KONGRESSZUS HELYSZÍNE

Hotel Eger*** & Park****

3300 Eger, Szálloda u. 1-3.

HELYSZÍNI REGISZTRÁCIÓ

2012. június 07., csütörtök 09:00 – 19:00

2012. június 08. – péntek 08:00 – 19:00

2012. június 09. – szombat 08:00 – 12:30

ELŐADÁSOK ÁTVÉTELE

2012. május 31. – csütörtök 09:00 – 19:00

2012. június 01. – péntek 08:00 – 19:00

2012. június 02. – szombat 08:00 – 12:30

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

FAKULTATIV ÉTKEZÉSEK

A Hotel Eger*** & Park**** lehetőséget biztosít a kávészüneti büfépultoknál szendvics, saláta, pogácsa, és italok vásárlására, valamint szeretettel várják a vendégeket a la carte étkezésre a szálloda éttermébe.

RÉSZVÉTELI DÍJ

MTT tagok részére 35 év felett	19.000 Ft
MTT tagok részére 35 év alatt	14.000 Ft
Nem társasági tagok részére	26.000 Ft
Gyógytornászok, műtősök, nővérek részére	12.000 Ft
Nyugdíjas MTT tagok részére	ingyenes
Napijegy csütörtök	10.000 Ft
Napijegy péntek	10.000 Ft
Napijegy szombat	6.000 Ft
Kísérői díj	10.000 Ft

A részvételi díjak étkezést is tartalmaznak (kávészünetek, fogadás), melyeket a hatályos törvények értelmében a számlán külön, megbontva, közvetített étkezésként tüntetünk fel.

AKKREDITÁCIÓ

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

TÁRSASÁGI PROGRAMOK

NYITÓFOGADÁS

2012. június 7. – Csütörtök | 19:30 – 22:00

Helyszín: Hotel Eger & Park „Liget 1-2 terem”

Időpont: Orgonakoncert: 19:30 – 20:00

Nyitófogadás: 20:30 – 22:30

A Szervezőbizottság szeretettel vár minden kedves résztvevőt a Kongresszus Nyitófogadására. A fogadás előtt az Egri Bazilikában orgonakoncerttel kedveskedünk vendégeinknek.

Az orgonaszón és a fogadáson való részvétel a regisztrált résztvevők és kísérők számára díjtan.

Részvételi díj nem regisztráltaknak. 7.000 Ft

BANKETT VACSORA

2012. június 8. – Péntek | 20:00 – 24:00

Vörös Ökör Történelmi Pincevendéglő (3300 Eger, Sertekapu u. 3.)

Szeretettel várunk minden kedves résztvevőt Eger belvárosában a Hotel Eger & Park szálloda komplexumtól mintegy 10 perces sétára a Vörös Ökör Történelmi Pincevendéglőben tartandó bankett vacsorára, melyhez 3 fős cigányzenekar biztosítja a jó hangulatot.

Az étterem nevét egy XVIII. században ugyanezen néven működő vendéglőről kapta. Eger belvárosi része alatt szinte mindenhol földalatti járatok találhatóak, így ennek a helynek a kialakítása is a történelmi korokba nyúlik vissza.

*A programon való részvétel díja
8.000 Ft/fő*

19:30 órától 19:50-ig folyamatos buszos transzfert indítunk a Hotel Eger & Park szállodától a rendezvény hely-színére.

22:00 órától 24:00 óráig óránkénti indulással kisvonat szállítja vissza a vendégeket az Eger & Park szállodába Eger by night városnéző programmal összekötve. Az út időtartama kb. 45 perc.

Megközelítés gyalog

A pont - Hotel Eger & Park (3300 Eger, Szálloda u. 1-3.)

B pont - Tárkányi Béla utca

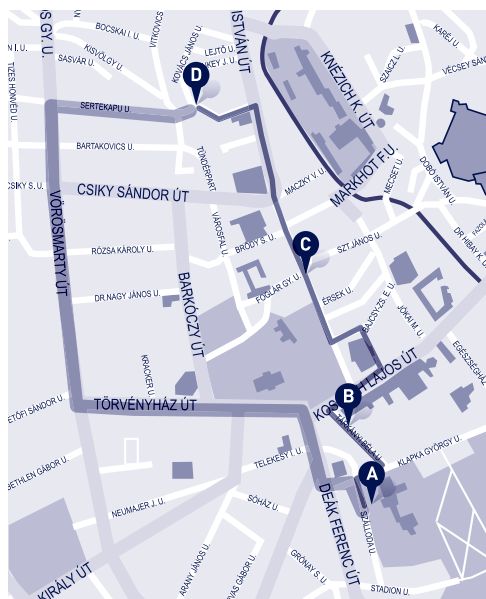
C pont - Szécheny István utca

D pont - Vörös Ökör Pince (3300 Eger, Sertekapu u. 3.)

Megközelítés autóval

A pont - Hotel Eger & Park (3300 Eger, Szálloda u. 1-3.)

D pont - Vörös Ökör Pince (3300 Eger, Sertekapu u. 3.)



A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA

2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

KÍSÉRŐI PROGRAM *EGRI UNIKUMOK*



Helyszín: Eger

Eger klasszikus értékeit, a hős egri várvédők történetét, a minaretet és az Egri Bikavért szinte mindenki ismeri. A barokk belváros ódon falai között szívesen sétálnak a látogatók. Sok kis üzlet, csábító kirakatok, igazi egri dolgok. Várost nézünk, a történelem tükrében és a mában. Milyen egyedi értékkel rendelkezik Eger?

Odavezetjük, megmutatjuk, megkóstoltatjuk, meglessük. Biztosak lehetnek benne, hogy tudni fogják mit érdemes Egerből magukkal vinni. Amit az egriek szeretnek, a város vendégei is kedvelni fogják!

Szívesen látjuk Önöket, tartsanak velünk a 2012. június 8-án 10 órától és ismerjék meg az Egri unikumokat!

A kísérői díj tartalmazza a kísérői programot.

**Amíg mások próbálnak utolérni
minket az LCP technikában,
mi már tovább is léptünk!**

Forradalmi Innováció ***DLS***

(Dinamikus Szögstabil Csavar)



 **SYNTHES**®

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA

2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

PROGRAM ÁTTEKINTŐ

2012. június 7. – csütörtök	
	Zöld terem
10:30 – 13:00	MTT vezetőségi ülés és Szakmai Kollégiumi Tanácsülés

	Kongresszusi terem	Liget 2. terem
14:00 – 14:45	Megnyitó és Lumniczer emlékelőadás	-----
14:45 – 16:05	Humerus ízületközeli törései I.	-----
16:05 – 16:30	Kávészünet	
16:30 – 18:20	Könyöktáj	Polytrauma management
19:30 – 20:00	Orgonakonzert az Egri bazilikában	
20:30 – 22:00	Nyitó fogadás (Liget 1-2 terem)	

2012. június 8. – péntek		
	Kongresszusi terem	Liget 2. terem
08:30 – 10:10	Humerus prox I.	Varia I.
10:10 – 10:30	Kávészünet	
10:30 – 12:10	Humerus prox II.	Gerinc sérülések
12:10 – 14:00	Ebédészünet	
12:20 – 13:00	Liget 1. terem	Liget 2. terem
	Workshop: Sanatmetal Kft.	Szimposium: GlaxoSmithKline Kft.
	Kongresszusi kisterem 12:20 – 13:10 A traumatológia és az osteológia szakmai összefogása az osteoporoticus törések megelőzésére	
13:15 – 14:00	Konferencia körív	
	Workshop: Synthes Medical Kft.	
14:00 – 15:00	MTT közgyűlés	-----
15:00 – 17:00	Sportsérülések I.	Válltájé
17:00 – 17:15	Kávészünet	
17:15 – 18:35	Sportsérülések II.	Innováció, kutatás
20:00 – 24:00	Bankett vacsora a Vörös Ökör étteremben	

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA

2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

2012. június 9. – szombat		
	Kongresszusi terem	Liget 2. terem
08:30 – 10:00	Varia II.	08:30 – 09:40 Nosocomialis fertőzések traumatológiai vonatkozásai
		09:40 – 10:10 Poszter szekció
10:00 – 10:20	Kávészünet	
10:20 – 11:50	Varia III.	Innováció - Varia
11:50 – 12:00	Szünet	
12:00 – 12:30	Fiatalok Fóruma eredményhirdetés, Kongresszus zárása	-----



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

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA

2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

TUDOMÁNYOS PROGRAM

2012. Június 07. | Csütörtök

A szerzői nevek és az előadáscímek a szerzők által leadott formában, javíthatlanul szerepelnek.

09.00 – 19.00 **Helyszíni regisztráció, kiállítás**

10.00 – 13.00 **MTT Vezetőségi és
Szakmai Kollégiumi Tanácsülés**

ZÖLD TEREM

KONGRESSZUSI TEREM PROGRAMJA

14:00 – 14:45 **MEGNYITÓ ÉS LUMNICZER EMLÉKELŐADÁS**

14:45 – 16:05 **HUMERUS IZÜLETKÖZELI TÖRÉSEI I.**

Üléseelnökök: *Fekete Károly, Tóth Ferenc*

A-0010 DISTALIS HUMERUS LEMEZSEL SZERZETT TAPASZTALATAINK.

Vámhidy László - Naumov István

PTE KK MSI Traumatológiai és Kézsebészeti Klinikai Tanszék, Pécs

6+4 perc

**A-0015 INVETERÁLT TÖRÉSES KÖNYÖK FICAM.
KÉSŐI ELLÁTÁS = SZERÉNY EREDMÉNY**

Naumov István - Wiegand Norbert - Mintál Tibor - Bukovecz Tibor -
Vámhidy László

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

6+4 perc

**A-0095 KEZDETI TAPASZTALATAINK A HUMERUS DISTALIS VÉG
TÖRÉSEINEK LCP DISTALIS HUMERUS LEMEZSEL TÖRTÉNŐ
RÖGZÍTÉSÉBEN**

Csedreki László

Jósa András Oktatókórház, Nyíregyháza

6+4 perc

A-0085 FRACTURA CAPITULI HUMERI REPLAY SEC. GAÁL

Haga Ágnes - Gera László - Fetter Tamás - Vásárhelyi Ferenc

Bács-Kiskun Megyei Kórház, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Kecskemét

6+4 perc

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA

2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

A-0045 LEMEZES OSTEOSYNTHESISSEINK A HUMERUS DISTALIS VÉGÉN FIATALOK FÓRUMA ELŐADÁS

Balasa Tibor - Bauer Ottó

Vas Megyei Markusovszky Kórház Traumatológiai Osztály, Szombathely

6+4 perc

A-0047 A FELKARCSONT PROXIMALIS ÉS DISTALIS VÉGI TÖRÉSEINEK MŰTÉTI KEZELÉSE

Dolecsek Miklós - Valló János

Albert Schweitzer Kórház, Baleseti Sebészeti Osztály, Hatvan

6+4 perc

A-0050 A POSTTRAUMÁS REVERSE VÁLLPROTÉZIS EREDMÉNYEI IDŐSKORI PROXIMÁLIS HUMERUSTÖRÉSEK UTÁN

Gulyás Károly - Gloviczki Balázs - Szebeny Miklós

Péterfy Sándor Utcai Kórház, Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

6+4 perc

A-0019 MILYEN IMPLANTÁTUMOT VÁLASSZUNK A FELKARTÖRÉSEK EXTRÉM FOKÚ MECHANIKAI IGÉNYBEVÉTELNEK KITETT OSZTEOSZINTÉZISE ESETÉN?

Noviczki Miklós

Jósa András Oktató Kórház Nonprofit Kft., Nyíregyháza

6+4 perc

16:05 **Kávészünet**

16:30-18:20 **KÖNYÖKTÁJ**

Üléseelnökök: Vámhidy László, Valló János

A-0075 KÖNYÖK MIX (RITKA HUMERUSZ DISZTÁLIS VÉG TÖRÉSEK)

Kincses Zoltán - Tóth László - Csotye János - Kovács Júlia

Pándy Kálmán Megyei Kórház, Baleseti Sebészeti Osztály, Gyula

6+4 perc

A-0093 A SZÖGSTABIL RENDSZEREK EGYIK SIKERTÖRTÉNETE -

Lenkei Balázs - Ungvári Gábor - Kazacsay Ferenc

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

6+4 perc

A-0100 HUMERUS DISZTÁLIS INTRAARTIKULÁRIS SÉRÜLÉSEINEK KEZELÉSE GYERMEK ÉS SERDÜLŐ KORBAN

Kassai Tamás - Varga Marcell - Molitorisz Dániel - Vadász Andrea - Hargitai Ernő

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

6+4 perc

- A-0106 SUPRACONDYLER HUMERUSTÖRÉSEK REPOSITIÓJA ÉS RÖGZÍTÉS NEM ÁTHIDALÓ FIXATEURE EXTERNEVEL**
Kassai Tamás - Kádas István - Hetthéssy Judit - Hargitai Ernő - Varga Marcell
Péterfy Sándor Utcai Kórház - Rendelőintézet és Baleseti Központ, Gyermektraumatológiai Osztály, Budapest
6+4 perc
- A-0110 GYERMEKKORI HUMERUS DISTALIS VÉG TÖRÉSEI FIATALOK FÓRUMA ELŐADÁS**
Nagy Szilvia - Kincses Zoltán - Kovács Julianna
Pándy Kálmán Megyei Kórház, Gyula
6+4 perc
- A-0119 FELNŐTTKORI MONTEGGIA-SÉRÜLÉSEK KEZELÉSÉNEK EREDMÉNYEI**
Mester Sándor – Jéhn Ákos – Kandár Zoltán
Fejér Megyei Szent György Kórház, Mozcasszervi Sebészeti Centrum, Traumatológiai Osztály, Székesfehérvár
6+4 perc
- A-0125 OLECRANON TÖRÉSEK KEZELÉSÉNEK EREDMÉNYEI**
Kandár Zoltán - Mester Sándor
Fejér Megyei Szent György Kórház, Traumatológia Osztály, Székesfehérvár
6+4 perc
- A-0051 RADIUS FEJEC S TÖRÉSEK KEZELÉSI ALTERNATÍVÁI**
Gergely Zsolt- Kertész Gábor- Zakupszky Zoltán- Takács Károly
Bács-Kiskun Megyei Kórház Traumatológia és Kézsebészeti Osztály, Kecskemét
6+4 perc
- A-0086 SÚLYOS FELSŐVÉG TAG SÉRÜLÉS ELLÁTÁSI TAKTIKÁJA (ESETBEMUTATÁS)**
Kerekes Lajos - Oberna György - Gera László - Gergely Zsolt
Bács-Kiskun Megyei Kórház, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Kecskemét
- A-0081 A DISTALIS HUMERUS TÖRÉSEK ELLÁTÁSA SZÖGSTABIL LEMEZSEL**
Kószó Balázs – Horváth Attila – Körmöndi Sándor – Szabó Attila – Gion Katalin
SZTE, Általános Orvostudományi Kar, Traumatológiai Klinika, Szeged
Euromedic Diagnostics Magyarország Kft.
6+4 perc
- A-0140 A FELKARCSONT PROXIMALIS ÉS DISTALIS VÉGI TÖRÉSEINEK MŰTÉTI KEZELÉSE (2. RÉSZ)**
Dolecsek Miklós - Valló János
Albert Schweitzer Kórház, Baleseti Sebészeti Osztály, Hatvan
6+4 perc

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA 2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

LIGET 2. TEREM PROGRAMJA

16:30 – 18:20 **POLYTRAUMA MANAGEMENT**

Ütélésnökök: Varga Endre - Kassai Tamás

- A-0083 POLYTRAUMA MANAGEMENT – STATE OF THE ART**
Varga Endre
Szegedi Tudományegyetem, Traumatológiai Klinika, Szeged
6+4 perc
- A-0059 PRIMARY SURVEY, ATLS - VIDEODEMONSTRÁCIÓ**
Süveges Gábor - Varga Endre - Körmöndi Sándor -
Simonka János Aurél
Szegedi Tudományegyetem, Traumatológiai Klinika, Szeged
6+4 perc
- A-0001 ÚJ SZEMPONTOK ÉS ESZKÖZÖK A HELYSZÍNI POLYTRAUMA
ELLÁTÁSBAN AZ ORSZÁGOS MENTŐSZOLGÁLATNÁL**
Gorove László
Országos Mentőszolgálat
6+4 perc
- A-0061 MELLKASI DETENZIONÁLÁS A HELYSZÍNEEN ÉS FOLYTATÁS
A KÓRHÁZBAN, AVAGY MI A JÓ.....
FIATALOK FÓRUMA ELŐADÁS**
Hetzman T. László - Temesvári Péter - Sóti Ákos
Magyar Légimentő Nonprofit Kft., MH-Honvédkórház
6+4 perc
- A-0056 EGÉSZ-TEST MSCT DIAGNOSZTIKUS MÓDSZER ELEMZÉSE:
VÁLTOZIK-E A MÓDSZER HATÉKONYSÁGA AZ ELTELT IDŐVEL?**
Bodzey Tamás
Pétery Sándor Utcai Kórház, Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest
6+4 perc
- A-0107 POLITRAUMÁS VÉRZÉSEK SZISZTÉMÁS CSILLAPÍTÁSÁNAK
LEHETŐSÉGEI**
Mikos Borbála
MRE Bethesda Gyermekkórháza, Budapest
6+4 perc
- A-0005 MEDENCEGYŰRŰ SÉRÜLÉSEK SÜRGŐSSÉGI STABILIZÁLÁSA
SACROILIACALIS CSAVAROZÁSSAL**
Merényi Gábor - Záh István - Gergely Péter
Károlyi Sándor Kórház, Baleseti Sebészeti Osztály, Budapest
6+4 perc

**A-0102 A POLYTRAUMATIZÁLT GYERMEK PREHOSPITÁLIS KEZELÉSI
ELVEINEK ISMERTETÉSE**

Kassai Tamás^{1,2,3} - Gesztes Éva² - Gorove László³ - Éva Zsuzsanna³

¹Péterfy Utcai Kórház, Rendelőintézet és Baleseti Központ, Gyermektraumatológiai Osztály, Budapest

²Magyar Gyermekmentő Alapítvány

³Országos Mentőszolgálat

6+4 perc

**A-0098 POLYTRAUMATIZÁLT SÉRÜLT PRIMER HOSPITÁLIS ELLÁTÁSA.
A BALESETI KÖZPONT SÜRGŐSSÉGI DIAGNOSZTIKAI ÉS
TERÁPIÁS PROTOKOLLJA**

Flóris István - Bodzay Tamás - Nardai Gábor - Csapody Marcell - Papp Éva

Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

6+4 perc

A-0087 POLYTRAUMATIZÁLTAK ELLÁTÁSI TAKTIKÁJA OSZTÁLYUNKON

Fetter Tamás - Gera László - Oberna György - Kerekes Lajos

Bács-Kiskun Megyei Kórház, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Kecskemét

6+4 perc

19:30 – 20:00 **Orgonaszó a Bazilikában**

20:30 – 22:30 **Nyitófogadás**

LIGET 1-2. TEREM



**Büszkék vagyunk rá, hogy
evidencián alapuló,
vizsgálatokkal alátámasztott,
valóban innovatív termékeinkkel
mi is hozzájárulunk a Magyar
betegek európai szintű
ellátásához!**





OrtoProfil

Céggsoport



www.ortoprofil.hu

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA

2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

2012. Június 08. | Péntek

A szerzői nevek és az előadascímek a szerzők által leadott formában, javíthatatlanul szerepelnek.

08.00 – 19.00 **Helyszíni regisztráció és kiállítás**

KONGRESSZUSI TEREM PROGRAMJA

08:30 – 10:10 **HUMERUS PROX I.**

Üléselnökök: Kiss Jenő, Kincses Miklós

A-0017 KEZDETI TAPASZTALATAINK PROXIMÁLIS HUMERUS SZEGEZÉssel

Csonka Csaba¹ - Sojnóczki Sándor - Varga Vilmos

*¹Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet, Traumatológiai osztály, Balassagyarmat
Szent László Megyei Kórház, Traumatológiai Osztály, Salgótarján*

6+4 perc

A-0021 HUMERUS PROXIMALISVÉG, IZÜLETBEHATOLÓ TÖRÉSEINEK AKUT ELLÁTÁSA KLINIKÁNKON

Máthé Tibor - Kromek Lóránd - Móricz Ottó

PTE KK RSI Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinikai Tanszék, Pécs

6+4 perc

A-0027 HUMERUS PROXIMALIS-VÉG TÖRÉSEK. PERCUTÁN, VAGY FELTÁRÁSSAL JÁRÓ SYNTHESIS?

Bogosi Tibor - Szabó László - Merényi Gábor

Károlyi Sándor Kórház, Baleseti Sebészet, Budapest (Újpest)

6+4 perc

A-0134 A HUMERUS PROXIMÁLIS VÉG TÖRÉSÉNEK FIZIOTHERÁPIÁS KEZELÉSE

Nagy Ágnes

Kenézy Kórház Éü. Szolg. Nonprofit Kft., Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Debrecen

6+4 perc

A-0040 SZÖGSTABIL LEMEZEZÉssel SZERZETT TAPASZTALATAINK A HUMERUS PROXIMALIS VÉG DARABOS TÖRÉSEINEK KEZELÉSÉBEN

Balogh Eszter - Kincses Miklós - Turchányi Béla

*Markhot Ferenc Kh. Invasív Mátrix Osztály Traumatológia, Eger
Debreceni Egyetem OEC, Debrecen*

6+4 perc

- A-0009 HUMERUS PROXIMALIS VÉG VALGUS IMPACTALT TÖRÉSÉNEK MINIMAL INVASIV KEZELÉSE NÉHÁNY ESET KAPCSÁN.**
Kiss Jenő – Laczkó András
Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Ortopéd-Traumatológiai Osztály, Budapest
6+4 perc
- A-0070 PROXIMÁLIS HUMERUS TÖRÉSEK ELLÁTÁSI TAKTIKÁJA**
Fésüs Márton - Szeferinkin Bojko Lazarov - Urbán Ferenc
Debreceni Egyetem OEC Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék; Kenézy Kórház Eü. Szolg. Nonprofit Kft., Debrecen
6+4 perc
- A-0124 PROXIMALIS HUMERUS TÖRÉSEK ELLÁTÁSA RÖVID VELŐÚRSZEGGEL**
Turchányi Béla¹ - Urbán Ferenc¹ - Kincses Miklós²
Debreceni Egyetem OEC Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék,
¹*Kenézy Kórház Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Debrecen*
²*Markhot Ferenc Kórház Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Eger*
6+4 perc
- A-0099 REVERZ HILL-SACHS SÉRÜLÉSEL JÁRÓ HÁTSÓ FICAM REKONSTRUKCIÓJA RESURFACING VÁLLPROTÉZIS BEÜLTETÉSÉVEL - ESETISMERTETÉS**
FIATALOK FÓRUMA ELŐADÁS
Gémes Kristóf Gábor - Szebeny Miklós
Péterfy Sándor Utcai Kórház - Rendelőintézet és Baleseti Központ, V. Mozgásszervi Osztály, Budapest
6+4 perc
- A-0127 A PROXIMALIS HUMERUSTÖRÉSEK MŰTÉTI KEZELÉSE NEM SZÖGSTABIL LEMEZSEL**
Mészáros D. - Sándor Cs. - Baranovics P. - Mester S.
Fejér Megyei Szent György Kórház, Traumatológiai Osztály, Székesfehérvár
6+4 perc
- 10:10 **Kávészünet**
- 10:30 – 12:10 **HUMERUS PROX II.**
-
- Üléseelnökök: Bogosi Tibor, Urbán Ferenc*
- A-0141 FRACTURES OF THE SHOULDER, HUMERUS AND ELBOW**
Herbert Resch
Vorstand der Universitätsklinik, Salzburg, Austria
12+8 perc
- A-0144 POLYTRAUMATIZÁCIÓ ELLÁTÁSA IDŐSKORBAN**
Vécsei Vilmos
.....
12+8 perc
- A-0048 NCB SZÖGLETSTABIL LEMEZSEL SZERZETT TAPASZTALATAINK HUMERUS PROXIMALIS VÉG DARABOS TÖRÉS ESETEINÉL**
Kiss Jenő¹ - Gáti Nikolett²
¹*Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, ²Ortopéd-Traumatológiai Osztály, Budapest*
6+4 perc

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA

2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

A-0094 A PROXIMÁLIS HUMERUSVÉG TÖRÉSEINEK MŰTÉTI KEZELÉSE
Csotye J. - Bardócz L. - Kovács J. - Kincses Z. - Soós I.

Pándy Kálmán Kórház, Baleseti Sebészeti Osztály, Gyula

6+4 perc

A-0096 PROXIMALIS HUMERUS TÖRÉS KEZELÉSE SZÖGLETLEMEZZEL
Bardócz Lóránt - Csotye János - Marosán Péter - Tóth László -
Nagy Szilvia

Pándy Kálmán Megyei Kórház, Traumatológia, Gyula

6+4 perc

**A-0115 A REHABILITÁCIÓ NEHÉZSÉGEI A PROXIMALIS HUMERUS
TÖRÉS KEZELÉSE SORÁN.**

Kukucsáné Hornyák Brigitta - Vámosi Istvánné

Jósa András Oktatókórház és Nonprofit Kft., Nyíregyháza

6+4 perc

**A-0128 A PROXIMALIS HUMERUSTÖRÉSEK KEZELÉSE SZÖGSTABIL
LEMEZZEL**

Baranovics Péter - Mészáros Dávid - Sándor Csaba - Mester Sándor

Fejér Megyei Szent György Kórház, Traumatológiai Osztály, Székesfehérvár

6+4 perc

**A-0132 FUNKCIÓ HELYREÁLLÍTÁS MENETE ÍZÜLET KÖZELI TÖRÉSEK
UTÁN A FELSŐ VÉGTAGON – GYÓGYTORNÁSZOK LEHETŐSÉGEI
A MOZGÁSSZERVI REHABILITÁCIÓS TEAMBEN**

Veres-Balajti Ilona, Takács Dániel

DE, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, NK Fizioterápiás Tanszék, Debrecen

6+4 perc

12:10 Ebédszünet

14:00 – 15:00 **MTT KÖZGYŰLÉS**

15:00 – 17:00 **SPORTSÉRÜLÉSEK I.**

Üléseelnökök: Halasi Tamás, Szontágh Gáspár

A-0008 TRAUMÁS TÉRDÍZÜLETI FICAM ELLÁTÁSI SZEMPONTJAI

Hangody László - Bodó László - Baló Eszter - Duska Zsófia -
Hangody György Márk

Semmelweis Egyetem, Traumatológiai Tanszék; Uzsoki Utcai Kórház, Ortopéd-Traumatológiai Osztály, Budapest

6+4 perc

- A-0006 KOMBINÁLT TÉRDÍZÜLETI SZALAGSÉRÜLÉSEK ELLÁTÁSA – EGY VAGY TÖBB LÉPÉSBEN?**
Bodó László - Hangody László - Szily Tamás - Kiss Tamás¹
Uzsoki Utcai Kórház, Ortopéd-Traumatológiai Osztály, Budapest
¹Markhot Ferenc Kórház, Traumatológiai Osztály, Eger
6+4 perc
- A-0039 A TÉRD BELSŐ OLDALSZALAG SÉRÜLÉSEINEK ELLÁTÁSI PROTOKOLLJA OSZTÁLYUNKON.**
Szűcs Attila - Gábor Antal - Pap Károly - Bodó László
Uzsoki Utcai Kórház, Ortopéd-Traumatológiai Osztály, Budapest
6+4 perc
- A-0111 PATELLAFICAM ÉS INSTABILITÁS KEZELÉSE OSZTÁLYUNK GYAKORLATÁBAN**
Biró Csaba - Szilágyi Zoltán - Kelemen Péter
Vas Megyei Markusovszky Kórház Zrt., Traumatológiai Osztály, Szombathely
6+4 perc
- A-0112 PATELLAFICAM ÉS INTABILITÁS MIATT VÉGZETT MŰTÉTEINK EREDMÉNYESSÉGÉNEK VIZSGÁLATA**
Kelemen Péter - Biró Csaba - Szilágyi Zoltán - Pataky László
Vas megyei Markusovszky Kórház Zrt., Traumatológiai Osztály, Szombathely
6+4 perc
- A-0116 ELÜLSŐ KERESZTSZALAG-REKONSTRUKCIÓ 50 ÉV FELETTI BETEGEKEN**
Berkes István - Béres György - Erdélyi Gábor
Kastélypark Klinika, Tata
6+4 perc
- A-0030 FIFA MEDICAL CENTRE OF EXCELLENCE BUDAPEST ÁLTAL ELLÁTOTT LABDARÚGÓ SÉRÜLÉSEK EPIDEMIOLÓGIÁJA**
Pánics Gergely - Vásárhelyi Gábor - Szűcs Attila - Domaraczkai Olivér - Hangody László
Uzsoki Utcai Kórház, Ortopéd Traumatológiai Osztály, Budapest
Semmelweis Egyetem Traumatológiai Tanszék, Budapest
6+4 perc
- A-0143 VÁLL ULTRAHANG ÉS MRI VIZSGÁLATOK – ELŐNYÖK ÉS HÁTRÁNYOK, INDIKÁCIÓK, KÉPEK ÉRTELMEZÉSE.**
Esztergályos János
Arthros Plus Kft.
12+8 perc
- A-0023 KONZERVATÍVAN KEZELT KÜLBOKA SZALAGSÉRÜLÉSEK SENSOMOTOROS REHABILITÁCIÓT KÖVETŐ FELMÉRÉSE STABILOMÉTERREL.**
FIATALOK FÓRUMA ELŐADÁS
Horváth Ádám - Mintál Tibor¹ - Molics Bálint²
Pécsi Tudományegyetem ÁOK MSI Balesetsebészeti és Kézsebészeti Tanszék, Pécs
¹Pécsi Tudományegyetem ÁOK MSI Sportsebészeti Tanszék, Pécs
²Pécsi Tudományegyetem Fizioterápiás és Táplálkozástudományi Intézet, Pécs
6+4 perc

17:00

Kávészünet

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA

2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

17:15 – 18:35

SPORTSÉRÜLÉSEK II.

Üléselnökök: Hangody László, Fröhlich Péter

A-0052

„AZ ÉLSPORTOLÓ IS „ÁTLAGOS” SÉRÜLT.”

Fröhlich Péter

Péterfy Sándor Utcai Kórház, Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

6+4 perc

A-0121

KÉZILABDÁZÓK ROTÁTORKÖPENY SÉRÜLÉSEINEK KEZELÉSI LEHETŐSÉGEI

Szálasy László - Balogh Péter - Lénárth Róbert

Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Baleseti Sebészet, Győr

6+4 perc

A-0007

RADIUSFEJECSTÖRÉS SZÖVŐDMÉNYEINEK ARTROSKÓPOS ELLÁTÁSA - ESETISMERTETÉS

Hangody László - Gál Tamás - Kocsis Koppány - Kárpáti Zoltán

Semmelweis Egyetem, Traumatológiai Tanszék; Uzsoki Utcai Kórház, Ortopéd-Traumatológiai Osztály, Budapest

6+4 perc

A-0028

KONZERVATÍVAN KEZELT BOKASÉRÜLÉSEKHEZ TÁRSULÓ TALUS PORCKÁROSODÁSÁNAK ELLÁTÁSA (ESETISMERTETÉS)

Pap Károly - Vásárhelyi Gábor - Szűcs Attila - Hangody László

Semmelweis Egyetem, Traumatológiai Tanszék; Uzsoki Utcai Kórház, Ortopéd-Traumatológiai Osztály, Budapest

6+4 perc

A-0060

SPORTOLÓK KRÓNIKUS BOKAÍZÜLETI INSTABILITÁSÁNAK MŰTÉTI ELLÁTÁSÁVAL SZERZETT TAPASZTALATAINK ANATÓMIAI REKONSTRUKCIÓ ÉS FIBULA PERIOSTEUM LEBENY ALKALMAZÁSÁVAL

Szilágyi Zoltán - Biró Csaba - Kelemen Péter

Vas Megyei Markusovszky Kórház, Szombathely; Regionális Sportorvosi Centrum, Szombathely

6+4 perc

A-0038

SPORTOLÓ GYERMEKEK

Varga Marcell - Kassai Tamás

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

6+4 perc

A-0109

TÉRDFIGAMHOZ TÁRSULÓ ARTERIA POPLITEA SÉRÜLÉSEK DIAGNOSZTIKÁJA, ELLÁTÁSI STRATÉGIÁJA

FIATALOK FÓRUMA ELŐADÁS

Korcsmár Péter - Kocsis András

Péterfy Sándor Utcai Kórház, Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

6+4 perc

18:35

Program vége

08:30 – 10:10

VARIA I.*Üléselnökök: Simonka János Aurél, Szita János*

- A-0013 A GYERMEKKORI LÁBSZÁRTÖRÉSEK ELLÁTÁSA, KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A SERDÜLŐKORRA**
Kretzer András – Tömböl Ferenc
Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Traumatológiai, Kézsebészeti és Orthopaediai szakmacsoport, Győr
6+4 perc
- A-0024 ESETBEMUTATÓ: NYÍLT, ÍZÜLETBE HATOLÓ LÁBSZÁR TÖRÉS KEZELÉSE EGY HIV POZITÍV BETEGEN**
FIATALOK FÓRUMA ELŐADÁS
Gál Tamás
Semmelweis Egyetem, Traumatológia Tanszék; Uzsoki Utcai Kórház Orthopéd-Traumatológiai Osztály, Budapest
6+4 perc
- A-0054 GYERMEKKORI FIBULATÖRÉSEK OPERATÍV ELLÁTÁSA - VAN-E LÉTJOGOSULTSÁGA ÉS MIKOR?**
FIATALOK FÓRUMA ELŐADÁS
Kocsis András - Varga Marcell
Péterfy Sándor Utcai Kórház, Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest
6+4 perc
- A-0076 EGY LÁBSZÁRTÖRÉS KAPCSÁN ÉSZLELT SZÖVŐDMÉNY TÉVES DIAGNOSZTIZÁLÁSA, VÉGÜL SIKERES ELLÁTÁSA**
FIATALOK FÓRUMA ELŐADÁS
Sztrinkai Gergely
Péterfy Sándor Utcai Kórház Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest
6+4 perc
- A-0114 INVETERÁLT PERILUNARIS FICAM KEZELÉSE INTÉZETÜNKBEN KÉT ESET KAPCSÁN**
FIATALOK FÓRUMA ELŐADÁS
Szlávy-Perlaky Eszter
Péterfy Sándor Utcai Kórház Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest
6+4 perc
- A-0004 BIOÉTIKA SZEREPE ÚJ SEBÉSZI MEGFONTOLÁSOK BEVEZETÉSÉBEN**
Csókay A. - Fügedi L.
Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Idegsebészet, Miskolc
6+4 perc
- A-0091 AZ ORSZÁGOS TRAUMATOLÓGIAI HÁLÓZAT FELMÉRÉSE 2011-BEN NÉMET STANDARD ALAPJÁN**
Szita János - Kocsis András
Péterfy Sándor Utcai Kórház, Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest
6+4 perc

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA

2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

A-0092 A PERTROCHANTER TÖRÉSEK KEZELÉSÉNEK EREDMÉNYEI OSZTÁLYUNKON

FIATALOK FÓRUMA ELŐADÁS

Lenkei Balázs - Szikszay Levente - Kazacsay Ferenc

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

6+4 perc

A-0113 CSIGOLYATEST AUGMENTÁCIÓS ELJÁRÁSOK POROTIKUS ÉS TRAUMÁS KOMPRESSZIÓ ESETÉN

Kasó Gábor - Dóczi Tamás

Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Idegsebészeti Klinika, Pécs

6+4 perc

A-0074 CSÍPŐFICAM, COMBFEJ-, COMBNYAK- ÉS SZUBTROCHANTER- TÖRÉS UGYANAZON A PROXIMÁLIS FEMURVÉGEN - A DEFINITÍV ELLÁTÁS

Noviczki Miklós¹ - Farkas Csaba²

¹Jósa András Oktatókórház, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztálya; ²Jósa András Oktatókórház, Ortopédiai Osztálya, Nyíregyháza

6+4 perc

10:10

Kávészünet

10:30 – 12:10

GERINC Sérülések

Üléselnökök: Veres Róbert, Molnár Levente

A-0069 THORACOLUMBALIS GERINCTÖRÉSEK KEZELÉSE TRANSPEDUNCULARIS CSAVAROKKAL OSZTÁLYUNKON

Amairi Faiz - Andriská István

Tolna Megyei Balassa János Kórháza, Traumatológia, Neurotaruma Részlege, Szekszárd

6+4 perc

A-0089 LUMBÁLIS GERINC- ÉS MEDENCESÉRÜLÉSEK KOMBINÁLT ELLÁTÁSA

Szita János - Zsolczai Sándor

Pétery Sándor Utcai Kórház, Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

6+4 perc

A-0026 PROTOKOLL ÉS EGYÉNRE SZABOTT KEZELÉS ÖSSZHANGJA A CSIGOLYATÖRÉSEK REHABILITÁCIÓJÁBAN

Pintérné Gajári Andrea - Varga Boglárka Viola - Árpád Farkas István

Pétery Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

6+4 perc

A-0103 SÚLYOS NYAKI GERINC SÉRÜLT BETEG ELLÁTÁSA ÉS REHABILITÁCIÓJA

Körmöndi Sándor Pál - Török László - Suti Andrea - Horváth Attila -

Szabó Attila - Süveges Gábor - Simonka János Aurél

Szegedi Tudományegyetem, Traumatológiai Klinika, Szeged

6+4 perc

A-0131 THORACOLUMBALIS KOMPRESSZIÓS TÖRÉSEK KEZELÉSE KORZETTEL

Fésüs Márton - Németi Zoltán - Molnár Levente

¹ Debreceni Egyetem OEC Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék, Debrecen

² Kenézy Kórház-Rendelőintézet Éü. Szolg. Nonprofit Kft., Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Debrecen

6+4 perc

A-0053 ÚT A REHABILITÁCIÓIG - NYAKI GERINCVELŐSÉRÜLTEK FIZIOTERÁPIÁJA AZ INTENZÍV OSZTÁLYON

Suba Krisztina - Baracsi Melinda - Csapody Marcell

Pétery Sándor Utcai Kórház, Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

6+4 perc

A-0067 POSZTOPERATÍV DIAGNOSZTIKA JELENTŐSÉGE A GERINCSEBÉSZETBEN

Arabpour Mohammad Reza - Molnár Levente - Németi Zoltán

Kenézy Kórház Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft., Debrecen

6+4 perc

A-0129 GERINCSERÜLTEK ELLÁTÁSI STRATÉGIÁJA, KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A POLYTRAUMATIZÁLT BETEGEKRE

Jósvai Attila - Veres Róbert

Magyar Honvédség Honvédkórház, Budapest

6+4 perc

A-0034 SUICID KÍSÉRLET UTÁN IS VAN TELJES ÉRTÉKŰ ÉLET... SIKERES REHABILITÁCIÓ TEAM MUNKÁBAN

FIATALOK FÓRUMA ELŐADÁS

Szabó Zsanett

Pétery Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

6+4 perc

12:10

Ebédszünet

12:20 – 13:00

SZIMPÓZIUM: GLAXOSMITHKLINE KFT. TROMBÓZIS VAGY HEMORRÁGIA: CÉL AZ EGYENSÚLY

A-0147 VÉNÁS TROMBOEMBÓLIA PROFILAXIS PRO ÉS KONTRA A TRAUMATOLÓGIÁBAN

Flóris István

Pétery Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

20+0 perc

A-0148 VTE PROFILAXIS A TRAUMATOLÓGIAI GYAKORLATBAN – ESETBEMUTATÁSOK

Detre Zoltán

Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest

20+0 perc

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA 2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

15:00 – 17:00

VÁLLTÁJÉK

Üléselnökök: Detre Zoltán, Merényi Gábor

- A-0142** **MANAGEMENT OF FRACTURED DISTAL HUMERUS WITH SOME SWINDON EXAMPLES**
David Woods
Great Western Hospital, Swindon, UK
12+8 perc
- A-0022** **MŰTÉTI INDIKÁCIÓ-E A FLOATING SHOULDER?**
Wiegand Norbert - Naumov István - Vámhidy László
Pécsi Tudományegyetem ÁOK, Mozgásszervi Sebészeti Intézet, Traumatológiai és Kézsebészeti Klinikai Tanszék, Pécs
6+4 perc
- A-0032** **MŰTÉTI ÚTON KEZELT SCAPULATÖRÉSEK OSZTÁLYUNKON FIATALOK FÓRUMA ELŐADÁS**
Magbade Gábor
Károlyi Sándor Kórház, Baleseti Sebészeti Osztály, Budapest
6+4 perc
- A-0049** **HÁTSÓ FICAMOS PROXIMÁLIS HUMERUS TÖRÉSEK EGY JELLEMZŐ FAJTÁJÁNAK ELLÁTÁSA KÖZPONTUNKBAN**
Gulyás Károly - Gloviczki Balázs - Szebeny Miklós
Péterfy Sándor Utcai Kórház, Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest
6+4 perc
- A-0068** **HUMERUSFEJ IMPRESSIO OKOZTA VÁLLÍZÜLETI INSTABILITÁS ELLÁTÁSA ROTÁCIÓS OSTEOTOMIÁVAL**
Urbán Ferenc¹ - Fekete Károly¹ - Kovács Marianna² - Turchányi Béla¹
¹Debreceni Egyetem OEC Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék, Debrecen
²Kenézy Kórház-Rendelőintézet Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft., Központi Radiológiai Diagnosztika, Debrecen
6+4 perc
- A-0029** **INVETERÁLT HÁTSÓ VÁLLFICAMOK FIATALOK FÓRUMA ELŐADÁS**
Kungl Jusstina - Horváth Ádám
PTE KK MSI Traumatológiai és Kézsebészeti Klinikai Tanszék, Pécs
6+4 perc
- A-0088** **PROPRIOCEPTÍV TRÉNING ALKALMAZÁSA VÁLLFICAM UTÁN A FIZIOTERÁPIÁS ELLÁTÁSBAN**
Kéninger Judit - Vámosi Istvánné
JAON Kft.
6+4 perc
- A-0105** **A VÁLLSÉRÜLÉSEK INDUKÁLTA TARTÁSHIBÁK VIZSGÁLATA ÉS TERÁPIÁJA**
Vámosi Istvánné - Kriston Anikó - Baranyiné Kun Anikó
Jósa András Oktatókórház és Nonprofit Kft., Nyíregyháza
6+4 perc

A-0108 VÁLLFICAMOT KÖVETŐ ROTÁTOR KÖPENY SZAKADÁS - MELYRŐL MINDIG HALLUNK, DE NEM MINDIG FIGYELÜNK RÁ
Tóth Zoltán¹ - Torkos Miklós Bulcsú² - Szabó István²
¹Kaposi Mór Oktató Kórház, Aktív Mozgásszervi Sebészeti Osztály, Traumatológiai Egység; ²Ortopédiai Egység, Kaposvár
6+4 perc

A-0120 PLEXUS BRACHIALIS SÉRÜLTEK FIZIOTERÁPIÁJA NEUROTIZÁCIÓS MŰTÉTEKET KÖVETŐEN
Lenkó Mónika gyógytornász - Pintér Sándor - Thékes Lászlóné
¹SZTE Központi Fizioterápiás Részleg, Szeged; ²SZTE Traumatológiai Klinika, Szeged
6+4 perc

A-0003 CLAVICULAVÉG RESECTIO EREDMÉNYEI OSZTÁLYUNKON
Hidas Péter - Pavlik Attila
Országos Sportegészségügyi Intézet, Budapest
6+4 perc

17:00 **Kávészünet**

17:15 – 18:35 **INNOVÁCIÓ, KUTATÁS**

Üléselnökök: Szabó Zsolt, Nagy István

A-0020 FEMUR AMPUTÁLTAK SZÁMÁRA KÉSZÍTETT, BRANEMARK FÉLE VÉGTAGPÓTLÓ PROTÉZISSSEL SZERZETT TAPASZTALATAINK
Móricz Ó. - Máthé T. - Wéber Gy. - Ferenc S.
Pécsi Tudományegyetem KK MRI Traumatológiai és Kézsebészeti Klinikai Tanszék, Pécs
6+4 perc

A-0058 OSTEOSCOPIA KLINIKAI ALKALMAZÁSÁNAK EREDMÉNYE
Nyárády J. - Szabó T. - Tóth F.
Pécsi Tudományegyetem ETK Fizioterápiás Intézet, PTE ÁOK MSI Traumatológiai és Kézsebészeti Klinikai Tanszék, Pécs
Barlborough NHS Treatment Centre CARE, UK
6+4 perc

A-0043 KLINIKAI EREDMÉNYEK A COMBNYAKTÖRÉS ELLÁTÁSÁBAN A DINAMIKUS HLS (DHLS) CSAVAR ALKALMAZÁSÁKOR
Kádas István¹ - Kocsis András¹ - Kádas Dániel² - Szita János¹ - Hangody László¹
¹Péterfy Sándor Utcai Kórház, Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest; ²Innosynth KDS Kft
6+4 perc

A-0073 INSTABIL COMBNYAKTÖRÉSEK ELLÁTÁSA MÓDOSÍTOTT, SZÖGSTABIL MANNINGER CSAVARRAL
Flóris István¹ - Baktai József¹ - Balázs Péter¹ - Vukov Ádám¹ - Smuczer Tibor²
¹Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest; ²Sanatmetal KFT.
6+4 perc

A-0035 TÉRDÍZÜLET MORPHO-KINEMATIKAI ELEMZÉSE
FIATALOK FÓRUMA ELŐADÁS
Andrónyi Kristóf - Krakovits Gábor
Uzsoki Utcai Kórház, Ortopéd-traumatológiai Osztály, Budapest; Szent János Kórház, Ortopéd-traumatológiai Osztály, Budapest
6+4 perc

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA

2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

- A-0025 CLAVICULATÖRÉSEK KEZELÉSE HLS CSAVARRAL**
Gyöngyösi Pál - Kaprielian Jiray - Ur Viktor
Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet, Traumatológiai Mátrix osztály, Dunaujváros
6+4 perc
- A-0044 A KÜLBOKA DISZTRAKCIÓS HLS CSAVAROZÁSA A TÖRÉS TÍPUSÁHOZ ADAPTÁLT MÉRTÉKBEN**
Kádas István¹ - Kocsis András¹ - Kádas Dániel²
¹Péterfy Sándor Utcai Kórház, Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest; ²Innosynth KDS Kft
6+4 perc
- A-0139 A KÉPVEZÉRELT NAVIGÁCIÓ TRAUMATOLÓGIAI ALKALMAZÁSA**
Csokonay Péter
Fototronic Kft
6+4 perc

LIGET 1. TEREM

12:20 – 13:00 **WORKSHOP: SANATMETAL KFT.**

POLIAXIÁLIS LEMEZELÉS - VORTEX DISZTÁLIS RÁDIUSZ

KONGRESSZUSI KISTEREM PROGRAMJA

13:15 – 14:00 **A TRAUMATOLÓGIA ÉS AZ OSTEOLÓGIA SZAKMAI ÖSSZEFOGÁSA AZ OSTEOPOROTICUS TÖRÉSEK MEGELŐZÉSÉRE**

A-0145 HOGYAN ISMERJÜK FEL A FOKOZOTT TÖRÉSI KOCKÁZATOT ÉS MIKÉNT TUDJUK AZT CSÖKKENTENI?

Horváth Csaba
Semmelweis Egyetem I. Belső Klinikája, Budapest
20+9 perc

A-0146 KIT KEZELJÜNK, HOGY KEZELJÜNK? A TRAUMATOLÓGUSOK SZEREPE, LEHETŐSÉGEI A CSONTRITKULÁSOS BETEGEK ELLÁTÁSÁBAN.

Kricsfalusi Mihály
Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest
15+6 perc

13:10 **Program vége**

13:15 – 14:00 **WORKSHOP: SYNTHES MEDICAL KFT.**
FORRADALMI INNOVÁCIÓ - DLS (DYNAMIC LOCKING SCREW)

A-0149 **DINAMIKUS SZÖGSTABIL CSAVAR - MIKOR? MIÉRT? HOGYAN?**
Varga Endre
Szegedi Tudományegyetem, Traumatológiai Klinika, Szeged
45+0 perc

20:00 – 01:00 **Bankett vacsora**

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA

2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

2012. Június 09. | Szombat

A szerzői nevek és az előadáscímek a szerzők által leadott formában, javíthatatlanul szerepelnek.

08.00 – 12.30 **Helyszíni regisztráció**

KONGRESSZUSI TEREM PROGRAMJA

08:30 – 10:00 **VARIA II.**

Üléseelnökök: *Zsíros Lajos, Kozma Pál*

**A-0031 PERIPROTETIKUS DISTALIS FEMURTÖRÉSEK MINIMÁL
INVAZÍV MŰTÉTI KEZELÉSE**

Vásárhelyi Gábor - Hangody László - Szigeti István - Rahmeh Husam
Uzsoki Utcai Kórház, Ortopéd – Baleseti Sebészeti Osztály; Semmelweis Egyetem, Traumatológiai Tanszék, Budapest

6+4 perc

**A-0082 CSÍPŐTÁJAI PERIPROTETIKUS TÖRÉSEK KEZELÉSE
OSZTÁLYUNKON**

FIATALOK FÓRUMA ELŐADÁS

Dukai József - Börzsei László

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

6+4 perc

A-0079 KONFLIKTUSOK A SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁSBAN

FIATALOK FÓRUMA ELŐADÁS

Ambrus Szilárd - Hanusz Tamás - Háncs Tivadar

Magyar Honvédség Honvédkórház, Általános Traumatológiai Osztály, Budapest

6+4 perc

A-0130 A DISTALIS RADIUS VÉG TÖRÉSEK KEZELÉSE INTÉZETÜNKBEN

FIATALOK FÓRUMA ELŐADÁS

Lohner Balázs - Korcsmár Péter

Péterfy Sándor Utcai Kórház, Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

6+4 perc

**A-0046 AKUT KOPONYA CT-VIZSGÁLATOK INDIKÁCIÓJA
GYERMEKKORBAN - SZAKMAI GONDOSSÁG VAGY FELESLEGES
SUGÁRTERHELÉS?**

FIATALOK FÓRUMA ELŐADÁS

Lohner - Varga - Kassai - Hetthéssy

Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

6+4 perc

- A-0063** **BOKAIZÜLETI ENDOPROTÉZIS – AMÍG EGY ELJÁRÁS BEVEZETÉSRE KERÜL**
FIATALOK FÓRUMA ELŐADÁS
 Hanusz Tamás - Kárpáti Klaudia - Zsiros Lajos
Magyar Honvédség Honvédkórház, Általános Traumatológiai Osztály, Budapest
6+4 perc
- A-0080** **„ÉLETMENTŐ” NAGYÍZÜLETI ARTHROPLASTICA**
FIATALOK FÓRUMA ELŐADÁS
 Ambrus Szilárd - Pellek Sándor - Ádám Gábor - Orosz Imre
Magyar Honvédség Honvédkórház, Általános Traumatológiai Osztály, Budapest
6+4 perc
- A-0077** **PERTROCHANTER TÖRÉSEK KORAI SZEPTIKUS SZÖVŐDMÉNYEINEK KEZELÉSE NEGATÍV NYOMÁSÚ SEBKEZELÉSI ELJÁRÁSSAL.**
 Patczai B - Mintál Tibor - Horváth Á. - Naumov István - Vámhidy László
Pécsi Tudományegyetem Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika, Pécs
6+4 perc
- A-0042** **VESESÉRÜLTEK ELLÁTÁSÁVAL SZERZETT TAPASZTALATAINK**
 Bán László - Merényi Gábor
Károlyi Sándor Kórház Baleseti sebészeti osztály, Budapest
6+4 perc

10:00 **Kávészünet**

10:20 – 11:50 **VARIA III.**

Üléselnökök: Noviczki Miklós, Papp Sándor

- A-0055** **A SAROKCSONT-TÖRÉSEK ELLÁTÁSÁBAN ALKALMAZOTT HAGYOMÁNYOS ÉS ÚJ, INNOVATÍV ELJÁRÁSOK KVANTITATÍV ÖSSZEHASONLÍTÁSA (4 ÉVES RETROSPEKTÍV ELEMZÉS)**
FIATALOK FÓRUMA ELŐADÁS
 Kocsis András¹ - Sütöri Dávid²
¹Péterfy Sándor Utcai Kórház, Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest
²Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Budapest
6+4 perc
- A-0071** **AZ UTÓKEZELÉS SZEREPE A DISTALIS RADIUS TÖRÉSEK ESETÉBEN PROSPEKTÍV, RANDOMIZÁLT, DUPLA VAK, PLACEBO KONTROLLÁLT VIZSGÁLAT**
 Szabó Zsolt - Lenkei Balázs - Németh Zoltán - Nagy Endre - Tar Livia
Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Traumatológia osztály, Miskolc
6+4 perc
- A-0117** **VÖRÖS ÉS FEKETE. VÖRÖSISZAP KATASZTRÓFA SÉRÜLTJEINEK ELLÁTÁSA ÉS AZ ELLÁTÁS TANULSÁGAI**
 Balatincz Péter - Milkovics Rókus - Gaál Péter - Sasvári Edgár
Magyar Imre Kórház, Traumatológia Osztály, Ajka
6+4 perc

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA

2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

- A-0072** **ALKALMAZHATÓ E FIZIKOTERÁPIÁS KEZELÉS FÉM IMPLANTÁTUM ESETÉBEN? PROSPEKTÍV, RANDOMIZÁLT, PLACEBO KONTROLLÁLT VIZSGÁLT TERVEZETE**
Szabó Zsolt - Lenkei Balázs - Kazacsay Ferenc - Tar Livia
Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Miskolc
6+4 perc
- A-0122** **A FIZIOTERÁPIÁS JELLEGŰ TEVÉKENYSÉGEK ÉVES EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FINANSZÍROZÁSÁNAK MEGHATÁROZÁSA A JÁRÓBETEG SZAKELLÁTÁSBAN A TRAUMATOLÓGIAI SÉRÜLÉSEKET KÖVETŐEN**
Molics Bálint¹ - Sebestyén Andor² - Schmidt Béla¹ - Kránicz János¹ - Ágoston István¹ - Vas Gábor¹ - Boncz Imre¹
¹ Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar (Pécs, Zalaegerszeg)
² Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Dél-dunántúli Területi Hivatala, Pécs
6+4 perc
- A-0036** **PROBLÉMÁS DISZTÁLIS HARMADI ÉS NAGY DISZLOKÁCIÓVAL JÁRÓ GYERMEKKORI ALKARTÖRÉSEK KEZELÉSE RÖVID ELASZTIKUS SZEG („SHORT-TEN”) TECHNIKA ALKALMAZÁVAL**
Varga Marcell - Kassai Tamás
Péterfy Sándor Utcai Kórház, Rendelőintézet és Baleseti Központ, Gyermektraumatológiai Osztály, Budapest
6+4 perc
- A-0037** **FELSŐ VÉGTAGI GYERMEKKORI TÖRÉSEK ULTRAHANG SEGÍTSÉGÉVEL VÉGZETT DIAGNOSZTIKÁJA ÉS KEZELÉSE**
Varga Marcell - Kassai Tamás
Péterfy Sándor Utcai Kórház, Rendelőintézet és Baleseti Központ, Gyermektraumatológiai osztály, Budapest
6+4 perc
- A-0133** **A TFN (TITANIUM TROCHANTERIC FIXATION NAIL SYSTEM - SYNTHES) SZEGEZÉssel SZERZETT KEZDETI TAPASZTALATAINK**
Nagy József - Ördög Csaba - Iszlai Zoltán
Semmelweis Halasi Kórház Nonprofit Kft. - Traumatológia, Kiskunhalas
6+4 perc
- A-0018** **A KETTŐS KANÜLÁLT CSAVAROZÁSSAL ILLETVE PERCUTÁN KANÜLÁLT AO CSAVAROZÁSSAL OPERÁLT COMBNYAK TÖRÖTT BETEGEINK EREDMÉNYEINEK ÖSSZEHASONLÍTÁSA**
Csonka Csaba - Sütő Gellért - Varga Vilmos - Kopinecz András
Dr. Kenessey Albert Kórház, Traumatológiai Osztály
Szent László Kórház, Traumatológiai Osztály
6+4 perc

11:50

Szünet

LIGET 2. TEREM

08:30 – 09:40

NOSOCOMIALIS FERTŐZÉSEK TRAUMATOLÓGIAI VONATKOZÁSAI

Üléseelnökök: *Fényes László, Maszárovics Zoltán*

- A-0136 SEBÉSZI VONATKOZÁSÚ NOSOCOMIALIS FERTŐZÉSEK.**
Fényes László
Péterfy Sándor Utcai Kórház, Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest
6+4 perc
- A-0011 FERTŐZÉSEK A BALESETI ELLÁTÁS KAPCSÁN,
A MIKROBIOGLÓGIAI MINTÁK TÜKRÉBEN**
Farkas Gábor* - Kocsis Béla - Nőt László Gergely - Vámhidy László
BHC Országos Gerincgyógyászati Központ.*
Mozgásszervi Sebészeti Intézet Traumatológiai és Kézsebészeti Klinikai Tanszék
6+4 perc
- A-0065 JETLAVAGE A ŠEBELLÁTÁSBAN: SZENNYEZETT ÉS INFEKT
SEBEK KEZELÉSE**
FIATALOK FÓRUMA ELŐADÁS
Tamás Gergely
Magyar Honvédség Honvédkórház, Általános Traumatológiai Osztály, Budapest
6+4 perc
- A-0057 MULTIREZISZTENS KÓROKOZÓK ÁLTAL OKOZOTT
NOSOCOMIALIS INFEKCIÓK A TRAUMATOLÓGIAI OSZTÁLY
4 ÉVES ANYAGÁBAN**
Pátyi Márta – Székeli Sándor – Varga Éva – Gera László
Bács-Kiskun Megyei Kórház, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Kecskemét
6+4 perc
- A-0138 BÁTAI ISTVÁN ABSZTRAKTJA**
Bátai István
Pécsi Tudományegyetem
6+4 perc
- A-0137 KRITIKUS TÖMEG**
Maszárovics Zoltán
Markhot Ferenc Kórház Kft., Budapest
6+4 perc
- A-0135 NOSOCOMIÁLIS FERTŐZÉSEK ÉS KÁRTÉRÍTÉSI FELELŐSSÉG**
Józsa Zsolt
Dr. Józsa Zsolt Ügyvédi Iroda
6+4 perc

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA

2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

09:40 – 10:10 **POSZTER SZEKCIÓ**

Üléseelnökök: Kurucz László, Sojnóczki Sándor

- A-0014 NYÍLT, SZÖVETHIÁNNYAL JÁRÓ, SZEPTIKUS TÉRDIZÜLETI SÉRÜLÉSEK ELLÁTÁSI TAKTIKÁJA**
Mintál Tibor - Naumov István - Patczai Balázs
Pécsi Tudományegyetem KK MSI Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinikai Tanszék, Pécs
4+0 perc
- A-0016 AZ ÚJ MŰTÉTI TECNIKÁK HATÁSA AZ ÁPOLÁS ÉS MOBILIZÁCIÓ FOLYAMATÁRA, A CSÍPÓTÁJI TÖRÉSEK ESETÉBEN**
Kovács Rita - Börzsei László - Tóth Zoltán
Kaposi Mór Oktató Kórház, Aktív Mozgásszervi Sebészeti Osztály, Traumatológiai Egység, Kaposvár
4+0 perc
- A-0033 INVETERÁLT KÉTOLDALI TÖRÉSES HÁTSÓ VÁLLFICAM ELLÁTÁSA KLINIKÁNKON - ESETBEMUTATÁS**
Búcs Gábor - Vámhidy László
Pécsi Tudományegyetem, Mozgásszervi Sebészeti Intézet, Traumatológiai és Kézsebészeti Klinikai Tanszék, Pécs
4+0 perc
- A-0041 HAEMOPERITONEUMMAL SZÖVŐDÖTT, RUPTURÁLT UTERUS MYOMA A TRAUMATOLÓGIAI MŰTŐBEN**
FIATALOK FÓRUMA ELŐADÁS
Schweigert Árpád
Károlyi Sándor Kórház Baleseti sebészeti osztály, Budapest
4+0 perc
- A-0078 PRIMER POSTTRAUMÁS VÁLLPROTÉZIS: ANATÓMIAI VAGY REVERZ? KORAI EREDMÉNYEINK A BALESETI KÖZPONTBAN**
Gloviczki Balázs - Gulyás Károly - Szebeny Miklós - Bodzay Tamás
Baleseti Központ
4+0 perc
- A-0118 A FIZIOTERÁPIA HATÉKONYSÁGÁNAK MÉRÉSE CSÍPÓTÁJI TÖRÖTTEK KEZELÉSÉBEN**
Baranyiné Kun Anikó - Kriston Anikó - Vámosi Istvánné
Jósa András Oktatókórház és Nonprofit KFT., Nyíregyháza
4+0 perc

A-0126 A FIZIOTERÁPIÁS JELLEGŰ TEVÉKENYSÉGEK ALAPJÁN A LEGNAGYOBB ESETSZÁMBAN KEZELT TRAUMATOLÓGIAI SÉRÜLÉSEK REGIONÁLIS, KORCSOPORTOK SZERINTI MEGISMERÉSE A JÁRÓBETEG SZAKELLÁTÁSBAN.

Molics Bálint¹ - Bohner-Beke A.⁴ - Mintál Tibor³ - Sebestyén Andor² - Schmidt Béla¹ - Kránicz János¹ - Boncz Imre¹

¹ Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar (Pécs, Zalaegerszeg)

² Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Dél-dunántúli Területi Hivatala, Pécs

³ Pécsi Tudományegyetem, Mozgásszervi Sebészeti Intézet, Pécs

⁴ Eötvös József Főiskola, Baja

4+0 perc

10:10 **Kávészünet**

10:20 – 11:50 **INNOVÁCIÓ - VARIA**

Üléseelnökök: Kádas István, Csonka Csaba

A-0104 TISSUE ENGINEERING IN CARTILAGE REPAIR - OUR EXPERIENCES

Stolfa Stefan – Vasko Gabriel – Lacko Marek – Špaková Tímea – Rosocha Ján

University of Pavol Jozef Safarik in Kosice, Faculty of Medicine, Department of Orthopaedics and Traumatology of Locomotory Apparatus and Tissue Bank, Kosice, Slovakia

6+4 perc

A-0066 SZINTETIKUS IRHA (INTEGRA) ALKALMAZÁSA KOMPARTMENT SZINDRÓMA UTÁN VISSZAMARADT KÉZHÁTI BŐRHÍÁNY KEZELÉSE SORÁN (ESETBEMUTATÁS)

FIATALOK FÓRUMA ELŐADÁS

Tamás Gergely

Magyar Honvédség Honvédkórház, Általános Traumatológiai Osztály, Budapest

6+4 perc

A-0097 ÚJ IMPLANTATUM A RADIUS DISTALIS VÉG INTRAARTIKULARIS TÖRÉSEK KEZELÉSÉRE: EPIPHYSIS LEMEZ

Seress György – Fidel Zoltán- Osgyán Henrik – Borkó Attila – Antal János

Jávorszky Kórház Traumatológia Osztály, Vác

6+4 perc

A-0062 ROTAX TÉRDPROTÉZIS RENDSZERREL SZERZETT KEZDETI TAPASZTALATAINK

Molnár Péter - Fekete László - Papp Gábor

Magyar Honvédség Honvédkórház, Általános Traumatológiai Osztály, Budapest

6+4 perc

A-0101 ELSŐ TAPASZTALATAINK BIORETEC FELSZÍVÓDÓ IMPLANTÁTUMOKKAL

Kassai Tamás - Varga Marcell - Molitorisz Dániel - Vadász Andrea - Hargitai Ernő

Pétery Sándor Utcai Kórház - Rendelőintézet és Bateseti Központ, Gyermektraumatológia, Budapest

6+4 perc

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA

2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

A-0123

ÚJ TÍPUS „SZENDVICS” LEMEZ MECHANIKAI VIZSGÁLATA

Turchányi Béla¹ - Lőrincz Ádám¹ - Muraközy Katalin¹ - Smuczer Tibor² - Manó Sándor³

¹Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék; ²Sanatmetal Kft.;

³Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Ortopédiai Klinikai Biomechanikai Laboratórium

6+4 perc

A-0090

SYNDESMOLYSISSEL JÁRÓ BOKATÖRÉSEK REPOSITIOJÁNAK POSTOPERATÍV ELLENŐRZÉSE CT-VEL, REPOSITIOS HIBÁK!

Szita János - Kocsis András - Kádas István

Péterfy Sándor Utcai Kórház, Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

6+4 perc

11:50

Program vége

MTT

multilocking tibial
treatment



Sokoldalú felhasználás, kibővített indikáció

A korszerű tibia-ellátás követelményeinek megfelelő szeg változatos törési képek esetében is megfelelő megoldást kínál. A proximális vég négy reteszelési sík megválasztását is lehetővé teszi. A lateral felőli retesz szöghelyzete szegmentumok rögzítését biztosítja. Igény esetén statikus vagy dinamikus rögzítés is választható.

A distalis szegvég reteszélése ugyancsak négy síkban, többféle szöghelyzetben lehetséges. A legtávolabbi distalis furat közvetlenül a szegvég elé helyezett. Jó anatómiai illeszkedés. Átfogó átmérő- és hosszmeret-sor, acél és titánötvényzet anyagválasztékkal. Tömör vagy vezetőfuratos kialakítás.



medimetal®

3304 Eger, Berva-völgy, tel.: 36 / 415 577

e-mail: medimetal@medimetal.hu

www.medimetal.hu

all that is essential in trauma surgery

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG

2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA

2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

ABSZTRAKTOK

A szerzői nevek, előadascímek, absztrakt szövegek a szerzők által leadott formában, javítatlanul szerepelnek.

A-0001

ÚJ SZEMPONTOK ÉS ESZKÖZÖK A HELYSZÍNI POLYTRAUMA ELLÁTÁSBAN AZ ORSZÁGOS MENTŐSZOLGÁLTATNÁL

Gorove László
Országos Mentőszolgálat

Az első korszerű súlyos sérült ellátási protokoll 2008-ban került az Országos Mentőszolgálatnál – a Traumatológiai Szakmai Kollégiummal való egyeztetés után – kiadásra. Ezt az útmutatót 2011-2012 folyamán aktualizáltuk. Az útmutató az ITLS (International Trauma Life Support) elvek alapján készült. 2007 óta a felnőtt és gyermek ITLS tanfolyamokon közel 300-an tettek sikeres vizsgát, valamint 2011-12-ben az OMSZ egész állományának E-learning tanfolyamot, valamint gyakorlatokat és gyakorlati vizsgát tartottunk a súlyos sérült és polytraumizált ellátásából. Ezzel párhuzamosan új eszközök bevezetése kezdődött meg a helyszíni sérült ellátásban, a medence öv, a Kendrick féle húzószin, Tourniquet, X-collar stb. Bár az ezekkel való ellátottság még nem teljes, terjedésük folyamatban van.

Előadásunkban a legújabb protokoll és az új eszközök rövid bemutatása mellett kitérünk az elért eredményekre, melynek során a helyszínen és a sérült ellátással töltött időt, és az új eszközök hatékonyságát hasonlítottuk össze a korábbi évekével. Megállapítható, hogy a protokoll betartása és az új eszközök bevezetése nemcsak jelentősen csökkenti a prehospitalis polytraumizált ellátás idejét, hanem a szakszerű ellátással és a sérültek gyors végleges ellátó helyre juttatásával növeli azok túlélési esélyét.

A-0003

CLAVICULAVÉG RESECTIO EREDMÉNYEI OSZTÁLYUNKON

Hidas Péter - Pavlik Attila
Országos Sportegészségügyi Intézet, Budapest

Az acromioclavicularis ízület sportsérülései a váll sportsérüléseinek közel felét teszik ki. Az acromioclavicularis ízületben sport során mind a traumás, mind pedig a degeneratív elváltozások gyakran fordulnak elő. Az AC ízület degeneráció sok esetben nem korrelál a tünetekkel. Sportolóknál a clavícula-vég osteolysisét bekövetkezhet traumás, atraumás (tülerheléses), valamint szisztémás okok következtében. Az esetek többségében elegendő a konzervatív kezelés, de erre nem reagáló esetekben műtéti kezelést végzünk.

Intézetünk Sportsebészeti Osztályán 2003 és 2010 januárja között összesen 53 esetben végeztünk izolált clavícula vég resectiot. Közülük 44 volt férfi, 9 nő. Az átlagéletkor 37 év volt (20-52).

A műtéti eredmények ellenőrzése során a betegek több mint 90%-a esetében kitérő illetve jó.

Megállapítjuk, hogy a jó indikációval, megfelelő betegválasztással elvégzett clavícula-vég resectio sportolóknál jó eredményt hoz.

Az után vizsgálat során a betegek több mint 90%-ánál kiváló, illetve jó eredményt értünk el.

Véleményünk az, hogy a jó indikációval elvégzett clavícula-vég resectio sportolóknál jó megoldása a clavícula-vég osteolysisnek.

A-0004

BIOETIKA SZEREPE ÚJ SEBÉSZI MEGFONTOLÁSOK BEVEZETÉSÉBEN

Csóky A. - Fügedi L.
Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Idegsebészet Miskolc

BEVEZETÉS: Az élet-halál közeli állapotokban a kímélet egy sok ismeretlenes egyenlet megoldásaként jön létre amelyben messze nem tudunk mindegyik tényezőre hatni. Ezért oktalanság egy-két ismert faktort rögzítve végkövetkeztetést levonni, mert nagy szórás várható. A bioetika szabája, hogy életet veszélyeztető helyzetekben a józan tudományos megfontolás elegendő egy módszer elfogadásához. Ezt 2000-ben a hannoveri AO-Trauma symposiumon is deklarálták. Ennek ellenére a tudományos világ csőlötését jellemzi, hogy ragaszkodik az Evidence Based Medicine fő ütőkártyájához a prospectiv randomizált vizsgálathoz.

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG

2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA

2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

Jellemző példa a polytraumával gyakran együttjáró súlyos koponyasérülések esetén végrehajtható decompressiv craniectomia időzítése vagy indikációja körül egy évszázados vita. A különböző eredmények miatt nem került javasolt kategóriába csak optiként szerepel.

MÓDSZER: Több történeti tanulmányt közölt munkacsoportunk az elmúlt 10 évben olyan eljárásokról melyek hatásosabbá teszik a módszert.

EREDMÉNY: Sok visszajelzés érkezett külföldről, hogy alkalmazzák, azonban az irányelvekben nem tudtunk megjelenni.

KONKLÚZIÓ: Kérdés, hogy el tudjuk-e érni a közleményekkel azt a kritikus tömeghatást, hogy bekerüljenek a módszereink a nemzetközi irányelvekbe. Intő példa ez a polytraumában felmerülő új megfontolások vizsgálatához.

A-0005

MEDENCEGYŰRŰ SÉRÜLÉSEK SÜRGŐSSÉGI STABILIZÁLÁSA SACROILIACALIS CSAVAROZÁSSAL

Merényi Gábor - Zágh István - Gergely Péter
Károlyi Sándor Kórház, Baleseti sebészeti Osztály, Budapest

BEVEZETÉS: Politraumatizált sérülteknél nagy százalékban fordul elő a medencegyűrű instabil sérülése. A vérzéses shock veszélye miatt ezek sürgős repositiót és rögzítést igényelnek.

ANYAG ÉS MÓDSZER: A dislocált medencetörések vérzéskontrolljára és az intrapelvicus volumen csökkentésére különböző módszerek állnak rendelkezésre, ezek: medence rögzítő (binder), C-clamp infraperitonealis packing-el, vagy anélkül, fixateur externe. Sok trauma centrumban a szükséges osteosynthesiseket csak a felvételt követő néhány nap elteltével végzik el, amikor a sérült már hemodinamikailag stabil állapotban van. Osztályunk protokollja: a medence azonnali rögzítése lepedővel, CT vizsgálat, majd a medencegyűrű sürgős fixálása sacroiliacalis csavarozással, és ha szükséges, symphysis lemezzel. A módszer előnyei: háton fekvő pozícióban politraumatizáltnál is acutan végezhető. A medence gyűrű azonnali operatív rögzítése ugyanolyan módon csillapítja a vérzést, mint a C-clamp, vagy a fixateur externe, viszont definitív ellátást nyújt. Az sacroiliacalis csavarozás gyors és biztonságos módszer, gyakorlott kézben mindössze 15-20 percig tart. Ha a műtétet acutan végezzük, a meteorizmus még nem zavarja az rtg képerősítés célzást.

EREDMÉNYEK: 3 éves időszak alatt 15 instabil medencegyűrű sérülést operáltunk fedett repositio után percutan sacroiliacalis csavarozással. Közülük 4 esetnél végeztünk symphysis lemezélest is. A Tile féle klasszifikáció szerint 3 eset (20%) volt C1-es, 9 (60%) volt C2 és 3 (20%) C3 típusú. Az utánkövetési időszak 8-18 hónap (átlag 10 hónap) volt. A mortalitás 13.3% volt. Valamennyi törés gyógyult, a medence konfigurációja helyreállt. A functionális végeredmény 5 esetben (38.5%) kiválónak, 7 esetben (53.8%) jónak, és 1 esetben (7.6%) rossznak bizonyult. Neurológiai deficitet, és szeptikus szövődéymnt nem észleltünk.

KÖVETKEZTETÉS: A medencegyűrű sérülések sürgősségi stabilizálása sacroiliacalis csavarozással hatékonyan csillapítja a vérvesztést, korai mobilizációt tesz lehetővé, és jó functionális gyógyulást eredményez.

A-0006

KOMBINÁLT TÉRDÜLETI SZALAGSÉRÜLÉSEK ELLÁTÁSA - EGY VAGY TÖBB LÉPÉSBEN?

Bodó László - Hangody László - Szily Tamás - Kiss Tamás*

Uzsoki Útcai Kórház, Ortopéd-Traumatológiai Osztály, Budapest

**Markhot Ferenc Kórház, Traumatológiai osztály, Eger*

A kombinált térdzületi szalagsérülések során leggyakrabban az elülső keresztszalag és a medialis oldalszalag egyidejű sérülése fordul elő. Az anteromedialis instabilitás kezelése során az elülső keresztszalag pótlását tekintjük alapvető fontosságúnak.

Tekintettel arra, hogy az elülső keresztszalag sérülését, ill. pótlását és a medialis oldalszalag sérülését, ill. pótlását eltérő utókezelés követi, amennyiben lehetséges, az elülső keresztszalag rekonstrukciójára kell törekednünk első megközelítésben.

Konkrét esetek bemutatásával szeretnénk alátámasztani, hogy mikor kell mégis, az elülső keresztszalag pótlása során, azzal egyidejűleg a medialis oldalszalagot is rekonstruálni, mikor végezhetünk a medialis oldalszalag gyógyulását segítő járulékos beavatkozást az elülső keresztszalag pótlásával egyidejűleg, továbbá mikor szükséges a két szalag rekonstrukcióját más-más időben, halasztottan elvégezni.

A-0007

RADIUSFEJECSTÖRÉS SZÖVŐDMÉNYEINEK ARTROSZKÓPOS ELLÁTÁSA - ESETISMERTETÉS

Hangody László - Gál Tamás - Kocsis Koppány - Kárpáti Zoltán

Semmelweis Egyetem, Traumatológiai Tanszék

Úzsoki Utcai Kórház, Ortopéd-traumatológiai Osztály, Budapest

CÉLKITŰZÉS: korábbi capitulum humeri osteolysisből és későbbi radiusfejecstörésből származó ritka szövődmenyegyüttes ellátása kapcsán felmerülő megfontolások és tanulságok ismertetése egy eset kapcsán.

ANYAG, MÓDSZER: válogatott kajakversenyző korábbi könyökíjji problémáinak szteroid kezeléséből fakadó capitulum humeri osteolysis és későbbi traumás radiusfejecstörés konzolidációs zavara miatti panaszok kapcsán jelentkezett osztályunkon. A kórtörténet és a korábbi képalakítók elemzése, a klinikai tünetek és az újonnan készült rgtg és MR-képek értékelése, valamint az élsportoló céljaiból fakadó accelerált rehabilitációs igény miatt artroszkópos megoldást választottunk. Ennek során mini artroszkóppal láttuk el a humeroradialis ízületben talált degeneratív és poszttraumás károsodásokat és gyorsított rehabilitációt végeztünk a sportterhelésre történő korai visszavezetéssel.

EREDMÉNYEK: a néhány nap után elért teljes funkció, a panaszok két héten belüli teljes megszűnése és a korai edzésjellegű terhelés megkezdése igazolták a kezelési koncepciót.

MEGBESZÉLÉS: az előadás elsősorban a műtétet megelőző történet tanulságaira és a ritka sérülésgyüttes bemutatására összpontosít.

Az artroszkópos ellátás lehetőségeinek, előnyeinek bemutatása és néhány technikai megfontolás ismertetése felhívja a figyelmet a könyökízületi endoszkópia traumás alkalmazási lehetőségeire.

A-0008

TRAUMÁS TÉRDÍZÜLETI FICAM ELLÁTÁSI SZEMPONTJAI

Hangody László - Bodó László - Baló Eszter - Duska Zsófia - Hangody György Márk

Semmelweis Egyetem, Traumatológiai Tanszék, Budapest

Úzsoki Utcai Kórház, Ortopéd-traumatológiai Osztály, Budapest

CÉLKITŰZÉS: az Úzsoki Kórház Ortopéd-traumatológiai Osztályának 20 éves anyagának áttekintésével elemezzük a traumás térdficamok ellátási taktikáját különös tekintettel a sportolók szempontjaira.

ANYAG, MÓDSZER: a húszéves anyag részben retrospektív, részben prospektív értékelése során elsősorban az akut ellátás jelentőségére és a végleges rekonstruktív megoldások ütemezését vizsgáltuk. A klinikai értékelő pontrendszerek mellett az objektív stabilitásmérők eredményeit vizsgáltuk. Különös hangsúlyt fektettünk a frakcionált ellátáson belül a rehabilitációs kérdésekre.

EREDMÉNYEK: a saját eredmények mellett két hazai nagy ellátó intézet tízéves anyagának adatait is ismerttejük. A nemzetközi irodalom által is magas arányban előforduló szövődmenyek bemutatása mellett kiemelendő anyagunkból az irodalmi adatok szerint kivételesen magas arányban élsportba visszatért sportolók száma.

MEGBESZÉLÉS: eseteink kórtörténeteinek elemzése azt mutatja, hogy a szövődmenyek minimális szinten tartása és a sportolók vonatkozásában a sérülés előtti szinthez való visszatérés lehetősége csak az egyénre szabott, frakcionált műtéti ellátás és az ehhez szabottan ütemezett rehabilitációs program adhat esélyt.

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA 2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

A-0009

HUMERUS PROXIMALIS VÉG VALGUS IMPACTALT TÖRÉSÉNEK MINIMAL INVASIV KEZELÉSE NÉHÁNY ESET KAPCSÁN.

Kiss Jenő – Laczkó András

Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Ortopéd-Traumatológiai Osztály, Budapest

BEVEZETÉS: A humerus proximalis vég úgynevezett valgus impactatioval járó törése egy kevésbé ismert sajátos törésminta, melynek lényege a humerusfej valgusba billenése és ennek következményeként a tuberculum majusba helyezett kiegészítő csavarral rögzítik. Az előadásban 6 eset eredményeit ismertetik. A kezelés lényege a fej valgus helyzetből való visszabilentése, melyet követően a tuberculum(ok) reponálhatóak. A reponált helyzet megtartására különböző módszerek ismertek (lemez, kanülált csavarok, dróttűzés).

ANYAG ÉS MÓDSZER: A szerzők ismertetik az általuk alkalmazott eljárást. Ennek során minimális börtmetszésből végzik a repozíciót és a reponált helyzetet menetes tűződróttal, esetenként a tuberculum majusba helyezett kiegészítő csavarral rögzítik. Az előadásban 6 eset eredményeit ismertetik. A betegek átlagos életkora 68 év (49-74) volt. Két esetben négy rész, 4 esetben három rész törés miatt végezték a műtétet. Két esetben alkalmaztak kiegészítésként AO spongiosa csavart menetes tűződróttal mellett. A fémanyagokat 4-6 hét után távolították el.

EREDMÉNYEK: Átlagosan 7 hónap (3-11) utánvizsgálat során mindegyik beteg elégedett volt az eredménnyel. Az átlagos aktív elevatio 150 fok (120-170) volt, a test melletti kiroatio 30 fok (10-70), míg a hátuk mögött a betegek többsége elérte a DL átmenetet. A napi tevékenységet akadályozó fájdalomról vagy mozgáskorlátozottságról egy beteg sem számolt be. Szövődmény nem volt.

KÖVETKEZTETÉSEK: Menetes tűződróttal való minimal invazív osteosynthesis jó funkcionális eredményhez vezet valgus impactalt humerus proximalis vég töréseknél. Az eljárás olcsó és a betegek számára kevés terheléssel jár, ugyanakkor megfelelő műtéti tapasztalatot igényel.

A-0010

DISTALIS HUMERUS LEMEZSEL SZERZETT TAPASZTALATAINK

Vámhidy László - Naumov István

Pécsi Tudományegyetem KK MSI Traumatológiai és Kézsebészeti Klinikai Tanszék, Pécs

BEVEZETÉS: A felkar könyökizületi végének izületbe hatoló darabos törései sokszor állítják nehéz feladat elé a tarumatológust. Különösen nehéz a kezelés azokban az esetekben, ha osteoporoticus csonton jön létre a törés.

ANYAG ÉS MÓDSZER: Szerzők anatómiailag formázott két szögstabil (Synthes DHP) lemezt alkalmaztak a distalis humerus AO C3.3-as töréseinek kezelésére. 2011 január 1. és 2011 szeptember 30 között szerzők 9 beteget kezeltek DHP rendszerrel. Az értékelést a módosított Roles-Maudsley séma szerint végezték.

EREDMÉNYEK: A felülvizsgálat során két betegnél észleltek kiváló, négyenél jó, háromnál elfogadható eredményt. Rossz eredmény a vizsgált anyagban nem volt. Implantátum törést nem észleltek.

KÖVETKEZTETÉS: A klinikai eredmények alapján szerzők hasznos módszernek ítélik a kifejlesztett rendszert a C3.3-as humerus distalis vég törések esetében, különösen osteoporoticus csont esetén. Ezzel a rendszerrel jobb eredményeket értek el, mint a korábban alkalmazott saját fejlesztésű menetstabil lemezzel, összehasonlítva a 2007-ben ismertettekkel. (A felülvizsgálat során egy betegnél észleltek kiváló, háromnál jó, tíznél elfogadható, és 3-nál rossz eredményt. Egy esetben kényszerültek módszerváltásra)

A költség/haszon arány azonban nem egyértelmű.

A Roles- Maudsley séma funkcionális.

Roles NC, Maudsley RH. Radial tunnel syndrome: resistant tennis elbow as a nerve entrapment. J Bone Joint Surg Br. 1972;54:499-508.

Excellent- no pain, full movement, full activity;

good-occasional discomfort, full movement and full activity;

acceptable-some discomfort after prolonged activity;

poor- pain, limiting activities

Módosítás: kiváló –uaz.; jó- 30 foknál kisebb extenziós deficit; elfogadható – 30 fok vagy annál nagyobb extenziós deficit, egyéb mozgások szintén beszűkültek; rossz – uaz.

A-0011

FERTŐZÉSEK A BALESETI ELLÁTÁS KAPCSÁN, A MIKROBIOLÓGIAI MINTÁK TÜKRÉBEN

Farkas Gábor¹ - Kocsis Béla - Nőt László – Gergely - Várhidy László

¹ BHC Országos Gércincgyógyászati Központ, Budapest

Mozgásszervi Sebészeti Intézet Traumatológiai és Kézsebészeti Klinikai Tanszék

Szerzők a baleseti ellátás során tapasztalt fertőzéseket vizsgálták.

Céljuk a Betegek fertőzéseinek korszerűbb, hatékonyabb kezelése, illetve a fertőzések kialakulásával kapcsolatban, azok gyakoriságának csökkentése volt.

Intézetekből küldött mikrobiológiai minták értékelését és a Betegek terápiáját rendszerint egyedileg, a kezelőorvosok hivatottak elvégezni. Azonban egy teljes naptári évre kivetítve és elemezve az összes bakteriológiai mintát, pontosabb információt kaptak a fertőzésekben szerepet játszó baktériumokról, azok érzékenységről.

2004. január 1. és december 31. között PTE ÁOK OEC Traumatológiai Központból indított 1276 számú bakteriológiai minta mikrobiológiai vizsgálat feldolgozását értékelték. Az összes vizsgálatból 235 esetben nem tenyésztett ki kórokozót. Ez önmagában is elgondolkodtató tény, mert a vizsgálatok között nagy számban voltak úgynevezett egészséges emberek tervezett műtéteinek műtét előtti szűrővizsgálatai is (orr, garat, trachea). A többi 1041 eset valamilyen kórokozó jelenlétét igazolta. Ebben az évben MRSA, MACI fertőzést a vizsgálati anyagokban nem regisztráltak. A leoltások eredménye alapján a Gram-pozitív baktériumok és a Gram-negatív baktériumok aránya 2,15 volt. 24 esetben találtak anaerob baktérium törzset, 22 mintából Candida törzsek tenyészttek ki.

A Baktérium kultúrák valamennyi esetben rezisztencia vizsgálaton estek át ezek eredménye:

Aerobok:

Gram-pozitív törzsek:

Staphylococcus aureus seb váladékból béta-laktamáz stabil szerekkel szemben (oxacillin, amoxicillin+klavulánsav, cefalosporinok, glikopeptidok, aminoglikozidok) jó érzékenységet mutatnak.

Staphylococcus aureus, kanül felszínéről, vérből, illetve protézisen megtapadva biofilmet alkotnak és ezek polyezisztens törzsekké váltak 100%-os érzékenységet csak a glikopeptidekkel (vancomycin, teicoplanin) észleltek.

Streptococcus pyogenes törzseket is izoláltak. Penicillinre és béta-laktám antibiotikumokra is érzékenyek ezek a törzsek, ugyanakkor sokszor rezisztensek az aminoglikozidokra, makrolidokra.

Enterococcusok esetében Ampicillin+aminoglikozid kombináció ajánlható, 100%-os érzékenységet észleltek még piperacillin+tazobaktám, karbapenem, glikopeptid esetén.

Gram-negatív törzsek (két csoportra oszthatók) E.coli, Klebsiella és Proteus spp.

Ezek a törzsek igen jó érzékenységet mutatnak nagyon sok antibiotikummal (széles spektrumú penicillinel, cefalosporinnal, karbapenemmel, aminoglikoziddal, fluorokinolonnal) szemben Enterobacter, Acinetobacter, Pseudomonas spp. Sokszor nozokómiális infekciókból kitenyésző

Enterobacter: piperacillin+tazobaktám, cefepim, karbapenem, ciprofloxacinn; Acinetobacter karbapenem, Pseudomonas aeruginosa törzsek ceftazidim, cefepim, karbapenem, aminoglikozid érzékenysége figyelhető meg.

Anaerobok

Gram-pozitív törzsek: Clostridiumok megtartották penicillin érzékenységüket, a Gram-negatívok Bacteroides, Prevotella, Fusobacterium spp.: metronidazol, karbapenem, piperacillin+tazobaktám iránt leginkább érzékenyek.

A szerzők előadásukban a teljes anyag áttekintését szeretnék ismertetni és a talált tapasztalataikról beszámolni.

Eredményeik a klinikai gyakorlatuk során segítséget nyújtottak a fertőzések megelőzésében és kezelésében.

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA 2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

A-0013

A GYERMEKKORI LÁBSZÁRTÖRÉSEK ELLÁTÁSA, KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A SERDÜLŐKORRA

Kretzer András - Tömböl Ferenc

Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Traumatológiai, Kézsebészeti és Orthopaediai szakmacsoport, Győr

BEVEZETÉS: Osztályunkon a lábszártörések kezelése a nemzetközi trendnek megfelelően történik.

A gyermekkori törések 80-90%-t konzervatívan kezeltük, a fennmaradó hányad műtétet igényelt.

A serdülőkori esetekben a TEN-nél nagyobb stabilitást és teherbírást biztosító módszer igénye merült fel.

ANYAG: 2006-2011-ig 1403 lábszártörést láttunk el, ebből 207 volt gyermekkori.

A 207 gyermekkori törésből 34-t operáltunk. (16%) A 34 esetből 8 serdülőnél alkalmaztuk az általunk preferált módszert.

MÓDSZER: Serdülőkorban, aktív növekedési zónák mellett a tibia felfúrás nélküli velőürszegezését végeztük speciális bevezetési hellyel.

EREDMÉNYEK: Valamennyi esetben elértük a korai mobilizálást, terhelhetőséget és a teljes gyógyulást.

KÖVETKEZTETÉS: Az alacsony esetszám statisztikai feldolgozásra nem alkalmas, de a módszer ajánlható, mert a TEN-nél nagyobb stabilitás ad, lehetővé téve a külső rögzítő elhagyása mellett a korai mobilizációt, terhelhetőséget.

A-0014

NYÍLT, SZÖVETHIÁNNYAL JÁRÓ, SZEPTIKUS TÉRDÍZULETI SÉRÜLÉSEK ELLÁTÁSI TAKTIKÁJA

Mintál Tibor - Naumov István - Patczai Balázs

Pécsi Tudományegyetem KK MSI Balesetsébezési és Kézsebészeti Klinikai Tanszék, Pécs

BEVEZETÉS: A nyílt, vagy nyíltá váló, kiterjedt szövethiánnyal járó septicus térd-sérüléseket ritkán sikerül protokoll szerint ellátni, legtöbbször sok kitarást, körületekintést igénylő sorozatműtétek vezethetnek megoldáshoz, amivel az amputáció vagy dézis elkerülhető. Klinikánkon az elmúlt évben három, egymáshoz hasonló esetet kezeltünk sikerrel, mellyel betegjeinknek jó életminőséget sikerült biztosítanunk. Az általunk alkalmazott ellátási sor iránymutató lehet a hasonló sérülések ellátásában.

ANYAG ÉS MÓDSZER:

ESET 1.

49 éves ffi beteg ittasan kocsmából kiesett, bal térdre sérült. Patella törését a 6. napon húzóhurkos szintézissel láttuk el. 2 hónappal műtét után ismételt térdére esett, haemarthrosa talaján kialakult haematogen purulens arthritis miatt feltárást végeztünk. A kórokozó staphylococcus aureus. Sebgyógyulási zavar és a patella nekrozisa miatt patellectomiát, sorozatos nekrektómiákat és negatív nyomású sebkötözést alkalmaztunk. a seb konzolidációját követően térdízületi dézist végeztünk izomlebennel és mesh grafftal fedve a defektust.

ESET 2.

50 éves ffi beteg munkahelyén 4 m magasból esett le. Bal oldalon I. fokban nyílt patella törését acutan húzóhurkos szintézissel láttuk el. 2 héttel a műtét után ismételt elesett, mütéti területen seb dehiscencia keletkezett, a seb felülfertőződött. A sebből Acinetobacter baumannii és Pseudomonas aeruginosa tenyésztett ki. Sorozatos nekrektómiát végeztünk és totál patellectomiára kényszerültünk. Negatív nyomású sebkötözést indítottunk, melynek hatására sebe feltisztult, felsarjadt ezért a hiányt soleus lebennel fedtük, a bőrt mesh grafftal pótoltuk. Lebenye alávérztett, nekrotizált. Sorozatos VAC kezelések hatására lágyrész viszonyai rendeződtek, az Acinetobacert sikerült eradikálni. A medialis femur condylus feletti lágyrész hiány vastus medialis lebennel fedtük, erre mesh graftot helyeztünk, mely megtapadt.

ESET3.

30 éves ffi motorbalesetet szenvedett, jobb térdre, lábszára sérült. Primer ellátó intézetben akután sebellátást végeztek. Kontroll vizsgálat során észlelték a lágyrészek elhalását, fertőzés kialakulását. Nekrektómiát végeztek, negatív nyomású sebkötözést kezdték, klinikánkra helyezték. A sebrevizio során észleltük, hogy a térdízület medialisan nyitva, a tibia 20 cm-es szakaszon szabadon. Nekrektómiát, izületi öblítést, indítottunk. Ennek hatására a seb feltisztult, a primer leoltásban talált Enterobacter speciést sikerült eradikálni. Gyulladásos labor paramétereit normalizálódtak. Egy héttel a felvételét követően soleus és gastrocnemius lebennel fedtük a lágyrész hiányt, ismételt egy hét után az élő lebenyre mesh graftot helyeztünk, mely megtapadt.

EREDMÉNYEK: Mindhárom esetben bakteriálisan felülfertőzött, kiterjedt lágyrész és csontiánnyal járó sérülést kezeltünk. A sorozatosan elvégzett nekrekotómiának és negatív nyomású sebkezelési eljárásnak köszönhetően sikerült a septicus állapotot megszüntetni, a defektust jó vérellátású izomlebbennel fedni. Mindhárom beteg elégedett az eredménnyel, sikeresen visszatért korábbi munkájához.

KÖVETKEZTETÉS: A primer, nyílt és szövethiánnyal járó törések ellátásánál alkalmazandó fix and flap módszer a krónikusan fertőzött sérülések esetén nem használható. A negatív nyomású sebkezelési eljárásnak köszönhetően hatékonyan tudjuk kezelni a fertőzött, váladékozó sebeket, közben megfelelő ideiglenes fedést is biztosítva. A sarjádó sebalapra aztán további lépésként jó vérellátású lebenyt helyezhetünk, mely biztosítja az érintett csont és ízület további regenerálódását.

A-0015

INVETERÁLT TÖRÉSES KÖNYÖK FICAM. KÉSŐI ELLÁTÁS = SZERÉNY EREDMÉNY

Naumov István - Wiegand Norbert - Mintál Tibor - Bukovecz Tibor - Vámhidy László
Pécsi Tudományegyetem DEC Mozgásszervi Sebészeti Intézet, Traumatológiai és Kézsebészeti Klinikai Tanszék, Pécs

BEVEZETÉS: 18 éves ffi. balesete során, zárt, érsérüléssel járó könyök ficamot, capitulum radii és humerus diaphysis törést szenvedett el. A primer ellátó intézetben érvarratot és repozíciót, valamint lemezes OS-t végeztek. Ezt követően 5 hónap múlva jelentkezett Klinikánkon nyújtott helyzetű, nem mozgó könyökkel, azonos oldali karom tartással a kézen.

ESETLEÍRÁS: Az elvégzett rtg, ENG és egyéb vizsgálatok inveterált könyök ficamot és a n. ulnaris, illetve n. medianus érintettségét találták. A betegnél előkészítést követően véres repozíciót végeztünk. Mivel a könyök ízület instabillá vált és tudva azt, hogy a postoperatív szakban a passzív és aktív mozgatható mennyire fontos, az ízületet egyrészt a helyén tartó, másrészt a mozgást is megengedő DJD fixateur extert alkalmaztunk. Az ujjak funkciójának javítása céljából, később módosított Zancolli műtétet végeztünk.

KÖVETKEZTETÉS: A késői eredmények a könyök ízület szempontjából szerények, mely felhívja a figyelmet a primer ellátás és a korai posztoperatív szakban jelentkező szövődmények azonnali, szakszerű ellátásának szükségességére.

A-0016

AZ ÚJ MŰTÉTI TECHNIKÁK HATÁSA AZ ÁPOLÁS ÉS MOBILIZÁCIÓ FOLYAMATÁRA, A CSIPŐTÁJAI TÖRÉSEK ESETÉBEN

Kovács Rita - Börzsei László - Tóth Zoltán
Kaposi Mór Oktató Kórház, Aktív Mozgásszervi Sebészeti Osztály, Traumatológiai Egység, Kaposvár

1. BEVEZETÉS: A poszter összehasonlítja, hogy a modern műtéti technikák hogyan befolyásolják az ápolást, a mobilizációt, és ápolási napok számát a 2000 és 2010. évben.

2. VIZSGÁLATI ANYAG, MÓDSZER: Randomizált retrospektív vizsgálat 20-20 csipőtáji törött betegen, kiknek ellátása a KMOK AMSO Traumatológiai Egységében történt a 2000. illetve a 2010. évben. Beválasztási kritériumok: 65 év feletti nöbetegek, akik csipőtáji törést szenvedtek el (combnak, per illetve subtrochanter törés). Kizárási kritériumok: bármely neurológiai eltérés, minden olyan a trauma elszenvedése előtti állapot illetve műtéti beavatkozás, mely az érintett végtag mobilizációját befolyásolja.

3. EREDMÉNYEK: A modern műtéti technikák alkalmazásával a 2010. évben vizsgált betegek ápolási ideje megrövidült, ápolás folyamata egyszerűbbé vált, a korai mobilizációnak köszönhetően.

4. KÖVETKEZTETÉSEK: Köszönhetően a korai mobilizációnak a beteg korábban nyerik vissza önálló képességüket, ezáltal szociális kiszolgáltatottságuk csökken, hamarabb térhetnek vissza családjukhoz, és lesznek annak újra aktív tagjai, így kevésbé szorulnak, az amúgy is túlterhelt szociális hálóra.

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA 2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

A-0017

KEZDETI TAPASZTALATAINK PROXIMÁLIS HUMERUS SZEGEZÉSEL

Csonka Csaba¹ - Sojnóczki Sándor - Varga Vilmos

¹Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet, Traumatológiai osztály, Balassagyarmat
Szent Lázár Megyei Kórház, Traumatológiai Osztály, Salgótarján

A humerus proximális vég töréséinél a kezelési mód zömmel konzervatív. Bizonyos esetekben, nagy dislokáció, fiatal életkor és a fej fölött végződő munka indokolta a műtéti rögzítést. A szerzők anyagukban különleges műtéti indikációként szerepel a megfelelő funkcionális kezelést megnehezítő mentális státus. 2011 óta 25 betegük Neer III illetve a Habermeyer B típusú humerus proximális vég törése miatt végeztek műtétet Sanatmetal Spectrum Proximális Humerus szeggyel. Előadásunkban foglalkoznak a műtéti indikáció kérdésével, a műtéti buktatókkal és a postoperatív időszak nehézségeivel. Bemutatják beteganyaguk korai eredményeit.

A-0018

A KETTŐS KANÜLÁLT CSAVAROZÁSSAL ILLETVE PERCUTÁN KANÜLÁLT AO CSAVAROZÁSSAL OPERÁLT COMBNYAK TÖRÖTT BETEGEINK EREDMÉNYEINEK ÖSSZEHASONLÍTÁSA

Csonka Csaba - Sütő Gellért - Varga Vilmos - Kopinecz András

Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet, Traumatológiai osztály, Balassagyarmat
Szent Lázár Megyei Kórház, Traumatológiai Osztály, Salgótarján

A szerzők két kórház traumatológiai osztályán combnyak törött miatt operált betegek eredményeit hasonlították össze. A Szent Lázár Kórház Traumatológiai osztályán az osteosynthesis kizárólag percután kanülált AO csavarral végezték, a Dr. Kenessey Kórház Traumatológiáján viszont kizárólag kettős kanülált csavarozást végeztek. Valamennyi esetben a Garden I,II típusú töréseket primer műtéttel kezelték. A műtetre kerülési időben, a peri- és postoperatív kezelésben és a rehabilitációban eltérés nem volt. Mindkét betegcsoportból 50-50 beteg egy éves utánvizsgálatának eredményeiről számolnak be. Összehasonlították a korai, és a négy hónapos halálozási gyakoriságot melyben eltérést nem találtak. A szükségessé váló reoperációk számát, a protézisbeültetési arányt az AO csavarozott betegcsoportban alacsonyabbnak találták. Ebben a betegcsoportban a műtét után egy évvel a Harris csípő score magasabbnak bizonyult.

A szerzők véleménye szerint a combnyak törés kezelésében a kompressziót lehetővé tevő kanülált AO csavarozással kezelt betegek gyógyulási eredményei jobbak, mint a kettős kanülált csavarozással kezelt betegek eredményei.

A-0019

MILYEN IMPLANTÁTUMOT VÁLASSZUNK A FELKARTÖRÉSEK EXTRÉM FOKÚ MECHANIKAI IGÉNYBEVÉTELNEK KITETT OSZTEOSZINTÉZISE ESETÉN?

Noviczki Miklós

Jósa András Oktató Kórház Nonprofit Kft., Nyíregyháza

BEVEZETÉS: A felkar ízületközeli és diafizis-törései várhatóan extrém mértékű mechanikai igénybevétel (kontrollálatlan mozgás és terhelés) esetén konzervatívan nem kezelhetők, a „hagyományos” oszteoszintézisek nagy része is már eleve kudarcra lehet ítélve. Ezek a kóros állapotok: görcsrohamok, Parkinson-kór, alkoholmegvonásos delírium és egyéb tudatzavarok, súlyos fokú mentális retardáció, a kooperáció és a fájdalomérzés bármilyen okból meglévő hiánya. Operált felkartörött beteganyagunkban két esetben szembesültünk a szokatlanul nagy mechanikai terheléssel összefüggő és módszerváltást igénylő szövődémmennyel.

ESETISMERTETÉS:

1. eset: 74 éves, súlyos, gyógyszeresen nem uralható Parkinson-kórban szenvedő nőbetegünk egyidejűleg azonos oldali combnyak- és proximális humerustörést szenvedett. Mindkét törést fedett kanülált csavaros oszteoszintézissel láttuk el, a sérültet korán mobilizáltuk. A proximális humerustörés rediszlokálódott, a módszerváltást szögstabil (Philos) lemezzel végeztük. Ezt követően mindkét törése szövődémmennyentelenen gyógyult.

2.eset: 26 éves, születése óta súlyos fokban mentálisan retardált, epilepsziás, 110 kg testsúlyú fiatalember epilepsziás görcsroham során szenvedett felkarktörést, amit primeren széles DC lemezzel stabilizáltunk. A sorozatosan ismétlődő görcsrohamok és a felkar kontrollálatlan terhelése következtében szintézise „szétesett”, a kialakult állízületet széles LCP implantátummal stabilizáltuk. A szögstabil lemez-csavar rendszer a fokozott terhelésnek ellenállt, viszont egy újabb elesés, adekvát trauma során a lemez fölött haránt törés keletkezett, amit a felkar teljes hosszában végigvezetett szögstabil rögzülést biztosító lemezzel rögzítettünk.

KÖVETKEZTETÉSEK: Mindkét esetben már az első ellátásnál számítani kellett az oszteosztézisek extrém fokú mechanikai igénybevételére, a hagyományos oszteosztézis-anyagok helyett elsőként szögstabil implantátum választása lett volna a helyes döntés. Második betegünknl a perimplantatorikus törés megelőzése céljából előrelátóan a teljes felkar-szegmentum szögstabil implantátummal való áthidalása lett volna az optimális megoldás.

A-0020

FEMUR AMPUTÁLTAK SZÁMÁRA KÉSZÍTETT, BRANEMARK FÉLE VÉGTAGPÓTLÓ PROTÉZISSSEL SZERZETT TAPASZTALATAINK

Móricz Ö. - Máthé T. - Wéber Gy. - Ferenc S.

Pécsi Tudományegyetem KK MRI Traumatológiai és Kézsebészeti Klinikai Tanszék, Pécs

CÉLKITŰZÉS: A végtagamputációt követően igen nehéz feladat a betegek rehabilitációja. A femur amputált betegek végtagpótlása ez idáig tokszerű, gyakran hevederekkel rögzülő végtagpótló protézisekkel történt. Előadásunkban egy új forradalmi -Magyarországon eddig csak Egyetemünkön alkalmazott- eljárást mutatunk be és értékelünk, két intézet eredményei alapján. Külföldön a módszert 1990 óta alkalmazzák, a kifejlesztője, Rickard Branemark Göteborgi ortopéd traumatológus.

MÓDSZER: A technika lényege, az oszteointegráción alapul. Az oszteointegrációval 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 alkalmazásával a combcsont velőüregébe megfelelő felfúrás után csavarmentes titán hüvely kerül beültetésre. Hat hónappal a beültetés után kerül sor a második műtetre, amikor is egy további titán toldalékot csavarnak be az előzőleg beültetett hüvelybe, aminek a vége áthatol a bőrön 6-8 cm hosszán. Ehhez a kilógó fém csaphoz csatlakoztatható a művégtag. Ezt követően a rehabilitációs időszak egy évig tart, amíg a beteg a végleges művégtagot megkapja.

EREDMÉNYEK: Klinikánkon és az Érsebészeti Klinikán 2005 jún. 2006 jan. között 6 elsőfázis műtét történt. Négy betegnél már a második fázis is elvégeztük. Az implantátum erősen rögzült és a fokozatos rehabilitáció hatására a csont izomzata megerősödött. A betegek segédeszköz nélkül járnak.

KÖVETKEZTETÉS: A közvetlenül csonthoz történő végtagpótlóprotézis rögzítés kényelmessé, higiénikussá és jobban használhatóvá teszi a művégtagot. Új távtalokat nyit meg a sérültek számára, akik gyakrabban térhetnek vissza eredeti munkájukhoz és olyan tevékenységeket is végezhetnek, mint például a sport.

A-0021

HUMERUS PROXIMALISVÉG, IZÜLETBEHATOLÓ TÖRÉSEINEK AKUT ELLÁTÁSA KLINIKÁNKON

Máthé Tibor - Kromek Lóránd - Móricz Ottó

Pécsi Tudományegyetem KK RSI Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinikai Tanszék, Pécs

CÉLKITŰZÉS: A humerus proximalisvég-törések gyakran állítják nehéz feladat elé a traumatológust. Szerencsére mostanság számos módszer áll rendelkezésünkre a sérülés megoldására. Az előadásban a klinikánkon alkalmazott operatív módszereket ismertetjük, kiemelve a szögstabil lemezelést és primer haemiarthroplastícát. Öszehasonlítjuk a különböző módszerek eredményeit és finánciális lehetőségeit.

MÓDSZER: Klinikánkon 2005 és 2010 között 1492 humerus proximalisvég-törést szenvedő beteget láttunk el. Ebből 72% nő 28% férfi volt. A kormegoszlás jellegzetes az átlagéletkor 65 volt. A válltájéki törések 47%-t konzervatív kezeltünk 53% esetén műtétet végeztünk. Az operációk kisebb része percután tűzés, nagyobb része szögstabil és nem szögstabil lemezelés volt. Manapság gyakran használjuk a proximálisan többszörösösen reteszeltető, humerus velőürszégeket is. Azokban az esetekben amikor már rekonstruálni nem lehet a humerus proximalis végének töréseit haemiarthroplastícat végeztünk. A műtétten átesett betegek (kivével a percután tűzés esetén) utókezelése hasonló volt.

Három hetes Gilcrist rögzítést követően 6 hetes korig passzív mozgást alkalmaztunk. Hat hét után, ha a tub. majus visszaforrt, elkezdődött, az aktív gyógytornáztatást. A sérülteket 6, 12 hetes, fél év és 1 éves korban vizsgáltuk felül. Standard rgt felvételeket készítettünk, vizsgáltuk a mozgástartományt, a mozgás fájdalomosságát és a mindennapi tevékenység lehetőségét. Az eredményeket Constant-Murley Score szerint is értékeltük.

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA 2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

EREDMÉNYEK: Az átlagos mozgástartományok szögstabil lemezelés esetén: abductio 89°, anteflexio 97°, berotáció 52°, kirotáció 51° volt. Protézis esetén az átlagos abductio 74°, anteflexio 81°, berotáció 46°, kirotáció 21° volt. Legszerényebb eredményeket a percután tűzés esetén értük el. Szövődmények: suppuráció lemez esetében 4, protézis esetében 2 volt a tűződrótok kicsúszása gyakrabban fordult elő ill velőürszegek esetén két ízben n.radialis benuális alakult ki. Fejnecrosist 30 esetben észleltünk. A protézis vándorlása 2 esetben fordult elő. A Constant-Murley Score szubjektív (fájdalom) része a protézissel operált betegek esetében jobbnak bizonyult, mint szögstabil lemezelés esetén, viszont az objektív része rosszabb volt. A beteg elégedettség a protézis esetén nagyobb volt annak ellenére, hogy a mozgások jobban beszűkültek.

KÖVETKEZTETÉS: A humerus proximális végének darabos törései idős korban gyakoribbak. A mai szögstabil rendszerekkel igen jól lehet rögzíteni a tört darabokat. Amit nem tudunk befolyásolni az a csontelhalás, ezért azokban az esetekben – főleg idős korban, ahol biztos a fejsapka vérellátásának zavara, primer protetizálást javasoljuk. Fiatal korban a fejsapka átépülhet, ezért érdemes a lemezeléssel végezni az elsődleges ellátás során. A mozgáseredmények lemezelés esetén jobbak, mint a primer protetizálás esetén. Az eredményeket befolyásolja a fiatalabb, lemezes betegcsoport nagyobb motíváltsága. Sajnos az egészségügy rossz anyagi helyzete és megbecsültsége is rányomja bélyegét az eredményekre, ami nemcsak a súlyosabb implantátum felhasználás kényszerében nyilvánul meg.

A-0022

MŰTÉTI INDIKÁCIÓ-E A FLOATING SHOULDER?

Wiegand Norbert - Naumov István - Várhidy László

Pécsi Tudományegyetem AOK, Mozgásszervi Sebészeti Intézet, Traumatológiai és Kézsebészeti Klinikai Tanszék, Pécs

A lapocka törése ritka az összes törések mindössze 0,6-1%-a, majdnem mindig nagy energiájú sérülésre következik be. Ezzel szemben a kulcscsont törése lényegesen gyakoribb és kisebb traumára keletkezik. A két csont törésének az együttes előfordulása mindössze 0,1%, mely a vállizület súlyos instabilitásához, a „lebegő vállhoz” –floating shoulder- vezet.

Klinikánkon az elmúlt 16 évben összesen 17 beteget kezeltünk lebegő váll sérüléssel. Az összes sérülés nagy energiájú trauma következtében jött létre. Súlyos kísérő sérülés az esetek 85%-ban volt tapasztalható. A 17 esetből 12-t műtéti úton, 5-öt konzervatívan kezeltünk. Az operált sérültek közül egy alkalommal stabilizáltuk a lapockát és a kulcscsontot is lemezekkel. A lapocka nyaktörést 5 olyan esetben rögzítettük lemezzel, amikor az elmozdulás mértéke meghaladta az 1 cm-es rövidülést vagy a 40 fokos tengely eltérést.

A kulcscsontot öt alkalommal kezeltük műtéti úton 3 esetben lemezzel, két sérültnél pedig velőürsinnel. Az AC izületet két alkalommal stabilizáltuk húzóhurokkal. A műtéteket követően egységes protokollt alkalmaztunk. Minden sérültet minimum egy évig követtünk.

Mind a 17 sérült törései meggyógyultak átlagosan 8 hét alatt. Az operált sérülteknél állizület, másodlagos elmozdulás nem következett be. Szeptikus szövődmény nem alakult ki. Neurológiai deficit a két plexus sérült közül az egyiknél végleges maradt, műtéti feltárás során egy alkalommal sérült a suprascapularis ideg. Funkcionális eredmény az operált csoportban 11 esetben volt jó illetve kiváló, két esetben közepes, a sérültek a gyógyulásukkal meg voltak elégedve, korábbi aktivitási szintjükre visszatértek. A konzervatív úton kezeltéknek egy-egy esetben jó és kiváló, a másik három esetben gyenge eredményt kaptunk.

A klinikánkon operált sérültek kezelésében szerzett tapasztalatok alapján a következő kezelési protokollt tarjuk helyesnek: amennyiben a lebegő váll létrejöttéhez szükséges sérülés kombinációk bekövetkeznek és a sérült fizikailag aktív, műtéti stabilizálás szükséges. Mindkét csont, a lapocka és a kulcscsont egyidejű operatív rögzítését nem tartjuk szükségesnek, mivel az elérhető stabilitás nem áll arányban a műtéti megterheléssel és az esetleges szövődményekkel. A lapocka törését azokban az esetekben operáljuk, ha a scapula nyakon 1 cm-t meghaladó rövidülés, vagy 40 foknál nagyobb tengelyeltérés alakul ki, ilyenkor a törést lemezzel stabilizáljuk. Amennyiben a fenti elmozdulások kisebbek, a szükséges stabilizáló műtétet a kulcscsonton lemezzel, vagy velőürsinnel, illetve az AC izületen végezzük el.

A-0023

KONZERVATÍVAN KEZELT KÜLBOKA SZALAGSÉRÜLÉSEK SENSOMOTOROS REHABILITÁCIÓT KÖVETŐ FELMÉRÉSE STABILOMÉTERREL.

Horváth Ádám - Mintál Tibor¹ - Molics Bálint²

¹Pécsi Tudományegyetem ÁOK MSI Balesetsebészeti és Közsebészeti Tanszék, Pécs

²Pécsi Tudományegyetem ÁOK MSI Sportsebészeti Tanszék, Pécs

³Pécsi Tudományegyetem Fizioterápiás és Táplálkozástudományi Intézet, Pécs

HÁTTÉR: A külboka szalag szakadása szinte mindennapos a traumatológiai ambulanciákon és az egyik leggyakoribb sportsérülés forma is. Kezelésében a sérülés formájától függően a különböző műtéti eljárások mellett a konzervatív terápiát is gyakran alkalmazzuk, mely utóbbi általában több hetes rögzítést jelent változó módszerekkel. A kezelés célja a bokaizület stabilitásának visszaállítása, melyben jelentős szerepet játszik a sensomotoros reflexkör helyreállítása és fejlesztése is a rehabilitáció során.

CÉLKITŰZÉS: Akut külboka szalag szakadással diagnosztizált betegeknél konzervatív terápiát majd proprioceptív tréninget is magában foglaló rehabilitációt követően felmérést végeztünk, statikus és dinamikus egyensúlyi paraméterek alapján, összehasonlítva az ép és érintett végtagokat valamint kontroll csoportként olyan sérülteket akik nem végeztek proprioceptív tréninget.

MÓDSZER: Az intézetünkben 2011-2012 között, első alkalommal akut külboka szalag szakadást szenvedett betegek közül 30 sérültnél 1 hét gipsz rögzítést majd 5 hét bokarögzítő viselését alkalmaztuk, és a 3. héttől proprioceptív tréninget kezdtünk egészen 12 hetes korig. A kontroll csoportba 15 sérült került, 1 hét gipszrögzítés után szintén 5 hétig bokarögzítőt viseltek, de az előbb említett rehabilitációban nem vettek részt. A méréseket 6 és 12 hetesen végeztük Bretz típusú sport stabilométer segítségével, az így nyert adatokat táblázatban rögzítettük és 2 mintás 1 próbával elemeztük azokat.

EREDMÉNYEK: A feldolgozott adatok alapján a komplex rehabilitációs programban részt vett betegeknél 12 hét után nem találtunk szignifikáns különbséget az ép és érintett végtag dinamikus és statikus egyensúlyi paramétereit között. A kontroll csoporttal összevetve az érintett végtagok paramétereit alapján a proprioceptív tréningen átesett sérülteknél szignifikánsan jobb eredményeket találtunk.

ÖSSZEFOGLALÁS: A külboka szalag szakadások konzervatív kezelésében a korán, már 3 hetesen elkezdett rehabilitáció az elvégzett vizsgálatok alapján jó eredményeket hozott. Ebben jelentős szerepe van a sensomotoros reflexkör visszaállításának és fejlesztésének, melynek mind preventív, mind rehabilitációs területen kiemelt jelentősége van.

A-0024

ESETBEMUTATÓ: NYÍLT, ÍZÜLETBE HATOLÓ LÁBSZÁR TÖRÉS KEZELÉSE EGY HIV POZITÍV BETEGEN

Gál Tamás

Semmelweis Egyetem, Traumatológia Tanszék; Uzsoki Utcai Kórház Orthopéd-Traumatológiai Osztály, Budapest

A nyílt pilon törés műtéti kezelése önmagában is kihívást jelent a traumatológusnak és a műtői személyzetnek. Amikor ez a sürgősségi körkép társul egy olyan társbetegséggel, mint a HIV pozitivitás, akkor a hiedelmek és félelmek tovább bonyolítják a kezelést.

Egy esetbemutató kapcsán szeretnénk kiemelni a fontosságát a két körkép együttes kezelésének.

Ma Magyarországon 2075 ismert HIV pozitív beteg van, így bárki kezelhet ilyen beteget, akár tudta nélkül is. Nemzetközi irodalom szerint a HIV pozitív betegek törésgyógyulása elhúzódhat és gyakoribb az infekciós szövődmény ráta, mely annak tulajdonítható, hogy a Humán Immundeficiencia Vírus hátráltatja a sejtválaszt a csont remodelláció során, működését zavart hoz létre a törésgyógyulásban szereplő citokinekben és rontja a csont vértáplálását. Az általunk kezelt középkorú férfi sérültet 2011.06.26-án gyalogoként személygépkocsi elgázolta, mely során bal oldali A1 nyílt, ízületbe hatoló lábszártörést szenvedett. Sürgősséggel műtőbe vittük, ahol a tibia törést szögstabil lemezzel rögzítettük. A nyílt törés területét feltártuk, debridement-et végeztünk, a töréstől proximálisan MIPD technikával a lemezbe 7 darab helyett csak 4 szögstabil csavart helyeztünk be. A betegnek a 8. héttől engedjük a lábszállal való terhelést, majd a 10. héttől fél testsúlyal való terhelését. Ennek ellenére, a 11. héten észleltük a lemez proximális 4 darab szögstabil csavarjának a törését. Ezt követően a törött implantátumokat eltávolítottuk, a lemez összes lyukába szögstabil csavarokat helyeztünk be és gipszben rögzítettük a végtagot további 6 hétig. Gipszlevételét követően is csak lábszállal való terhelést engedtünk 6 hétig, majd további 6 hétig csak fél testsúlyal való terhelést, és csak azt követően teljes testsúlyal való terhelést. Jelenleg megfelelő callusképződés észlelhető a röntgen képein.

A HIV pozitív betegek töréskezelése fokozott óvatosságot igényel a személyzet védelmére, de ez nem mehet a stabil osteosynthesis rováására és kiemelten fontosnak tartjuk mind a postoperatív kiegészítő rögzítés elnyújtott használatát, mind a hosszabb rehabilitációt.

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA 2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

A-0025

CLAVICULATÖRÉSEK KEZELÉSE HLS CSAVARRAL

Gyöngyösi Pál - Kaprielian Jiray - Ur Viktor

Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet, Traumatológiai Mátrix osztály, Dunaújváros

A kulcsonttörés műtéti rögzítése során a megfelelő tengelyállás biztosítása mellett meg kell szüntetni az összecsiszást is, ami a kitört darabok miatt gondot okozhat. A lemezszintézis nagy feltárást igényel, a csavarok kilazulása gyakran előfordul. Az intramedullaris TEN sinezés a clavícula tömött csontszerkezetére, többszörös görbülete és kis átmérője miatt jelenthet nehézséget. A szerzők bemutatják az osztályukon alkalmazott, a SONOMACrx rendszer alapján kidolgozott műtétechnikát, mely kiküszöböli a fenti problémákat. A különleges implantátum helyett a magyar fejlesztésű HLS csavarral végzett intramedullaris rögzítés minimális feltárást igényel, gyorsan kivitelezhető, olcsó eljárás. A középső harmadi törésekhez a distrakciós csavart az acromialis vég töréséhez a compressiós HLS csavart alkalmazzák.

2007.01.01 – 2012.03.01 között 70 beteget kezelték clavícula töréssel. 38 esetben végeztek műtétet (30 ffi-8 nő), a betegek átlagéletkora 35,7 év volt (15–61). 24 esetben a sternalis vég felől TEN sinezést, 2 esetben a bemutatandó módszer szerint, de még TEN sinezést a lateralis vég felől, 3 esetben lemezzel végezték a synthesist. 2011-ben vezették be a HLS csavart, melyet 6 esetben alkalmaztak, ami közül négy volt középső harmadi, kettő a lateralis vég törése. A HLS csavarokat átlag a 12 hét elteltével távolították el. (5,6-22,7)Karfelkötésen kívül egyéb rögzítést nem alkalmaztak, a funkció átlag négy hét elteltével teljessé vált, amikor a törés is consolidált. Szövődményük nem volt.

A-0026

PROTOKOLL ÉS EGYÉNRE SZABOTT KEZELÉS ÖSSZHANGJA A CSIGOLYATÖRÉSEK REHABILITÁCIÓJÁBAN

Pintérné Gajári Andrea - Varga Boglárka - Viola Árpád - Farkas István

Pétery Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

CÉLKITŰZÉS: Három csigolyatörést elszenvedett beteg esetének bemutatásával kívánjuk felhívni a figyelmet az egyénre szabott rehabilitáció fontosságára, kiindulva a hivatalos kezelési protokollból, figyelembe véve a páciens társbetegségeit, pszichés állapotát és szociális háttérét, hangsúlyozva a team munka jelentőségét.

MÓDSZER: Két betegnek alsóháti, egynek lumbális csigolyát érintő törése volt, ketten részesültek műtéti ellátásban (decompressio és hátsó fixálás), egy beteget konzervatívan kezeltek. Két betegnek felső végtagi sérülése is volt, egynek régi hemiparesise. Mindhárom három hónapig traumás fűzőt viseltek. Bemutatjuk a felállított, egyénre szabott korai és késői kezelési tervet. A betegek állapotának objektívizálására az FNO kódrendszert, ASIA (izomerő), VAS (fájdalom) skálákat és FIM indexet használtunk. Mindhárom beteg két alkalommal fekvődt osztályunkon.

EREDMÉNYEK: Minden paraméterben javulást tapasztaltunk: járás, önellátásuk, izomerejük egyaránt javult, fájdalmuk csökkent. Törésük konszolidálódott. Szövődményük nem alakult ki.

KÖVETKEZTETÉS: A csigolyatörött betegek rehabilitációjában is fontos a protokollok betartása, de nagy szerepe van az egyénre szabott terápia helyes megválasztásának is. A kezelési terv felállításakor szem előtt kell tartani az aktuális belgyógyászati, pszichés statusukat, valamint figyelembe kell venni a szociális háttérüket is. A rehabilitáció hosszan tartó ideje során az állapotváltozásokat és elért eredményeket folyamatosan értékelni, a tervet szükség szerint módosítani kell a beteg számára legoptimálisabb végeredmény elérése céljából.

A-0027

HUMERUS PROXIMALIS-VÉG TÖRÉSEK. PERCUTÁN, VAGY FELTÁRÁSSAL JÁRÓ SYNTHESIS?

Bogosi Tibor - Szabó László - Merényi Gábor

Károlyi Sándor Kórház, Baleseti Sebészet, Budapest (Újpest)

CÉLKITŰZÉS: A humerus proximalis vég töréseinek operatív kezelésével elért eredményeket vizsgáltuk traumatológiai osztályunkon.

MÓDSZER: retrospektív elemzést végeztünk 230 proximalis felkarcsonttörés esetében.

EREDMÉNYEK: A dislocatioval járó instabil törések esetében a műtéti kezelésre törekszünk. Különösen akkor, ha a törés a tuberculumok dislocációjával is jár. Összesen 230 humerus proximalis vég töréses sérült került felvételre. 114 (49%) esetben műtéti és 116 (50%) esetben konzervatív kezelés történt. A sérültek átlagéletkora 68 év. 70 (30%) férfi és 160 (70%) nő. Percutan tűzés: 17 (7,3%), percutan csavarozás: 5 (2,1%), velőrszegezés: 50 (21,7 %) és lemez: 40 (17,4 %) synthesisek történtek. Átlagos kórházi tartózkodás 8 nap. Szövődmények: 3 pseudoarticulatio, 16 redislocatio. Necrosis, fej-collapsus 6 esetben fordult elő. Szeptikus szövődmény 5 esetben került észlelésre. A funkcionális eredményt Constant scoring alapján értékeltük.

KÖVETKEZTETÉS: A korrekt és mielőbbi rekonstrukció valamint a synthesis stabilitása lényeges. Elengedhetetlen a tubercularis fragmentumok repositioja és rögzítése, mely minimal invazív eljárások esetében nehezebben kivihető és nem ad kellő stabilitást a korai funkcionális utókezeléshez. A funkcionális végeredményt meghatározza a synthesis során elért repositio és a funkcionális utókezelés, de jelentősen befolyásolja a primer törés típusa is.

A-0028

KONZERVATÍVAN KEZELT BOKASÉRÜLÉSEKHEZ TÁRSULÓ TALUS PORCKÁROSODÁSÁNAK ELLÁTÁSA (ESETISMERTETÉS)

Pap Károly - Vásárhelyi Gábor - Szűcs Attila - Hangody László

Semmelweis Egyetem, Traumatológiai Tanszék

Uzsoki Utcai Kórház, Ortopéd-Traumatológiai Osztály, Budapest

Néha bokadisztorziót és konzervatívan kezelt kulboka törést követő panaszoknak nem tulajdonít a kezelőorvos kellő jelentőséget. Előadásunkban 2 eset kapcsán mutatjuk be a képkötő eljárásokkal is kivizsgált, konzervatívan kezelt bokasérülésekhez társuló talus porckárosodásának ellátását és eredményét. Mindkét esetben a mozaik plasztikát végeztünk, melyet osztályunkon rendszeres alkalmazotti gyógytorna követett.

A-0029

INVETERÁLT HÁTSÓ VÁLLFICAMOK

Kungl Jusztna - Horváth Ádám

PTE KK MSI Traumatológiai és Kézsebészeti Klinikai Tanszék, Pécs

BEVEZETÉS: Hátsó vállficamról beszélünk, ha a humerus fej az izvpából hátrafelé kimozdul. A hátsó vállficam előfordulása ritka, az összes vállficam mintegy 2 - 3 %-a. A hátsó vállficam diagnosztikája nem egyszerű, az esetek jelentős részében akutan nem kerül felismerésre, ezért relatív nagyobb az inveterált esetek aránya. A diagnózis felállításában a fizikális vizsgálat és röntgen felvételek mellett igen fontos az akutan elvégzett CT vizsgálat.

ANYAG ÉS MÓDSZER: Klinikánkon 2002. és 2012. között összesen 1358 vállficamból 39 hátsó vállficamot láttunk el, ebből 14 volt inveterált. Az inverteált esetek kialakulásában a diagnosztikai hiba mellett a beteg negligencia is közrejátszott.

Intézetünkben a hátsó ficamok ellátásában legtöbbször a következő algoritmust követtük, sikeres fedett repositiót követően külső rögzítés, relaxatio tendencia esetén dróttűzés külső rögzítéssel, hosszú ideje fennálló ficam esetén nyílt repositio, majd tűzés, vagy stabilizáló műtét elvégzése. Klinikánkon a legtöbbet használt beavatkozás a McLaughlin féle stabilizálás.

EREDMÉNYEK: A különböző kezelési módokat és rehabilitációt követően a vállfunkciót Constant score segítségével értékeltük, jó funkcionális eredményt igen kis százalékban értünk el.

KÖVETKEZTETÉS: Elmondhatjuk, hogy a hátsó ficamok esetében, különösen inveterált esetekben jó funkcionális eredmény már nem várható. Rendkívül fontos váll sérülések esetén, hogy gondoljunk a lehetőségére. A mindenre kiterjedő fizikális és képkötő vizsgálatokkal lecsökkenthető a diagnosztikus hibák száma.

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA 2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

A-0030

FIFA MEDICAL CENTRE OF EXCELLENCE BUDAPEST ÁLTAL ELLÁTOTT LABDARÚGÓ SÉRÜLÉSEK EPIDEMIOLÓGIÁJA

Pánics Gergely - Vásárhelyi Gábor - Szűcs Attila - Domaraczkai Olivér - Hangody László

Uzsoki Kórház Ortopéd Traumatológiai Osztály

Semmelweis Egyetem Traumatológiai Tanszék

BEVEZETÉS: A FMCoE Budapest által ellátott labdarúgók sérüléseinek epidemiológiáját vizsgáltuk 2011-ben.

MÓDSZER: Az osztályunk beteg-adatkezelő szoftverjében egy külön kódot használtunk a labdarúgó sérültek megjelölésére. Ennek megfelelően 409 ambuláns ellátást regisztráltunk, mely 247 sérülthöz (241 férfi, 6 nő) volt köthető. Osztályunkon 81 labdarúgót kezeltünk fekvőbetegként.

EREDMÉNYEK: Az járóbeteg részlegen leggyakrabban térsérülteket láttunk el (42%) melyeket a boka (19%) és a láb (9%) sérültek követtek. A leggyakoribb sérülés típus a rándulás/szalag sérülés volt (38%) zúzódások (30%) előtt. A legveszélyeztetettebb a 21-24 korcsoport volt, akik a sérülések 19%-át szenvedték el. A fekvőbetegként ellátott sportolók túlnyomó többségét (75%) térsérülés miatt kezeltük. Ezen az izületen végzett beavatkozások 61%-a elülső keresztszalag plasztika volt.

KÖVETKEZTETÉS: Kutatásunk Magyarországon az első olyan vizsgálat, mely prospektívan regisztrálja egy osztályon kezelt sportolók sérüléseit. Eredményünk megegyezik a nemzetközi irodalommal, miszerint labdarúgásban leggyakrabban az alsó végtag sérül, azon belül is a térd izület. Vizsgálatunk rámutat, hogy hazánkban is széleskörűen alkalmazni kell azokat a nemzetközi vizsgálatokban már bizonyított prevenció eszközöket, melyekkel ez a sérülés incidencia csökkenthető.

A-0031

PERIPROTETIKUS DISTALIS FEMURTÖRÉSEK MINIMÁL INVAZÍV MŰTÉTI KEZELÉSE

Vásárhelyi Gábor - Hangody László - Szigeti István - Rahmeh Husam

Uzsoki Utcai Kórház Ortopéd - Baleseti Sebészeti Osztály; Semmelweis Egyetem, Traumatológiai Tanszék, Budapest

Az évente növekvő számmal beültetett térdprotéziseknek, ill. azon szemléletváltozásnak köszönhetően, hogy az életkor határ az aktív populáció felé tolódott várhatóan megemelkedik az évenként ellátott protézis melletti törések száma is.

Osztályunkon az elmúlt 20 évben talált térdprotézis beültetést követően elszenvedett femurtöréseket tekintettük át.

1992-2011 között az Uzsoki utcai Kórház Ortopéd-Traumatológiai Osztályán 4440 térdprotézis beültetés történt. Ezen időszak alatt 43 esetben találtunk térdprotézis melletti töréssel. Habár a nemzetközi szakirodalom a prevalencia adatokban nagy szórást mutat, osztályunk anyagából is jól látható, hogy jelenleg e törések ellátásának jelentőségét még nem az esetszám, hanem az ellátásuk során felmerülő nehézségek adják. Áttekintjük az elmúlt évek alatt alkalmazott műtéti technikákat azok hátrányaival, ill. bemutatjuk a jelenleg osztályunkon ezen törések ellátásában minimál techkával alkalmazott szögstabil lemezekkel szerzett tapasztalatainkat a technika előnyeivel.

Az általunk elvégzett műtétek jó eredményei azt mutatják, hogy ezen új koncepció egy jelenleg elsőként választandó technika a periprotetikus femur törések ellátásában. A jelenleg ezen implantátumok magas árát a technika előnyeként hangsúlyozott kevesebb hospitalizáció, ill. a korai jó funkcióból adódó későbbi mozgásjavító műtét elkerülésének költségkiesése kompenzálhatja.

A-0032

MŰTÉTI ÚTON KEZELT SCAPULATÖRÉSEK OSZTÁLYUNKON

Magbade Gábor

Károlyi Sándor Kórház, Baleseti Sebészeti Osztály, Budapest

BEVEZETÉS: Az összes törések 1%-át, valamint a válltáji törések 5%-át kitevő scapulatörések a viszonylag ritka sérülések közé tartoznak, ennek megfelelően irodalmuk is szerény. A nemzetközi irodalom szerint több, mint 90%-uk nem, vagy a vállüzleti funkciót hosszútávon nem befolyásoló mértékben mértékben dislocált, ezért a műtéti indikációt képező esetek csak kis számban fordulnak elő. Operatív kezelést a jelentős dislocatioóval járó, és a cavitas glenoidalis ízfelszínre terjedő törései igényelnek. Osztályunkon az elmúlt 2 évben a scapula törései a válltáji törések 6%-át tették ki, ebből 3 eset volt operatív. Lemezes és csavaros osteosynthesisiek történtek, ezen esetek közül kiemelendő egy, melynek kapcsán a glenoid ízfelszínre terjedő törés percutan csavaros synthesise történt.

ESETLEÍRÁS:

1. 40 éves férfi kerékpárral esleve szenvedte el a bal scapula testének és a cavitas glenoidalis törését. A sérülés jellege alapján glenohumeralis instabilitást okozott, ezért hátsó feltárásból csavaros osteosynthesisist végeztünk. Teljes funkcióval gyógyult.

2. 61 éves férfi személygépkocsi-karambol során szenvedte el a bal lapocka többszörös törését, mely a scapula testére és nyakára terjedt. Kísérő sérülésként bordatörés és részleges ptx. került kórirismézésre. A törések jelentős elmozdulással és a beteg által is megélt instabilitással jártak. Kettős lemezes osteosynthesisist végeztünk. Teljes funkcióval gyógyult.

3. 22 éves férfi motorkerékpár vezetőként személygépkocsival ütközve, karambolban sérült. A bal lapocka test, nyak és a cavitas glenoidalis törését, a glenohumeralis ízület hátsó ficamát és Tossy I-II típusú sérülését állapítottuk meg. Műtét során a glenohumeralis ízület fedett repositioja, a scapula ízfelszínre terjedő törésének percutan titan csavaros osteosynthesisise és az AC ízület temporer desise történt 1 db Kirschner-dróttal. Korai functionalis utókezelést követően teljes funkcióval gyógyult.

KÖVETKEZTETÉS: A scapula töréseinek kezelése ritkán képez műtéti indiciót. Műtétet javasolunk az ízfelszín jelentős részét érintő, vagy várhatóan instabilitást okozó törések esetében. A jó repositio és kellően stabil synthesis korán megkezdhető functionalis utókezelést tesz lehetővé, mely a várható eredményt kedvezően befolyásolja. Arra alkalmas esetekben érdemes törekedni a minimal invazív eljárások alkalmazására. Eseteinkben a nyílt és a percutan módszereket egyaránt alkalmaztunk.

A-0033

INVETERÁLT KÉTOLDALI TÖRÉSES HÁTSÓ VÁLLFICAM ELLÁTÁSA KLINIKÁNKON - ESETBEMUTATÁS

Búcs Gábor - Várhidy László

Pécsi Tudományegyetem, Mozgásszervi Sebészeti Intézet
Traumatológiai és Kézsebészeti Klinikai Tanszék

Egy ritka és érdekes vállbeteg bemutatásával kívánjuk ismertetni a panaszok, a tünetek, a képpalkotó eljárások fontosságát, valamint a magyar egészségügyi rendszer ellátási anomáliáit. A beteg kórtörténetének áttekintésével, a terápiás terv meghatározásával, valamint a definitív ellátás ismertetésével próbáljuk ezen ritka traumatológiai betegség megfelelő ellátási stratégiáját ismertetni.

Ismert és gondozott epilepsziás férfibeteg neurológiai ambulancián jelentkezett, mivel néhány nappal korábban fizikai aktivitást követően elaludt, majd duzzadt, fájdalmas, véraláfutásos felkarokkal ébredt, vállait emelni nem tudta. Traumás előzményt a beteg nem említett, neurológiai státusza aktuálisan negatív volt, ezért felső-végtagi panaszainak tisztázása okán sürgősségi betegellátó osztályra irányították. Körülbelül 4 hónapon keresztül kapott konzervatív kezeléseket sürgősségi és reumatológiai javaslatokra, de panaszai változatlanul fennálltak, így ismételt neurológiai vizsgálatokor küldték át klinikánk ambulanciájára.

A vállmozgásai fájdalmasan beszűkültek voltak, az elkészült szummációs röntgen-felvételeken inveterált kétoldali töréses hátsó vállficamot véleményeztünk, CT vizsgálatát követően pedig műtétet javasoltunk, melyet a beteg elfogadott.

A két oldalon külön-külön vállüzleti hemiprotézis beültetést végeztünk. A műtétek után a beteg jelenleg fájdalommentes, vállmozgásai nagymértékben javultak, a beteg az elért eredménnyel elégedett, gyógytornász irányításával rendszeresen tornázik.

KÖVETKEZTETÉSEINK: Az eset kapcsán felmerülő diagnosztikai lépések sürgősségi betegellátásban való áttekintése és alkalmazása meggyorsította volna a betegség felismerését.

A terápiás terv meghatározásához a röntgen-felvételek mellett elkészült CT vizsgálat is nélkülözhetetlen volt.

A lapockához 4 hónap alatt csontos híddal rögzült fejsapka helybenhagyása, valamint a zsugorodott elülső tok miatti kifejezett feszes viszonyok hosszú távon a mindennapi vállmozgásokat nem akadályozták.

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG

2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA

2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

A-0034

SUICID KÍSÉRLET UTÁN IS VAN TELJES ÉRTÉKŰ ÉLET... SIKERES REHABILITÁCIÓ TEAM MUNKÁBAN

Szabó Zsanett

Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

BEVEZETÉS: Az egyik legnagyobb kihívást jelentő feladat gyógytornász szempontból, a fiatal gerincserült betegek rehabilitációja, hiszen hatékony terápia esetén a teljes kiszolgáltatottságtól, hosszsan tartó, összehangolt team munkával akár a teljes önállóságig juthatunk el.

ESETISMERTETÉS: Előadásomban egy suicidiumot megkísérlő, polytraumatizált 40 éves nőbeteg kórtörténetét ismertetem, aki magasból történő leugrást követően 2011 januárjában második illetve harmadfokban nyílt distalis, súlyos fokú roncsolódással járó alsó végtagi sérüléseket, darabos gyöki compressiot okozó sacrumtörést, a canalis spinalist nem szűkítő többszörös középső- és alsó thoracalis csigolyatöréseket, és mindegyik lumbalis csigolya töréseit szenvedte el, melyek közül az L1 és L2 csigolyatörés három columnat érint, a durzasákon benyomatot okoznak.

A beteg ellátását és rehabilitációját megnehezítette, hogy az alsó végtagok fixature műtėti ellátását követően, a másnapra tervezett idegsebészeti ellátást légzéselégtelenség, majd infekció miatt halasztani kellett. A betegnél egy héten belül tetraparetikus állapot lépett fel, pszichés statusa állapotromlásával összefüggően regrediált. Elektrofiziológiai vizsgálat súlyos fokú, distalis túlsúlyú sensomotoros demyelinisatiós polyneuropathiát igazolt. Egy hónappal a traumát követően rudas rendszerű stabilizálás Th9-L3, illetve L2-3 laminectomia, és a 4 centiméteres duraszerűlés ellátása történt. Ezt követően még 6 műtėti ellátásban volt része a betegnek, közülük három debridement volt fertőzés miatt. A páciens 1,5 hónapot töltött intézetünk Intenzív Osztályán, 1 hónapot Idegsebészeti Osztályán, 1 hónapot Szeptikus Osztályán, illetve 2 hónapot Mozgásszervi Rehabilitációs Osztályán.

A rehabilitációs folyamatot a gyógytornász szemszögéből ismertetjük, összefoglalva az alkalmazott kezelési módokat, a team-tagokkal együtt elért eredményeket.

A beteg labilis pszichés állapota folyamatos befolyással volt a mozgásfejlesztésre, így a pszichés támogatás az ápolói, fizioterápiás személyzet részéről, illetve a lelki gondozás, valamint a pszichológiai és pszichiátriai ellátás a kezelési folyamat meghatározó részét képezte.

Célkitűzésünk a beteg önellátásának a lehetőségekhez mért legmagasabb szintre történő fejlesztése volt, pszichés statusának rendezésével párhuzamosan.

A közel 6 hónapig tartó rehabilitációs program eredményeképp a beteg 1 járóbottal távozott otthonába, képes önálló lépcsőzésre, katétere és pelenkájá szükségletenné vált. Napi rutin feladatokat tekintetében képes finom motorikát igénylő tevékenységet folytatni, tisztálkodás, öltözés, étkezés tekintetében önellátó, vagy csupán kis segítséget igényel. Hazabocsajítását követően többször látogatást tett osztályunkon, hogy tájékozottan minket aktuális állapotáról. 2011 decemberében már segédeszköz nélkül járt.

ÖSSZEFOGLALÁS: Az összehangolt, megtervezett team munka eredményeként a teljes kiszolgáltatottságtól az önellátásig jutottunk. Azt azonban csupán remélni tudjuk, hogy a suicidium kísérlet okát képező családi problémákat és pszichés gondokat képes lesz megoldani és az otthoni, mindennapi étellel megbirkózni.

A-0035

TÉRDZÜLET MORPHO-KINEMATIKAI ELEMZÉSE

Andróny Kristóf - Krakovits Gábor

Uzsoki Utcai Kórház, Ortopéd-traumatológiai Osztály, Budapest

Szent János Kórház, Ortopéd-traumatológiai Osztály, Budapest

CÉLOK: Az egészséges térdzület mozgásának és morfológiájának megismerése elengedhetetlen az izületközeli sérülések sikeres rekonstrukciójához, a funkcionális anatómia sikeres helyreállításához, az irodalomban mégsem lehet egységes adatokat találni a térd kinematikáról. Ennek egyik fő oka, hogy a legtöbb tanulmány külön vizsgálja a mozgásokat és a geometriát. Célunk egy olyan in vitro vizsgálatmódszer megalkotása, amelynek segítségével a térdzületben létrejövő mozgások és a felszíni geometria együttesen vizsgálható, a mozgások megjeleníthetőek, és kvantitatívan leírhatók.

MÓDSZER: Kutatócsoportunk 7 cadaver térdzület mozgását vizsgálta Polaris mozgáskövető rendszer segítségével. Minden mérés három részből tevődik össze; az első szakaszban az egész tetemen meghatározuk a csontok mechanikai tengelyét a combfejközéppont és bokaközéppont segítségével. A következő lépésben kinematikai méréseket végzünk egy erre a célra kialakított mozgató szerkezetben a Polaris mozgáskövető rendszer segítségével. A harmadik szakaszban a lágyrészeket eltávolítása után nagy pontosságú 3D lézérskennel segítségével digitalizáljuk a csontok felszínét. A három mérést bázispontok segítségével egymáshoz rendeljük, így hozva létre az eredeti kísérlet morfo-kinematikus számítógépes modelljét.

EREDMÉNYEK: A mérések közti kapcsolatot adó bázispontok regisztrációs hibája 1,42 ($\pm 0,52$) mm-nek adódott, mely hiba a bázispontok számának növelésével kielégítő, így az általunk használt 6 bázispontos rendszerben 1 mm alatti regisztrációs hibával számolhatunk. Mivel a mozgáskövető rendszer 0,35 mm, a lézeres felszínmérő 0,2 mm-es hibával dolgozik, a rendszerben lévő bizonytalanság a térdmozgás során létrejövő elmozdulásokhoz képest elhanyagolható. A mozgási és geometriai információk együtt kezelése lehetőséget teremt az érintkező porcfelszínek detektálására a mozgás során, amelynek segítségével következtetni tudunk a porcfelszínekre érő terhelésekre. A számítógépen való modellezés révén egy kísérlet számtalanszor ismételhető, és akár több vizsgálgó bevonásával is kiértékelhető, amelynek interobszerver variabilitási vizsgálatoknál van nagy jelentősége.

KÖVETKEZTETÉS: A kísérletek digitalizálásával létrehozott morpho-kinematikus számítógépes modell alkalmas a térdmozgás komplex biomechanikai elemzésére, mivel a mozgások pontos rögzítése mellett tartalmazza a porcos felület precíz 3D modelljét, és a csontok tengelyének megállapításához szükséges összes anatómiai pontot is. A mozgásokat és geometriát tartalmazó modell támpontot adhat ízületbe hatoló törések rekonstrukciójának tervezéséhez is.

A-0036

PROBLÉMÁS DISZTÁLIS HARMADI ÉS NAGY DISZLOKÁCIÓVAL JÁRÓ GYERMEKKORI ALKARTÖRÉSEK KEZELÉSE RÖVID ELASZTIKUS SZEG („SHORT-TEN”) TECHNIKA ALKALMAZÁVAL

Varga Marcell – Kassai Tamás

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

BEVEZETÉS: A gyermekkori alkartörések speciális fajtája a disztális harmad határán lévő nagy diszlokációval járó törésforma. A sokak által határterületi törésnek is nevezett sérülés kezelése azért különösen nehéz, mert mind tűződrótos oszteoszintézisre, mind a hagyományos elasztikus velőrszegezésre a törés konfigurációja illetve elhelyezkedése miatt biomechanikailag alkalmatlan. Az irodalomban több módszert is találunk a probléma kiküszöbölésére (mini-fixateur rendszer, esetleges lemezes szintézis), ideális megoldás azonban nincs.

ANYAG ÉS MÓDSZER: A módszer lényege, hogy egy, az ilyen alkartörések esetén a hagyományos elasztikus szegezésnél alkalmazottnál jóval vastagabb rövid titán elasztikus szeget választva, azt „C”-alakban görbítve, a Lister tuberculum felőli dorzalis behatolásból speciális repozíciós manővert alkalmazva nagy stabilitású szintézis érhető el, még a rendkívül instabil, disztális alkartörések esetén is. Az ulna szegezését annak diszlokációja esetén a stabilitás fokozása érdekében szintén elvégezzük (akár egészen disztális törések esetén is) a hagyományos technika alkalmazásával proximális irányból.

Osztályunk gyakorlatában 2010 november és 2012 január közötti időszakban 8 ilyen töréstípust találtunk, melyek közül hat esetben a speciálisan megörbített „rövid elasztikus szeg” technikával a fenti problémás töréstípusokat kitűnő eredménnyel tudtuk kezelni. Egyik esetben sem vált szükségessé direkt feltárás, egy esetben kellett percután repozíciós technikával segíteni a szintézist. 2 esetben „hagyományos” elasztikus velőrszegezést alkalmazva egy alkalommal a szegvég perforációja miatt annak korai eltávolítását kellett elvégeznünk, egy alkalommal a törés konszolidációja csak kielégítő helyzetben (a remodellációs kapacitást figyelembe véve még éppen elfogadható határon belül) következett be.

KÖVETKEZTETÉS: A disztális harmadi, nagy diszlokációval járó gyermekkori alkartörések előfordulása szerencsére ritka. Az ilyen töréstípusok kezelése során a „hagyományos” elasztikus szegezéssel nem mindig érhető el igazán jó eredmény. A felnőttkorban alkalmazható megoldások (pl. lemezes szintézis) alternatíva, de növekedési porcok közelsége miatt nem optimális eljárás. A fenti tűződrótos és elasztikus szegzés filozófiájának kombinációjaként felfogható módszer segítségével az ilyen töréstípusok is jól kezelhetők. Bár a rövid elasztikus szegzéshez hasonló módszerről találunk irodalmi hivatkozást is, a módszer alkalmazása semmiképpen nem rutinszerűen történik, hanem egyedi esetekben és gondos tervezést követően.

A-0037

FELSŐ VÉGTAGI GYERMEKKORI TÖRÉSEK ULTRAHANG SEGÍTSÉGÉVEL VÉGZETT DIAGNOSZTIKÁJA ÉS KEZELÉSE

Varga Marcell – Kassai Tamás

Péterfy Sándor Utcai Kórház, Rendelőintézet és Baleseti Központ, Gyermektraumatológiai osztály, Budapest

BEVEZETÉS: A felső végtagi, főleg alkar illetve csuklótáji sérülések a gyermekkor egyik leggyakoribb sérülési típusai közé tartoznak. Bár klinikailag az esetek túlnyomó többségében megközelítőleg pontosan megítélhető, hogy adott végtagon csonttörés kialakult-e, a pontosabb diagnózishoz, illetve a további terápiás terv felállításához a RTG vizsgálat általában nélkülözhetetlen. A RTG vizsgálat jelen gyakorlat szerint nélkülözhetetlen a törés diagnosztikájában, illetve a későbbi terápiás konzekvenciák meghatározásában. (rögzítési, idő, repozíció szükségessége, esetleges műtét, stb.) A diagnosztika és a kezelés során (gyermekkor esetében 4-6 hét kezelés) a gyermeknél több alkalommal is szükséges lehet RTG vizsgálat elvégzése. Konzervatívan kezelt elmozdulás nélküli töréses esetekben általában 1-3 alkalommal történik RTG vizsgálat, míg elmozdulással járó, repozíciót igénylő, de szintén konzervatívan kezelt esetekben ez a szám akár 3-7 RTG felvételt is jelenthet a kezelési időszak során.

Operatív ellátást igénylő esetekben 4-10 RTG felvételes igénye is lehet a kezelésnek. Bár a mai gépekkel a RTG-felvételek jelentette radiológiai expozíció jelentette kockázat elhanyagolható, világszerte ismert törekvés a RTG-felvételek lehetőség szerinti minimalizálása.

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA 2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

ANYAG ÉS MÓDSZER: A Péterfy Kórház Baleseti Központ Gyermektraumatológiai Osztályán 2011 októberé óta alkalmazunk felső végtag sérült gyermekek esetében ultrahang vizsgálatot is.

A nagy forgalmú gyermektraumatológiai ambulancián az ultrahang vizsgálat az első fizikális vizsgálatnál térben és időben egyszerre, gyermektraumatológus által történik, 1-2 percnél többet nem vesz igénybe. A klinikumot és az ultrahang eredményét figyelembe véve célzottan döntünk a RTG felvételek időpontjáról és mennyiségének a szükségességéről. A kontroll vizsgálatra érkező betegek esetén hasonlóan járunk el. Az ultrahang alkalmazásával nemcsak a diagnosztika, hanem a kezelés (repozíció) során is a röntgen sugár expozíció jelentős redukciója érhető el. Elméletileg bizonyos esetekben a röntgen felvétel alkalmazása akár teljesen elhagyható is lenne, erre jelenleg az érvényes szakmai protokollok miatt lehetőség nincs. A módszer előnye, hogy gyors, noninvazív és gyermekek kímélően tolerálják.

Hátrány lehet, hogy bizonyos töréstípusok pontos tipizálásának lehetősége elvész, de ennek inkább elméleti, mint terápiás vagy klinikai konzekvenciája van.

Előadásunkban az ultrahang vizsgálat bevezetése óta nyert tapasztalatainkról szeretnénk beszámolni.

ÖSSZEFOGLALÁS: Az ultrahang vizsgálat gyermek sérültek ellátásában jártas traumatológus által is jól alkalmazható kiegészítő módszer lehet a gyermekkori felső végtagi törések diagnosztikájában, mert non-invazív, olcsó és megfelelő szervezés esetén mind a diagnózist, mind a kezelést megkönnyíti, a röntgen jelentős redukciója érhető el. Alkalmazása megfelelő gyakorlatot, és kellő szakmai kritikát igényel.

A-0038

SPORTOLÓ GYERMEKEK "RUTIN" LÁB PANASZAINAK DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKAI PROBLÉMÁJA

Varga Marcell - Kassai Tamás

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

BEVEZETÉS: Aktív sportoló gyermekeknél észlelhető boka és lábélváltások jelentette mozgásszervi problémákkal igen gyakran találkozhatunk gererekbeszeti, ortopédiai és traumatológiai szakrendeléseken. A kórcsoportok jelentős része szerencsére korra jellemző típusos sérülések vagy átmeneti benignus elváltozások (túlterheléses kórképek, apophyisitisek, rándulások, "növekedési" fájdalom, "lúdtalp"), melynek diagnózisa gondos anamnézissel illetve egyszerű RTG vizsgálatnál általában felállítható és különösebb kezelést nem igényel.

A nagyszámú „rutin” beteganyag mellett ugyanakkor egyéb, különlegesebb kórképek is előfordulhatnak.

ANYAG ÉS MÓDSZER: Előadásunkban a gyakori problémák áttekintése mellett olyan ritka eseteket szeretnénk bemutatni (peroneus illetve tibialis posterior inihüvely stenosis, calcaneus cysta, II-es lábujjon kialakult állízület, talus disszekáló oszteokondrózis, fel nem ismert, metatarsalgának véleményezett talpi idegentest), melyek diagnózisa hónapokig illetve évekig késlekedett a gyermekek „rutin” csoportba való sorolása miatt. Számos esetben a fentiek miatt a gyermekeknél a sportot is abba kellett hagyni, pedig a megfelelő diagnózis felállítását követően a kórképeket célzottan, kiváló eredménnyel lehetett kezelni. Bizonyos esetekben a „túlkezelés” jelenti a legnagyobb problémát (panaszmentes flexibilis pes planus agresszív kezelése), és vezet a sportteljesítmény csökkenéséhez.

ÖSSZEFOGLALÁS: Az esetek felhívják a figyelmet a nagyszámú rutin kezelés jelentette hibalehetőségekre és ismételten rávilágítanak arra az egyszerű tényre, hogy a gondos fizikális vizsgálat és megfelelő anamnézis valamint a klinikai összkép még a modern képalkotó diagnosztika birtokában is nélkülözhetetlen szempontok.

A-0039

A TÉRD BELSŐ OLDALSZALAG SÉRÜLÉSEINEK ELLÁTÁSI PROTOKOLLJA OSZTÁLYUNKON.

Szűcs Attila - Gábor Antal - Pap Károly - Bodó László

Uzsoki u. Kórház Ortopéd-Traumatológiai Osztály, Budapest

Az egyik leggyakrabban előforduló térd sérülés ellátásában a gyakorlatunkban többféle és eltérő kezelési stratégiával találkoztunk. Osztályunkon régóta foglalkozunk térd sérülések kezelésével, mely során egy modern alapelvekhez igazodó oldalszalag ellátási algoritmust alakítottunk ki. Előadásunk célja a konzervatív és operatív kezelési stratégiák és a rehabilitáció bemutatása, kibővítve esetismertetésekkel.

A-0040

SZÖGSTABIL LEMEZEZÉSEL SZERZETT TAPASZTALATAINK A HUMERUS PROXIMALIS VÉG DARABOS TÖRÉSEINEK KEZELÉSÉBEN

Balogh Eszter - Kincses Miklós - Turchányi Béla

Markhot Ferenc Kh. Invasív Mátrix Osztály Traumatológia Eger

DEOEC Debrecen

CÉLKITŰZÉS:A humerus prox. vég darabos törése nagy kihívás a betegnek és a kezelő orvosnak egyaránt. Az instabil gyakran porotikus csonton létrejött törések műtéti kezelésétől várható jobb funkcionális eredmény. A szögstabil rendszerek korai mozgathatóságot tesznek lehetővé.

ANYAG ÉS MÓDSZER:A humerus prox. vég töréseinek ellátására olyan módszert kerestünk amely anatómiai repozíciót, a fragmentumok stabil rögzítését, korai funkcionális kezelést tesz lehetővé, egyúttal csökkenti a fémkivándorlás és a másodlagos törésmozdulás a humerus fej necrosisát.

Választásunk az elérhető áru és jó minőségű hazai gyártmányú lemezre esett.

2009. dec. 1-2012. jan. 31. között 31 között 30 friss sérülttel és 1 esetben álzület esetén használtuk a lemezt. A jobb anatómiai helyzet elérése céljából 6 esetben spongiosa beültetés történt.

EREDMÉNYEK:A törések és a beültetett csont consolidációja 8 hét alatt bekövetkezett. Sebgyógyulási zavar ér idegsérülés egyik beavatkozást sem kísért. Másodlagos csavarperforációt a humerus fejen 4 esetben, impingementre utaló panaszokat 5 betegnél észleltünk. A korai funkcionális kezeléssel mellett az aktuális vállmozgással minden beteg elégedett volt.

ÖSSZEFOGLALÁS:A szögstabil lemezzel szerzett eddigi tapasztalataink várakozásainknak megfelelőek. Kellő stabilitást és korai mozgathatóságot tesz lehetővé és a korábban inoperabilisnak tűnő helyzetekre is megoldást kínál.

A-0041

HAEMOPERITONEUMMAL SZÖVŐDÖTT, RUPTURÁLT UTERUS MYOMA A TRAUMATOLÓGIAI MŰTŐBEN

Schweigert Árpád

Károlyi Sándor Kórház Baleseti sebészeti osztály, Budapest

BEVEZETÉS: Egy 35 éves hölgy esetét ismertetjük, aki látszólag banális sérüléseket szenvedett, azonban egy ritka típusú szövődémmel járó, a hasüregbe törő vérzését okozó uterus myoma igazolódott. Emiatt laparotomiát és uterus amputációt voltunk kénytelenek végezni.

ESETLEÍRÁS:A beteget háziorvosi ügyelet talta ambulanciánkra fejsérülés és több testtáj zúzódása miatt. A felvételét megelőző napokban többször collabált is. Hasi trauma nem érte, aktív szexuális életet nem él. A képkötő vizsgálatok nagy mennyiségű szabad hasúri folyadékot és megnagyobbodott uterust ábrázoltak. A vérzés forrását pontosan lokalizálni nem lehetett. Időközben a beteg shockos állapotba került, nem volt tovább szállítható.

Exploratív laparotomiát végeztünk. A kismencében újszülöttfönyt, több göbű nyomás uterust találtunk, amelynek fundusából ökölnyi göb emelkedett ki. Ennek vertexén 2 cm-es, folytonosan vérző sérülés volt látható. Nőgyógyász bevonásával folytatódott a műtét. Az uterust a cervix felett amputáltuk, az adnexumok megőrzése mellett. A posztoperatív szak zavartalanul telt. A szövettani vizsgálat leiomyomát igazolt, malignitás nélkül.

KÖVETKEZTETÉSEK:A szakirodalomban eddig alig 100 hasonló eset közölték. A myoma a méh jóindulatú daganata, reprodukív korban fordul elő, menses rendellenesség a legfőbb tünete. Rendkívül ritka, hogy haemoperitoneumot okoz. A méh felszínén lévő véna, vagy ritkábban a mélyebben fekvő artéria a vérzés forrása. Általában terhesség során, menstruáció alatt, vagy trauma hatására alakul ki a hasüreg felé történő, akár a keringést megingató vérzés. A spontán myoma ruptura extrém ritka. A fent ismertetett eset differenciáldiagnosztikai jelentőséggel bír, és urgens sebészeti beavatkozást igényel.

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA 2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

A-0042

VESESÉRÜLTEK ELLÁTÁSÁVAL SZERZETT TAPASZTALATAINK

Bán László - Merényi Gábor

Károlyi Sándor Kórház Baleseti sebészeti osztály, Budapest

BEVEZETÉS: 2003.01.01. és 2010.12.31. között Intézetünkben 106 esetben kezeltünk vesesérülteket. Ezen esetek kórházi kezelésének és rövidtávú (egy éven belül) utánkövetésének eredményeit közöljük.

ANYAGOK ÉS MÓDSZEREK: A vesesérülés stádiumbeosztásához az amerikai baleseti sebészeti társaság világszerte elterjedt ötfokozatú beosztását használtuk. 87 eset I-III. fokozatú sérülés volt, 19 eset IV-V. fokozatú. Háromszor több volt a férfi sérült. Jelentős részüket fiatal felnőttkorú volt. A sérülések döntő többsége tompa erőművi behatásra jött létre, elvéve fordult elő a penetráló sérülés. Nemritkán polytraumatisatio társrészülése volt a vesesérülés.

EREDMÉNYEK: Az I-III. fokozatú vesesérüléseket döntően konzervatívan kezeltük /ultrahang, vagy CT kontrollal/, a IV-V. fokozatúakat döntően operatívan. A műtői ellátás baleseti sebészeti osztályunkon, urológus szakkonziliárus bevonásával történt. 11 esetben csupán a vese revisióját, vérzescsillapítást, haematoma evacuatiót, drenázást kellett végezni. 7 esetben kénszerűlünk nephrectomiára. 1 esetben nyílt lehetőség vesemegtartó műtetre. A konzervatívnak induló kezelést soha nem kellett műtetre konvertálnunk. A korai utánkövetési szakaszban nem észleltünk egy esetben sem szövetnecrosist, tályogképződést, vizelet extravasatiót, septicus folyamatot. A késői utánkövetés általában urológiai szakambulanciákon történik.

KÖVETKEZTETÉSEK: A sérülésről részletes információt adó CT vizsgálat és a staging lehetővé tette a konzervatívan kezelt esetek arányának növekedését, kevesebb volt szükség műtői feltárára. CT vizsgálat javasolt azon esetekben, ahol nincs szükség a vérzést uráló azonnali műtetre, a beteg haemodinamikailag stabil, és nem sonographiával vizsgálható, biztosan enyhe fokú sérülésről van szó. A IV-V. stádiumú és minden penetráló sérülés műtői feltárást igényel. Javasolt laparotomiából operálni /más hasúri szerv társrészülése?/. A polytraumatizált vagy instabil keringésű vesesérülteknél ritkán merül fel a vesemegtartás lehetősége. Szükséges meggyőződni az ellenoldali vese meglétéről, működőképességéről. A vesesérültek többsége utánkövetése szükséges urológiai szakambulancián.

A-0043

KLINIKAI EREDMÉNYEK A COMBNYAKTÖRÉS ELLÁTÁSÁBAN A DINAMIKUS HLS (DHLS) CSAVAR ALKALMAZÁSÁKOR

Kádas István¹ - Kocsis András¹ - Kádas Dániel² - Szita János¹ - Hangody László¹

¹ Péterfy Sándor Utcai Kórház, Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

² Innosynth KDS Kft

CÉLKITŰZÉS: A combnyaktörés ellátásában, Magyarországon döntő többségben, kettős kanülált csavarozás szerepel.

A stabilitás növelésének szempontjából, fontos tényezőként, a femur lateralis falának megerősítése szerepelt.

Több megoldás született ebben a témában, köztük legújabbként a fej nélküli dinamikus HLS (HeadLess Screw) csavarozás rögzítést.

MÓDSZER: Az új fejlesztésű dinamikus HLS csavar (DHLS) két különálló részből áll. A csavar mindkét végén menet található. A proximális darab csúcsi menetes része önvágó éllel rendelkezik és kúpos alakú, mindkét oldalon lapított. A másik darab egy hüvely, mely pontosan illik az előző lapított felszínre. A külső, a csavarfejnek megfelelő, végén is menet van. A menetátmérője nagyobb, menetemelkedése különbözik a csúcsi rész menetéhez képest. Mindkét menet azonos irányban forog. Az összeszerelt implantátum dugattyúszerűen egymásba csúszik, megtartva a rotációt. A proximális menet a combfejben, míg a distalis menet a femur lateralis corticalisában rögzül. A csavar kanülált. A hagyományos technikával végzett combnyak csavarozás mintájára, percután technikával, célzás, előfúrás után bevezetjük a vezető drótot, majd egy hagyományos és egy speciális lépcsős maróval előkészítjük a csavar furatát. Az összeszerelt csavart a célzódórt segítségével behajtuk a furatba. A proximális menet subcondrálisan fog a fejben, a kettő együtt az Adams-iven támaszkodik, míg a distalis menet a lateralis corticalisban fog. A menetemelkedés különbsége miatt kompressziós hatást érünk el. Terhelés hatására a „sliding effektus”-nak köszönhetően a két külön rész a kívánt mértékben összcsumszik, megtartva a rotációs stabilitást.

EREDMÉNYEK: A klinikai bevezetése az absztrakt leadásának idejében kezdődött, mely a kongresszusig számos esettel fog gyarapodni reményeink szerint. Az eredményekről, a szövődményekről részletesen beszámolunk.

KÖVETKEZTETÉS: Magyarországon évente 15-20 ezer combnyak törött beteget látunk el. A DHLS csavar, véleményünk szerint, megfelelő implantátum lesz a betegek ellátásában. A stabilitás növelésével a szövődmények száma csökkenthető, melyel elkerülhetjük a későbbi reoperációkat, a nagyobb megterheléssel járó csípőprothesis beültetéseket.

A-0044

A KÜLBOKA DISZTRAKCIÓS HLS CSAVAROZÁSA A TÖRÉS TÍPUSÁHOZ ADAPTÁLT MÉRTEKBE

Kádas István¹ - Kocsis András¹ - Kádas Dániel²

¹Péterfy Sándor Utcai Kórház, Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

²Innosynth KDS Kft

CÉLKITŰZÉS: Intézetünkben 2006-óta alkalmazunk bokatörések ellátásában HLS csavarokat. Azóta több magyar és külföldi kongresszuson számoltunk be a kedvező eredményekről. Felmerült a kérdés, hogy minden esetben azonos mértékű disztrakció megfelelő-e. Mivel a válasz nemleges volt, kifejlesztettük a disztrakciós csavarcsaládot, amellyel előre tervezetten különböző mértékű disztrakció érhető el. A fejlesztésről már korábban beszámoltunk, jelenleg a klinikai tapasztalatokat ismertetjük.

MÓDSZER: A külboka törések többségére jellemző valgus dislocatiót és rövidülést szüntetjük meg egy intramedullárisan behelyezett távolító hatású csavarral (disztrakciós - fej nélküli – HeadLess Screw HLS-D). Ennek mértéke törés típusonként és a rövidülés mértéke szerint határozható meg. Ha a fedett repositio során anatómiai helyzetet érünk el, akkor neutralizációs, vagy minimális disztrakciót létrehozó csavart helyezünk be. Ha maradt vissza 2-3 mm-es rövidülés, akkor nagyobb disztrakciós hatást kifejtő csavart alkalmazunk. A képerősítve végzett műtétek során viszonylag pontosan megmérhető a rövidülés. Ezek után választjuk a különböző fokozatú disztrakciós csavart. A korábbi után vizsgálati eredmények, melyről kongresszuson számoltunk be, is rendkívül kedvezőek voltak. Jelenleg a tapasztalatok leszűrése után finomítottunk a módszeren, mellyel vélhetően még jobb eredményeket tudunk elérni. Az ellátott betegek digitalizált röntgen felvételeit számítógépes mérésekkel értékeltük ki.

EREDMÉNYEK: Az abszrakt leadásokor csupán kevés műtétet tudtunk végezni, de vélhetően a kongresszus idejére ez a szám már jelentősen fog emelkedni. Az összegzés ezután következik. Eddigi megfigyeléseink szerint, a vártnak megfelelően, a disztrakció mértéke pontosan követte az előre kimért értéket. Megfelelő csavar választásával, a törés során fellépő rövidülés, pontosan korrigálható. Fiatal beteg, kontra osteoporotikus idős beteg esetében más lehet ez a méret.

KÖVETKEZTETÉS: Korábbi modellvizsgálat bizonyította, hogy a disztrakció mértéke változik a menetemelkedés és a menethossz függvényében. A műtéti tervezés során lehetőség van arra, hogy a törésnek és a diszlokációnak - rövidülésnek megfelelő csavart válasszunk. Kidalgoztuk a műtéti protokollt, mely pontosan útbaigazítja az operáló sebészt, a disztrakciós csavar használatában, külboka törés esetén. A mérési eredmények hibahatárait is elemezni fogjuk.

A-0045

LEMEZES OSTEOSYNTHESISEINK A HUMERUS DISTALIS VÉGÉN

Balasa Tibor - Bauer Ottó

Vas Megyei Markusovszky Kórház Traumatológiai Osztály, Szombathely

Előadásunkban bemutatjuk a 2007.01.01-2010.12.31 között osztályunkon végzett distalis humerustörések osteosynthesisei során nyert tapasztalatainkat. Az ezen időszakban előforduló 62 – műtétet igénylő - distalis humerustörésből 14 esetben végeztünk olecranon osteotomiát és kettős lemezélést, a fennmaradó eseteket tűzéssel illetve fixateur externe-nel kezeltük. Előadásunkban részletesen a fenti 14 esettel foglalkozunk. Betegeink átlagéletkora 57,8 év volt, nem szerint 6 nő és 8 férfibeteg. 5 esetben nyílt, 9 esetben zárt törésről volt szó. Röviden ismertetjük az osteotomia és kettős lemezelés műtéti lépéseit, majd bemutatjuk az utókezelés során elért eredményeket, a terápia során előforduló buktatókat. Postoperatív radiológiai eredményeink kiemelkedően jónak mondhatók, ezzel szemben funkcionális eredményeink valamivel szerényebbek, hiszen a pontos repositio és stabil rögzítés mellett a kellően hosszú ideig tartó utókezelés és a betegcompliance is nagymértékben meghatározzák a végeredményt. Kiváló funkcionális eredmények tekintettük a bármely mozgástartományban 10 fok alatt maradó mozgáselmaradást, jó eredménynek a 10-20 fok közötti értékeket, elfogadható minősítést a 20-40 fok közötti mozgásbeszűküléssel járó, rossz minősítést a 40-80 fok közötti mozgásbeszűküléssel járó esetek kaptak. Kiváló eredményt 6 esetben, jó eredményt 4 esetben értünk el. Elemezzük az általunk tapasztalt szövődeményeket és igyekszünk segítséget nyújtani azok elkerülésében. Szövődeményeink 2 esetben nervus ulnaris hypaesthesia, 1 esetben mély, 4 esetben felületes infectio, 3 esetben redislocatio, 4 esetben tűdőrrót-dislocatio, és 4 esetben elfogadhatónak illetve rossznak minősített mozgásfunctio, mozgásbeszűkülés voltak.

A fentiek alapján eredményeink a hazai és nemzetközi irodalommal összevetve kielégítőnek mondhatók.

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA 2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

A-0046

AKUT KOPONYA CT-VIZSGÁLATOK INDIKÁCIÓJA GYERMEKKORBAN - SZAKMAI GONDOSÁG VAGY FELESLEGES SUGÁRTERHELÉS?

Lohner - Varga - Kassai - Hetthéssy

Pétery Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

CÉLKITŰZÉS: Az akut gyerek baleseti ellátás egyik leggyakoribb indoka a fejsérülés. A probléma valamennyi életkorra jellemző, a könnyű, banális sérülésektől a súlyos, töréssel és intracranialis vérzéssel járó esetekig a körkép minden fajtája előfordulhat egy forgalmas gyermektraumatológiai ambulancián. A gyermekkori fejsérülések egyik legnagyobb kihívását a súlyosság megállapítása, a terápiás konzekvenciával járó konvencionális RTG-vizsgálattal esetleg láthatatlan patológiás állapotok kiszűrése és a banális, ambulánsan is kezelhető sérülések közti széles spektrum differenciáldiagnózisa jelenti. A computertomográfias vizsgálatok mennyisége és indikációja az elmúlt években ugrásszerű növekedést mutat hazánkban is. ACT-vizsgálatok elvégzését sajnos már nemcsak szakmai (az akut ellátást igénylő intracranialis folyamatok diagnózisa), hanem preventív, jogi megfontolások is inspirálják. Bár a gépek korszerűsödésével a sugárterhelés mennyisége is csökken, a gyermekkori CT-vizsgálatot csak kellő körültekintéssel lehet felállítani. Előfordásunkban a Pétery Kórház Baleseti Központ Gyermektraumatológiai osztályának 2008 január és 2011 májusa közötti időszakában elvégzett 14 éves kor alatti CT vizsgálatok anyagát tekintjük át, és vonjuk le a megfelelő következtetéseket.

MÓDSZER: Gyerekkorban (14 éves kor alatt) koponya CT vizsgálatot általában fejsérülés kapcsán kialakuló súlyos, a "konvencionális" agyrázkódás tüneteinek túlmutató idegrendszeri zavarok illetve a koponya RTG-felvételeken vagy laboratóriumi vizsgálatokkal (protein S-100) észlelhető eltérés esetén indikáltunk. A CT-vizsgálat javallatának szubjektív komponense ugyanakkor a vizsgáló orvos tapasztalata (rezidens, szakorvos, főorvos, gyermek traumatológiai jártasság stb.) illetve a kivizsgálásba esetlegesen bevont idegsebész véleménye. Az adatok retrospektív elemzéséből megállapítható, hogy számos esetben nem igazolódik az akut ellátást igénylő feltételezett patológia, sok esetben viszont fatális következményekkel is járhatott volna a vizsgálat elmulasztása vagy késleltetése. Az adatok alapján a gyerekkori koponya CT-vizsgálatok kritériumrendszerének pontosításának igénye merül fel.

KÖVETKEZTETÉSEK: Bár világszerte számos protokoll ismert, melyek a koponya CT-vizsgálatok indikációjának szakmai és jogi alapot próbál biztosítani, a problémát annak komplexitása folytán nem lehet protokolláris szinten optimalizálni. A kérdés nem oldható meg egy nagy sugárterheléssel járó vizsgálat rutinszerű elrendelésével, ugyanakkor számos helyzetben még egészen kis gyermekeknél is ragaszkodni kell a CT vizsgálathoz. A gyermekkori fejsérülések differenciáldiagnózisa illetve diagnosztikus stratégiája a mai napig az egyik legnehezebb feladat, melyhez a gondos klinikai vizsgálatokon és a modern képalkotók igénybevételén túl sokszor egyéb szakmák (idegsebész, fül-orr-gégész, szájszsebész) képviselőinek bevonása is nélkülözhetetlen.

A-0047

A FELKARCSONT PROXIMALIS ÉS DISTALIS VÉGI TÖRÉSEINEK MŰTÉTI KEZELÉSE

Dolecek Miklós - Valló János

Albert Schweitzer Kórház, Baleseti Sebészeti Osztály, Hatvan

BEVEZETÉS: Az ízületi törések kezelésének alapelve a pontos anatómiai repositio, a reponált helyzet stabil megtartása megfelelő implantátummal. A műtétet követő rögzítés nélküli korai funkcionális kezelést csak stabil belső rögzítés mellett lehet megvalósítani. A fixateur externe elvein alapuló szögletstabil lemezek az operatív technikák újabb lehetőségeit nyitották meg.

MÓDSZEREK: Osztályunkon a felkarcsont proximális és distalis végi töréseinek műtéti kezelésére 2009-től használunk szögletstabil lemezeket. Proximális végi törésnél 28 esetben, distalis végi törésnél 21 esetben szögletstabil lemezzel végeztünk osteosynthesist. Az átlagos életkor proximális végi törőtteknél 62 év, distalis végi törőttek esetében 59 év volt. Külön foglalkozunk a felkarcsont sebészi nyakának elmozdulással járó töréseinek alternatív műtéti megoldásával.

EREDMÉNYEK: A felkarcsont darabos, elmozdulással járó, instabil ízületi töréseinek műtéti kezelésére 3 éve szögletstabil lemezeket használunk. A speciálisan kiképzett, előre hajtott lemezek jól adaptálhatóak, a menetstabil csavarokkal az apró fragmentumok is megtarthatók. Megfelelő stabil rögzítés esetén külső rögzítő nélküli korai funkcionális kezelést alkalmaztunk, amely az elért jó eredményekben nyilvánult meg. Fiatalabb betegeknél csaknem teljes értékű ízületi mozgásterjedelmet sikerült elérni. Idős betegeknél az elvart igényeknek megfelelő funkcionális eredményt találtunk. A feldolgozott anyagban 1 esetben észleltünk mechanikai komplikációt, amikor állízület kialakulása és a lemez törése következett be. Az esetet részletesen ismertettük. Szeptikus komplikációval, sebgyógyulási zavarral nem talákoztunk. A felkarcsont sebészi nyakának elmozdulással járó töréséinél intramedulláris rögzítést alkalmaztunk, amely módszer kisebb műtéti megterhelést jelent.

KÖVETKEZTETÉSEK: Az ízületi törések kezelési módszerének kiválasztásakor a törés típusa mellett mindig figyelembe kell venni a törést elszenvedőt is, a beteget. Korunkban az elvárt igények lényegesen megnöttek, idős embereknél is – az életminőség javítása céljából – a jobb eredményeket biztosító, korai funkcionális kezelés lehetőségét megteremtő módszereket kell előnyben részesíteni. Az osztályunkon alkalmazott új törésegysítési eljárások ezen igényeket kívánják kielégíteni.

A-0048

NCB SZÖGLETSTABIL LEMEZSEL SZERZETT TAPASZTALATAINK HUMERUS PROXIMALIS VÉG DARABOS TÖRÉS ESETEINÉL

Kiss Jenő¹ - Gáti Nikolett²

¹Szent János Kórház és Észak-budai Egysített Kórházak

²Ortopéd-Traumatológiai Osztály

BEVEZETÉS: A humerus proximális vég dislocalt 3 és 4 rész töréseinek kezelésére számos megoldás létezik. Mindegyik eljárásnak vannak előnyei és hátrányai. Jelen tanulmányunkban az NCB szögletstabil lemezzel szerzett tapasztalatainkról számolunk be.

ANYAG ÉS MÓDSZER: A műtétet a sulcus deltoideopectoralisnak megfelelő feltárásból végeztük. A repozíció után 5 vagy 7 lyuku NCB lemezt helyeztünk fel és a humerus fejbe 3 szögstabil spongiosa, míg a shaftba az esettől függően 3 vagy 4 corticalis csavart helyeztünk. Szükség esetén a tuberculum minus külön csavarral vagy erős fel nem szívódó öltésekkel stabilizáltuk. Az előadásban 8 eset eredményeit ismertetjük. A betegek átlagos életkora 50 év (34-75) volt. A sérülés és a műtét között átlagosan 5 nap (2-9) telt el. A betegek az első 4 hétben csak könyök és kéztornát valamint ingatornát végeztek. 4 hét után kezdődött meg a passzív majd újabb 4 hét után az aktív válltorna.

EREDMÉNYEK: Átlagosan 10 hónap (6-27) utánvizsgálat során mindegyik beteg elégedett volt az eredménnyel. Az átlagos aktív elevatio 115 fok (60-170) volt, a test melletti kirotatás 22 fok (5-70), míg a hátuk mögött a betegek többsége elérte a DL átmenetet. A napi tevékenységet akadályozó fájdalomról vagy mozgáskorlátozottságról egy beteg sem számolt be. A törés minden esetben konzolidált. 3 esetben került sor félmeltávolításra a beteg kérésére 6-8 hónappal a műtét után. Humerusfej necrosis nem észleltünk.

KÖVETKEZTETÉSEK: NCB szögletstabil lemezzel végzett osteosynthesis megfelelő műtéti tapasztalatot igényel. A jó indikációval végzett műtét megfelelő funkcionális eredményhez vezet a humerus proximális vég 3 és 4 rész törései esetén.

A-0049

HÁTSÓ FICAMOS PROXIMÁLIS HUMERUS TÖRÉSEK EGY JELLEMZŐ FAJTÁJÁNAK ELLÁTÁSA KÖZPONTUNKBAN

Gulyás Károly - Gloviczki Balázs - Szebeny Miklós

Péterfy Sándor Utcai Kórház, Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

A hátsó ficamos proximális humerus törések egy fajtája nagyon jellemző jellegzetességgel jár és ez a hosszú metapysealis darab a medialis hingenek megfelelően. Így könnyebben észrevehető az amúgy könnyen elnézhető törés. Előadásunkban az utóbbi 1 évben látott, ellátott eseteket mutatjuk be hosszabb rövidebb utánkövetéssel de azonos műtéti technikával. Kitérünk a törés típusára és a synthesis lépseire, demonstráljuk az eredményeket.

ELLÁTÁS MÓDSZERE: Deltopectoralis feltárás izomleválasztás nélküli repos és képerősítő alatti csavarozás. Összesen 5 esetet vizsgáltunk, a követési idő 1,5 év és a gyógyulási idő fél év.

SZINTÉZISEK: csavarozás. Életkori, biológiai állapot közötti különbség, hogy fiatalok esetében, az aktív életmód miatt – jellemző a töréstípusra- , hogy nagy trauma kell hozzá (sielés, kerékpárbaeset...). Összehasonlítás alpja constant score mindenkiről.

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA 2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

A-0050

A POSTTRAUMÁS REVERSE VÁLLPROTÉZIS EREDMÉNYEI IDŐSKORI PROXIMÁLIS HUMERUSTÖRÉSEK UTÁN

Gulyás Károly - Gloviczki Balázs - Szebeny Miklós

Péterfy Sándor Utcai Kórház, Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

Idős betegek elnézett, vagy nem megfelelően kezelt rossz helyzetben vagy álzülettel gyógyult proximális humerus töréseinek kezelése Központunkban az Anatómiai protézisekről a reverse protézisek felé tolódott el az utóbbi években. Az elmúlt 1 évben kezelt betegeink feldolgozása történt, score-ok és funkció alapján. Eredményeink ugyan elmaradnak a szintén Központunkban ellátott hasonló friss töréssel operált betegek eredményétől, de a fej felett fájdalomtalan mozgás minden esetben elérhető volt az idős életkor (70 feletti) dacára.

8 posttraumás reverse protí. 5 primer traumás reverse.

Szintéisek típusa változó: konzervatív kezelés a leggyakoribb verzió. Életkoruk biológiai állapotuk hasonló. átlagéletkor 70 év körül.

Constant score. 2-3 hónapra elérik a funkciót.

A-0051

RADIUS FEJECSTÖRÉSEK KEZELÉSI ALTERNATÍVÁI

Gergely Zsolt - Kertész Gábor - Zakupszky Zoltán - Takács Károly

Bács-Kiskun Megyei Kórház Traumatológia és Kézsebészeti Osztály, Kecskemét

A radiusfejecs törések a könyökízület törések egy tekintélyes részét, mintegy 20 %-át teszik ki.

CÉLKITŰZÉS: ennek a töréstípusnak vizsgáltuk a Mason törésbeosztás szerinti előfordulását az osztályunk elmúlt 5 éves időszakában (2007-2011). Ebben az időszakban 59 Mason II., III. és IV. típusú radius fejecs törést kezeltünk operatívan. A Mason I. típusú töréseket minden esetben konzervatívan kezeltünk. A Mason III. típusú törések (8 db) esetében primeren radius fejecs protézis (3 esetben), illetve 5 esetben radius fejecs resectiot végeztünk. Mason IV. típusú törések esetében (13 eset) véres repositiot követően a legtöbb esetben (9 db.) Herbert csavaros rögzítést részesítettük előnyben a K-drótos rögzítéssel szemben (4 eset).

MÓDSZER: mozgásstabil Osteosynthesis esetében a postoperatív rögzítést 1 hétig tartottuk fenn, majd a 3. hét végéig passzív könyökornát végeztettünk, ezt követően a 4. héttől betegeinknek aktív könyökornát javasoltunk. Az alkalmazott műtéti eljárásokat és az elért eredményeket összehasonlítottuk az irodalomban talált adatokkal.

EREDMÉNYEK: az általunk alkalmazott módszerek és az elért eredmények megegyeznek az általunk hozzáférhető irodalomban talált adatokkal (Gutierrez G. Management of radial head fracture. Am Fam Physician. 1997;55:2213-16.).

A-0052

“AZ ÉLSPORTOLÓ IS “ÁTLAGOS” SÉRÜLT.”

Fröhlich Péter

Péterfy Sándor Utcai Kórház, Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

Különbözik-e egy élsportoló traumatológiai ellátása egy mindennapi sérült kezelésétől? -- Ennek a kérdésnek a megfogalmazása magában is provokatív. Az előadás válaszokat, érveket keres. Az ellátás minőségét több tényező együttes megvalósítása dönti el. Az alaphangot a sportoló elvárása mozgásszervi rehabilitációval szemben határozza meg. De ott kísértenek a társadalom figyelmébe, az edzőkiesés káros hatása, az edzők szemléletmódja, az orvosok etikája a "mindenkinek egyformán a legjobbat"- fogadalma, a magyar sportorvoslás rendszere, melyeknek meg kell felelni.

A problémákra 3 konkrét sportoló sérülésével kapcsolatban kívánok rámutatni, és kísérletet teszek általános elvek megfogalmazására is.

A-0053

ÚT A REHABILITÁCIÓIG - NYAKI GERINCVELŐSÉRÜLTEK FIZIOTERÁPIÁJA AZ INTENZÍV OSZTÁLYON

Suba Krisztina - Baracsi Melinda - Csapody Marcell

Péterfy Sándor Utcai Kórház, Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

BEVEZETÉS: Nyaki gerincvelősérültek kezelésénél az intenzív osztályon a gyógytornász fő célja segíteni a megfelelő ventilációt, ezáltal megakadályozni az atelektázia kialakulását, valamint segíteni a beteg expektorációját a váladékretenció elkerülésére és megtanítani ezek önálló végzését, a megmaradt beidegzésű izmok erősítése, kondícióban tartása mellett.

ANYAG ÉS MÓDSZER: Előadásunkban szeretnénk bemutatni az osztályunkon alkalmazott korszerű fizioterápiás módszereket, rámutatva a buktatókra is. C3-5 gerincvelői szegmentum feletti sérülés esetén a rekeszizom bénulása a spontán légzést nem teszi lehetővé.

Ha a sérülés C5 szegmentum alatt történt, működő rekeszizmokkal és nyaki belégzési segédizmokkal elégséges lehet a ventiláció, viszont az expektoráció nem, mivel ehhez a hasizmok működése elengedhetetlen. A köhögésben részt vevő bordaközi izmok és a hasizom a Th7-12 szegmentumtól kapja beidegzését, ez alatti sérülés általában nem befolyásolja károsan a gázcserét. E szegmentum feletti sérülés esetén a felső végtag működő izmai segíthetnek az önálló köhögésnél.

Osztályunkon a következő fizioterápiás módszereket alkalmazzuk: Gyógyszeres inhalálással a váladék konzisztenciáját javítjuk, pozíciós terápiával (hasrafordítás), célzott forszírozott átlélegeztetéssel pedig a váladék eltávolítását segítjük. Ennek hatásfokát gépi vibrációval vagy kézzel végzett ütögetéssel, valamint noninvazív lélegeztetési módok alkalmazásával fokozhatjuk.

Ily módon a mellkasfal rugalmasságát, a tüdő tágulékonyágát is megőrizhetjük.

Mindezek mellett kiemelt figyelmet kell fordítani a trombózis, a dekubitusz és az ízületi kontraktúrák kialakulásának elkerülésére is, melyekhez a passzív kerékpár is segítségünkre van. Természetesen el kell kezdeni a vertikális helyzethez való hozzászoktatást a mobilizálás érdekében.

EREDMÉNYEK: Ahhoz, hogy a sérült mielőbb rehabilitációs kezelésre kerüljön, elengedhetetlen a megfelelő spontán légzés és expektoráció. Az agresszív légzési fizioterápiának köszönhetően megteremtjük a mielőbbi komplex rehabilitáció feltételeit.

KÖVETKEZTETÉSEK: Ha tudjuk, hogy milyen következményekkel jár a sérülés, ne várjuk meg a valószínű szövődmények kialakulását, előzzük meg ezeket, hisz így sokkal hamarabb és jobb fizikai állapotban tudják megkezdeni a sérültek a rehabilitációs kezelést.

A-0054

GYERMEKKORI FIBULATÖRÉSEK OPERATÍV ELLÁTÁSA- VAN-E LÉTJOGOSULTSÁGA ÉS MIKOR?

Kocsis András

Péterfy Sándor Utcai Kórház, Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

CÉLKITŰZÉS: Az operatív ellátást igénylő gyermekkori lábszártörések esetén a tibia mozgásstabil szintézisére kell törekedni, amelyet a törés konfigurációjától függően elasztikus szegekkel önmagukban, vagy end-cupos kiegészítéssel érhetünk el. A gyermekkori bokatörések kezelése alapvetően konzervatív, a megfelelő ideig tartó rögzítéssel és célzott utókezeléssel kitűnő eredmények érhetőek el.

MÓDSZER: Durván distocalt instabil distalis lábszártörések, darabos distalis fibulatörések, nagy elmozdulással járó bokatörések esetén felmerül a fibula rögzítésének szükségessége is. Bár több közleményben találunk utalást a fibula elasztikus szegezésére illetve egyéb műtéti stabilizálására, az indikáció korántsem letisztult, sokszor a sebész tapasztalata illetve „érzése” alapján történik a fibula esetleges rögzítése. Előadásunkban az irodalom áttekintésén túl saját eseteinket mutatjuk be, amikor a „hagyományos” tibia rögzítési technikákon túl kiegészítő rögzítésként a fibulát is stabilizáltuk.

KÖVETKEZTETÉSEK: A fibula operatív rögzítése válogatott esetekben kiegészítő terápiaként alkalmazható alternatíva lábszártörések illetve nélkülözhetetlen elem bizonyos bokatörések műtéti ellátása során. Hangsúlyozni kell ugyanakkor, hogy az erőltetett, nem kellően átgondolt gyermekkori fibula oszteosztézis vagy annak kísérlete további szövődmények lehetőségét rejti!

A relatív kis esetszám ellenére tapasztalatainkat az alábbiakban foglalhatjuk össze: a fibula operatív stabilizálásának célja distalis elhelyezkedés és érettebb (zárdótt fizisű) gyermekek esetén a bokaüzleti congruencia megőrzése, ezekben az esetekben a felnőttkori stabilizációs műtétekhez hasonló technikák alkalmazhatóak. Nyitott fizisű gyermekek ritka, durván diszlokált fibulatörései egyedi mértelegelést és megoldást igényelnek. (Ilemz, fixateur, HLS csavar, elasztikus szeg).

A fibula elasztikus szegezése illetve egyéb rögzítése (PL, HLS csavaros vagy lemezes rögzítés) disztális lábszártörések esetén nem feltétlenül követelmény, de megfelelő indikáció és jó műtéti technika esetén hozzájárul a stabilitás fokozásához, a fájdalom csökkentéséhez, illetve a későbbi szövődmények elkerüléséhez.

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA 2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

A-0055

A SAROKCSONT-TÖRÉSEK ELLÁTÁSÁBAN ALKALMAZOTT HAGYOMÁNYOS ÉS ÚJ, INNOVATÍV ELJÁRÁSOK KVANTITATÍV ÖSSZEHASONLÍTÁSA (4 ÉVES RETROSPEKTÍV ELEMZÉS)

Kocsis András¹ - Sütöri Dávid²

¹Péterfy Sándor Utcai Kórház, Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

²Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar

CÉLKITÜZÉS: A sarokcsonttörések az összes törés 2-3%-át teszik ki. A sérülések 75 százalékában az izületi komponens is érintett. Hazánkban az izületi beroppanással járó sarokcsonttörések kezelésére Zdravec és Forgon által kidolgozott minimálinvazív technika terjedt el. A repozíciót ligamentotaxis útján érjük disztrakciós eszköz segítségével. Ezt követően a rögzítésre fejjel és végig menettel rendelkező hagyományos csavart alkalmazunk. Ismert, hogy a csavar feje sok betegnél panaszt okoz. Ennek alternatívája a HLS csavar, amely fej nélküli és mindkét végén menet található. Összehasonlító elemzéssel vizsgáltuk a hagyományos és HLS-D csavarral operált betegek műtét utáni komplikációit és azok összefüggését az implantátummal.

MÓDSZER: Retrospektív vizsgálattal dolgoztuk fel intézetünkben 2008.11.06. - 2011.06.01. között felvett betegek adatait. Minimális követési idő 6 hónap. Vizsgáltuk a betegek általános és módszer-specifikus komplikációit mind a két csavar esetében. Hagyományos módszerrel 86 főt, HLS csavarral 53 főt operáltunk.

A betegek átlag életkora, nem szerinti megoszlása azonos. Komplikációnak vettük az általános sebési szövődeményeket, a csontegyesítési műtét általános szövődeményeit és a módszer-specifikus szövődeményeket [módszer specifikusnak az adott csavartípussal összefüggésbe hozható eseményt tekintettük].

EREDMÉNYEK: A hagyományosan operált betegek közül 20 százaléknak volt általános komplikációja. HLS-D alkalmazása esetén 10 főnek (19%). A hagyományos csavar alkalmazásakor 27 esetben volt módszer specifikus a szövődemény (31%), HLS-D esetében 4 esetben találtunk összefüggést az implantátummal (8%) ($p < 0,01$).

KÖVETKEZTETÉS: A különbség abból adódik, hogy a HLS-D csavar fej nélküli, ezért nem irritálja a lágyrészeket, nem okoz szöveti irritációt, valamint 3-4 mm disztrakciót okozó tulajdonsága miatt a sarokcsont rövidülése kevésbé jelentős, előnyösebb repozíció érhető el. Kedvező tulajdonságai miatt – egyértelmű eredményeink alapján – ajánlandó protokoll a sarokcsont-törések műtéti ellátásának esetében.

A-0056

EGÉSZ-TEST MSC T DIAGNOSZTIKUS MÓDSZER ELEMZÉSE: VÁLTOZIK-E A MÓDSZER HATÉKONYSÁGA AZ ELTELT IDŐVEL?

Bodzay Tamás

Péterfy Sándor Utcai Kórház, Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

BEVEZETÉS: A politraumatizáltak diagnosztikájában világszerte alkalmazott egész-test multislice-CT vizsgálati módszer bevezetésére kórházunkban a 2009 elején végrehajtott infrastukturális változások (shocktalanító közvetlenül a CT szomszédságában, 16 szeletes Siemens Emotion készülék telepítése) után nyílt lehetőség. Első tapasztalatainkról az MTT-MOT 2010-es kongresszusán számoltunk be. Jelen előadásban a módszer hatékonyságát vizsgáljuk, 3 évvel a rutinszerű alkalmazás elkezdése után.

MÓDSZER: A korábbiakban elemzett, 2009. 04. 01 és 2010. 04.01. között ellátott beteganyagunkat hasonlítjuk össze a 2 évvel később, 2011. 04.01. és 2012. 04. 01. között ellátottakkal. A vizsgált anyagba azokat a sérülteket soroltuk, akik első ellátása a shocktalanítóban történt. Légút és vénabiztosítás, fizikális vizsgálat, tájékozódó hasi UH vizsgálat után a sérülteknél vagy a konvencionális röntgenképek, és azt követően szervspecifikus CT vizsgálat, vagy MSC T és a szükséges kiegészítő röntgenfelvételek történtek. Szelektív kritérium nem volt, a vizsgálati módszer kiválasztása a jelen lévő senior traumatológus döntése.

EREDMÉNYEK: A kétszer egy éves betegcsoportot két szempontból vizsgáljuk: változott-e a diagnosztika időtartama, azaz a shocktalanítóba érkezés és a műtétbe szállítás között eltelt idő, illetve a másodlagosan, a felvétel napjánál később felfedezett, „elnezzett” sérülések száma.

KÖVETKEZTETÉS: Tekintettel arra, hogy a prospektív vizsgálat az absztrakt bekezdések még nem zárult le, konkrét adatokat és következtetéseket az előadásban fogunk prezentálni.

A-0057

MULTIREZISZTENS KÓROKOZÓK ÁLTAL OKOZOTT NOSOCOMIALIS INFEKCIÓK A TRAUMATOLÓGIAI OSZTÁLY 4 ÉVES ANYAGÁBAN

Patyi Márta - Székeli Sándor - Varga Éva - Gera László

Bács-Kiskun Megyei Kórház, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Kecskemét

Intézményünkben is egyre gyakrabban fordulnak elő multirezisztens kórokozók, melyek a traumatológiai betegeket sem kímélik. A kongresszus kiemelt témái között is szereplő probléma adta az ötletet arra, hogy 2008.01.01-2011.12.31. között a Bács-Kiskun Megyei Kórház Traumatológiai és Idegsebészeti Osztályán fekvő betegek között, a Kórházhygiénés Csoport által dokumentált egészségügyi ellátáshoz kötött fertőzéseket áttekintsük, összpontosítva a probléma baktériumokra és az általuk kiváltott kórképekre. Ezen időszak alatt methicillin-rezisztens *Staphylococcus aureus*, széles spektrumú béta-laktamázt termelő bélbaktériumok és multirezisztens *Acinetobacter* fordult elő. Intézményünk rendelkezik a probléma kezeléséhez szükséges protokollokkal, pl. Teendők multirezisztens kórokozók előfordulása esetén, Perioperatív antibiotikum profilaxis, Antibiotikum terápiás protokollok.

Az elhúzódó kezelési idő, a beteg bezsilipelésének hely igénye, az antibiotikum terápia költségessége és nem utolsósorban a betegelégedettségi mutatók is alátámasztják a téma fontosságát.

A-0058

OSTEOSCOPIA KLINIKAI ALKALMAZÁSÁNAK EREDMÉNYE

Nyárády J. - Szabó T. - Tóth F.

Pécsi Tudományegyetem ETK Fizioterápiás Intézet, PTE ÁOK MSI Traumatológiai és Kézsebészeti Klinikai Tanszék,

Barlborough NHS Treatment Centre CARE UK

CÉLKITŰZÉS: A combfej vérkeringését a combnyaktörés műtéti ellátása során vizsgáló módszerünket (osteoscopia) kísérletes és klinikai körülmények között dolgoztuk ki. Jelen előadásunkban az eljárás klinikai hatékonyságáról és prediktív értékéről számolunk be.

MÓDSZER: Az osteoscopiás vizsgálatot kilenc sérültnél alkalmaztuk a combnyaktörés definitív mûtétje során.

Egy sérültnél a combfej károsodott keringése miatt primer protézis beültetést végeztünk. Nyolc sérültből öt esetében jó keringést találtunk, három sérültnél minimális keringést illetve keringés nélküli combfejet észleltünk.

EREDMÉNYEK: A nyolc belső rögzítésen átesett sérült után követése során a jó keringésű combfejjel rendelkezők esetében a combnyaktörés meggyógyult, másfél, két és fél év múlva sem találtunk avascularis combfej elváltozásokat. A három, az osteoscopia során súlyosan károsodottnak ítélt combfej keringésű sérültnél viszont combfej elhalás jelentkezett.

KÖVETKEZTETÉS: A tanulmány alapján megállapítható, hogy a combnyak törött sérültéknél a combfej keringése vizualizálható és kvantitatíve meghatározható. A tanulmány azt sugallja, hogy az osteoscopia hatékony eljárás lehet a combnyaktörést követően kialakult combfej avascularis necrosis prognosztizálásában.

A-0059

PRIMARY SURVEY, ATLS - VIDEODEMONSTRÁCIÓ

Süveges Gábor - Varga Endre - Körmöndi Sándor - Simonka János Aurél

Szegedi Tudományegyetem Traumatológiai Klinika

A politraumatizált sérültek hospitális ellátásának döntő momentuma a primary survey /elsődleges vizsgálat/, melynek során meghatározott sorrendben -ABCDE-, végezzük a sérült vizsgálatát, és az életet közvetlenül veszélyeztető sérülések azonnali ellátását.

A szerzők videodemonstráción keresztül mutatják be az ATLS evidenciáin alapuló vizsgálatot, felhívják a figyelmet a gyakoribb típusú hibákra, melyeket a videóban illusztrálnak is. Végül az egyetlen magyarországi ATLS oktatócentrumként részletes ismertetést nyújtanak a 2005 óta immár 14 alkalommal megtartott kurzusairól.

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG

2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA

2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

A-0060

SPORTOLÓK KRÓNIKUS BOKAÍZÜLETI INSTABILITÁSÁNAK MŰTÉTI ELLÁTÁSÁVAL SZERZETT TAPASZTALATAINK ANATÓMIAI REKONSTRUKCIÓ ÉS FIBULA PERIOSTEUM LEBENY ALKALMAZÁSÁVAL

Szilágyi Zoltán - Biró Csaba - Kelemen Péter

*Vas Megyei Markusovszky Kórház, Szombathely
Regionális Sportorvosi Centrum, Szombathely*

Az előadásban ismertetjük a krónikus bokaízületi instabilitás problematikáját, kialakulását, diagnosztikáját, annak kezelési stratégiáját, a műtéti ellátás menetét, eredményeit, utókezelését.

A külboka szalag sérülését követően kialakuló felső ugróízületi instabilitás nagymértékben befolyásolja mind az átlagember, mind a sportolók életvitelét, életminőségét. A bokarándulások és szalagsérülések a leggyakoribb sportsérülések közé tartoznak. Túlnyomó részük, - 85-90 %- a külboka szalagrendszerét érinti. A nem megfelelően ellátott sérülés következtében kialakul a felső ugróízületi instabilitás.

Súlyosabb formái a mindennapi aktivitás csökkentésére kényszerítik a beteget és hosszú távon az ízület irreverzibilis degeneratív károsodásához vezetnek. A krónikus felső ugróízületi instabilitás kezelése alapvetően konzervatív vagy műtéti lehet. Általános álláspont szerint műtetre, az esetek 10-30 %-ában, csak korrek konzervatív kezelés eredménytelensége esetén van szükség.

Az előadásunkban 2000. óta 25 hobbi és versenysportoló krónikus bokaízületi instabilitása miatt végzett műtéti ellátásával szerzett tapasztalatainkat ismertetjük.

A műtétek során az anatómiai rekonstrukcióval kombinált fibula periosteum lebennyel elvégzett külboka szalag plasztikát végeztük.

A sportsérülések diagnosztikáját röntgen felvétel, tartott röntgen felvétel, ultrahang vizsgálat, MR vizsgálat segítségével végeztük. A műtétet csak a konzervatív terapia sikertelensége esetén végeztük el.

A műtétek egy részében bokaízületi arthroscopiat is végeztünk egy ülésben a bokaszalag pótlással. A betegeket átlagosan a 2. post operatív napon emittáltuk az osztályunkról rövid alsó végtagi gipszrögzítésben, anticoagulans profilaxis mellett. Az átlagos rögzítési idő 6 hét volt.

A betegek egyéni gyógytorna kezelését a rögzítés eltávolítása után kezdtük meg. Kifejezett hangsúlyt helyeztünk a proprioceptív tornára. A betegek átlagosan a 12-16 hét múlva tértek vissza a sporthoz.

EREDMÉNYEK: A sportolók nagy része visszatért a verseny illetve hobbi sporthoz, instabilitási panaszaik megszűntek. Reruptura 1 esetben történt adekvát traumára.

A módszert a krónikus bokaízületi instabilitás kezelésére kiválóan alkalmasnak tartjuk, nem szükséges a boka anatómiai egységének megbontása, gyors gyógyulás várható, hamar megkezdhető a sportszerű terhelés.

A-0061

MELLKASI DETENZIONÁLÁS A HELYSZÍNEEN ÉS FOLYTATÁS A KÓRHÁZBAN, AVAGY MI A JÓ.....

Hetzman T. László - Temesvári Péter - Sóti Ákos

Magyar Légimentő Nonprofit Kft., MH-Honvédkórház, Budapest

CÉLKITŰZÉSEK: Világszerte egyre több közlemény jelenik meg a helyszínen végzett mellúri tü dekompresszió sikertelenségéről, a mellkascsővezés szövődményeiről, ezzel párhuzamosan egyre nagyobb számban figyelhető meg a pozitív nyomású lélegeztetés mellett egyszerű thoracostomiával végzett mellúri dekompresszió terjedése, ami alacsony szövődmény ráta mellett effektívnek bizonyul. Jelen előadás célja bemutatni az adatok mögött rejlő okokat ill. felhívni a figyelmet ezen utóbbi módszer létjogosultságára hazánkban.

MÓDSZEREK: Az elmúlt években nemzetközi irodalomban megjelent közleményeket vettük alapul, hogy összhangban a Dél-Kelet Angliai Légimentők közel 10 éves tapasztalatával, bizonyítsuk azon feltételezésünket, mely szerint a mellúri tü dekompresszió sok esetben inefektív marad, a helyszíni mellkas csővezés pedig felesleges kockázatokat rejt.

EREDMÉNYEK: Az áttekintett irodalmi adatok alapján összességében elmondható, hogy a mellúri tü dekompresszió nagy mértékű inefektivitása (25-50%) bizonyosságot nyert. A helyszíni mellkascsővezésnél szintén relatíve sok szövődményt (2-25%) igazoltak az irodalmi adatok, azonban több olyan cikket találtunk, melyben a szimpla thoracostomia gyakorlatilag szövődménymentes ill. alacsony szövődményráttával járó procedúráként került leírásra. Mindezeket megerősítette a Dél-Kelet Angliai Légimentők közel 10 éves tapasztalata is, melyről több előadássorozatban ill. nemzetközi közleményben is beszámoltak.

KÖVETKEZTETÉS: A fentiek tükrében tehát a prehospitalis mellúri tü dekompresszió csak speciális esetekben, fenntartásokkal és minden esetben csak átmenetileg alkalmazható eljárásként kellene, hogy szerepeljen a mindennapos betegellátásban. Ezek mellett a helyszíni mellkascsővezés lehetséges szövödményeinek ismeretében, pedig az adatok alapján úgy tűnik, hogy a pozitív nyomással lélegeztetett betegek esetén a szimpla, csővezés nélküli, thoracostomiát érdemes előnyben részesíteni, ehhez azonban elengedhetetlen, hogy a helyszínen megkezdett ellátást a felvevő kórházi osztályok a megfelelő ismeretek birtokában folytassák.

A-0062

ROTAX TÉRDPROTÉZIS RENDSZERREL SZERZETT KEZDETI TAPASZTALATAINK

Molnár Péter - Fekete László - Papp Gábor

Magyar Honvédség Honvédkórház, Általános Traumatológiai Osztály, Budapest

CÉLKITŰZÉS: Reménytelennek tűnő térdprotézis körüli törések illetve nagyfokú komponens lazulások, csontvesztések, és lágyrész elégtelenségek mellett, mozgó, terhelhető térdízület kialakítása térdprotézis rendszerrel.

MÓDSZER: Honvédkórház Általános Traumatológiai Osztályán 2008-2011 között protetizáló műtétek, 6 alkalommal használtuk a Protetim Rotay ill. Tumor protézis rendszert.

EREDMÉNYEK: A fenti rendszerrel ezen időszak alatt 5 nő és 1 férfi beteget protetizáltunk. A műtétek időpontjában a nők átlag életkora 80 év, a férfi beteg 60 éves volt. Három alkalommal ROTAX, három alkalommal Tumor protézis rendszer használatára kényszerültünk a jelentős csonthiány miatt. Két esetben szánkó (4 évvel a beültetés után) ill. total (9 évvel a beültetés után) térdprotézis melletti szuprakondiler törés LISS lemezes szintézisét követően történt egy ROTAX ill. egy Tumor protézis beültetése. Másik két esetünkben 10 ill. 5 évvel a totálkondiler térdprotézis beültetése után kialakult primer törés ellátása Tumor protézis rendszerrel történt a komponens lazulások és csonthiányok miatt. Egy esetben 9 évvel a szánkó protézis beültetését követően komponens lazulás és térdízületi luxatio miatt kényszerültünk a ROTAX rendszer használatára. Egy esetben az oszteonekrozis miatt fokozatosan kialakult extrém valgusz és következményes fáradásos törés és lágyrész elégtelenség valamint járásképtelenség miatt döntöttünk a ROTAX rendszer mellett. Az operált 6 beteg közül 5 elégedett a műtéttel és jó mozgástartomány mellett terheli végtagjait. Egy 80 éves nőbetegünknel 4 héttel a műtétet követően szeptikus szövödmény miatt feltárás lavage drainage történt, majd a primer műtéttől számított 10 héten az alkalmazott antibiotikus th ellenére femorális amputációra kényszerültünk a végtag lágyrész viszonyai és a beteg általános állapota miatt.

KÖVETKEZTETÉSE: A primer térdízületi protetizálások alkalmával úgy gazdálkodjunk a csontállománnyal, hogy mindig gondoljunk a lehetséges revízió vagy revíziók ill. törések lehetőségére. Törekedjünk a maximális csontmegtartásra. Azonban a térdízület protetizálása "lágyrész műtét", s hiába tudunk a tárházban lévő revíziós rendszerekkel csodákat építeni, amikor nincs megfelelő szalag és izomrendszer, a Magyarországon elérhető ROTAX protézis rendszer lehet a végső megoldás.

A-0063

BOKAÍZULETI ENDOPROTÉZIS -AMÍG EGY ELJÁRÁS BEVEZETÉSRE KERÜL

Hanusz Tamás - Kárpáti Klaudia - Zsiros Lajos

Magyar Honvédség Honvédkórház, Általános Traumatológiai Osztály, Budapest

CÉLKITŰZÉS: A felsőugróízület protetizálása a primer és secundar arthrosis kezelésében az ízület végleges elmerévtése mellett nemzetközileg elismert alternatívát kínál. Sajnálatos módon az eljárás Magyarországon rutinszerűen még nem végezhető. Célunk, hogy előadásunkban bemutassuk az eljárás főbb előnyeit, valamint a hétköznapi klinikumba történő bevezetésének fontosabb mozzanatait.

MÓDSZER: Az általunk használni kívánt implantátum, a bokaprotézisek harmadik generációjába tartozó CCI Evolution. Számos nemzetközi tapasztalat alapján a betegeknél a műtétet követően a fájdalom jelentős enyhülése és a mozgástartomány javulása következett be.

EREDMÉNYEINK: Kezdeményezésünkre az Egészségügyi Tudományos Tanács - Tudományos és Kutatásaitikai Bizottsága (ETT-TUKEB) előzetes szakhatósági állásfoglalás keretein belül hozzájárult az eljárás kezdeti bevezetéséhez. Ennek birtokában az OEP finanszírozásába történő befogadási eljárást elindítottuk.

KÖVETKEZTETÉS: Korábbi szakirodalmi megállapítások szerint a harmadik generációs bokaprotézisek megfelelő alternatívát kínálnak az arthrosis műtéti kezelésében. Reményeink szerint a közeljövőben a napi gyakorlatban is rutinszerűen végezhető, az OEP által finanszírozott beavatkozásként alkalmazhatjuk az eljárást.

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA 2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

A-0065

JETLAVAGE A SEBELLÁTÁSBAN: SZENNYEZETT ÉS INFJEKT SEBEK KEZELÉSE

Tamás Gergely

Magyar Honvédség Honvédkórház, Általános Traumatológiai Osztály, Budapest

CÉLKITŰZÉS: A jetlavage egyre szélesebb körben terjed a szennyezett és fertőzött sebek ellátásában. Osztályunkon az elmúlt években egyre növekvő számban alkalmazzuk, míg az afganisztáni misszióban ennél még jelentősebb szerepet kap.

MÓDSZER: Vizsgálataink alapján mechanikai hatása miatt jelentős előnyt nyújt a szennyezett és infekt sebek tisztításában a hagyományos módszerekkel szemben, azonban nem megfelelő esetben alkalmazva a felhasznált magas nyomás jelentős hátrányokat is képezhet. A pro és kontra érveket néhány itthon és az afganisztáni műveleti területen ellátott eset bemutatásával illusztráljuk.

EREDMÉNYEK: Megfelelő indikációval alkalmazva a jetlavage jelentősen javítja a szennyezett sebek gyógyulási prognózisát, ezért, bár a hagyományos módszereknél drágább, indokolt esetben mégis megéri azt alkalmazni.

A-0066

SZINTETIKUS IRHA (INTEGRA) ALKALMAZÁSA KOMPARTMENT SZINDRÓMA UTÁN VISSZAMARADT KÉZHÁTI BŐRHÍÁNY KEZELÉSE SORÁN (ESETBEMUTATÁS)

Tamás Gergely

Magyar Honvédség Honvédkórház, Általános Traumatológiai Osztály, Budapest

A kéz compartment szindróma ritka izolált előfordulása és speciális tünettana miatt érdekességnek számít a traumatológiában. Esetünkben LMWH profilaktikus alkalmazása mellett kialakult vérömleny eredményeként jött létre. Ellátása több lépésben történt, felhasználva az elérhető legjobb eszközöket, többek között a szintetikus irhának is nevezett integra eszközt.

ESETLEÍRÁS: idős nő többnapos kézháti vérömleny következtében kialakult izolált kéz compartment szindrómával jelentkezett ügyeletben. Első lépésben sürgős fasciotomia történt a kéz szükséges rekeszeinek megnyitásával, és gyakorlatilag a teljes elhalt kézháti bőr eltávolításával. Második ülésben Integra felhelyezésével kedvező viszonyokat teremtettünk, a harmadik lépésben elvégzett félvastag bőrátültetés végrehajtására. A műtéti kezeléseket a teljes funkcióig irányított gyógytorna követte.

KÖVETKEZTETÉS: a kéz compartment szindróma időről időre történő felvetése fontos a tüneten időben történő felismerésében és a megfelelő ellátás megadásában. Az ellátás többlépcsős, amelyben a legújabb fejlesztések, nagyfokú szövethiány esetén például az Integra szintetikus irha jól alkalmazható a teljes funkció visszaszerzéséhez vezető úton.

A-0067

POSZTOPERATÍV DIAGNOSZTIKA JELENTŐSÉGE A GERINCSEBÉSZETBEN

Arabpour Mohammad Reza - Molnár Levente - Németi Zoltán

Kenézy Kórház Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft., Debrecen

CÉLKITŰZÉS: egy fiatal motoros neurológiai tüneteket nem okozó ágyéki csigolya törés ellátása során kialakult iatrogen idegrendszeri károsodás kapcsán mutatunk rá a posztoperatív neurológiai tünetek korai felismerésének és az azonnali diagnosztika jelentőségére. Bemutatjuk azokat a műtéttechnikai alapelveket, melyekkel kevésbé jártas sebész is nagy biztonsággal operálhat thoracolumbalis csigolyatörést.

MÓDSZER: ESETISMERTETÉS, B.L. 40 éves férfi, közlekedési balesetben L.III. instabil csigolyatörést szenvedett el. Az L.II-IV, transpedicularis desis után jobb oldali L.3 gyöki fájdalom és jobb m. quadriceps paresis, majd atrophía alakult ki, melyet a primer ellátó intézet nem vizsgált ki tüzetesen. A panaszok hátterében vékony szeletes, csontablakos CT vizsgálattal gerinccsatorna felé haladó, radixot elérő malpozíciós csavar igazolódott 2 helyen is.

EREDMÉNYEK: a rossz helyzetű jobb felső és bal alsó csavarok műtéti korrekciójával és ismételt rehabilitációval a beteg panaszai, tünetei sokat javultak. Fájdalma megszűnt, az izomerő nőtt, de az atrophía csak minimálisan javult. A beteg járóképes lett.

KÖVETKEZTETÉSEK: Magyarországon a thoracolumbalis gerinc sérüléseit idegsebész, baleseti sebész és ortopédus egyaránt elláthatja. A nálunk is használatos, szakmai protokoll szerint végzett és kontrollált műtéti technikával a lumbalis régióban kevésbé jártas operatőr is biztonsággal el tudja végezni a transpedicularis csavarozást. Iatrogen neurológiai tünetek esetén különösen fontos a megfelelő radiológiai vizsgálo módszer kiválasztása és késedelem nélküli elvégzése a szövdmények elkerülése és csökkentése érdekében. A később igazolt rossz helyzetű csavarok okozta neurológiai károsodások korai műtéttel megelőzhetők lettek volna, ill. valószínűleg nem okoztak volna maradandó károsodást.

A-0068

HUMERUSFEJ IMPRESSIO OKOZTA VÁLLÍZÜLETI INSTABILITÁS ELLÁTÁSA ROTÁCIÓS OSTEOTOMIÁVAL

Urbán Ferenc¹ - Fekete Károly¹ - Kovács Marianna² - Turchányi Béla¹

¹Debreceeni Egyetem OEC Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék, Debrecen

²Kenéz Közház-Rendelőintézet Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft., Központi Radiológiai Diagnosztika, Debrecen

BEVEZETÉS: Több mint 250 különböző eljárás ismert a vállízületi instabilitás kezelésére. Weber 1964-ben végezte az első rotációs osteotomiát(2). Jóllehet ez a műtéti megoldás nem tartozik a gyakran alkalmazott megoldások közé, a humerusfej akut impressio törése és krónikus Hill-Sachs laesioja esetén azonban hatékony alternatívát kínál. Habár a műtétet eredetileg az elülső instabilitás kezelésére dolgozták ki, jól alkalmazható a subcapitalis humerus osteotomia hátsó vállficamok után is. A szerzők négy esetről számolnak be, bizonyítandó, hogy esetenként egy ódivatú megoldás is jó eredményt nyújthat.

ANYAG ÉS MÓDSZER: A szerzők négy, fizikailag aktív férfi ellátásának tapasztalatait ismertetik. A legfiatalabb 28, a legidősebb 67 éves volt a műtét időpontjában. Kettőjük elülső instabilitásának hátterében a fej jelentős hányadát érintő Hill-Sachs laesio állt. A hátsó vállficam nem tartozik a gyakori sérülések közé, és sajnos gyakran nem kerül időben felismerésre(1). Az egyik hátsó vállficam után ellátott sérült esetében is ez történt. A negyedik beteg esetében, az inzultus során elszenvedett hátsó vállficamot kísérő impressio törés sikertelen primer ellátása után végeztek rotációs osteotomiát. Az osteosynthesis valamennyi esetben hagyományos implantátummal történt.

EREDMÉNYEK: Sebgyógyulási zavar, fertőzés nem lépett fel. Ismételt ficamok nem észleltek. Egy alkalommal a „szögletlemez”-ként beültetett KFI harmadcső lemez eltört, de a csontos konszolidációnak köszönhetően a lemezt nem kellett kicserélni. A legfiatalabb sérült teljes vállfunkcióval gyógyult. Az idősebb betegek esetében 15 fokos abdukciónak elmaradás, míg a hátsó ficam után ellátott sérülteknél 15 fokos kirotációs korlátozottság is visszamaradt.

KÖVETKEZTETÉSEK: A humerus subcapitalis rotációs osteotómia eredményesen alkalmazható a fej súlyos impressiojával járó ficama esetén. Jó csontállományú, aktív betegekről lévén szó, a hagyományos implantátumok is megfelelő stabilitást adnak, de a KFI harmadcső lemez esetében érdemes a megerősített változatot használni.

HIVATKOZÁSOK: 1. Krivohlavek M, Lukas R, Toller S: Undiagnosed posterior dislocations of the shoulder joint. A preliminary report. *Rozh l Chir.* 2007 Jan;86(1):41-8
2. Weber B.G et al.: Rotational Humeral Osteotomy for Recurrent Anterior Dislocation of the Shoulder Associated with a Large Hill-Sachs Lesion. *JBJS.* 1984 Dec; vol. 66-A, No.9.

A-0069

THORACOLUMBALIS GERINCTÖRÉSEK KEZELÉSE TRANSPEDUNCULARIS CSAVAROKKAL OSTSZÁLYUNKON

Amairi Faiz - Andriská István

Tolna Megyei Balassa János Kórháza, Traumatológia, Neurotaruma Részlege, Szekszárd

A thoracolumbaris gerinctörések a törések kb. 1-2%-a tesz ki.

A gerinctöréseket általában konzervatívan kezeltük, és a törések 6 %-át operáltuk.

A gerinc törések korai operatív kezelése biztosítja a korai mobilizálást, gerinc korai funkcionális tornáztatását, akadályozza a gerincvelő és az idegelemeket sérülését, beteg komfort érzetét javítja, és csökkenti a kezelési napokat.

Ostszályunkon 2003-2010-ig 161 különböző súlyosságú thoracalis és lumbalis gerincszakasz töröttet kezeltünk. ebből 23 eset operatív kezelésre szorult. Az fő indikáció általában a törés instabilitása, és a gerinccsatorna szűkülete, és az idegelemek sérülése volt.

Az instabilitást DENIS három oszlop elmélete alapján határoztuk meg, Rtg. és Ct. segítségével.

A törések stabilizálása hátsó feltárásból transpeduncularis csavarokkal végeztünk, post operatív 2. napon a betegeket mobilizáltuk. 16 beteg traumás fűzőt viselt.

EREDMÉNYEK: a korai operatív kezelés lehetőséget adott a korai mobilizáláshoz, csökkentette az ápolási napokat, és társult sérüléseket könnyebben tudtuk kezelni.

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA 2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

A-0070

PROXIMÁLIS HUMERUS TÖRÉSEK ELLÁTÁSI TAKTIKÁJA

Fésüs Márton - Szeferinkin Bojko Lazarov - Urbán Ferenc
Debreceni Egyetem OEC Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék, Kenézy Kórház Eü. Szolg. Nonprofit Kft

CÉLKITŰZÉS: A szerzők retrospektív vizsgálatot végeztek a DEOEC Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszékén azaz a Kenézy Kórház Eü. Szolg. Nonprofit Kft Traumatológiai és Kézsebészeti osztályán a 2009 június és 2011 november között kezelt humerus vállízületi végi törések ellátásáról.

A vizsgálat elsődleges célja annak megállapítása volt, hogy milyen kezelési taktikát választottak, illetve, hogy a törés típusa és a beteg általános állapota hogyan befolyásolja a terápiás döntéseket.

ANYAGOK ÉS MÓDSZEREK: A DEOEC Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszékén, a Kenézy Kórház Eü. Szolg. Nonprofit Kft Traumatológiai és Kézsebészeti Osztályán 2009 június és 2011 november között proximalis humerustöréssel kezelt felnőtt betegek dokumentációját tekintették át. 2009. június 1. óta működik az intézményben digitális radiológiai képrögzítés, ennek megfelelően valamennyi sérült röntgenfelvétele elérhető és vizsgálható. A töréseket az AO Müller által létrehozott beosztása alapján klasszifikálták. Az adatok feldolgozása a számítógépes adatbázis alapján, kórházi és ambuláns dokumentációk áttekintése alapján történt.

EREDMÉNYEK: A vizsgált periódusban 192 felnőtt beteget láttak el humerus vállízület közeli törés miatt, 129 nőt és 63 férfit. Nők esetében 41 betegnél, férfiak esetében 16 betegnél döntöttek konzervatív, és 88 illetve 47 alkalommal valamilyen operatív kezelés mellett Percután dróttűzés 97, húzóhurkos rögzítés 4 (ebből 3 alkalommal a sebészi nyak törés tűződrótos rögzítése mellett), retrográd velőürsinezés 9, velőürszegezés 6, konvencionális T lemezes rögzítés 9, szögletstabil lemezes ostesynthesis 8 és primer vállízületi protézis beültetés 5 esetben történt.

A Müller klasszifikációval összevetve a 11 A1, AZ illetve B1 típusú törések esetében minden esetben konzervatív kezelést vagy percutan stabilizálást végeztek. Az összes többi töréstípusnál a választott terápia igen széles palettán mozgott.

KONKLÚZIÓ: A Müller féle AO beosztás nem ad egyértelmű útmutatást a terápia megválasztására. A sebész döntését számos tényező, a törés típusa, a beteg kora, általános állapota mellett tapasztalata és a különböző műtéti eljárásokban való jártassága befolyásolja.

A-0071

AZ UTÓKEZELÉS SZEREPE A DISTALIS RADIUS TÖRÉSEK ESETÉBEN PROSPEKTÍV, RANDOMIZÁLT, DUPLA VAK, PLACEBO KONTROLLÁLT VIZSGÁLAT

Szabó Zsolt - Lenkei Balázs - Németh Zoltán - Nagy Endre - Tar Lívia
Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Traumatológia osztály, Miskolc

BEVEZETÉS: A distalis radius törés a leggyakrabban előforduló törés mely gyakorlatilag minden korcsoportot érint. Közhelynek számít, hogy az utókezelésnek, /gyógytorna, fizioterápia/ jelentős szerepe van a funkció visszanyerésében.

Ezt az általános megállapítást senki nem vitatja pedig valójában nem rendelkezünk összehasonlítható adatokkal arra vonatkozóan hogy ténylegesen van-e szerepe az utókezelésnek, van-e jelentősége az utókezelés hosszának, alkalmazás időpontjának, illetve az alkalmazott modern fizioterápiás kezelések fajtájának/ elektromágneses kezelés/ a végső eredmény kialakulásában. Ezekre a kérdésekre keressük az objektív választ prospektív randomizált dupla vak, placebo kontrollált vizsgálatunkkal melynek protokollját a tudományos etikai bizottság már elfogadta. Célunk ezzel az előadással vizsgálatunk menetének, hipotézisének és várható eredményeinek bemutatása, megbeszélése az esetleges hasznos észrevételek felhasználása, más centrumok esetleges bevonása.

ANYAG ÉS MÓDSZER: A tervezett vizsgálati protokoll, a vizsgálati csoportok, a randomizáció, a dupla vak jelleg a placebo kontroll megvalósítása illetve a betegvizsgálati módszerek ismertetése.

EREDMÉNYEK: Egy éppen csak elkezdődött, de 3 évesre tervezett átfogó, több száz beteget nyomonkövető vizsgálat esetében eredményekről még nem számolhatunk be, de ennek az előadásnak nem is ez a célja.

KÖVETKEZTETÉSEK: Egy jól felépített vizsgálat esetén egyedülálló, objektív adatok birtokába jelenthetünk ki, vagy cáfolhatunk meg, olyan eddig csak hitt, vallott vagy nem randomizált, retrospektív, megkérdőjelezhető bizonyítékokra támaszkodó tényeket, kezelési algoritmusokat melyek érdemben befolyásolhatják a nagyszámú distalis radius törött ellátását.

A-0072

ALKALMAZHATÓ E FIZIKOTERÁPIÁS KEZELÉS FÉM IMPLANTÁTUM ESETÉBEN? PROSPEKTÍV, RANDOMIZÁLT, PLACEBO KONTROLLÁLT VIZSGÁLAT TERVEZETE

Szabó Zsolt - Lenkei Balázs - Kazacsay Ferenc - Tar Lívía

Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Miskolc

BEVEZETÉS: A traumatológiai betegek kapcsán naponta szembesülünk azzal a ténnyel, hogy fém implantátum esetében a gyógytornász vagy fizioterápiás szakasszisztens megtagadja a kezelést alkalmazását. Ennek oka az évtizedek óta tanított és gyakorlatban alkalmazott tévhit, hogy fém implantátum esetében az alkalmazott kezelések, /iontoforézis, ingeráram, UH, elektromágneses kezelés/ az implantátumok felmelegítése kapcsán súlyos károsodást okozhatnak a beteg szervezetében. A leginkább szájhagyomány útján terjedő, de még ma is tanított több évtizedes tankönyvek szerint az implantátum felmelegedése akár égési sérüléseket illetve csontelhalást, az implantátumok kilazulását eredményezheti. Mivel klinikai gyakorlatunkban többször előfordult hogy véletlenül olyan betegek is részesültek elektromos fizioterápiás kezelésekből akikben fém implantátum volt, és soha semmi negatív következményt nem észleltünk ezért elhatároztuk, hogy tudományosan utána járunk ennek a tévhitnek és megvizsgáljuk, hogy tényleg van-e bármilyen hatása a ma alkalmazott fizioterápiás kezeléseknak a fém alapú implantátumokra.

ANYAG ÉS MÓDSZER: A Miskolci Egyetem Elektromechanikai tanszékén in vitro laboratóriumi vizsgálatokat végeztünk melynek során a kezelések alatt alkalmazott áram fajtákat illetve azok többszörös értékeit is direktben az implantátumokon majd fiziológias oldattal átitatott köztes szivacs rétegeken keresztül illetve sertés lábakon /bőr, zsír, izom/ interpozítmum esetén alkalmaztuk és mértük az implantátumok fizikális paramétereiben történt változásokat, így a hőmérsékletet illetve hossz, vastagság, szélesség változásokat.

EREDMÉNYEK: A mérések eredményei egybehangzóan igazolták hogy nem csak az emberhez hasonló jó szigetelés esetén de a direktben az implantátumra alkalmazott áram hatások esetében sincs érdemi hőmérséklet, illetve terjedelem változás. A gyógyászatban alkalmazott értékeknél 10 szer nagyobb áram esetében is csupán 1-2 C fok eltérést mértünk.

KÖVETKEZTETÉS: Vizsgálati eredményeink illetve eddigi klinikai alkalmazásaink alapján kijelenthetjük, hogy a fizioterápiás kezelések alkalmazása implantátumok esetén sem okoz semmilyen káros hatást és ennek alapján jogosultnak érezzük magunkat egy prospektív, randomizált dupla vak kísérlet sorozat megtervezésére, elkezdesére.

A-0073

INSTABIL COMBNYAKTÖRÉSEK ELLÁTÁSA MÓDOSÍTOTT, SZÖGSTABIL MANNINGER CSAVARRAL

Flóris István¹ - Baktai József¹ - Balázs Péter¹ - Vukov Ádám¹ - Smuczer Tibor²

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

² Sanatmetal KFT.

BEVEZETÉS: Intézetünkben 1990 óta használjuk a kettős, kanülált combnyakcsavarozást (Manninger csavarozás) a diszlokáció nélküli és a mérsékelt diszlokált combnyaktörések ellátására. A hagyományos, standard csavarozás [két, párhuzamosan vezetett 8 vagy 9,5 mm átmérőjű Manninger csavarral kis lemezzel kiegészítve] az instabil, diszlokált törések egy részében nem ad kellő stabilitást, különösen súlyos osteoporotikus csontállomány esetében.

ANYAG ÉS MÓDSZER: Kutatócsoportunk az instabil, osteosynthesisel ellátható combnyaktörések műtéti ellátására az eredeti Manninger csavar módosításával fejlesztett ki egy stabilitást növelő rendszert. Olyan toldalékmezezt és az eredeti csavarra helyezhető toldalékot fejlesztettünk ki és teszteltünk, mellyel mindkét csavar a lemezen keresztül szögstabilitást biztosít.

KÖVETKEZTETÉSEK: A szögstabil combnyakcsavar rendszer az osteosynthesisel ellátható instabil törések (AO beosztás szerinti 31B2.1, B2.3, Pauwels III és lateralis combnyaktörések) esetén használható

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA 2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

A-0074

A CSÍPŐFICAM, COMBFEJ-, COMBNYAK- ÉS SZUBTROCHANTER-TÖRÉS UGYANAZON A PROXIMÁLIS FEMURVÉGEN – A DEFINITÍV ELLÁTÁS

Noviczki Miklós¹ - Farkas Csaba²

¹Jósa András Oktatókórház, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztálya, Nyíregyháza

²Jósa András Oktatókórház, Ortopédiai Osztálya, Nyíregyháza

BEVEZETÉS: A szerzők egy politraumatizált esetben optimális megoldást kerestek a címben feltüntetett sérüléskombináció ellátására. A dilemma: oszteosztézis vagy primer protézis? A 2011-es ortopéd-traumatológus kongresszuson előzetes közlés formájában a helyreállítás első lépése bemutatásra került, ez alkalommal a definitív ellátásról számolunk be.

ESETISMERTETÉS: Közlekedési baleset során nagy energiájú sérülés-mechanizmus okozta a 33 éves férfi szinte klasszifikálhatatlan, ficamos, többszörös proximális femur-törését. Bár az első röntgen-felvételek alapján a sérülés kiterjedése sem volt pontosan felmérhető, a sérült életkora és a törés szubtrochanterikus komponense miatt a proximális femurvég oszteosztézissel való felépítése és második ülésben tervezetten elvégzendő protézis mellett döntöttünk. Az oszteosztézishez a combnyak-csavarozást is lehetővé tevő LCP-trochanterlemez választottuk.

A műtéti feltárás során a combfej ízfelszínének csaknem felét magába foglaló fejsapka-törést, a combnyak-combfej blokknak a lágyrész-összeköttetése teljes hiányával járó enukleációját valamint extrém fokban diszlokálódott szubtrochanterikus törést találtunk. A műtéti terven változtattunk, a proximális femurvég felépítését a combnyak-combfej komponens megtartása nélkül végeztük, így ideiglenes Girdlestone-állapotot hozva létre. A combfej csontállományát az oszteosztézis autológ spongióza-plasztikával való kiegészítésére használtuk fel. A törés gyógyulása után a fémkivétellel egy ülésben cement nélküli TEP beültetése történt, a gyulladás eddig zavartalan, szövődésmint nem észleltünk.

KÖVETKEZTETÉSEK: A beteg életkora, a törés morfológiája és kiterjedése rendkívül súlyos dilemma elé állítja a traumatológust. Esetünkben optimális megoldást nem találtunk, bármely kezelési terv súlyos kompromisszumokat hozzott. A nehézségeket tovább növelte a combnyakéhoz társult combfej-törés és a lágyrész-összeköttetések teljes hiánya, ami a combfej-combnyak blokk „ideiglenes spacer-ként” való felhasználását is lehetetlenné tette. A sérült csípőizület protézisálása után elért gyógyeredmény igazolta kezelési stratégiánk helyességét. Hasonló sérüléskombinációval és megoldással a hazai szakirodalomban nem találkoztunk, ezért esetünket bemutatásra érdemesnek tartjuk.

A-0075

KÖNYÖK MIX (RITKA HUMERUSZ DISZTÁLIS VÉG TÖRÉSEK)

Kincses Zoltán – Tóth László – Csotye János – Kovács Júlia

Pándy Kálmán Megyei Kórház Rendelőintézet, Baleseti Sebészeti Osztály, Gyula

BEVEZETÉS: Felnőtt korban humerusz distális vég izületbe hatoló töréseinél sok kis tördarab esetén az izületi felszín rekonstrukciója, gyermekkorban a csontmagok hiánya miatt a diagnosztika, illetve a későbbiekben jelentkező növekedési zavar miatt van nehéz helyzetben az operátor.

ESETISMERTETÉS: 52 éves nő lépcsőről leesett. A felkarcsont könyök izületi végének darabos törését szenvedte. Csak a trochlea ulnaris része maradt épen kb. egy centiméter szélességben. Olekranon oszteotómia után ideiglenes tűzésekkel adaptáltuk az izfelszín darabokat, majd mini titánium csavarokkal rögzítettük. A radiális oldalon a törés az epicondylusig terjedt, a szalagokat is rögzítő húzóhurkot alkalmaztunk. Gipszrögzítés mellett már elkezdtük az emlékeztető tornát. 0-20-120 fokok funkcióval gyógyult.

Második esetünkben 47 éves nő függőnyrakás közben sámliról leesett. Itt az izületi felszín teljes egészében darabosan tört. A legnagyobb tördarabot még el is ejtettük. Az izfelszín rekonstruáltuk, mini csavarokkal és tűződróttal rögzítettük. Flexió 0-35-95 fokok, a supináció az ellenoldaltól 15 fokkal elmaradt.

7 éves fiú játszótéri mászókaról esett le. Bal oldali transz- és diakondiláris törést szenvedett. Két oldalról, a tricepsz in eltartásával tártuk fel a törést, és tűződróttal rögzítettük. A drótokat eltávolítottuk. Négy évvel a sérülés után a funkció teljes, az ellenoldalival megegyező.

Negyedik eset: 15 éves nő, csontjai és kinézete alapján felnőtt C1-es típusú törését olekranon oszteotómia után csavarokkal és kétoldali KFI lemezeléssel rögzítettük. Kiegészítő rögzítésre nem volt szükség. Három hónap múlva az ellenoldalival megegyező funkciót láttunk.

A majdnem 13 éves fiú focizás közben elesett. A nagylányéval szinte teljesen egyforma törést szenvedett. Hátsó feltárásnak megfelelő bórmentszéből, a tricepsz in eltartásával tártuk fel a törést. A két fődarabot titánium csavarral és tűződróttal összefogtuk, majd az epicondylusok felől vezetett dróttal megtűztük. Három hét gipszrögzítés. A harmadik hónapban 20 fokok extenziós elmaradás. További vizsgálatra hiába hívtuk, nem jött el.

MEGBESZÉLÉS: A felkarcsont könyök izületi végének töréseit ellátni nem a könnyű rutin műtétek közé tartozik. Előadásunkban bemutatott esetekben jó eredményt sikerült elérni.

A-0076

EGY LÁBSZÁRTÖRÉS KAPCSÁN ÉSZLELT SZÖVŐDMÉNY TÉVES DIAGNOSZTIZÁLÁSA, VÉGÜL SIKERES ELLÁTÁSA

Sztrinkai Gergely

Pétery Sándor Utcai Kórház Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

A lábszártörések ellátása kapcsán előforduló szövődmények közül, az irodalomban is kiemelten taglalt compartment szindróma az egyik legjelentősebb, mégis gyakran elnézett komplikáció.

Az általunk ellátott sérültnél a postoperatív szakban izoláltan megjelenő hallux extensio elmaradását primeren, a törés helye, illetve a hallux extensor csontozat való közeli viszonya miatt, inkább insérülésnek tartottuk. A lágyrészek konszolidációját követően in rekonstrukciós kísérlet kapcsán észleltük az izomhas nekrotikus elfajulását, mely szövettannal is igazolt elhalásnak bizonyult. Az intraoperatív hozott döntés során a közös extensor izomhasat motorként felhasználva, a későbbi funkcionális eredmények alapján is elfogadható állapotot értünk el.

A compartment szindróma felismerése kiterjedt vizsgálatok szerint még a kiemelt központokban is gyakran elmarad, vagy csak késve születik meg. Az általunk ellátott beteg kapcsán is igazolódott, hogy az egyéb okokkal is magyarázható klinikai tünetek esetén, a compartment szindróma biztonságos kizárása nem mellőzhető.

A-0077

PERTROCHANTER TÖRÉSEK KORAI SZEPTIKUS SZÖVŐDMÉNYEINEK KEZELÉSE NEGATÍV NYOMÁSÚ SEBKEZELÉSI ELJÁRÁSSAL.

Patczai B. - Mintál Tibor - Horváth Á. - Naumov István - Várhidy László

Pécsi Tudományegyetem Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika, Pécs

Klinikánkon nagy esetszámban végzünk trochantertájú töréseket követően különböző oszteosztéziseket. A beteganyagunk az idős, polimorbid, szövődményekre magas kockázattal bíró populációt reprezentálja. A szövődmények közül az egyik legsúlyosabb a műtėti terület korai gennyedése, amely szinte minden esetben érinti magát az implantátumot is. A terápiás tervek vállalható kompromisszumok árán való véghezvitele komoly kihívást jelent mind a beteg, mind a sebész számára. Előadásunkban bemutatjuk az elmúlt három év olyan eseteit, ahol az implantátum megtartásának szüksége határozta meg a kezelési lehetőségeit. Minden esetben a sebészi kezelést negatív nyomású sebkezelési eljárásokkal támogattuk. Adataink objektív, és szubjektív értékelése alapján az elsődlegesen használt vácuum kezelés döntő jelentőséggel bír a korai súlyos szepszisz szövődmények kezelésében.

A-0078

PRIMER POSTTRAUMÁS VÁLLPROTÉZIS: ANATÓMIAI VAGY REVERZ? KORAI EREDMÉNYEINK A BALESETI KÖZPONTBAN

Gloviczki Balázs - Gulyás Károly - Szebeny Miklós - Bodzay Tamás

Baleseti Központ

Az időskori rekonstruálhatatlan proximális humerustörések kezelése ma már legtöbbször protézisbeültetést jelent. Tekintettel a gyors és egyszerű rehabilitációra világszerte elterjedően van a reverz protézis használata.

A Baleseti Központban az elmúlt pár évben kezdtük alkalmazni a hemiarthroplastikát a töréskezelésben.

A nem egyértelműen jó eredmények miatt 2011-től egyre gyakrabban reverz protézist ültetünk be.

Poszterünkön a kétféle eljárás korai eredményeit hasonlítjuk össze.

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA 2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

A-0079

KONFLIKTUSOK A SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁSBAN

Ambrus Szilárd - Hanusz Tamás - Háncs Tivadar

Magyar Honvédség Honvédkórház, Általános Traumatológiai Osztály, Budapest

BEVEZETÉS: Kórházunkban 2007 óta működik SBC (sürgősségi betegellátó centrum) egykapus rendszerrel. Ez a változás mind osztályon belül, mind interdiszciplinárisan új kérdéseket, nem egy esetben konfliktusokat szült.

TÁRGYALÁS: A napi gyakorlatban inkább Y rendszernek lehetne nevezni az SBC-n zajló betegellátást, mivel a sürgősségin dolgozó orvosok általában aneszteziológus, oxiológus szakorvosok, de leginkább különböző szakmák rezidensei a traumatológia ellátásban gyakorta nem kívánnak, és nem tudnak aktívan részt venni.

Az okok érthetőek: képzésük, tapasztalatuk ezen a téren csekély, létszámuk korlátozott. Sürgősségi szakorvosi képzés még igen kevés szakembert adott. Gyakori kérdés a társszakmák bevonását igénylő ambuláns betegellátás szervezése, kinek a feladata pl. az idegsebész, F-O-G, szájsebész, neurológiai konzíliumok megszervezése, mely szakmailag nem kihívás, de sokszor időigényes. Szintén napi konfliktushelyzeteket teremt a nem traumás, de végtagon jelentkező kórképek ellátása.

Az SBC kontra Traumatológia érdekellentétén kívül az egykapus rendszerrel osztályunkon belül is felvetődtek új kérdések: a sérültek ellátása mind térben (jelentős távolság az osztály és az SBC között), mind pszichésen (más szakmában "felölt" nővérek, ápolók segítenek a traumás ellátásban) eltávolodott az osztályunkon korábban megszokott rutintól. Ezáltal a korábban az ambulancián megszokott szakorvosi, akár főorvosi jelenlét jelentősen csökkent, amit némileg áthidal a kiépített informatikai rendszer és a digitális képkötés.

A politraumatizáltak ellátása több szakma együttműködését igényli, a karmester szerepe változás alatt áll, egyre gyakrabban az erősebb személyiségű és érdekérvényesítő ügyeletvezető vállalja ezt fel, míg korábban aneszteziológus, vagy traumatológus végezte.

Napi szinten dül a "harc" a diagnosztikai osztályokkal, a kért vizsgálatok indokolt voltát illetően – a kapacitások szűkösége miatt.

KÖVETKEZTETÉSEK: Az egyre szaporodó sürgősségi osztályok a korszerű betegellátás frontvonalai, de kidolgozott protokollok, az igényekhez igazított szakképzés, a kompetenciák egyértelmű meghatározása és versenyképes kereset mindenképpen szükséges a győzelemhez.

A-0080

"ÉLETMENTŐ" NAGYIZÜLETI ARTHROPLASTICA

Ambrus Szilárd - Pellek Sándor - Adám Gábor - Orosz Imre

Magyar Honvédség Honvédkórház, Általános Traumatológiai Osztály, Budapest

BEVEZETÉS: A műtét előtti kivizsgálás nemcsak a beteg műtési teherbírásának feltérképezésére szolgál. A szűrővizsgálatokra változó fegyvellemmel járó magyar társadalomban egy hatásos rosta tumorok, cukorbetegség, kardiovaszkuláris problémák felderítésében.

ESETISMERTETÉS: Elektív betegünk körében 2011-ben 20 alkalommal találtunk rutin kivizsgálásunk kapcsán ischaemias szívbetegséget, ritmuszavart, tüdőtumort, prosztata carcinómát, addig fel nem ismert anyagcsere betegséget, melyek megoldása, meg kellett hogy előzze a mozgásszervi műtétet.

KÖVETKEZTETÉS: Az ismertetésre kerülő esetekben az általunk kezelni kívánt kórkép mellett mintegy mellékleletként is észlelt betegség kezelése sokszor akár jelentősebben befolyásolta a páciensek életkilátásait, életminőségét, mint az általunk tervezett/elvégzett beavatkozás. Ennek fényében nem lehet eléggé hangsúlyozni az akár több társszakmák is bevonó alapos műtét előtti kivizsgálás fontosságát a mai magyar népegészségügyi helyzet tükrében.

A-0081

A DISTALIS HUMERUS TÖRÉSEK ELLÁTÁSA SZÖGSTABIL LEMEZSEL

Kószó Balázs – Horváth Attila – Körmöndi Sándor – Szabó Attila – Gion Katalin

SZTE, Általános Orvostudományi Kar, Traumatológiai Klinika, Szeged

Euromedic Diagnostics Magyarország Kft.

CÉLKITŰZÉS: Szakirodalmi adatokra alapozva 2007 júliusában bevezetésre került a Szegedi Tudományegyetem Traumatológiai Klinikáján a szögstabil DHP Distal Humeral Plate-k (továbbiakban DHP) használata. Célul tűztük ki a lemez előnyeinek vizsgálatát a distalis humerus interarticularis töréséinél.

ANYAG ÉS MÓDSZER: A distalis humerus törések 2-5 % között adja meg az irodalom az összes törésekhez viszonyítva. Sebészileg jelentős kihívást jelent az oteoproticus ízületbe hatoló distalis felkar törések ellátása. A distalis humerus törések eloszlási csúcsa a kort és nemet tekintve kettős. A legmagasabb száma a 20 év alatti férfiaknak és a 80 év feletti nőknek van. Fiataloknál általában nagy energiájú trauma következménye, időseknel az osteoporosisos csontra ható nyíróerők hatására jön létre a törés. A Szegedi Tudományegyetem Traumatológiai Klinikáján 2007 október és 2011 között 20 betegnél alkalmaztunk DHP implantátumokat. A DHP lemezeket anatómiailag előháljították. Az esetek döntő részében hátsó feltárást végeztünk olecranon osteotomiával. Betegeink törés beosztásánál a Müller AO osztályozást használtuk. A műtét célja az ízületi felszínek helyreállítása, stabil rögzítése ill. a korai postoperatív mozgatás biztosítása. A betegeket a műtétet követően a 6,12,16 héttel majd végül legalább fél évvel vizsgáltuk, kontrolláltuk 2 irányú röntgen felvételekkel. Kezdeti tapasztalatainkról számolunk be.

A-0082

CSÍPÓTÁJI PERIPROTETIKUS TÖRÉSEK KEZELÉSE OSZTÁLYUNKON

Dukai József - Börzsei László

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

Előregedő társadalmunkban a gyakori csípőtáji törések és artrózis miatt egyre nagyobb számban ültetünk be különböző protéziseket. Osztályunkon 2008 és 2012 között 19 periprotetikus töréses esetet kezeltünk. Ezeket a töréseket a Vancouver által ajánlott kritériumrendszer szerint osztályoztuk, és kezelésük az esetek többségében sebészi volt. Beteganyagunkban 10 nő és 9 férfi volt, melyek közül Vancouver „A” típusú 3, „B1” típusú 5, „B2” típusú 3, „B3” típusú 4, „C” típusú 4 sérült volt. Ellátásuk során az „A” típusú töréseknél konzervatív, illetve széles DC lemezes szintézist alkalmaztunk, „B” típusúaknál széles DC lemezes, széles LCP lemezes szintézist használtunk, melyet kiegészítettünk -szükség esetén- cerclage-zsal, és 3 esetben revíziós protézist ültettünk be, „C” típusú töréseknél LCP lemezt alkalmaztunk, melyet cable system rendszerrel egészítettünk ki. A töréskezelést követően 10 esetben kiváló, 4 esetben jó eredményt értünk el, 1 műtétet követően lemeztörést, 1 esetben lemezlazulást tapasztaltunk, egy betegünket pedig elvesztettük a posztoperatív időszakban. A Vancouver „A” típusú törések konzervatíván kezelhetők, ha a femorális komponensen lazulás jelei nem észlelhetők, ha elmozdulás jelei észlelhetők, akkor lemezes és cerclage-zsal történő stabilizálást javasolunk; „B1” és „C” típusú töréseknél lemezes stabilizálást ajánlunk, mely kiegészíthető - a csont állapotától függően - cerclage-zsal, feszítetű kábelrel, illetve Locking Attachment Plate-tel; „B2-B3” típusú töréseknél a kilazult szár cseréje szükséges, ha lehetséges, speciális revíziós protézisre, emellett indokolt lehet spongiosa plastica is.

A-0083

POLYTRAUMA MANAGEMENT – STATE OF THE ART

Varga Andre

Szegedi Tudományegyetem, Traumatológiai Klinika

A jelenlegi irodalmi adatok tükrében átvilágítjuk a polytrauma fogalmát. Az ellátás szintjeit és a különböző szinteken dolgozók képzési lehetőségeit.

Összehasonlító adatokat közlünk a magyarországi és a nemzetközi helyzetről. Felhívjuk a figyelmet az oktatás jelentőségére, a „skill képzések” módszereire, mint Advanced Trauma Life Support, Advanced Trauma Course for Nurses nővérképzés, Trauma Evaluation and Management Course-orvostanhallgatók képzésére, Advanced Trauma Operative Management – penetráló sérülések ellátására, Advanced Surgical Skills for Exposure in Trauma – baleseti sebészeknek, Rural Trauma Development Course – Trauma ellátás „vidéki” körülmények között, Disaster Management and Preparedness Course – katasztrófa ellátás körülményeire felkészítő tanfolyam. Áttekintjük a modern traumatológia módszereit, „Damage Control”, valamint Early total care”.

Kiemeljük, hogy ellenőrzött minőségi munkát csak rendszeres adatok közlésével és a nemzetközi Trauma regiszterhez való csatlakozással tudunk elérni.

Bemutatjuk a Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie és az European Society Trauma and Emergency Surgery jelenlegi álláspontját az egységes trauma regiszterről, valamint a Magyar Traumatológus Társaság véleményét a jövőbeli változtatásokról

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG

2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA

2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

A-0085

FRACTURA CAPITULI HUMERI REPLAY SEC. GAÁL

Haga Ágnes - Gera László - Fetter Tamás - Vásárhelyi Ferenc

Bács-Kiskun Megyei Kórház, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Kecskemét

A felnőtt korban az izolált capitulum humeri törés előfordulási gyakorisága a könyökizület sérülésein belül kb. 0,5-1 %, mely leggyakrabban elesés, leesés, ill. sport sérülés során következett be.

ANYAG ÉS MÓDSZER: Osztályunk 5 éves anyagában – retrospektív feldolgozás után – 8 capitulum humeri törést, és azok ellátását dolgoztuk fel. 5 esetben nyílt repositio és Herbert csavaros osteosynthesis, 3 esetben percutan, ill. feltárás során tűződrótos os-t végeztünk.

Post. operatív kezelést a betegek kooperációjától és a rögzítés módjától függően végeztük. Herbert csavaros megoldásnál a páciensek sebgyógyulásig viseltek gipszint, majd aktív funkcionális kezelést folytattunk. Tűződrótos os-nél két hét gipszrögzítést követően aktív funkcionális kezelésre váltottunk. Ezen ellátás mellett 80 %-ban teljes könyökizületi funkció, míg 20 %-ban 5-10 fokos flexio, ill. extensio elmaradást tapasztaltunk. Szövődményünk, suppuratio, redislocatio nem volt.

E ritka töréstípus ellátását mutatjuk be egy anaesztetológus kollégánk 1/2 alatt ismétlődött mindkét oldali capitulum humeri, szinte tűkörképszerű törésén át.

A-0086

SÚLYOS FELSŐVÉGTAG SÉRÜLÉS ELLÁTÁSI TAKTIKÁJA (ESETBEMUTATÁS)

Kerekes Lajos - Oberna György - Gera László - Gergely Zsolt

Bács-Kiskun Megyei Kórház, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Kecskemét

BEVEZETÉS: 20 éves kerékpáros férfit szgk. gázolt el, bal oldali komplex felsővégtagi sérülést szenvedett el.

ESETLEÍRÁS: Többek között felkar törést, ízületbe hatoló csonthiánnyal járó nyílt könyökíj-törést, csonthiánnyal járó nyílt alkar törést szenvedett el. Primeren fixateur externe, lemezes OS történt, majd bőrpótlás, ill. ulna csonthiány pótlása. Jelenleg a további ellátása folyamatban van.

KÖVETKEZTETÉS: Osztályunkon fiatal, súlyos csonthiánnyal, ízületi érintettséggel járó sérülés esetén törekszünk a minél jobb funkció elérésére.

A-0087

POLYTRAUMATIZÁLTAK ELLÁTÁSI TAKTIKÁJA OSZTÁLYUNKON

Fetter Tamás - Gera László - Oberna György - Kerekes Lajos

Bács-Kiskun Megyei Kórház, Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Kecskemét

Polytraumatizációt szenvedett sérültek ellátásának elemzése, ill. osztályunkon történő polytrauma ellátás bemutatása.

Az elemzésen keresztül az ellátás hatékonyságának növelése, szövődmények előfordulásának csökkentése.

Az elemzéshez a 2008 és 2011. között osztályunk keretein belül polytraumatizált betegpopulációt vizsgáltuk.

Retrospektív vizsgálatok során a New Injury Severity Score-t használtuk, az osztályos (Traumatológia, Intenzív Osztály) és ambuláns betegdokumentáció felhasználásával.

Eredményeinket az előadásban közöljük (feldolgozás folyamatban).

A-0088

PROPRIOCEPTÍV TRÉNING ALKALMAZÁSA VÁLLFICAM UTÁN A FIZIOTERÁPIÁS ELLÁTÁSBAN

Kéninger Judit - Vámosi Istvánné

JAON Kft.

A vállficam a traumatológiai fizioterápia gyakori betegségcsoportja.

A trauma, opus és rögzítés miatt felborul az izomegyensúly. Emiatt megváltoznak a vállizület mennyiségi és minőségi mozgásai, sőt a testtartási minta is. A gyógyító személyzet és a betegek felől érkező jogos elvárás a minél rövidebb gyógyulási idő, a teljes funkció elérése.

A funkcionális motoros képességek a mindennapi élet funkcióinak kivitelezési képességei,

melyhez alapvetően szükséges a koordináció és az egyensúly megtartásának képessége.

A propiocepció, vagyis az izületi helyzetérzés fontos szerepet játszik az izület dinamikus stabilitásában, az izület védelmében. Az izület stabilizálásához az agonista és antagonisták izmok koaktivációjára van szükség.

A JAON fizioterápiás ellátásába a kezelési protokoll szerinti mérsékelt védelmi fázis időszakában lévő betegek jelennek meg. Az alkalmazott eljárási rend alapján fizioterápiás státuszfelvételt követően csoportos gyógytorna ellátás történik.

A propioceptív tréning bevezetése előtt a vállficamos betegek gyógyulásának akadályát képezte a humeroscapuláris ritmus megbomlása, az ebből következő fájdalom és bizonytalanság.

A propioceptív tréning hatékonyságának vizsgálatához 12 beteg vizsgálati adatai kerültek feldolgozásra. Ebből 6 fő hagyományos ellátást, 6 fő propioceptív tréninggel kiegészített kezelést kapott. A csoportosítás az önkéntesség elvén alapult, külön szakmai kritériumai nem voltak.

A Fizioterápiás felmérés során a tradicionális betegvizsgálatot kiegészíti a

- félelem teszt
- anterior asztalfiók teszt
- Rowe-score

A kezelési terv tartalmazza:

- izomerősítést
- ROM-növelést
- eszközös propioceptív tréninget

A tréning segítségével a 1 hónappal hamarabb javult a neuromuszkuláris kontroll és a funkcionális stabilitás, valamint a betegek mindennapi tevékenységének biztonsága a kontrollcsoport gyógyulási idejéhez képest.

A-0089

LUMBÁLIS GERINC- ÉS MEDENCESÉRÜLÉSEK KOMBINÁLT ELLÁTÁSA

Szita János - Zsolczai Sándor

Péterfy Sándor Utcai Kórház, Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

Polytraumatisált sérültek esetén ritkán előforduló lumbális gerinc alsó szakaszának, illetve C típusú medence töréseknek egy ülésben történő kombinált ellátását, lumbopelvikus megtámasztást analizáljuk.

2011-ben 4 ilyen jellegű sérülést észleltünk. Előadásunkban kitérünk az idegrendszeri tünetek kezelésére, mind L-gerinc, mind a sacrum törések esetén. Ismertetjük műtéti technikánkat, esetleges localis osteosynthesis decompressio szükségességét, illetve az interdiszciplináris idegsebész, traumatológus együttműködésének szükségességét.

A-0090

SYNDESMOLYSISSEL JÁRÓ BOKATÖRÉSEK REPOSITIOJÁNAK POSTOPERATÍV ELLENŐRZÉSE CT-VEL, REPOSITIOS HIBÁK!

Szita János - Kocsis András - Kádas István

Péterfy Sándor Utcai Kórház, Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

Retrospektív analízist végeztünk syndesmolyssissal járó bokatörések műtéti ellátása után, állítócsavaros rögzítést követően. CT analízissel 14 beteg vizsgálata történt. A CT képek elemzése alapján leggyakoribb repositio hiba a fibula túlzott ventralis helyzete az incisurához képest, illetve tág syndesmolyssis műtét után.

Előadásunkban felhívjuk a figyelmet intraoperatív repositio manőverek hibalehetőségére, illetve megoldást ajánlunk a fenti repositio hiba kiküszöbölésére. CT vizsgálat alapján az esetek közel háromnegyedében a fibula ventralisan helyezkedik el. A vizsgálat prospektív, így a későbbi posttraumás arthrosisokkal kapcsolatban jelenleg még nincs értékelhető eredményünk.

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA 2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

A-0091

A ORSZÁGOS TRAUMATOLÓGIAI HÁLÓZAT FELMÉRÉSE 2011-BEN NÉMET STANDARD ALAPJÁN

Szita János - Kocsis András

Péterfy Sándor Utcai Kórház, Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

Harmadik alkalommal végeztünk felmérést traumatológiai fekvőbeteg ellátató intézmények között önkéntes részvétellel.

A kérdőív a Német Baleseti Társaság standardja alapján került kiküldésre. A felmérésben szigorú feltételekhez rögzíti mind osztályos, mind kórházi szinten, mind felszereltségben és dolgozói létszámban a különböző ellátási szintek feltételeit.

Általánosságban megállapítható, hogy I. szinten a craniofacialis eszközök változatlanul hiányoznak. I. és II. szinten pedig mind a műszerezettség, mind háttérügyelet, illetve intenzív háttér túlbiztosítást mutat.

2012-ben az osztályokat az OEP újra ellátási szintre fogja besorolni, melyhez a felmérés saját szakmai érdekeinket figyelembe véve segítséget nyújt.

A-0092

A PERTROCHANTER TÖRÉSEK KEZELÉSÉNEK EREDMÉNYEI OSZTÁLYUNKON

Lenkei Balázs - Szikszay Levente - Kazacsay Ferenc

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

BEVEZETÉS: A B-A-Z Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház Traumatológiai osztályán 2011-ben 385 alkalommal végeztünk műtétet pertrochanter femurtörés miatt. A tomportájéki törések mindig sok feladattal látták el a baleseti osztályok dolgozóit. A születéskor várható élettartam növekedésével, az osteoporosis talaján kialakuló törések okozta kihívás fokozatosan növekszik. A hatalmas esetszámot kihasnálva úgy gondoltuk, érdemes áttekinteni eredményeinket, illetve összehasonlítani azokat más intézmények publikációival. Célnk az volt, hogy igazoljuk az általunk kialakított kezelési stratégia létjogosultságát.

ANYAGOK ÉS MÓDSZEREK: Vizsgálatunkhoz a tavalyi évben megoperált AO 31 A1, A2, és A3 típusú törések eseteit retrospektív vizsgálattal dolgoztuk fel. Áttanulmányoztuk a betegek primer, postoperatív és kontroll röntgen felvételeit egészen a fél éves kontrollig. A rendelkezésünkre álló dokumentáció alapján statisztikai számításokhoz nyertünk hasznos információkat. A nemzetközi szakirodalomban a PubMed adatai szerint az utóbbi 5 évben 78 cikk született ebben a témakörben. A saját eredményeinket ezen cikkek adatainak tükrében értékeltük.

EREDMÉNYEK: Az osztályunkon pertrochanter törés miatt elvégzett majdnem 400 műtét során 40 esetben használtunk PFNA rendszert, a többi beteg törését Fi szeggel rögzítettük. A betegek kiválasztása nem randomizáltan történt. Jelenleg osztályunkon a PFNA használatának indikációi: rendkívül előrehaladott osteoporosis illetve pathológiás törés lehet, valamint ha a rendelkezésünkre álló Fi szeg tálcákat aznapra elhasználtuk. A speciális indikációs terület ellenére is azt találtuk, hogy PFNA-val primeren operált betegek eseteiben nem volt szükség reoperációra. Fi szeggel ellátott betegek esetében 17 alkalommal (5%) történt reoperáció, melynek döntő többsége a törésgyógyulás során relatíve hosszúvá vált csavarok cseréjét jelentette. Csupán 2 alkalommal volt szükség a szeg kivágódása miatt műszerváltásra. Ezek az eredmények a szakirodalomban publikált, kisebb esetszámokon alapuló komplikációs rátánál (10-17%) lényegesen jobbak. A műtéli leírásokból egyértelműen kiderül, hogy ekkora betegforgalom mellett a Fi szeggel kapcsolatban a legnagyobb problémát az implantációhoz használt szett kopása jelenti, mely az egyre pontatlanabb célzók miatt nehézkes distalis reteszelésben nyilvánul meg. Annak ellenére, hogy az optimálistól távol álló implantátum pozíciót, és törtvéglállást a postoperatív rrtg képeken gyakran láttunk, a fél éves kontroll idejére gyakorlatilag minden esetben kiváló callus képződés mutatkozott a felvételeken.

KÖVETKEZTETÉSEK: Természetesen mindannyian azt szeretnénk, ha betegek kezeléséhez a minden esetben a rendelkezésre álló legmodernebb, és az orvos számára legkönnyebben használható implantátumot alkalmazhatnánk. Osztályunk eredményei alapján határozottan állíthatjuk, hogy a mindenki által jól ismert gazdasági környezetben egy olcsóbb implantátum használata elfogadható, mert a betegeket megfelelően válogatva azzal is nagyszerű eredményeket érhetünk. A distalis reteszelés elengedhetetlen subtrochanter törések esetén, de ha a lateralis corticalis a proximális csavarok bevezetésének magasságában ép, és a szárral egyben van, akkor nem feltétlen kell ragaszkodnunk a két distalis reteszcsavarhoz. Az optimális implantátum helyzet természetesen elvár egy osteosynthesis kapcsán, de az intramedullaris technika ebben a metaphysealis régióban lenyűgöző gyógyulási tendenciát eredményez.

A-0093

A SZÖGSTABIL RENDSZEREK EGYIK SIKERTÖRTÉNETE – A013-C

Lenkei Balázs - Ungvári Gábor - Kazacsay Ferenc

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

BEVEZETÉS: A szögstabil rendszerek, és az anatómiának megfelelően előre modellált lemezek alkalmazása a humerus distalis vég törések esetén vitathatatlanul jobb eredményeket hozott, mint a hagyományos lemezek használata. A rögzítésre rendkívül érzékeny könyökízület környékén mindenki elfogadja a korai mobilizáció jelentőségét. A késői redislocatiók, kilazulások a mi beteganyagunkban bosszantóan gyakran fordultak elő, ha a jó funkcióra törekedve a korai mobilizációt próbáltuk előtérbe helyezni. Célunk az előadás elkészítésével az volt, hogy igazoljuk, egy szögstabil rendszer megoldást jelenthet erre a problémára.

ANYAGOK ÉS MÓDSZEREK: A B-A-Z Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház Traumatológiai osztályán eddig 22 esetben alkalmaztunk szögstabil rendszert A013-C típusú törés miatt. A betegek utánkövetése mindig nehézkes. Ebben az esetben 15 beteg részletes utánkövetését tudtuk érdemben elvégezni. A betegek kontrollvizsgálata legalább 3 hónapig, de volt eset, ahol 82 hétig nyomon követhető volt. Vizsgálatunkhoz a primer, a postoperatív, és a kontroll röntgenfelvételek értékelését végeztük el, secunder redislocato jeleit keresve. Az elért eredményeket két, nemzetközileg elfogadott kiértékelési rendszer (az Oxford Elbow Score és a Mayo Elbow Performance Score) alapján elemeztük. A kapott eredményeket a nemzetközi szakirodalom adataival, és saját korábbi, hagyományos lemezzel elért eredményeinkkel hasonlítottuk össze.

EREDMÉNYEK: Betegink kor, illetve nemek szerinti megoszlása a nemzetközi szakirodalomnak megfelelően alakult. A postoperatív röntgenfelvételek gondos primer repositioról tanúskodnak az eredeti törésben. Késői redislocatiót csupán egy esetben észleltünk. Az olecranon osteotomia rekonstrukciójakra minden esetben húzóerős rögzítést végeztünk, mely gyakran nehézségekbe ütközött, egy esetben álízület kialakulásához vezetett. A kérdőívek kitöltése után a két említett pontozási rendszer eredményeit összesítettük. Az Oxford Elbow Score szerint 11 beteget (78%), a Mayo Elbow Performance Score szerint 10 beteget (71%) tudtunk a legjobb minőségű kategóriába sorolni. Az elért eredmények alapján azt mondhatjuk, hogy a szakirodalmi cikkekben közölt adatoknak megfelelő eredményeket tudunk felmutatni.

KÖVETKEZTETÉSEK: A szögstabil, előre modellált lemezek használata ebben a régióban egyértelműen hatalmas előrelépést jelent. A lemez alakját kihasználva a korrekciós helyzetet elérni szinte minden esetben sikerült. Érdekes, hogy a szakirodalmi adatokkal egybehangzóan nálunk is előfordult olyan eset, ahol az olecranon osteotomia rekonstrukciója volt a műtét leggyengébb pontja. Ennek oka ismeretlen. A rendszer legnagyobb előnye, hogy betegeinknek korábban megengedhetjük az ízület tornáztatását, így a funkcionális eredmények a várakozásnak megfelelően alakulnak.

A-0094

A PROXIMÁLIS HUMERUSVÉG TÖRÉSEINEK MŰTÉTI KEZELÉSE

Csoty J. - Bardócz L. - Kovács J. - Kincses Z. - Soós I.

Pándy Kálmán Megyei Kórház Rendelőintézet, Baleseti Sebészeti Osztály, Gyula

CÉLKITŰZÉS: A proximális humerusvég, intraarticularis töréseinek kezelése jelentős mértékben megosztja a szakmai közvéleményt. Osztályunkon a vizsgált időszakban több osteosynthesis módszert alkalmaztunk ezen törés típusok kezelésében. Tudományos előadásunk célja a módszerek összehasonlítása, természetesen a törés típusok alapján, az eljárások eredményességének vizsgálata.

MÓDSZER: A vizsgált időszakban, évente, átlagosan 120 beteget kezelünk intraarticularis humerusfej törés miatt. Ezek 90%-a konzervatív kezelésben részesül. 1997-től 2012-ig osztályunkon proximális humerus vég intraartikuláris törés miatt 162 esetben végeztünk műtétet, ebből ebből 102 esetben protézis beültetést, 60 esetben osteosintézist végeztünk. Ezen belül percután repositiót és dróttűzést, percután kulánült csavaros OS, feltárásból dróttűzést, szögletlemez OS, introsseális varratot, MITEK horgonyos rögzítést, karmos lemezlelést, velőürszegezést végeztünk. A beteganyagban a töréstípusok az alábbiak szerint oszlottak meg: izolált tuberculum maius törés 20 esetben, izolált tuberculum minus törés 3 esetben, 20 esetben 3 rész törés, 17 esetben négyrész törés. Betegeink átlagéletkora 53,2 év volt. Nemek szerinti eloszlás 45 nő, 15 férfi. Oldal megoszlás: 28 esetben a jobb, 32 esetben a bal proximális humerusvég volt az érintett.

EREDMÉNYEK: Betegeink utánkövetését a Constant score-t töltöttünk ki. Az utánvizsgálat során 2 ir. rtg vizsgálat történt, az osteosynthesis eredményét, a fejsapka életképességét vizsgáltuk. Eseteink elemzése során a betegek életkorát, nemét, kísérő betegségeit, ezen kívül a betegeink postoperatív szakban elért mobilizálhatóságát a rehabilitáció során elért mozgásterjedelmet vizsgáltuk.

KÖVETKEZTETÉS: Az irodalomból jól ismert adatok alapján az intraartikuláris proximális humerusvég törések egy jelentős része a fejsapka elhalsával jár, következményes glenohumerális arthrosis okozva. A kiváltképp idős beteganyagot végzett osteosynthesis célja a minimál invazív, kis műtéti terheléssel járó eljárások alkalmazása volt, hangsúlyozva a megfelelő indicatio meglétét. Tudományos előadásunkban az osztályunkon alkalmazott osteosynthesis lehetőségeit soroltuk fel, azok előnyeivel illetve hátrányaival együtt.

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA 2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

A-0095

KEZDETI TAPASZTALATAINK A HUMERUS DISTALIS VÉG TÖRÉSEINEK LCP DISTALIS HUMERUS LEMEZZEL TÖRTÉNŐ RÖGZÍTÉSÉBEN

Csedreki László

Jósa András Oktatókórház, Nyíregyháza

Osztályunk anyagában LCP DH lemezes szintezést hét alkalommal végeztünk, négy alkalommal egylemezes, három alkalommal két lemezes megoldást használtunk. A betegek paraméterei t vizsgálva tizenhárom évesétől nyolcvanhárom évesig terjedt, átlag életkoruk ötvenhat év. Specifikáció (AO) szerint két A2 két A3 egy C1 és két C2 típusú törést operáltunk. A hét műtéttől négy esetben a nervus ulnaris preparálása után olecranon osteotomia történt, egy esetben csavarral, három esetben tűződrót húzóhurokkal rekonstruáltuk az ulnát. 2011-től összesen ötvenegy distalis humerustöréses beteget operáltunk, hét esetben LCP, hat esetben KFI DC és KFI harmadcsővel történt szintézis. A többi eset zömében gyermektraumatológiai casusként percután teknikával vagy kis feltárással tűződróttal, KFI csavarral történt.

Az elmúlt évben a lemezes szintézisek kapcsán sebgyógyulási, keringési, beidegzési zavar nem volt. Az alacsony esetszám és a kevés eltelt idő miatt nem lehet hosszútávú következtetéseket levonni, de az LCP lemezek distalis végén kialakított szögstabil lyukak átgondolt elhelyezése és nagy száma miatt a gracilis kialakítású lemezek használatával a szintézis mozgás és terhelés stabilitása jelentősen fokozódik. A specialisan kialakított lemezek a condylusra könnyen modellálhatók a distalis 2,7-es csavarokkal a C típusú törés tört darabjai is rögzíthetőek jó repozíció esetén és a specialis célzó használata a csavarütőközések lehetőségét csökkenti.

Terveink szerint a felnőttkori A és C típusú distalis humerus törések ellátásánál a LC lemezeket nagyobb arányban szeretnénk használni.

A-0096

PROXIMALIS HUMERUS TÖRÉS KEZELÉSE SZÖGLETLEMEZZEL

Bardócz Lóránt - Csotye János - Marosán Péter - Tóth László - Nagy Szilvia

Pándy Kálmán Megyei Kórház Rendelőintézet, Traumatológia, Gyula

BEVEZETÉS: Előadásunkban ismertetjük az általunk kifejlesztett proximális humerus szögletlemezzel elért eredményeinket.

ANYAG ÉS MÓDSZER: 2000-2010 között összesen 11 esetben alkalmaztuk ezen szögletlemezt proximális humerus törés kezelésére. 10 nőbeteg volt és 1 férfi. Átlagéletkor 60,5 (40-78) év. 5 esetben a bal, 6 esetben a jobb oldal volt érintett. Egy esetben a törés inveterált volt. Átlag utánkövetési idő 57 (8-123) hónap. Utánvizsgálatunk személyes betegvizsgálattal valamint korábbi klinikai dokumentáció alapján történt. 2 irányú rgt-t végeztünk, valamint CS-át töltöttünk ki.

EREDMÉNYEK: A postoperatív CS közelít az ellenoldali nem operált válléhoz. Rtg-n lazulást nem észleltünk, állízület nem alakult ki. Fémtest nem észleltünk. Septicus szövődésünk nem volt.

KÖVETKEZTETÉS: Ezen rögzítési módszer jól alkalmazható megfelelő indikáció mellett. Az általunk alkalmazott lemez lényegét a rendszer rugalmasságában látjuk, mely megfelelő mértékben elnyeli az ott ható feszítő és szakító erők jelentős részét, ezáltal a kilazulás lehetsége kisebb.

A-0097

ÚJ IMPLANTATUM A RADIUS DISTALIS VÉG INTRAARTIKULARIS TÖRÉSEK KEZELÉSÉRE: EPIPHYSIS LEMEZ

Seress György – Fidel Zoltán – Osgyan Henrik – Borkó Attila – Antal János

Jávorszky Kórház Traumatológia Osztály, Vác

A radius distalis vég törések kezelését a szögstabil lemezek alapvetően megváltoztatták. Az új lemezek nemcsak jobb anatómiai gyógyulást és jobb konszolidációt eredményeztek, de egyben a korai funkcionális kezelést is lehetővé tették, és a csontpótlás indikációs körét is beszűkítették. A súlyos, akár pilon kategóriájú epiphysis rom törések repositiot követő fixálása viszont mindmáig megoldatlan maradt. Valamennyien ismerjük azt a műtéti szituációt, amikor a radius distalis vég ízületi törésének fixációjához nem áll rendelkezésre megfelelő implantatum, a jelenleg piacon lévő erre csak kompromisszumokkal alkalmasak. Gyakran még ma is ilyenkor fixateur felhelyezés történik, kiegészítő tűződróts synthesissel. Fejlesztésünk célja egy olyan eszköz kimunkálása, ami az eddigieknél több lehetőséget nyújt ezen sérülések kezelésére. A lemez alkalmasságát a distalisra helyezett támasztástól, az új formától és a korábbi szabadalom alapján elkészített multidirekcionális csavaroktól várjuk. Remélhetőleg a kongresszusig hátralevő idő elegendő lesz nemcsak a lemez elkészítésére, hanem a korai műtéti tapasztalatok bemutatására is.

A-0098

POLYTRAUMATIZÁLT SÉRÜLT PRIMER HOSPITÁLIS ELLÁTÁSA. A BALESETI KÖZPONT SÜRGÖSSÉGI DIAGNOSZTIKAI ÉS TERÁPIÁS PROTOKOLLJA

Flóris István – Bodzay Tamás – Nardai Gábor – Csapody Marcell – Papp Éva

Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

BEVEZETÉS: A polytraumatizált sérültek ellátása a baleseti sebészet legsokoldalúbb, legtöbb szakmai tapasztalatot és képzettséget igénylő kiemelten fontos része. Ezen súlyos, életveszélyes sérültek ellátásának színvonala minden ellátó intézet szakmai és szervezési felkészültségét tükrözi. A primer helyszíni ellátás mellett a primer hospitális ellátásnak van döntő jelentősége a mortalitás és a korai ill. késői szövődmények csökkentésében. Ez csak abban az esetben érhető el, ha az ellátó intézet olyan diagnosztikai és terápiás protokollal rendelkezik, mellyel ez a cél elérhető.

ANYAG ÉS MÓDSZER: Intézetünkben a polytraumatizált sérültek ellátásával foglalkozó interdiszciplináris munkacsoport kidolgozott és alkalmaz egy diagnosztikus és terápiás protokollt, melyet előadásunkban ismertetünk. Az algoritmus tartalmazza a polytraumatizált sérült kórházi átvételét követő fizikális vizsgálatok, shocktalanítóban végzendő életmentő sebészi és intenzív terápiás beavatkozások szigorú menetrendjét, ismerteti a hagyományos és a teljes test CT-vel végzendő képzőköti diagnosztikai eljárások szerepét és helyes sorrendjét, valamint a primer definitív ill. a kármentő sebészi eljárások lehetőségeit.

KÖVETKEZTETÉS: A sürgősségi diagnosztikai és terápiás protokoll következetes alkalmazásával a polytraumatizált sérült túlélési esélyeit növelhetjük, a korai és késői szövődmények arányát csökkenthetjük. Ezen sérültek magas színvonalú ellátása azonban csak olyan centrumban végezhető, ahol a személyi feltételek (interdiszciplináris társszakkám képvisellete) mellett a korszerű diagnosztikát és terápiát lehetővé tevő tárgyi feltételek is adottak.

A-0099

REVERZ HILL-SACHS SÉRÜLÉSSEL JÁRÓ HÁTSÓ FICAM REKONSTRUKCIÓJA RESURFACING VÁLLPROTÉZIS BEÜLTETÉSÉVEL - ESETISMERTETÉS

Gémes Kristóf Gábor – Szebeny Miklós

Péterfy Sándor Utcai Kórház - Rendelőintézet és Baleseti Központ, V. Mozgásszervi Osztály, Budapest

BEVEZETÉS: Betegünk 2011.09.25-én szenvedett motorbalesetet, melynek során bal alsó végtagi decollemente-sérülést és bal váll hátsó ficamot szenvedett. Más intézetben primer ellátás keretei között decollemente-sérülését debridálták, hátsó vállficamát reponálták és berotációs helyzetben rögzítették a kart. A kontrollvizsgálat során jelezte a bal váll ismételt fájdalmát és panaszosságát. AP rtg-felvétel történt, majd a protokollnak megfelelően célzott gyógytornát kezdtek. A panaszok nem szűntek, így a beteg egy másik szakintézményt keresett fel, ahol a bal váll 2 irányú rgt-felvételt elvégezték, mely a váll ismételt hátsó ficamát és reverz Hill-Sachs sérülést ábrázolt. Ezt követően küldték a beteget intézetünkbe további ellátás céljából.

ESETISMERTETÉS: Betegünket kivizsgáltuk, és a sérült vállról CT-felvételt végeztünk. A CT-felvételen a humerus feje hátsó ficamodott helyzetben, a reverz Hill-Sachs sérülésbe beékelve ábrázolódott. Tekintettel arra, hogy a Hill-Sachs laesio a fej porcfelszínének több mint 30 %-át tette ki, McLaughlin-műtét nem jöhetett szóba. Így előkészítést követően 2012.12.01-én resurfacing felszínpótló váll-protézis beültetését végeztük.

A 6 hetes kontrollvizsgálat során a fájdalom megszűnését, valamint váll mozgásterjedelmének javulását találtuk.

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA 2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

KÖVETKEZTETÉSEK: a hátsó vállficamok repozíció utáni rögzítésénél a berotációs helyzetet kerülni kell, a javasolt rögzítési helyzet a 30 fokos kirotáció. A kontrollvizsgálatok során a vállról minden esetben 2 irányú, lehetőség szerint AP és axialis rtg-felvételt kell készíteni. Amennyiben a váll ismételt ficamát észleljük, úgy fel kell merülnie a módszerváltás, adott esetben az invazív beavatkozás lehetőségének is.

A-0100

HUMERUS DISZTÁLIS INTRAARTIKULÁRIS SÉRÜLÉSEINEK KEZELÉSE GYERMEK ÉS SERDÜLŐ KORBAN

Kassai Tamás - Varga Marcell - Molitorisz Dániel - Vadász Andrea - Hargitai Ernő
Pétery Sándor Utcai Kórház - Rendelőintézet és Baleseti Központ, Gyermektraumatológiai Osztály, Budapest

BEVEZETÉS: A gyermekkorban leggyakoribb könyökzúletbe hatoló sérülés a radiális condylus Salter - Harris IV. típusú sérülése. Tapasztalataink szerint még a gyakorlott baleseti sebészeknek is gondot okoz ennek felismerése, és a kezelés formájának megítélése. Évek óta vitákat vált ki a műtéti rögzítés módja.

BETEGEK: Osztályunkon az elmúlt években kialakult diagnosztikai algoritmust és műtéti megoldásokat szeretnénk bemutatni.

Az I. típusú törések A csoportba elmozdulást sem az első sem a 3 napos rtg felvételen sem mutat, itt a porc egy része nem tört át, tehát rögzítés mellett konzervatíván kezelhetők. A I/ B csoportban 3 napos korban, a II. csoportban primeren több mint 2 mm diaszthesis és vagy ízületi lépcső észlelhető, ezt már az ízület ventralis feltáráásával, és egy metaphysist és egy az ízületi és az epiphysis porcfelszínrel párhuzamosan futó dróttal és kompressziós húrokkal rögzítjük. A III. csoport jelentős elmozdulás és elpördülése egyértelmű műtéti indikáció, ezen törések késői következményei lehetnek súlyosabbak.

A műtét után egy-két hét gipsz sin rögzítést alkalmazunk, majd gyógytornász irányítása mellett aktív korai gyógytornát kezdünk.

Szeretnénk bemutatni olyan ritka serdülő korban elszenvedett C2 - C3 sérüléseket, ahol már lemezcs szintézissel értünk el eredményeket.

Az elmúlt évben relatív sok elnézett vagy hibásan kezelt ilyen sérült került osztályunkra ezen sérültek bemutatásával szeretnénk felhívni a figyelmet a gyermekkori sérülések igényes ellátására.

EREDMÉNYEK: Von Laer könyvében a késői növekedési zavarok aránya 30 %. Az általunk bemutatott kezelési elvekkel az epiphysis károsodása a post traumás növekedési zavarok aránya nagyságrenddel alacsonyabb.

A halfarok deformitás nem mozgászavart, hanem egy speciális kamaszkori vagy fiatal felnőttkori vésőtörés anatómia esélyét fokozza.

KÖVETKEZTETÉSEK: Véleményünk szerint ez egyik legfontosabb könyöktájéki sérülésforma a humerus radiális condylus Salter Harris IV típusú törése ennek, műtéti kezelése az általunk javasolt módszerrel, lényegesen jobb eredményekkel jár, mint a tankönyvekben is ismertetett dróttűzések.

A-0101

ELSŐ TAPASZTALATAINK BIORETEC FELSZÍVODÓ IMPLANTÁTUMOKKAL

Kassai Tamás - Varga Marcell - Molitorisz Dániel - Vadász Andrea - Hargitai Ernő
Pétery Sándor Utcai Kórház - Rendelőintézet és Baleseti Központ, Gyermektraumatológia, Budapest

A traumatológiai műtétek, kezelések természetes része az implantátumok eltávolítása miatt szükséges második beavatkozás. A technika fejlődésével Finnországban fejlesztettek ki olyan implantátumokat melyek eltávolítása nem szükséges, mert felszívódnak. A Bioretec activa pin és screw olyan negyedik generációs polylactát-glicolát polimerek, melyek behelyezése után nem szükséges ismételt műtét.

A Bioretec activa pin 2 mm csillag keresztmetszetű tűződrótt, melyet 2 mm előfúrás után vezetünk be a csontba. A csillag keresztmetszete és az első napon történő duzzadása miatt a hagyományos Krischner acél ötvözet tűződrótnál nagyobb stabilitást, rotációs stabilitást biztosít.

Az activa screw AO műszerkészlettel történő előkészítés után megfelelő interfragmentális kompressziót biztosít. Első alkalmazásként supracondylar humerus oszteotómiát, Salter Harris IV. radialis condylus törést, radius proximális epiphysis szeparációt, tuberositas tibiae ventromedilazációt rögzítettünk az új implantátumokkal.

Eddig 12 műtétet végeztünk, kori mozgásstabilitást értünk el, egy esetben nem implantátum specifikus szövődmény – a sérült eleaset és a csontfragmentum rediszlokálódott – észleltünk. A műtétek egyetlen hátránya a technikailag nehezebb kivitelezés.

Minden esetben megfelelő rögzítés volt elérhető.

Célunk az, hogy összehasonlító költséghatásvizsgáljuk, hogy az első műtét magasabb anyagköltsége megtérül-e a második műtét elmaradása miatt. Itt is köszönjük a K&H bank pályázatának a támogatását, akik az első implantátumok beszerzését támogatták.

A-0102

A POLYTRAUMATIZÁLT GYERMEK PREHOSPITÁLIS KEZELÉSI ELVEINEK ISMERTETÉSE

Kassai Tamás^{1,2,3} - Gesztes Éva² - Gorove László³ - Éva Zsuzsanna³

¹ Péterfy Utcai Kórház, Rendelőintézet és Baleseti Központ, Gyermektraumatológiai Osztály, Budapest

² Magyar Gyermekmentő Alapítvány

³ Országos Mentőszolgálat

A jelenleg érvényes protokollok az EPLS ATLS ETC ICLS PTLIS tanfolyamok közös elvi megközelítésének ismertetése a célom. Mind a mentő mind a kórházi ellátás során a súlyos sérült gyerekek túlélését, a kevésbé súlyos sérültek mielőbbi teljes funkcióval történő, költséghatékony gyógyítását könnyebben érhetjük el megfelelően rendszerezett gondolatmenet, prioritások ismerete, és alapvető szakmai szabályok betartásával. A baleseti mechanizmus ismerte és ez alapján a súlyos sérülés feltételezése a load, go and threat helyzet felismerése segít az idővel takarékoskodni. Egy gyors 5 másodperces vizsgálatot javaslok, az életveszélyes helyzetek felismerésére, a tudati szint (AVPU) felmérésére. Szeretném bemutatni az ABC traumás módosítását melynek során ACCBC vagy CACBC jön létre. Kiemelve a egyik C ként a nyaki gerinc immobilizálását másik C ként a külső vérzések azonnali csillapítását. „A” A légút biztosítás fontosságának kiemelése mellett a MILF (manuál in line fixatio) technikájának ismertetése után a különböző nyaki gerinc illetve egésztst rögzítési eszközöket ismertetem. „B” A légzés illetve oxigén adás biztosítása kiemelkedő fontosságú.

Az elégtelen légzés felismerése után, korai BMV lélegeztetés, és ha szükséges - és a személyi és tárgyi feltételei adottak - a korai intubáció és lélegeztetés szükséges. Itt kell kiemelni a feszülő PTX tünetei esetében a korai detenzionálás szükségességét. „C” a keringés ellenőrzése a látható vérzések csillapítása a keringés állapotának megítélése, és ha keringési elégtelenség tüneteit észleljük, azonnali shocktanulást mellett a mielőbbi sebészi vérzéscsillapítás biztosítása szükséges. Kis gyerekek, súlyos sérülése esetén az intraosseális út biztosítása jelentős időt takaríthat meg.

„D” az idegrendszer gyors tájékozódó vizsgálata az AVPU után részletesebb vizsgálatként a GCS a pupillák, a testtartás megítélése szükséges. Súlyos idegrendszeri károsodásra utaló GCS 9 alatti helyzetben az a traumatikus intubáció és lélegeztetés, majd a kórházi diagnosztika után az ICP monitorizálás alapján végeztetett kezelés szükséges. Szerencsére súlyos sérült gyerek kevés van, tapasztalati ellátás nagy veszélyeket rejt magában. A prehospitalis és a kórházi gyakorlatom során észlelt hibákat a fenti protokollok betartásával el lehetett volna kerülni. A protokollok megtanulása és gyakorlása bizonyítottan a gyerekek érdekét szolgálják.

A-0103

SÚLYOS NYAKI GERINCSERÜLT BETEG ELLÁTÁSA ÉS REHABILITÁCIÓJA

Körmöndi Sándor Pál - Török László - Suti Andrea - Horváth Attila - Szabó Attila - Süveges Gábor - Simonka János Aurél

Szegedi Tudományegyetem, Traumatológiai Klinika, Szeged

BEVEZETÉS: Neurológiai deficitet okozó vagy instabilitással járó gerincserülést tekintünk súlyos gerincserülésnek. Irodalmi adatok szerint a gerincserülések gyakorisága Magyarországon 85/1 millió lakos /év, a gerincvelői sérülések előfordulása 25-30/ 1 millió lakos/ év.

BETEG ÉS MÓDSZER: 41 éves nőbeteg 2009. nyarán barátja nyakából ittasan fejre esett. Gyors, szakszerű beszállítást követően, tetraplégia tüneteit észleltük. GCS:13 volt. Az elkészült nyaki CT vizsgálat a C VI. csigolya luxációs, canalis spinalist szűkítő törését írta le. Intézményünkbe érkezését követően másfél órán belül megkezdtük a beteg műtői ellátását. A sérült C V.-VI. közötti luxatiot megszüntettük, decompressiót végeztünk, discust eltávolítottuk, majd csipőlapátból vett corticospongiosus blockot ékeltünk annak helyére. Ezt követően titán H lemezzel stabil ventrofixációt végeztünk. Intenzív osztályos kezelés során a 15. postoperatív napon bradycardiával járó súlyos hypoxia alakult ki, tracheostoma készítése vált szükségessé. Rehabilitációja érdekében mindvégig intenzív fizioterápiát folytattunk.

EREDMÉNYEK: Felső végtagokban 3/5-s izomerő, pollexekben 1/5-s izomerő. Alsó végtagokban 3/5-s izomerő. Ép agyidegkör, kóros reflex nem váltható ki. Segítséggel járásképesen távozott klinikánkról.

KÖVETKEZTETÉS: Súlyos nyaki gerincserüléskor az akutan elvégzett definitív ellátás jobb neurológiai eredményt biztosít a beteg számára. Hangsúlyozzuk az időfaktor szerepét a rehabilitáció eredményességében.

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA 2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

A-0104

TISSUE ENGINEERING IN CARTILAGE REPAIR - OUR EXPERIENCES

Stolfa Stefan – Vasko Gabriel – Lacko Marek – Špaková Tímea – Rosocha Ján

University of Pavol Jozef Safarik in Kosice, Faculty of Medicine, Department of Orthopaedics and Traumatology of Locomotory Apparatus and Tissue Bank

Cartilage repair is still a challenging procedure in orthopedic and trauma surgery. In our department we used two different approaches for cartilage repair of the knee in the past 10 years. In young patients with localized cartilage defect of the knee joint we used therapy with autologous chondrocyte grafts, in older patients with diffuse damage of cartilage and signs of osteoarthritis we applied treatment with autologous platelet rich plasma, which is a promising method for treatment of different diseases of the musculoskeletal system.

In our study were enrolled 140 patients with arthritis of the knee joint of grade II to IV. The sex and age distribution was the following: 60 male and 80 female patients with a mean age of 56. Previous X-ray and MRI were obtained as well as written consent of participants and the agreement of the local ethic committee. The patients were randomly divided in two groups. The first group received a standard treatment with intra-articular application of hyaluronic acid. The second group received also 3 intra-articular applications of Platelet Rich Plasma. The treatment in both groups consisted of intra-articular application of the tested substance 3 times in a weekly interval.

Platelet Rich Plasma was prepared in our Tissue Bank from 30ml of venous blood taken from the patient through 3 cycles of centrifugation and separation of the platelets, which were then resuspended in a small amount of plasma.

The patients were observed for a period of one year after treatment. The result of treatment was measured with the following questionnaires: NRS (11-point pain intensity numerical rating scale), WOMAC (Western Ontario MacMaster questionnaire), SQ (Sleep Evaluation Questionnaire) and PGIC (Patient's Global Impression of Change). Also radiological changes in plane X-ray of the knee joint one year after the treatment were evaluated.

We found a statistically significant improvement of the WOMAC and NRS score after 3 and 6 months after treatment in both groups. In comparison, the group with autologous platelet rich plasma had statistically significant better results according to WOMAC and NRS score than the control group. Our preliminary results demonstrate that application of PRP is a safe, simple, low-cost and effective method to reduce pain and to improve function of knee joint in patients with initial stage of knee osteoarthritis.

A-0105

A VÁLLSÉRÜLÉSEK INDUKÁLTA TARTÁSHIBÁK VIZSGÁLATA ÉS TERÁPIÁJA

Vámosi Istvánné - Kriston Anikó - Baranyiné Kun Anikó

Jósa András Oktatókórház és Nonprofit Kft., Nyíregyháza

Vizsgálatunk a posztraumás jellegű vállfájdalmak következtében kialakult tartáshibákra irányult.

Az elemzésbe bevont betegek állapotát a tradicionális fizioterápiás vizsgálat alapján, speciális elemekkel kiegészítve rögzítettük.

Feltételezésünk volt, hogy a törésgyógyulás után a fej és a törzs kóros tartása spontán nem javul, valamint a posztraumás és degeneratív jellegű vállfájdalmak eltérő jellegű tartásmintát provokálnak.

Vizsgálatunkba 60 beteget vontunk be, ebből 20 főt kontrollcsoportként kezeltünk. A terápiás terv a kontrollcsoporton kívül mindenkinél azonos elemeket tartalmazott: célzott fájdalomcsillapítás, a vállmozgások javítása és a tartás korrekciója.

Eredményeink alapján a Jósa András Oktatókórház és Nonprofit Kft. a vállsérülések posztooperatív és konzervatív ellátás utáni fizioterápiás ellátásának protokolljába a testtartás vizsgálatát és javítását kötelező elemként emeltük be.

Kibővített ellátásunk segítségével a betegek további preartrosisos állapotát előzhetjük meg.

A-0106

SUPRACONDYLER HUMERUSTÖRÉSEK REPOSITÓJA ÉS RÖGZÍTÉS NEM ÁTHIDALÓ FIXATEURE EXTERNEVEL

Kassai Tamás - Kádas István - Hetthéssy Judit - Hargitai Ernő - Varga Marcell

Pétery Sándor Utcai Kórház - Rendelőintézet és Baleseti Központ, Gyermektraumatológiai Osztály, Budapest

BEVEZETÉS: gyermekkorban a leggyakoribb könyökízületi sérülés a supracondyler humerus törés. A töréskezelés egyik legfontosabb eleme a rotációban pontos repositio, mert ez biztosítja a stabilitást és a későbbi posttraumás növekedési zavar (cubitus varus) megelőzésnek is ez az alapja. A leggyakrabban használt fedett repositió és disztál felől keresztetezett dróttűzés, gipszrögzítés, a nervus ulnaris sérülés veszélyével jár. Egyes szerzők a iatrogen sérülés esélyét 8-10% teszik. Munkacsoportunk Prof. Thedy Slongó és Dr. Kádas István phd. külső rögzítő rendszernek tanulmányozása után olyan új külső rögzítő rendszert vezetett be a klinikai gyakorlatba mely segíti a pontos repositiót a könyökízület rögzítése nélkül mozgásstabilitást biztosít.

MÓDSZER: Neurovascularis kiesés tüneteit nem mutató diszlokált supracondyler humerustörött gyerekek általános érzéstelenítése mellett, képerősítő segítségével pontosan oldal irányból 1-1 3mm nyársat vezetünk a disztális és proximális törtdarabba. A disztális nyárs a törés magasságától függően az epiphysis alá vagy fölé kerül, de biztosan nem érintjük a epiphysis germinatív zónáját. A proximális nyárs olyan disztálisan kerül bevezetésre, hogy a n. radiális sérülésének esélye minimális. A nyársakat joystickként használva fedetten végzünk repositiót. A nyársak segítségével a rotáció nagyon pontosan állítható be. A nyársakat rúddal rögzítjük és az elért jó rotációs helyzetet 1 vagy 2 db 2 mm tűződróttal stabilizáljuk. A tűződrótok szintén a laterálisan felhelyezett rúdhoz rögzítjük és így nagyobb stabilitást biztosítunk. A könyökízület nem kerül transzfickációra, gipszrögzítés nem szükséges. A fájdalom azonnal megszűnik az első napon a könyök és felső végtag mozgások megkezdhetőek. A lágyrész duzzanat gipszrögzítés nélkül könnyebben kezelhető. A második naptól ambulánsan gyógytornász ellenőrzése mellett játékos gyakorlatokkal mozgatják az izületet. A gyermekek jól fogadják a külső rögzítőt. A nyársakat a szülők ápolják. 3 hét után járó betegként érzéstelenítés nélkül a gyermekek aktív együttműködésével távolítjuk el a fémeket.

EREDMÉNYEK: 2008 decemberétől eddig 16 esetben használtuk ezt a módszert. Minden esetben a törések jó helyzetben consolidáltak, és neurovascularis szövődményt nem okoztak. A törések Baumann II- III, egy esetben flexiós két esetben disztális alkartöréssel szövődött. A többszörös felső végtag sérülés esetében primeren a sérüléskor a műtéti ellátás előtt alakult ki nervus radiális sensomotoros kiesés, ingeráram kezelés mellett a tünetei megszűntek. Véleményünk szerint a nervus radiális károsodása nincs összefüggésben a műtéti módszerrel. A sérülés után 4-5 héttel amikor a gipszlevétel után a bőrápolás bemozgatás fémkívétel következne a FE kezelt sérült gyerekek már teljes mozgástartományban mozgatják kezüket.

KÖVETKEZTETÉS: A gyermekkori supracondyler törés olyan új gyermekbarát rögzítési módját vezettük be, amikor a két leggyakoribb szövődményt, a rotációs hibát és n. ulnaris sértését sikerült kiküszöbölőnk. A gyermekek jól együttműködnek, és a szülők is örömmel fogadták a korai mobilizálhatóság esélyét. Az új módszert megfelelő technikai ismeretek és gyakorlat esetében javasoljuk használatra.

A-0107

POLITRAUMÁS VÉRZÉSEK SZISZTÉMÁS CSILLAPÍTÁSÁNAK LEHETŐSÉGEI

Mikos Borbála

MRE Bethesda Gyermekkórháza

BEVEZETÉS: A traumák halálozásának 40%-áért napjainkban is a vérzés felelős. A társérülések által indukált coagulopathia négyzseresére növeli a mortalitási rizikót.

CÉLKITŰZÉS: a traumás vérzések hatékony kontrollálására javasolt nemzetközi szakmai ajánlások áttekintése

Vérzést súlyosbító tényezők: Az urahalatlan traumás vérzés szignifikáns rizikófaktorai: a szekunder multitraumás coagulopathia, nagy volumenű krisztalloiddal történő shocktalanítás, masszív transfúzió, stagnáló acidosis, hypoxia és hypothermia.

A konvencionális shocktalanítás az alvadási faktorok és thrombocyták hígulása révén, a masszív transfúzió ezen túlmenően citrátacidosis, és a kalcium megkötése miatt is fokozza a vérzékenységet. A súlyos (<35 °C) hypothermia fokozkelt 10%-kal rontja a thrombocyták és alvadási faktorok funkcióképességét. Az acidosis bénítja az alvadási rendszer enzimeinek kinetikáját. A tradicionális szisztémás vérzéscsillapításban a vérkésztímenyek általában nem mellőzhetők, azonban alkalmazásuk időigénye (vércsoport meghatározás, transzport), lassú hatásbeállásuk, nem szabályozható terápiás hatásuk, és nem kívánt hatásai miatt a vérzés visszafordíthatatlan súlyosbodásának kockázatát is növelhetik. Mindezek együttesen hatványozzák a tragikus kimenetel valószínűségét.

A vérzéskontroll lehetőségei: A kritikus vérzés azonnali komplex terápiát igényel. A shocktalanítás sikeréhez, a keringés stabilizálódásához nélkülözhetetlen a hatékony szimultán vérzéscsillapítás, melynek terápiás végpontjai: 7-8 g/dl haemoglobin, 25% körüli haematokrit, aPTT< 1,5x normálérték, INR<1,4, pH>=7,2, testhőmérséklet >= 35 °C, serum-ionizált Ca > 0,8 mmol/L.

A vérzés és coagulopathia kezelésére alkalmazható véralvadási faktor szubsztitúció (friss fagyasztott plazma, prothrombin complex concentratum, cryoprecipitatum, rFVIIa), DDAVP (deamino-dearginin-vazopressin: desmopressin), és antifibrinolyticum (aminocapronsav, tranexamsav, aprotinin).

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA 2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

Nagy mennyiségű friss fagyaszott plazma keringésterheléssel, súlyos pulmonális szövődeményekkel is járhat, az insuficiens faktorszubsztitúció miatt fokozódó vérzés mellett. A vvs-transzfúzió TRALI, TACO, hirtelen szívmegeállás rizikófaktora a közismert transzfúziós szövődeményeken túl. Ezért a korszerű és hatékony szisztémás vérzéskontroll az alábbi szempontok mérlegelését teszi szükségessé: restriktív folyadék reszuscitáció, a szisztémás vérnyomás normál alsó határértéken történő stabilizálása, az acidosis, hypothermia és hypoxia gyors korrekciója, a politranszfúzió kerülése, a transzfúziós trigger újragondolása, és célzott vérkomponens terápia alkalmazása.

ÖSSZEGZÉS: Súlyos sérülteknél mindig gondolnunk kell a vérékenység fokozott kockázatára. A vérző traumás beteg nagy kihívást jelentő komplex ellátása már az inicialis reszuscitációs fázisban megköveteli a tudatos vérzéskontrollt, a szövődemény minimalizálása, és az életesélyek növelése érdekében.

A-0108

VÁLLFICAMOT KÖVETŐ ROTÁTOR KÖPENY SZAKADÁS - MELYRŐL MINDIG HALLUNK, DE NEM MINDIG FIGYELÜNK RÁ

Tóth Zoltán¹ - Torkos Miklós Bulcsú² - Szabó István²

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

²Kaposi Mór Oktató Kórház, Aktív Mozgásszervi Sebészeti Osztály, Ortopédiai Egység, Kaposvár

CÉLKITŰZÉS: Az előadás célja, hogy felhívjuk a figyelmet egy első vállficam utáni rotátor köpeny (ROK) szakadás felismerésének fontosságára, egy saját, tanulságos esetünk bemutatása kapcsán.

MÓDSZER: A 65 éves nőbeteg elesés során szenvedett el bal oldali vállficamot, melynek ellátása ambulanciánkon megtörtént. Ficamot sikeresen reponáltunk. Majd ezt követően Gilchrist kötésben rögzítettük. 6 hét rögzítést követően, kontrollvizsgálaton vállmozgások kielégítőek voltak, enyhe fájdalom mellett, rehabilitáció céljából gyógytornát kezdünk. Beteg ezt követően kontroll vizsgálaton nem jelent meg. Mintegy fél évvel a traumát követően, vállfájdalom, és gyengeség miatt jelentkezett ismételt ambulanciánkon. Az elvégzett ROK tesztek, mindhárom in gyengeségét igazolták, az aktív és passzív mozgástartományának megtartottsága mellett. Az elvégzett MRI vizsgálat mindhárom inra kiterjedő masszív ROK szakadást, és az izmok zsíros infiltrációját igazolták. Tekintettel, hogy beteg irodai munkát végez, nem domináns oldal, és beteget inkább az állandó fájdalom - mint a gyengeség - zavarja, az MRI vizsgálaton talált masszív szakadás, és jelentős zsíros infiltrációja, ROK rekonstrukciót nem javasoltunk. Arthroscopos debridementet és biceps tenotomiát javasoltunk, melybe a beteg nem egyezett bele, így két alkalommal intraarticularis steroid adása történt, mely a panaszait érdemben nem csökkentette. Ezt követően az arthroscopos műtétet elvégeztük. Műtét során észleltük a masszív szakadást, mely a vápáig visszahúzódott, debridementet végeztünk, a sublaxált biceps tenotómia megtörtént. A műtétet követő rehabilitáció során a teljes passzív vállmozgás helyreállítását végeztük.

EREDMÉNYEK: Beteg ezt követően panaszmentessé vált, vállfájdalmi megszűntek, a bal váll gyengesége mindennapi tevékenysége során nem zavarja.

KÖVETKEZTETÉS: Negyvenöt éves kor felett, első vállficamot követően, ROK szakadásra mindig gondolni kell. Megfelelő rögzítést követően, a ROK tesztek elvégzése alapvető. Az időben felismert ROK szakadás rekonstrukciójára még van lehetőség. Amennyiben ROK rekonstrukció nem hozna megfelelő eredményt, a biceps tenotomia, vagy tenodesis, beteg fájdalmait megszünteti, de nem alternatívája a ROK rekonstrukciónak, azonban megfelelő betegvezetés mellett, a páciens elégedett lehet az így elért eredménnyel is.

A-0109

TÉRFICAMHOZ TÁRSULÓ ARTERIA POPLITEA SÉRÜLÉSEK DIAGNOSZTIKÁJA, ELLÁTÁSI STRATÉGIÁJA

Korcsmár Péter - Kocsis András

Péterfy Sándor Utcai Kórház - Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

CÉLKITŰZÉS: Az előadás célja a ritkán előforduló teljes térficam, illetve az azzal egyenértékű multiligamentáris sérülések vizsgálata. Kielemeztük a sérülés diagnosztikai protokollját, az ellátását, valamint az ezzel kapcsolatos teendőket, különös tekintettel az arteria poplitea sérülések jelentőségére.

MÓDSZER: A teljes térficam illetve az azzal egyenértékű multiligamentáris sérülések ritkák, azonban a társuló arteria poplitea sérülések incidenciája a nemzetközi és hazai irodalomban ugyan változó (7-30%), de nem elhanyagolható, és a legtöbb esetben a végtag életképessége múlik rajta. A sokszor álnegatív fizikális vizsgálat kiegészítésére az irodalom számos megoldást kínál, melyek mellett elengedhetetlen a szoros obszerváció. Minden súlyos térsérülés kapcsán gondolni kell érsérülésre, mely a folytonosság megszakadása mellett (kontrasztanyag kilépés), a reflex hatására fellépő vasoconstruktio és a nehezen diagnosztizálható intima sérülésre hívja fel a figyelmet. Bizonytalan esetben a szoros observatio és a gyors operatív beavatkozás segíthet a fatális kimenetelű keringés zavar megelőzésére.

EREDMÉNYEK: Az intézetben az utóbbi öt évtől 14 térficammal illetve azzal equivalens sérülést elszenvedett beteget láttunk el, közülük 4 betegnek volt elzáródással járó arteria poplitea sérülése. Az említett esetekből az első konzervatív kezeléssel arteria elzáródás mellett is jó eredményt hozott, a másodiknál halasztott, de teljes rekonstrukció történt az arteria poplitea közbeni elzáródásával, mely végül amputációval végződött. A harmadik betegnél nem azonnali érrekonstrukció és a megfelelő rögzítés hiánya vezethetett amputációhoz. A negyedik esetben sikeres, azonnali fixatio és érellátás hozott kielégítő eredményt.

KÖVETKEZTETÉS: A négy eset ellátási stratégiája alapvetően különböző, melyből tanulságként levonható, hogy a végtag rögzítése, mielőbbi érrekonstrukció és halasztott végleges ellátás hozhatja meg a kívánt eredményt, megfelelő, alapos, többszöri és emelkedő invazivitású diagnosztikai vizsgálatok mellett.

A-0110

GYERMEKKORI HUMERUS DISTALIS VÉG TÖRÉSEI

Nagy Szilvia - Kincses Zoltán - Kovács Julianna

Pándy Kálmán Megyei Kórház Rendelőintézet, Gyula

Gyermekkorban az egyik nagyon gyakori töréstípus a humerus distalis végének törése. Ellátása a törés típusának megfelelően lehet konzervatív, vagy operatív. Kórházunkban évente 45-50 humerus distalis vég törést kezelünk, melyeknek közel 50 %-a gyermek. Az esetek 25%-ban van szükség műtétre.

Fiatal traumatológusként a percután tűzések is nehéz feladatnak látszódnak. A feladat nehezedik, amikor vagy a törés típusa, vagy pulzus eltűnés miatt feltárássra kényszerülünk. Jelen előadásomban 3 olyan esetet szeretnék bemutatni, ahol nyílt feltárással lehetett csak megoldani az ellátást.

2 tíz éves fiúgyermek esetét, ahol az egyik kerékpárral, a másik gyalog esett el. Mindketten a bal könyök-tájficam törését szenvedték. A műtétet mindkét esetben a luxatio megszüntetésével kezdtük, majd feltárást után előbb a trochlea törését reponálva tűződróttal illetve csavaros osteosynthesissel állítottuk helyre a könyökízület integritását.

A harmadik eset egy 12 éves fiúgyermek, aki görkorcsolyázás közben szenvedett nyílt bal oldali könyök-tájficam törést. Itt is feltárást kellett végeznünk és titán csavarokkal, valamint tűződróttal kaptunk jó eredményt. Az eltelt 6 évben rendszeresen kontrolláltuk őket, és jó könyökfunkció volt elérhető a postoperatív torna után. A gyermekkori, műtétet igénylő humerus distalis vég törések osztályunkon ritka. Előadással azt szeretném érzékeltetni, hogy ezen törések nem hogy a fiataloknak, de még tapasztalt szakorvosoknak is gyakran feladják a leckét.

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA 2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

A-0111

PATELLAFICAM ÉS INSTABILITÁS KEZELÉSE OSZTÁLYUNK GYAKORLATÁBAN

Biró Csaba - Szilágyi Zoltán - Kelemen Péter

Vas Megyei Markusovszky Kórház Zrt., Traumatológiai Osztály, Szombathely

Osztályunk gyakorlatában hosszú évek óta végzünk patellaficam és instabilitás miatt rekonstrukciós műtéteket. Szeretnénk összefoglalni, hogy milyen vizsgálati és kezelési algoritmusokat alkalmazunk, mikor és milyen műtéti megoldást választunk.

Kiemelnénk a ritkábban végzett műtéti beavatkozásokat, a patella nyitó és záró osteotomiák, a femur condylus ízfelszín emelő vagy éppen süllyesztő osteotomiák fontosabb lépéseit, műtéti képekkel illusztrálva.

Tekintettel arra, hogy nem mindennap, és nem régóta végzett műtétekről van szó, sem az esetszám, sem a műtétet óta eltelt idő nem tesz lehetővé érdemi értékelést.

Ennek ellenére szeretnénk megosztani a műtétek során szerzett tapasztalatainkat a tisztelt kollégákkal.

Célunk, hogy elhelyezzük a fegyvertárunkban ezeket a műtéteket, különösen a nehéz anatómiai helyzetek, recidív vagy éppen sikertelen esetek kezelésében.

A-0112

PATELLAFICAM ÉS INTABILITÁS MIATT VÉGZETT MŰTÉTEINK EREDMÉNYESSÉGÉNEK VIZSGÁLATA

Kelemen Péter - Biró Csaba - Szilágyi Zoltán - Pataky László

Vas Megyei Markusovszky Kórház Zrt., Traumatológiai Osztály, Szombathely

Osztályunk gyakorlatában hosszú évek óta végzünk patellaficam és instabilitás miatt rekonstrukciós műtéteket. Az általunk elvégzett műtétek és adott esetben a konzervatív kezelés eredményességét vizsgáltuk meg 5 éves retrospektív elemzéssel.

A vizsgálat során szeretnénk választ kapni az alkalmazott konzervatív és/vagy műtéti megoldás helyes választását és eredményességét illetően.

Az elmúlt 5 év során kezelt kb. 150 műtéten átesett és kb. 300 priméren konzervatívan kezelt beteget rendeltünk vissza. A visszarendelésen megjelent betegek fizikális vizsgálata mellett, RTG (2 irányú+defile) vizsgálatot is végzünk. A jelen állapotot a fentiek, valamint az IKDC, a KODS és a subjektív VAS skála alapján értékeljük.

Tekintve, hogy a visszarendelés, a vizsgálat és értékelés még folyamatban van, az eredményekről a kongresszusok tudunk beszámolni.

A-0113

CSIGOLYATEST AUGMENTÁCIÓS ELJÁRÁSOK POROTIKUS ÉS TRAUMÁS KOMPRESSZIÓ ESETÉN

Kasó Gábor - Dóczi Tamás

Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Idegsebészeti Klinika

A tradicionális vertebroplastica a fájdalmas csigolyakompressziók alternatív műtéti kezelési lehetősége. Ennek kivitelezése során a csigolyatestbe percutan bevezetett csontbiopszus tűkön keresztül kétkomponensű önkötő acrylatot (polymethyl-methacrylate – PMMA) injektálunk. A vertebroplastica fő indikációs területe a porotikus eredetű csigolyakompresszió; de alkalmazható csigolyatest metastasis, haemangioma, myeloma, traumás kompresszió esetén, illetve stabilizációs műtétnél, mikor a csavarokat befogadó csigolyatestet csontcementtel erősítjük meg. Az eljárás a betegek 60-90%-nál markáns, hosszútávú fájdalomcsökkenést eredményez. A szövődmények előfordulása csupán 1-2%. Az eljárás szövődménye a csontcement nem kívánt extravertebralis terjedése (extrusio), továbbá az, hogy érdemi repozíció (a zárólemezek kiemelése) általa nem érhető el. Mindkét hiányosságot igyekszik orvosolni a ballon-katheterrel kombinált stent (VBS- vertebral body stent) alkalmazása. A spongiosa állományába behelyezett ballon-stent komplex ballonjának feltöltésével a stent expandálódik, egy stabil falú üreget képez a spongiosában és jó eséllyel ad a csigolyatest magasságának korrekciójára valamint annak megtartására. A stenttel bélelt üregbe a vertebroplasticával kisebb nyomással juttatható be a csontcement, ami az extrusio kialakulásának lehetőségét csökkenti. Ezáltal az eljárás jóval kisebb rizikót jelent pl. az AO A.3. típusú csigolya töréseknél. Transpedicularis csavaros – rudas instrumentáció mellett az indikációs kör kiterjeszhető bizonyos AO B és C típusú csigolya törésekre is. VBS alkalmazásakor a fájdalomcsillapodás mértéke hasonló, mint vertebroplastica esetén. A két eljárással szerzett tapasztalatainkat ismertetjük.

A-0114

INVETERÁLT PERILUNARIS FICAM KEZELÉSE INTÉZETÜNKBEN KÉT ESET KAPCSÁN

Szlávy-Perlaky Eszter

Péterfy Sándor Utcai Kórház, Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

BEVEZETÉS: A perilunaris ficamok és törések ritka, de súlyos sérülések, a csuklót érintő traumák kevesebb, mint 10%-át teszik ki.

Nagy energiával történő, hyperextendált csuklóra eséskor keletkeznek, szövődhetnek más carpalis csontok törésével és ficamával. Szakszerű primer ellátásuk jó eredményt ad, azonban sajnos az esetek egy negyede nem kerül felismerésre az első ellátáskor.

Az inveterált perilunaris ficamok kezelésében nincs kizárólagosan ajánlott módszer.

Előadásomban két, kórházunkban ellátott beteg, későn felismert perilunaris ficamának sikeres kezelését mutatom be.

MÓDSZER: A műtéti ellátás során dorsal és palmar felől is feltárást végeztünk, a reponált helyzetet tűződróttal fixáltuk, a végtagot gipszsinbe helyeztük, majd 6 hét után a gipszet és a drótokat is eltávolítottuk. Ezt követően funkcionális kezelés történt.

EREDMÉNYEK: Az első esetben 6 hónapos inveterált perilunaris ficam kezelését végeztük. A kórtörténet érdekessége, hogy a lunatum teljes keringéshiányát mutató radiológiai kép után a csont szerkezetének fokozatos helyreállítását észleltük. A második esetben egy primer ellátáskor distorsio carpalis kezelte betegünk 10 héttel a sérülést követően jelentkezett szakvéleményezésre az ujjak zibbadása miatt. Nála is elvégeztük a kétoldali feltárást, repositiot és tűzést. A kezelést követően panaszai megszűntek, jó funkcionális eredményt értünk el.

KÖVETKEZTETÉS: Eseteink kapcsán még késői felismerés esetén is az anatómiai rekonstrukciót ajánlókkal értünk egyet. Más ajánlott módszerek, mint a radiocarpalis arthrodesis vagy részarthrodesis, illetve esetlegesen a proximalis sor carpectomia, a megtartó kezelés kudarcá esetén később is elvégezhető.

A-0115

A REHABILITÁCIÓ NEHÉZSÉGEI A PROXIMALIS HUMERUS TÖRÉS KEZELÉSE SORÁN.

Kukucsáné Hornyák Brigitta - Vámosi Istvánné

Jósa András Oktatókórház és Nonprofit Kft., Nyíregyháza

A Magyarországi egészségbiztosítói adatbázis elemzése alapján kiderül, hogy évente 8-10 000 proximalis humerustörés fordul elő, melynek orvosi ellátása konzervatív vagy operatív formában történik. A fizioterápiás beavatkozás mindkét formában a rehabilitáció része.

A nonoperatív kezelés kététhes rögzítés után fizioterápiás ellátást feltételez.

Az instabil proximalis humerustörések műtéti megoldásainak célja, a törés hatékony stabilizálásával maximalizálni a betegek funkcionális gyógyulását.

A fizioterápiás ellátást meghatározó tényezők:

- a pontos repositio,
- az alkalmazott műtéti technika,
- a rövid retentio,
- a korai funkcionális kezelés lehetősége
- és a beteg pozitív attitűdje.

A korszerű műtéti technikák lehetővé teszik a gyors és korai rehabilitáció elkezdését. Az alkalmazott műtéti eljáráshoz - kihasználva annak előnyeit és csökkentve hátrányait - a fizioterápiás kezeléseket adaptálni kell.

A korszerű gyógytorna ellátás első eleme a fizioterápiás státuszfelvétel és funkcionális diagnózis meghatározása.

Ennek alapján határozható meg a kezelési terv, mely tartalmazza a kezelési formát (egyéni vagy csoportos), a kezelések gyakoriságát, a funkciózavar kezelésére alkalmas technikát és egyéb beavatkozásokat, valamint a hatékonyságvizsgálatra alkalmas teszteseteket.

A Jósa András Oktatókórház fizioterápiás kezelésében egységes, a szakmai szervezetek által elfogadott protokoll szerinti betegellátás történik.

A proximalis humerustörés után mozgásterápiára utalt betegek komplex ellátási programja:

- - fájdalom-menedzsment
- - ízületi mozgáspálya és izomerő javítás
- - afiziológias mozgásminták leépítése
- - fiziológias mozgásminták reedukációja

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA 2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

- - testtartás javítása
- - ADL- funkciók adaptációja és fejlesztése
- - betegoktatás

A proximális humerus törés rehabilitációja során egyik legnagyobb nehézséget a mozgás közben fellépő fájdalom adja.

Az egyes műtéti technika a lágyrészek, kiemelten a fossa olecrani érintettsége miatt rontja a beteg komfortérzetét. Ezek a betegek mozgásra jelentkező, nagyfokú, főleg könyőrfájdalomról számolnak be, mely nehezíti a felsővégtag funkcióinak fejlesztését, károsítja a beteg compliance-t. Pácienseink kezelési stratégiájában azokat a beavatkozásokat kell alkalmazni, – melyek kihasználva a műtét adta mozgásstabilitást – hatékonyan, a fájdalmat minimalizálva mégis eredményt hoznak: Dévény Speciális manuális technika, nyirokdrenázs, kineziotape, víz alatti gyógytorna, relaxációs technika, proprioceptív tréning stb.

A Visual Analóg Skálával és az izületi mozgáspálya növekedésével mért eredmények bebizonyították, hogy a korszerű fizioterápiás betegellátás nem állhat meg a csoportos formában történő hagyományos terápiánál, a gyógytornász – fizioterapeuta eszköztárának bővítésével minden esetben egyénre adaptálva kell felépíteni a kezelési tervet.

A-0116

ELÜLSŐ KERESZTSZALAG-REKONSTRUKCIÓ 50 ÉV FELETTI BETEGEKEN

Berkes István – Béres György – Erdélyi Gábor

Kastélypark Klinika, Tata

CÉL: Artroszkópos elülső keresztszalag-rekonstrukció eredményeinek összehasonlítása 30 fő 50 év feletti és 30 fő 30 évnél fiatalabb beteg minimum 24 hónapos utánvizsgálata alapján.

MÓDSZEREK: A térdek stabilitása Lachman-teszttel, pivot shift-teszttel és KT-1000 arthrometerrel, klinikai funkciója és a betegek aktivitási szintje az IKDC-2000 térd formátum és Lysholm ponttáblázat kiértékelése alapján került megítélésre.

EREDMÉNYEK: A műtét után 2 évvel mindkét csoport értékei jelentős javulást mutattak a műtét előtti állapothoz viszonyítva. A két csoport között nem mutatkozott szignifikáns különbség.

KÖVETKEZTETÉSEK: Jelen vizsgálatban az artroszkópos LCA-rekonstrukció kedvező eredményeket mutatott mind az 50 év feletti mind a 30 év alatti betegeknek. Elülső keresztszalag-hiány esetén a műtéti javallat felállítására szempontjából a beteg fiziológiai kora, térdének vizsgálatkori állapota, jövőbeni igényei és aktivitási szintje sokkal fontosabb, mint a kronológiai életkor.

Körülméktől függően a beteg kiválasztás után az 50 év feletti elülső keresztszalag-rekonstrukciója megfelelő, begyakorolt műtéti technikával biztonságosan és eredményesen elvégezhető.

A-0117

VÖRÖS ÉS FEKETE, VÖRÖSISZAP KATASZTRÓFA SÉRÜLTJEINEK ELLÁTÁSA ÉS AZ ELLÁTÁS TANULSÁGAI

Balatincz Péter – Milkovics Rókus – Gaál Péter – Sasvári Edgár

Magyar Imre Kórház, Traumatológia Osztály, Ajka

2010. október 4-én Ajka térségében átszakadt a MAL Zrt. vörösiszap tárolójának gátja. A Torna patak völgyét 6-700 000 köbméter 13-as Ph-jú lúgos folyadékkal fedett zagy öntötte el.

A katasztrófa során két nap alatt 286 fő került ellátásra traumatológiai és sürgősségi osztályunkon, ebből 170 fő lúg okozta bőrsérüléssel, 48 fő felső légúti irritáció miatt. 111 fő jelentkezett a katasztrófa okozta lelki sérülés miatt pszichiátriai támogató kezelésre. Baleseti osztályunkra az első 24 órában 25 fő került felvételre, 1 fő kiterjedt égési sérülése miatt speciális égésplasztikai elhelyezést igényelt a győri Égésplasztikai Osztályon. Osztályra felvett betegek 25%-nál vált szükségessé félvastag bőrátültetés. 99%-ban konzervatív terápia elégséges volt.

A nagy számú sérült zökkenőmentes ellátása szervezési kihívást jelentett városi kórházunk számára. Előadásunkban az elméletben jól ismert, de gyakorlatban, szerencsére extrém ritkán előforduló katasztrófa helyzetben fellépő szervezési kérdésekre, és annak kórházon kívüli hiányosságaira próbálunk rávilágítani.

A-0118

A FIZIOTERÁPIA HATÉKONYSÁGÁNAK MÉRÉSE CSÍPŐTÁJI TÖRÖTTEK KEZELÉSÉBEN

Baranyiné Kun Anikó - Kriston Anikó - Vámosi Istvánné

Jósa András Oktatókórház és Nonprofit KFT., Nyíregyháza

A traumatológiai osztályok forgalmának 1/8-ad részét kitevő betegcsoportot a csípőtáji töröttetek adják. A korszerű műtéti technikák a korai mobilizálás lehetőségét teremtik meg. Az alkalmazott gyógytorna-fizioterápia hatékonyságát nehéz mérni. A nyíregyházi Jósa András Oktatókórházban a csípőtáji töröttetek fizioterápiás ellátásának eredményeit a Timed Up and Go teszt alkalmazásával végezték.

A Jósa András Oktatókórház fizioterápiás kezelésében egységes, szakmai szervezetek által elfogadott protokoll szerinti betegellátás történik.

A minisztériumi protokollban szerepet kap az ellátás megfelelésének indikátora, melyben a funkcionális végeredményt, az önellátás képességét mérik. A csípőtáji töröttetek gyógytorna-fizioterápiás kezelésének hatékonyságmérése 2011. december 01-2012.03.25. között történt, a traumatológián ápolott csípőtáji betegek körében. A Timed Up and Go retrospektív, megfigyelésen alapuló, populációfüggő tanulmány, mellyel felmérhető az alap mobilitási funkciók: felállás, leülés, fordulás, séta. Egyszerű, olcsó és könnyen kivitelezhető teszt.

A teszt a protokoll szerinti, postoperatív mozgásterápia lezárásával, a beteg hazabocsátásakor kerül elvégzésre. Kivitelezésekor egy időegységet kapunk, mely a székről felállva meghatározott távolság önálló megtétele után visszaüléskor mért idő. Ezzel az eredménnyel az átlagpopulációban mért paraméterekhez viszonyítva meghatározható a mozgásterápia eredményessége. A betegek kormegoszlása 42 és 81 év közé esett, a vizsgálatban 52 nő és 26 férfi vett részt.

- Az eredmények szerint alkalmas a TUG tesztet a fizioterápia hatékonyságának mérésére,
- fontos a teszt további finomítása és az akut szakra való adaptálása
- a betegek teljesítményét befolyásolja a kor és a nem
- a fizioterápia hatékonyságának további bizonyításához fontos a betegek utánkövetése

A-0119

FELNŐTTKORI MONTEGGIA-SÉRÜLÉSEK KEZELÉSÉNEK EREDMÉNYEI

Mester Sándor – Jéhn Ákos – Kandár Zoltán

Fejér Megyei Szent György Kórház, Mozgásszervi Sebészeti Centrum, Traumatológiai Osztály, Székesfehérvár

CÉLKITŰZÉS: A szerzők vizsgálni kívánták a felnőttkori Monteggia-sérülések ellátásával elért radiológiai és funkcionális eredményeiket.

MÓDSZER: 2006 és 2011 közötti 5 éves intervallumban retrospektíve azonosították a Monteggia-sérüléseket osztályuk beteganyagában. Az adatgyűjtés a kórtapok, a röntgenfelvételek és az ambuláns utánkövetési leletek feldolgozásával történt.

EREDMÉNYEK: A vizsgált időszakban 24 Monteggia-sérülés ellátása történt. 9 férfi és 5 nőbetegnél (átlagéletkor: 56,5 év) Bado szerinti osztályozásban I. típus 5; II. típus 18; III. típus 1 esetben fordult elő. 11 eset járt radiusfej-töréssel. Az ulna törésének rögzítése 18 esetben történt hagyományos eszközökkel, míg 6 esetben szögstabil lemezt használtak. Radiusfej resectio 3 esetben történt. 22 esetet tudtak utánkövetni. A szövődmények között egy esetben fordult elő a radiusfej-törés állízlete, 6 esetben ectopiás ossificatio; a synthesis elégtelenné válása 4 esetben, mélyinfeció 2 esetben következett be. A radiológiai és funkcionális eredményeket értékelve 7 esetet soroltak kiváló, 7 esetet jó, ötöt elfogadható, három pedig rossz kategóriába.

KÖVETKEZTETÉS: Korábbi hasonló utánvizsgálatokkal összevetve jelen anyagban a Bado II típusú (flexiós) sérülések túlsúlya a feltűnő. Mivel ezen törések rögzítése a nehezebb, ezzel magyarázzák az instabil synthesisek arányának és az abból eredő szövődmények számának növekedését. A szögstabil lemezek alkalmazásától az eredmények javulását remélik, és ezt igazolják ezirányú kezdeti eredményeik is.

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA 2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

A-0120

PLEXUS BRACHIALIS SÉRÜLTEK FIZIOTERÁPIÁJA NEUROTIZÁCIÓS MŰTÉTEKET KÖVETŐEN

Lenkó Mónika¹ - Pintér Sándor² - Thékes Lászlóné¹

¹SZTE Központi Fizioterápiás Részleg, Szeged

²SZTE Traumatológiai Klinika, Szeged

A plexus brachialis sérülések gyakorta fordulnak elő nagy energiájú sérüléseknél politraumatizáció részeként. Attól függően, hogy mely plexus ágak érintettek, változatos tünetegyüttes alakulhat ki a felső végtag érző- és motoros funkcióinak kiesésével.

A neurotizációs műtétekkel és az azt követő folyamatos, intenzív fizioterápiás kezeléssel lehetőséget adhatunk a sérültek életminőségének, önálló képességének javításához. A műtétre való alkalmasság függ az esetleges társsérülésektől, a beteg motiváltságától, pszichés állapotától, eredményessége a megfelelő ellátást biztosító rehabilitációs intézmény melőbbi bevonásától a rehabilitációba.

Fizioterápiás lehetőségek a műtétet megelőzően: állandó passzív átmozgatás a ROM megőrzésére, szelektív ingeráram kezelés a főbb izomcsoportokra az érintett felső végtagon. A műtét terápia célja legalább az úgynevezett segítő kéz funkcióinak megfelelő állapot elérése.

A műtétet követő fizioterápia célja a reinnervált izomcsoportban a kontrakció megjelenésének visszacsatolása, az izomerő fokozatos növelése, melyet segíthet az átültetett ideg eredeti funkciójának megfelelő mozgásminta beépítése a mozgások gyakorlásába. Ez különösen nehéz, ha a sérüléskor az érzékszervek is elvesztek.

Alkalmazható fizioterápiás eljárások a műtétet követően, főként egyéni torna keretében: ízületek passzív átmozgatása, szelektív ingeráram kezelés a megfelelő izmokra, vezetett aktív mozgások alkalmazása, különböző facilitációs technikák, subaqualis torna tehermentesített helyzetet teremtő tornaeszközökkel. A subaqualis torna főbb szempontjai: egyénileg, tehermentesített helyzetben, szimmetrikus mozgásokkal, a mozgáspálya középső szakaszán izometrikus megfeszítésekkel, facilitációt alkalmazva dolgozunk. Alkalmazhatunk szárazföldi tornát hasonló szempontok figyelembe vételével. A fizioterápia eredményeként célunk eljutni a négyes izomerőig az egyes izomcsoportoknál. Ezáltal a beteg képes lehet a megfelelő önellátásra, egyes esetekben végzettségének megfelelő vagy egyéb munka végzésére.

A plexus brachialis sérülés, bár először mindig ijesztő tünetegyüttes, megfelelő időben megkezdett rehabilitáció esetében eredményesen kezelhető. A sikerhez hosszú út vezet, mind a beteg, mind a gyógyításában résztvevő szakdolgozóktól sok időt és energiát igénylő feladat. Mégis az általam ismert páciensek állapotát figyelembe véve a végső siker megéri a fáradtságot.

A-0121

KÉZILABDÁZÓK ROTÁTORKÖPENY SÉRÜLÉSEINEK KEZELÉSI LEHETŐSÉGEI

Szálasy László - Balogh Péter - Lénárth Róbert

Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Baleseti Sebészet, Győr

CÉLKITŰZÉS: Szerzők első osztályú kézilabdázók rotátorköpeny sérüléseinek kezelési lehetőségeit elemzik konkrét esetek kapcsán.

MÓDSZER: 4 első osztályú kézilabdázó (3 nő, 1 férfi) rotátorköpeny sérülései után komplex kivizsgálás történt (fizikális, UH, MRI), majd egyénre szabott kezeléseket javasoltak.

- 2 esetben konzervatív

- 1 esetben arthroscopos subacromialis decompressio

- 1 esetben (6 évvel az után, hogy arthroscopos subacromialis decompressio történt), újabb sérülés után arthroscopos revízió és a talált lelet szerint feltárásból ROK reconstructio.

EREDMÉNYEK: A 4 esetből 3 jelenleg is első osztályú szinten kézilabdázik. 1 játékos a műtét után visszatért a versenysportba, de már azóta egyéb panaszok miatt orvosi javaslatra nem kézilabdázik.

KÖVETKEZTETÉS: Kézilabdázók rotátorköpeny sérülése igen gyakori, akár túlterheléses, akár többszörös mikrotraumas, akár egyszeri adekvát traumás jelleggel, fontos a megfelelő kivizsgálás után az egyénre szabott, megválasztott kezelés, figyelembe véve a sportaktivitást, azért, hogy a sportoló ugyanolyan magas szinten folytathassa pályafutását.

A-0122

A FIZIOTERÁPIÁS JELLEGŰ TEVÉKENYSÉGEK ÉVES EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FINANSZÍROZÁSÁNAK MEGHATÁROZÁSA A JÁRÓBETEG SZAKELLÁTÁSBAN A TRAUMATOLÓGIAI SÉRÜLÉSEKET KÖVETŐEN

Molics Bálint¹ - Sebestény Andor² - Schmidt Béla¹ - Kránicz János¹ - Ágoston István¹ - Vas Gábor¹ - Boncz Imre¹

¹ Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar (Pécs, Zalaegerszeg)

² Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Dél-dunántúli Területi Hivatala, Pécs

CÉLKITŰZÉS: Elemzésünk célja a járóbeteg szakellátáson belül a traumatológiai sérüléseket követően a leggyakoribb fizioterápiás jellegű tevékenységek megismerése, valamint az összes eljárásra fordított egészségbiztosítási kiadások meghatározása volt.

ADATOK ÉS MÓDSZEREK: Elemzésünk a járóbeteg szakellátást nyújtó intézmények által az Országos Egészségbiztosítási Pénztár felé küldött, majd a Tétése Egészségügyi Adattáron keresztül a meghatározott diagnózisoknak függvényében lekért tevékenységi kódokra kapott esetszámokon alapultak a 2008-as évre nézve. A tevékenységek listáját a járóbeteg-szakellátás tevékenységi kódlistájának alkalmazásáról szóló Szabálykönyv „Gyógytornász, gyógymasször, konduktor és fizioterápiás szakdolgozó által végezhető eljárások” fejezete szolgáltatta. A traumatológiai sérülések listáját a BNO S00-T98 – a sérülés, mérgezés és a külső okok bizonyos egyéb következményei – főcsoportján belül, csak az S00-S99 kódjelű csoportokhoz tartozó sérülések képezték az emberi test 10 régiójára felosztva.

EREDMÉNYEK: A 151 fizioterápiás jellegű OENO tevékenység éves esetszáma 29.045.736, a BNO S00-S99 csoportjában 3.188.650.

A leggyakoribb esetszámú tevékenységek ezen körképek esetében: 1.) Egyéni torna 352.406 (11,15%), 2.) Izomerősítő gyakorlatok 251.398 (7,88%), 3.) Kontraktúra nyújtása 247.442 (7,76%), 4.) Keringésjavító fizioterápia 230.930 (7,24%), 5.) Gyakorlatok ellenállással szemben 210.703 (6,61%). A 20 leggyakoribb kezelés esetszáma 2.789.636, ami az összes esetszám 87,49%-a. A legnagyobb esetszámban kezelt terület a térd és a lábszár (22,4%), majd a váll (22,31%) könyök (18,7%), csukló (14,18%), míg a legkisebb esetszámban pedig a fej (1,71%) és a nyak (0,67%).

Az összes fizioterápiás jellegű eljárás teljes finanszírozási költsége 2008-ban 8.667.737.291 Forint, míg a BNO S00-S99 csoportjaiba tartozó körképeknél ezen költség 962.046.344 Forint (11,1%).

MEGBESZÉLÉS: A BNO S00-S99 csoportjainak esetszáma a 2008-as év összes fizioterápiás jellegű tevékenységének éves esetszámából alacsony (~11%) részesedést mutat. Feltételezhető, hogy az ide tartozó körképeknél alkalmazott már kis esetszámú fizioterápiás kezelés is eredményes lehet, illetve hogy a szakemberek tevékenység választása egyénre adaptált (11,15%), célzott, így hatékony is. A 20 leggyakoribb tevékenység listája is tükrözi a traumatológiai körképeknél elvárható, csakis az aktív és passzív eljárásokkal együttesen megteremthető aktív-komplex funkcionális kezelés meglétét. A járóbeteg szakellátás tevékenységének igénybevétele a felső végtag sérültek könnyebb elérhetősége ellenére, a térd és a lábszár sérült betegeknek volt a legmagasabb (22,4%). Háttérben feltételezhető a fiatal korosztály érintettsége, illetve a térdtáji sérülések utáni alacsonyabb költségű műtéti technikák megírása akár 6 hónapos fizioterápiás utókezeléssel. A traumatológiai körképek jobb gyógyhajlama, illetve a gyakorlatban megvalósuló hatékony kezelés eredményeként, a járóbeteg szakellátáson belül a traumatológiai sérülések fizioterápiás eljárásaival történő kezelése 2008-ban alacsony költségű eredményezett.

A-0123

ÚJ TÍPUS „SZENDVICS” LEMEZ MECHANIKAI VIZSGÁLATA

Turhányi Béla¹ - Lőrincz Ádám¹ - Muraközy Katalin¹ - Smuczer Tibor² - Manó Sándor³

¹Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék

²Sanatmetal Kft.

³Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Ortopédiai Klinikai Biomechanikai Laboratórium

CÉLKITŰZÉS: A metallurgia elvi lehetőségeit a gyógyító gyakorlatban csak kis részben hasznosítjuk. A lemezes törésrögzítés régi dilemmája, hogy a fémek adta stabilitás és rugalmasság eltér a csont eredeti paramétereitől. Az implantatum fejlesztés egyik lehetséges útja a rétegelt szerkezetű lemezek kidolgozása.

MÓDSZER: a szerzők két féle anyagból készített lemezek mechanikai tulajdonságait hasonlítják össze. A lemezek vastagsága szélessége és hosszúsága, megegyezik. Mindegyik lemezen 4-4 furat van. Az egy rétegű, hagyományos egybeöntött lemezen önkompresziós furatok, az előbbivel megegyező vastagságú, de lágyabb alapanyagból készült két rétegű lemezekon deformálódó szélű furatok vannak. A lemezeket 2-2 műfa kockákra rögzítették 2-2 csavarral. A műfa kockák között 5 mm távolság maradt. Vizsgálták a felépített rendszer axiális és rotációs stabilitását, valamint a lemezek deformitását a lemeze oldalról gyakorolt hajlító erőkkel szemben. A deformításokat statikus és dinamikus terhelésekkel szemben is mérték.

EREDMÉNYEK: az absztrakt leadásakor a mérések még folyamatban vannak, ezért eredményekről a kongresszus idején tudnak beszámolni.

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA 2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

A-0124

PROXIMALIS HUMERUS TÖRÉSEK ELLÁTÁSA RÖVID VELŐŰRSZEGGEL

Turchányi Béla¹ - Urbán Ferenc¹ - Kincses Miklós²

Debreceni Egyetem OEC Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék,

¹Kendzy Kórház-Rendelőintézet Eü. Szolg. Nonprofit Kft., Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Debrecen

²Markhot Ferenc Kórház Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Eger

CÉLKITŰZÉS: A proximális humerus törések gyógyításában is egyre nagyobb teret kap a mozgásstabil rögzítés lehetősége. Az amúgy is kiemelten utókezelés igényes testtájék sérüléseinél a korábbi kompromisszumos szemléleten túllépve törekszünk a minél korábban elkezdhető utókezelést biztosító oszteoszintézisre.

MÓDSZER: A szerzők a felkar vállzületi vég töréseinek stabilizálására kialakított úgynevezett rövid proximális szegekkel szerzett első tapasztalataikat ismertetik. A szegeket az AO szerint 11-A3, 11-B1, 11-B2, típusú töréseknél használták. Perkután manipulációval végezték a repositiot és minimal invazív szegbevezetést alkalmaztak. Eddig összesen 7 műtétet végeztek. Az átlag követési idő 8 hónap.

EREDMÉNYEK: Sebgyógyulási zavar nem volt. Átmeneti keringészavar, részleges vénás trombózis egy betegnél fordult elő. Idegsérülést nem észleltek. A törések fedett repositiója az első kontroll rtg felvétel szerint 3 esetben nem volt elég pontos. Egy esetben további másodlagos újra-elmozdulást észleltek. A törések gyógyulása bekövetkezett, de részleges csontdefectus alakult ki 2 betegnél. A mozgásstabilnak ítélt szintéziseket követően is tartós, türelmes utókezelésre volt szükség. A váll mozgások jelentős zavara maradt vissza 4 betegnél, de ez a hétköznapi életvitelükben a betegeket nem akadályozza.

KÖVETKEZTETÉS: Az érzéstelenítés módszereinek fejlődése további lehetőségeket nyit meg a sérülések kezelésében. A még bevezetés alatt álló új törés rögzítési módszer pontos műtéti technikát igényel. A szeg és a csavarok behelyezése a precíz műszerkészlet segítségével biztonságos. A megfelelő repositio elérése azonban még speciális (strandszék) fektetéssel és szükség szerinti percutan manipulációval sem mindig gördülékeny. A menetstabil reteszcsavarok a szintézis stabilitását fokozzák. A súlyos csonttrikulás, a törés darabossága és a jelentős elmozdulás a törvégek között továbbra is nagy kihívás a sérülések kezelésénél. Az új műtéti módszerek eredményessége csak megfelelő tanulási idő és esetszám után állapítható meg.

A-0125

OLECRANON TÖRÉSEK KEZELÉSÉNEK EREDMÉNYEI

Kandár Zoltán - Mester Sándor

Fejér Megyei Szent György Kórház, Traumatológia Osztály, Székesfehérvár

CÉLKITŰZÉS: Az olecranon törése gyakori sérülés, kezelési elvei egyszerűek, de a gyakorlatban mégsem beszélhetünk teljes sikerességről a kezelés során. Retrospektív vizsgálatunk célkitűzése az általunk alkalmazott műtéti eljárások, és az elért funkcionális eredmények értékelése volt.

ANYAG ÉS MÓDSZER: 2006. április 01. és 2011. március 31. között 92 beteg (52 nő, 40 férfi) olecranon törését kezeltük osztályunkon. Az átlagéletkor 57,2 év (18-87) volt. 4 esetben végeztünk konzervatív kezelést, 75 esetben tűződrót-húzóhurkos, 1 esetben csavaros, 5 esetben konvencionális lemezes és 7 esetben szögstabil lemezes törésrögzítést. A töréseket Colton, Horne és Tanzer, valamint a Mayo klasszifikáció szerint csoportosítottuk. A fenti időszakra vonatkozóan retrospektív vizsgálatot végeztünk, melyben a kórlap- dokumentáció, a rendelkezésre álló rtg. felvételek, valamint az ambuláns nyilvántartás adatait tekintettük át.

EREDMÉNYEK: A vizsgált időszakban a fenti módszerekkel 78 esetben (84,7%) értünk el dokumentáltan teljes gyógyulást és végződött a kezelés fémkívétellel. 10 esetben (10,8%) észleltük a tűződrót vándorlását, míg 6 esetben (6,5%) a törés rediszlokációja következett be. Felületes infekció 6 esetben (6,5%) lépett fel, mély infekció nem fordult elő. A kezelések végén 20 esetben (21%) észleltünk valamilyen fokú mozgásbeszűkülést. A lemezes oszteoszintézisnekélnél implantátum lazulás, rediszlokáció, sebgyógyulási zavar nem fordult elő.

KÖVETKEZTETÉS: A stabil, elmozdult olecranon törések kezelésének megszokott és jól bevált módszere a tűződrót-húzóhurkos oszteosynthesis. A módszer előnye a viszonylag egyszerű műtéti technika és olcsósága. Azonban az instabil, darabos, distalis elhelyezkedésű törések lemezzel történő rögzítést igényelnek. Erre mutat rá az is, hogy anyagunkban az észlelt szövődmények gyakorlatilag csak a tűződrót-húzóhurkokkal kezelt betegekénél fordultak elő. Ezek hátterében indikációs és műtétechnikai hibákat találtunk. A romzónával járó, instabil töréseknél 2009. óta alkalmazunk szögstabil olecranon lemezes technikát, mellyel a kezdeti tapasztalataink jók, de előnye az egyéb lemezelési technikákkal szemben jelen anyagunkban még nem kimutatható.

A-0126

A FIZIOTERÁPIÁS JELLEGŰ TEVÉKENYSÉGEK ALAPJÁN A LEGNAGYOBB ESETSZÁMBAN KEZELT TRAUMATOLÓGIAI SÉRÜLÉSEK REGIONÁLIS, KORCSOPORTOK SZERINTI MEGISMERÉSE A JÁRÓBETEG SZAKELLÁTÁSBAN.

Molics Bálint¹ – Bohner-Beke A.⁴ – Mintál Tibor³ – Sebestyén Andor² – Schmidt Béla¹ – Kránicz János¹ – Boncz Imre¹

¹ Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar (Pécs, Zalaegerszeg)

² Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Dél-dunántúli Területi Hivatala, Pécs

³ Pécsi Tudományegyetem, Mozgásszervi Sebészeti Intézet, Pécs

⁴ Eötvös József Főiskola, Baja

CÉLKITŰZÉS: Elemzésünk célja a járóbeteg szakellátáson belül a fizioterápiás jellegű tevékenységek alapján a legnagyobb esetszámban kezelt traumatológiai sérülések megismerése a regionális megoszlásuk, valamint életkorokban előforduló esetszámok alapján.

ADATOK ÉS MÓDSZEREK: Elemzésünk a járóbeteg szakellátást nyújtó intézmények által az Országos Egészségbiztosítási Pénztár felé küldött, majd a Tétéles Egészségügyi Adattáron keresztül lekért adatokra alapultak.

A 151 tevékenység listáját a járóbeteg-szakellátás tevékenységi kódlistájának alkalmazásáról szóló Szabálykönyv „Gyógytornász, gyógymasször, konduktor és fizioterápiás szakdolgozó által végezhető eljárások” fejezete tartalmazta.

A fizioterápiás jellegű tevékenységek alapján a legnagyobb esetszámban kezelt traumatológiai sérülés a térd és a lábszár (S80-S89). A meghatározott diagnózisoknak függvényében lekért tevékenységi kódokra kapott esetszámokon elemzése a 7 magyarországi régió, valamint az életek 5 éves időintervallumos bontásában beállított szűréssel történt a 2008-as évre nézve. A régiók 2008-as lakónépességét a KSH szolgáltatta a 2009. január 1-i adatok alapján.

EREDMÉNYEK: A 151 fizioterápiás jellegű OENO tevékenység éves esetszáma 2008-ban 29.045.736. A BNO csoportok bontásában az S00–S99 csoportból (3.188.650), a térd és a lábszár sérülések (S80–S89) kezelése történt a legmagasabb esetszámban 713.898. Az életkor tekintetében a legtöbb tevékenység a 30–34 életév között 86.048 esetszámmal, majd 35–39 életév között 77.903 esetszámmal került dokumentálásra.

Az esetszámok 1000 főre számított országos értéke 71,17. A sérülések legnagyobb esetszámban Közép-Magyarországon (81,07) és Közép-Dunántúlon (74,65) míg legkisebb számban Nyugat-Dunántúlon (62,52) és Dél-Dunántúlon (63,52) kerültek kezelésre.

MEGBESZÉLÉS: A traumatológiai kórképek esetében a járóbeteg szakellátás tevékenységének legnagyobb igénybevétele a fizioterápiás jellegű tevékenységek alapján a térd és a lábszár sérült betegek kezelésénél volt. A térd és a lábszár sérüléseinek a 30–34, illetve a 35–39. életév közötti kiugróan magas esetszámainak hátterében feltételezhetjük a magas betegségmódot, nem pedig az érintett korosztálynak ilyen kórképeknél az elnyúltabb, rosszabb, így költségesebb gyógyulását is. A térd szalag és meniscus képleteinek sérülései ezen korosztálynál valóban mutathatnak magas előfordulást, ami viszont preventív módszerekre sürgetnek. Regionális bontásban 1000 főre számított esetszámok eltéréseinek megválaszolásához további elemzés indokolt.

A-0127

A PROXIMALIS HUMERUSTÖRÉSEK MŰTÉTI KEZELÉSE NEM SZÖGSTABIL LEMEZSEL

Mészáros D. – Sándor Cs. – Baranovics P. – Mester S.

Fejér Megyei Szent György Kórház, Traumatológiai Osztály, Székesfehérvár

CÉLKITŰZÉS: Vizsgálatunkban az osztályunkon 2006 és 2011 között műtéttel kezelt proximális humerus törések közül a nem szögstabil lemezzel rögzített eseteket értékeltük.

MÓDSZER: Eseteinket a Medsol számítógépes adatbázisból retrospektív módon kerestük vissza a BNO kódok alapján. Értékeljük a primer, illetve az utánkövetés során készült RTG felvételeket. A töréseket Neer szerint osztályoztuk. Elemeztük a különböző ellátási módokat (tűződrót, csavar, intramedulláris szeg, protézis), az ezekhez tartozó töréstípusokat, a törésgyógyulás rtg-jeleit, és az ambuláns megjelenés során észlelt funkciót.

EREDMÉNYEK: Osztályunkon a vizsgált öt év során 232 beteg került felvételre proximális humerustörés miatt. 98 esetben szögstabil lemezes szintézis történt. 134 betegnél (86 nő és 48 férfi, átlagéletkor 64 év) 60 tűződrótos, 22 csavaros osteosynthesis, 37 velőúrszegezés, és 15 vállzületi hemiprotézis beültetést végeztünk. Fedett tűzés a Neer I, III, IV-es töréseknél történt, csavarozást főleg IV-es típusú tuberculum maius törések esetén végeztünk. Velőúrszegezést nagy diszlokációjú Neer III-IV-es típusú törés esetében alkalmaztunk, míg protézis beültetést Neer II vagy olyan 4 rész töréseknél végeztünk, ahol a fej vérellátásának elvesztése valószínűsíthető volt.

16 beteget nem tudtunk utánkövetni. Szövődményként 4 alkalommal állízület kialakulását, 5 esetben avascularis fejnecrosis felléptét és 12 esetben a törés rediszlokációját találtuk. Mélyinfekció 3 esetben fordult elő. Az ambuláns utánkövetés során a vállfunkciót 59 esetben jónak, 42 esetben kielégítőnek és 17 esetben rossznak értékeltük.

KÖVETKEZTETÉS: A vizsgált módszerekkel elért eredményeink összhangban vannak az irodalmi adatokkal. A további javítás lehetőségét a szögstabil lemezek kiterjedtebb használatában, és a vállzületi protetizálás gyakoribb alkalmazásában látjuk.

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA 2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

A-0128

A PROXIMALIS HUMERUSTÖRÉSEK KEZELÉSE SZÖGSTABIL LEMEZSEL

Baranovics Péter – Mészáros Dávid – Sándor Csaba – Mester Sándor

Fejér Megyei Szent György Kórház, Traumatológiai Osztály, Székesfehérvár

CÉLKITŰZÉS: A proximális humerustörések kezelésére számos módszer alkalmazható a siker reményében, jelen vizsgálatunk során a szögstabil lemezes szintézissel elért eredményeinket kívántuk értékelni.

ANYAG ÉS MÓDSZER: Az osztályunkon 2006 és 2011 közötti öt éves periódusban operált proximális humerustöréseket dolgoztuk fel. Fenti időszakban 232 ilyen beteget kezeltünk, 98 esetben alkalmaztunk szögstabil lemezt. Vizsgáltuk a töréstípus szerinti megoszlást, a csontgyógyulást radiológiai jeleit, illetve a korai és késői szövődmények előfordulását.

EREDMÉNYEK: 34 férfi és 54 nőbeteget operáltunk szögstabil lemezzel, átlagéletkoruk 64 év volt. Neer szerint osztályozva a töréseket: III. típusút 42, IV. típusút 44, V. típusút 5, VI. típusút 7 esetben találtunk. Az összes szögstabil lemezzel operált esetben szoli csontgyógyulást értünk el.

Technikai hiba miatti reoperáció (túlérő csavar) 5 esetben történt.

1 alkalommal az implantátum lazulása miatt a lemezt velőúrszegre cseréltük.

4 betegnél sebészétválás és felületes infekció jelentkezett. 2 esetben észleltünk mélyinfekciót, melyek feltárás, drenálás után gyógyultak.

2 esetben távolítottuk el a fémanyagokat a lemez okozta impingement miatt, 3 betegnél bemozgatás történt, narkózisban, vállízületi kontraktúra megszüntetése céljából.

KÖVETKEZTETÉS: Az irodalmi adatokkal egyezően a szögstabil lemezek használatát biztonságos, kevés szövődménnyel járó módszernek találtuk a proximális humerustörések kezelésében.

A-0129

GERINCSERÜLTEK ELLÁTÁSI STRATÉGIÁJA, KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A POLYTRAUMATIZÁLT BETEGEKRE

Jósvai Attila - Veres Róbert

Magyar Honvédség Honvédkórház, Budapest

A polytraumatizáció komplex patofiziológiai, immunológiai reakciót vált ki. A sérülés mechanizmusától, a baleset óta eltelt időtől, és a szisztémás válaszreakciótól függően kell módosítani a sebészi tervet. Az előadás a polytraumatizációt követő terápiás „időablakokat”, a polytraumatizált gerincsérült betegek ellátási elveit taglalja.

A-0130

A DISTALIS RADIUS VÉG TÖRÉSEK KEZELÉSE INTÉZETÜNKBEN

Lohner Balázs - Korcsmár Péter

Pétery Sándor Utcai Kórház, Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

CÉLKITŰZÉS: A típusos helyen lévő radius törések a leggyakoribb törések a traumatológiai gyakorlatban. Magyarországon évente körülbelül 25000 esetben történik baleseti sebészeti ellátás. A törések osztályozása, a megfelelő kezelési módszer kiválasztása és annak menedzselése nem könnyű feladat. A konzervatív és műtéti úton kezelt csuklótörések között gyakran alakul ki a beteg számára nem elfogadható, fájdalmas mozgásbeszűkülés, melyek bizonyos esetekben reconstuctios műtét elvégzésére kényszerülünk. A vizsgálat célja, hogy bemutassuk a megfelelő műtéti indikációk kiválasztásának szempontjait és az egyes műtéti megoldások nehézségeit.

MÓDSZER: Intézetünkben (Pétery Kórház Baleseti Központ) 2011–ben 1651 distalis radius vég törést kezeltünk. A törések osztályozásánál a Müller féle AO beosztást használtuk.

EREDMÉNYEK: Az esetek kb. 80% -át konzervatív úton kezeltük. 275 törést műtéttel stabilizáltunk. A primer műtéti ellátások közül 112 esetben végeztünk tűződrótos stabilizálást, 79 esetben használtunk fixateur externe rögzítést, 79 esetben lemezes osteosynthesist végeztünk és 5 esetben csavaros rögzítést választottunk. Reoperatiót 19 alkalommal végeztünk.

KÖVETKEZTETÉSEK: A műtéti kezelés célja, hogy olyan stabil rögzítést hozjunk létre, mely során az ízületi kongruenciát és a radius hosszát helyreállítjuk. A kezelési módszer kiválasztása minden betegnél egyedi elbírálás alapján történik, melynek szempontjai a csontállomány minősége, lágyrészek állapota, aktuális társ sérülések és a beteg együttműködése.

A-0131

THORACOLUMBALIS KOMPRESSZIÓS TÖRÉSEK KEZELÉSE KORZETTEL

Fésüs Márton¹ - Németi Zoltán² - Molnár Levente²

¹ Debreceni Egyetem OEC Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék, Debrecen

² Kenező Kórház-Rendelőintézet Eu. Szolg. Nonprofit Kft., Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Debrecen

BEVEZETÉS: A thoracolumbalis régió különösen fogékony a sérülésekre, mivel a mellkas által stabilizált háti gerinc és a mozgékony lumbalis szakasz határán könnyebben következnek be kompressziós törések. Ezeknek a töréseknek jelentős része stabil, a ventrális oszlopot érintő törés, ami konzervatíván kezelhető. Fiatal, jó általános állapotú betegeknél 0,8 alatti Beck Index alatt a törés reklinációja és tartós rögzítés szükséges. Megfelelő eredmény csak a szakma szabályai szerint végzett ellátástól várható.

ANYAG ÉS MÓDSZER: A 2009. október 01. -tól – 2011. szeptember 30. -ig alsó háti, felső ágyéki csigolya kompressziós törés miatt felvételre, konzervatív kezelésre került betegek anyagának retrospektív vizsgálatát végezték el a szerzők. Az idős, obes illetve légzési problémákkal küszködő betegeknél a jelentős kompresszióval járó eseteket is néhány nap ágynyugalom után korai funkcionális kezeléssel látták el. Az osztály gyakorlatában a beteget hanyatt fekvő helyzetben a sérült csigolya magasságában felfüggesztve végzik a reklinációt, majd ebben a helyzetben kerül felhelyezésre a gipszkorzett. 6 hét után a korzett cseréje szükséges, ami történhet másik gipszfűzőre vagy minta alapján készített műanyag rögzítőre. Egyes esetekben azonban az első rögzítés is műanyag korzettel történt.

EREDMÉNYEK: A szerzők a kórtap és ambuláns dokumentációk, valamint a digitális röntgenfelvételek alapján vizsgálták az elért eredményeket. Megállapítható, hogy jó eredmény csak a megfelelő reklinációs helyzetben főlhelyezett korzettálás után várható. Műanyag fűző hosszútávon is legfeljebb a jól kooperáló betegek esetében használható. Kifejezetten rossz eredményt adott a nem megfelelő helyzetben, primeren főlhelyezett tépőzáras fűzők alkalmazása.

KÖVETKEZTETÉSEK: A műanyag ortézisek elterjedése látszólag megkönnyíti a beteg és a kezelő személyzet életét.

Nem szabad szem elől téveszteni, hogy a konzervatív kezelésnek szigorú szabályai vannak, ami magában foglalja a törés repozícióját illetve a megfelelő módon, megfelelő ideig tartó rögzítést és a gondos utókezelést. A szerzők egyértelműen főlhívják a figyelmet arra, hogy 0,8 alatti Beck Index esetén legjobb funkcionális és radiológiai eredmény a gondosan kivitelezett gipszrögzítéstől (minimum 12-16 hét) és a gondos utókezeléstől várható.

A-0132

FUNKCIÓ HELYREÁLLÍTÁS MENETE IZÜLET KÖZELI TÖRÉSEK UTÁN A FELSŐ VÉGTAGON - GYÓGYTORNÁSZOK LEHETŐSÉGEI A MOZGÁSSZERVI REHABILITÁCIÓS TEAMBEN

Veres-Balajti Ilona - Takács Dániel

Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, NK Fizioterápiás Tanszék, Debrecen

CÉLKITŰZÉS: A rehabilitációs program, a funkcionális képességek helyreállítása szempontjából csak akkor lehet hatékony és gyors, ha a teamben, a megfelelően képzett gyógytornászok, az evidenciákon alapuló protokollok figyelembe vételével olyan célzott rövid- és hosszútávú mozgásprogramot alkalmaznak, melyek jól illeszthetők a legújabb orvosi helyreállító technikákhoz. Cél, minden fizioterápiás ellátás során, a meglévő funkciók pontos feltérképezése, a teljesítőképesség határozott megítélése és ezek alapján egy olyan funkcionális tréning összeállítása mely a legrövidebb időn belül biztosítja az önellátás- és az önállóság visszanyerését a beteg számára.

MÓDSZER: A gyógytornász kvantitatív vizsgálati módszerekkel felméri a strukturális károsodás mértékét, az életteni mechanizmus változását. Megítéli az önellátó képességet, meghatározza fájdalom okozta funkcionális és strukturális károsodásokat, speciális tesztekkel definiálja a károsodás pontos helyét és mértékét, valamint objektív mérésekkel az izomerő és a terhelhetőség eredményei alapján felállítja a funkcionális diagnózist. Ezt követően meghatározza azokat a mozgásformákat, amelyeket a tréning során érdemes alkalmazni az izomaktivitás érdekében még a fájdalmas, vagy más problémás esetekben is.

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG

2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA

2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

EREDMÉNYEK: A mozgásszervi rehabilitációs program elsődleges sikere a betegek számára az életminőségük javulása. Ennek mértékét legtovább már a szubjektív visszajelzése alapján is lehet értékelni. Ezen túl a valódi anatómiai és funkcionális változások mérésére pedig számos pontos, a mai technikai színvonalnak megfelelő visszajelző rendszer áll a rehabilitációs team rendelkezésére.

KÖVETKEZTETÉS: A sérüléseket követő gyógyító munka sikere nagymértékben függ a megfelelően kiválasztott és elvégzett repozíciós technikától és a legkisebb funkcionális károsodást okozó retenció alkalmazásától, de mindezek mellett sem lehet tökéletes a funkció helyreállítása a gyógytornász munkája nélkül. Sok esetben lehet igaz, hogy az idő gyógyít, de a mozgásszervi rehabilitációban csak célzott funkcionális tréninggel együtt lesz hatékony az idő regeneráló hatása.

A-0133

A TFN (TITANIUM TROCHANTERIC FIXATION NAIL SYSTEM - SYNTHES) SZEGEZÉSSEL SZERZETT KEZDETI TAPASZTALATAINK

Nagy József - Ördög Csaba - Iszlai Zsolt

Semmelweis Halasi Kórház Nonprofit Kft. - Traumatológia, Kiskunhalas

Megtiszteltetés volt az osztály számára, hogy a SYNTHES cég TFN szegrendszerét elsőként próbálhatta ki Magyarországon, melyet 2011. második felétől kezdtek használni. Azóta 27 esetben került beültetésre. Beszámolnak a kezdeti tapasztalatokról illetve a kezdeti pozitív operatív eredményekről. Ismertetik elsősorban a szegrendszer sajátosságait, annak különféle változatait és alkalmazási területeit. Az implantátum kiváló tulajdonságai mellett kiemelik a SYNTHES-re jellemző beültető műszerkészlet precizitását, könnyen elsajátítható használhatóságát.

A kedvező tapasztalatok ismeretében javasolják széleskörű alkalmazását illetve valamennyi kolléga számára a rendszer megismerését.

A-0134

A HUMERUS PROXIMÁLIS VÉG TÖRÉSÉNEK FIZIOTHERÁPIÁS KEZELÉSE

Nagy Ágnes

Kenézy Kórház-Rendelőintézet Eü. Szolg. Nonprofit Kft., Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály, Debrecen

BEVEZETÉS: A humerus proximális vég törés fizioterápiás kezelése nagy kihívást jelent a gyógytornász számára. Ezen törések kezelésénél a traumatológiai fizioterápiában a hangsúlyt a korai mobilizációra fektetjük a rehabilitáció mihamarabbi elérése érdekében. Előadásomban szeretném bemutatni a posztoperatív Védelmi fázisok lehetőségeit attól függően, hogy a sérültet milyen műtéti technikával kezelték.

ANYAG ÉS MÓDSZER: A Kenézy Kórház Nonprofit Kft adatait felhasználva elemeztem a 2009 június és 2011 november között proximális humerustöréssel kezelt felnőtt betegek dokumentációját. Ezen időszakban 192 sérültet láttam el; 57 beteget konzervatívan, míg 135-öt valamilyen műtéti eljárással kezelték. Utóbbiak közül 109 sérültnél adaptációs, 26-nál pedig mozgás stabil rögzítést alkalmaztak. Ezen esetek műtéti- és posztoperatív kezelését vizsgáltam.

EREDMÉNYEK: Az adaptív osteosynthesis után korlátozott keretek között a beteg megfelelő felvilágosításával lehetőség van a gyógytorna korai megkezdésére, a szövődmények elkerülésével. A rehabilitációs folyamat azonban lassabb, az aktív mozgások a vállízületben relatíve későn kezdetbe elegendőek. Az operációt követő 3. hét végéig az érintett oldali vállízületben aktív mozgást nem kérünk a betegtől, ez idő alatt keringésjavító légző-, és vénás tornát tanítunk a betegeknél, fájdalmat és duzzanatot próbálunk csökkenteni hűtéssel, adott esetben elektroterápiával segítségével (interferencia áram). Ezen felül a szabad ízületek tornáztatására és az ép oldal mozgására is hangsúlyt fektetünk.

A mozgásstabil osteosynthesis több lehetőséget és nagyobb szabadságot ad a gyógytornásznak. Már a beavatkozás utáni nap elkezdjük a fokozatosság elvét követve, a nagy izomerőt nem igénylő ingagykorlatokat, és vezetett aktív tornát végeztetünk a műtét utáni 3. héttől. Izometriás gyakorlatokat kérünk flexió és abdukción irányába. Az operatórral való egyeztetés után megkísérüljük a mozgatógép használatát maximum 90°-ig.

Időszerűség esetén a korábbi kezelési eljárással ellentétben szükségessé válhat az elektroterápiával alkalmazása szelektív ingeráram formájában. Ez csak és kizárólag az operatórral való egyeztetés után lehetséges, és a fém implantátumot elkerülve distalisán alkalmazhatjuk a felső végtagon.

KÖVETKEZTETÉSEK: A beteg gyógyulásának ütemét és a funkcionális eredményeket a műtét, a rehabilitációs program és a beteg kooperációja határozza meg. Ezek közül, ha bármelyik hiányzik, az elért eredmény szerény marad. Különösen fontos a rendszeres konzultáció az operátor és a gyógytornász között az adaptációs osteosynthesis után.

A-0135

NOSOCOMIÁLIS FERTŐZÉSEK ÉS KÁRTÉRÍTÉSI FELELŐSSÉG

Józsa Zsolt

Dr. Józsa Zsolt Ügyvédi Iroda

Szerző a nosocomiális fertőzések jogszabályi definíciójának bemutatása után előadása elején két olyan megtörtént jogesetet mutat be, mely polgári pereket nosocomiális fertőzéseket követően indítottak a felperesek az egészségügyi szolgáltató ellen vagyoni és nem vagyoni kártérítés iránt.

Az esetek bemutatását követően ismerteti a magyar kártérítési jog általános szabályait, melyek a Ptk. idevonatkozó szakaszainak ismeretében válnak érthetővé és a gyakorlatban alkalmazhatóvá. Szerző a négy kárfelelősségi elem – melyek: a) jogellenesség, b) kár, c) okozati összefüggés, d) felrúthatóság – bemutatását követően rávilágít arra is, hogy a törvény milyen módon rendezi az ilyen perekben kiemelt jelentőséggel bíró bizonyítási teher kérdését. A kárfelelősségi elemek ismertetése után az egészségügyi törvényben szabályozott betegjogok közül elemzi a betegek tájékoztatáshoz való jogát, annak tartalmát, kötelező elemeit és azok hiányának következményeit.

A-0136

SEBÉSZI VONATKOZÁSÚ NOSOCOMIALIS FERTŐZÉSEK.

Fényes László

Péterfy Sándor Utcai Kórház, Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

Az előadás főleg a sebészi tevékenység következtében kialakult nosocomialis fertőzésekkel foglalkozik. A korai diagnosztika, ellátás megelőzheti a későbbi, már nehezen kezelhető szövődmény kifejlődését. Érinti a folyamat jogi és anyagi következményeit. Megemlíti az ápolás következtében kialakult egyéb nosocomialis fertőzéseket, mint phlebitis, decubitus, clostridium difficile fertőzés jelentőségét.

A-0137

KRITIKUS TÖMEG

Maszárovics Zoltán

Markhot Ferenc Kórház Kft., Budapest

A kórokozók rezisztenciája az elmúlt 50 évben szinte folyamatosan növekszik. Mára a folyamat felgyorsult, jelentétük kritikus szintet ért el a fekvőbeteg ellátó intézményekben, de a szociális otthonok lakóinak körében is (MRSA, ESBL termelő gram negatív baktériumok). Ezzel szemben az antibiotikumok fejlesztése a 25 évvel korábbi csúcstól követően fokozatosan csökkent, mára kritikusan alacsony mértékben jelennek meg új antimikrobiális szerek. Emellett néhányat kivontak a forgalomból vagy forgalmazásuk megszűnt piaci okok miatt. Így a kórházi fertőzések elleni küzdelemnek át kell alakulnia, új stratégiákra van szükség a megelőzéshez. A kérdés évek óta aktuális azért is, mert a kritikátlan antibiotikum használat közrejátszik az országban, Európában és gyakorlatilag világszerte kritikus mértéket elérő clostridium difficile enteritisek, pseudomembranosus colitisek és ezáltal magas - kórházi ellátással összefüggő - halálozás kialakulásában. Ezen kérdések egységesen kezelendők, amelyeket előadásunkban áttekintünk. Eredmény azonban csak a betegágy és műtőasztal mellett dolgozó klinikus mindennapi közreműködésével érhető el. Ezért a napi gyakorlatban felmerülő, kritikus kérdéseket is felvetünk, megválaszolunk.”

A-0138

BÁTAI ISTVÁN ABSZTRAKTJA

Bátai István

Pécsi Tudományegyetem

Bátai István absztraktja

A-0139

A KÉPVEZÉRELT NAVIGÁCIÓ TRAUMATOLÓGIAI ALKALMAZÁSA

Csokonay Péter

Fototronic Kft

A képzérelt navigáció traumatológiai alkalmazása -Céges előadás

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA 2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

A-0140

A FELKARCSONT PROXIMALIS ÉS DISTALIS VÉGI TÖRÉSEINEK MŰTÉTI KEZELÉSE (2. RÉSZ)

Dolecsek Miklós - Valló János

Albert Schweitzer Kórház, Hatvan. Baleseti Sebészeti Osztály

BEVEZETÉS: Az ízületi törések kezelésének alapelve a pontos anatómiai repositio, a reponált helyzet stabil megtartása megfelelő implantátummal. A műtétet követő rögzítés nélküli korai funkcionális kezelést csak stabil belső rögzítés mellett lehet megvalósítani. A fixateur externe elvein alapuló szögletstabil lemezek az operatív technikák újabb lehetőségeit nyitották meg.

MÓDSZEREK: Osztályunkon a felkarcsont proximalis és distalis végi töréseinek műtéti kezelésére 2009-től használunk szögletstabil lemezeket. Proximalis végi törésnél 28 esetben, distalis végi törésnél 21 esetben szögletstabil lemezzel végeztünk osteosynthesist. Az átlagos életkor proximális végi töröttéknél 62 év, distalis végi törötték esetében 59 év volt. Külön foglalkozunk a felkarcsont sebézi nyakának elmozdulással járó töréseinek alternatív műtéti megoldásával.

EREDMÉNYEK: A felkarcsont darabos, elmozdulással járó, instabil ízületi töréseinek műtéti kezelésére 3 éve szögletstabil lemezeket használunk. A speciálisan kiképzett, előre hajított lemezek jól adaptálhatóak, a menetstabil csavarokkal az apró fragmentumok is megtarthatóak. Megfelelő stabil rögzítés esetén külső rögzítő nélküli korai funkcionális kezelést alkalmaztunk, amely az elért jó eredményekben nyilvánult meg. Fiatalabb betegeknek csaknem teljes értékű ízületi mozgásterjedelmet sikerült elérni. Idős betegeknek az elvárt igényeknek megfelelő funkcionális eredményt találtunk. A feldolgozott anyagban 1 esetben észleltünk mechanikai komplikációt, amikor állízület kialakulása és a lemez törése következett be. Az esetet részletesen ismertetjük. Szeptikus komplikációval, sebgyógyulási zavarral nem találkoztunk. A felkarcsont sebézi nyakának elmozdulással járó töréseinél intramedulláris rögzítést alkalmaztunk, amely módszer kisebb műtéti megterhelést jelent.

KÖVETKEZTETÉSEK: Az ízületi törések kezelési módszerének kiválasztásakor a törés típusa mellett mindig figyelembe kell venni a törést elszenvedőt is, a beteget. Korunkban az elvárt igények lényegesen megnöttek, idős embereknél is – az életminőség javítása céljából – a jobb eredményeket biztosító, korai funkcionális kezelés lehetőségét megteremtő módszereket kell előnyben részesíteni. Az osztályunkon alkalmazott új törésegysítesítő eljárások ezen igényeket kívánják kielégíteni.

A-0141

FRACTURES OF THE SHOULDER, HUMERUS AND ELBOW

Herbert Resch

Vorstand der Universitätsklinik, Salzburg

Lumniczer Sándor emlékelőadás

A-0142

MANAGEMENT OF FRACTURED DISTAL HUMERUS WITH SOME SWINDON EXAMPLES

David Woods

Great Western Hospital, Swindon UK

Management of fractured distal humerus with some Swindon examples

Incidence

Classification

Initial management

Surgical decision making

Tips and tricks of ORIF

Arthroplasty

Rehab

Outcomes

A-0143

VÁLL ULTRAHANG ÉS MRI VIZSGÁLATOK - ELŐNYÖK ÉS HÁTRÁNYOK, INDIKÁCIÓK, KÉPEK ÉRTELMEZÉSE

Esztergályos János

Arthros Plus Kft.

ULTRAHANG ELŐNYEI

- az ultrahang gépek felbontása nagyobb az átlagos MR berendezéseknél (izmok, inak és szalagok vizsgálatánál)
- fenti képletek funkció közben is vizsgálhatók
- az ízület minden helyzetben tanulmányozható
- nincs kontraindikációja
- olcsóbb

HÁTRÁNYAI

- a csontok által fedett képletek nem láthatók
- a labrum glenoidale ventralis fele nem hozható látótérbe
- a csontok állapota nem ítéhető meg
- vizsgáló és berendezés függő
- klinikusok számára a képek, általában, nehezen értelmezhetők

MRI ELŐNYEI

- a labrum glenoidale minden része vizsgálható
- a hyalin (caput humeri és cavitas glenoidalis) megítélhető
- a csontok keringési állapotáról is képet kapunk
- rejtett törések felfedezhetők
- leszakadt ROK retrekciójának mértéke látható

HÁTRÁNYAI

- kisebb felbontás
- funkció közben a vállízület nem vizsgálható
- korpulencia lehetetlenné teszi a vizsgálatot
- pacemaker, előremre agy és szívűtét, valamint a testben lévő mágnesezhető fém lehetetlenné teszi a vizsgálat elvégzését
- drága

INDIKÁCIÓK (ULTRAHANG)

- acromioclavicularis ficam (clavicula dislocatiójának mértéke, lig.coracoclaviculare részleges, vagy teljes sérülése)
- bursitis gyanúja
- subcután daganatok (pl. lipoma)
- izomsérülések (zúzódás, részleges, vagy teljes szakadás)
- izomsérülés késői szövődménye (hegesedés, meszesedés)
- intramuscularis daganatok
- ROTÁTOR KÖPENY (impingement syndroma, meszesedés, részleges és teljes szakadás, intratendineális sérülés)
- intraarticularis folyadékgyülem
- biceps ín sérülés
- befagyott váll (capsulitis adhesiva)

INDIKÁCIÓK MRI

- labrum sérülés gyanúja
- intraossealis folyamatok (OCD , gyulladás, daganat
- bizonytalan UH lelet

KÉPEK ÉRTELMEZÉSE

- jellegzetes UH és MRI képek demonstrációja vetítéssel

A MAGYAR TRAUMATOLÓGUS TÁRSASÁG 2012. ÉVI KONGRESSZUSA ÉS FIATALOK FÓRUMA 2012. június 7-9. | Hotel Eger & Park, Eger

A-0144

POLYTRAUMATIZÁCIÓ ELLÁTÁSA IDŐSKORBAN

Vécsei Vilmos
Unfallchirurgie

A-0145

HOGYAN ISMERJÜK FEL A FOKOZOTT TÖRÉSI KOCKÁZATOT ÉS MIKÉNT TUDJUK AZT CSÖKKENTENI?

Horváth Csaba
Semmelweis Egyetem I. Belgy. Klinika, Budapest

A-0146

KIT KEZELJÜNK, HOGY KEZELJÜNK? A TRAUMATOLÓGUSOK SZEREPE, LEHETŐSÉGEI A CSONTRITKULÁSOS BETEGEK ELLÁTÁSÁBAN.

Kricsfalusy Mihály
Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

A-0147

VÉNÁS TROMBOEMBÓLIA PROFILAXIS PRO ÉS KONTRA A TRAUMATOLÓGIÁBAN

Flóris István
Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

A-0148

VTE PROFILAXIS A TRAUMATOLÓGIAI GYAKORLATBAN-ESETBEMUTATÁSOK

Detre Zoltán
Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest

A-0149

DINAMIKUS SZÖGSTABIL CSAVAR - MIKOR? MIÉRT? HOGYAN?

Varga Endre
Szegedi Tudományegyetem, Traumatológiai Klinika, Szeged

Minden, ami arthroszkópia

 smith&nephew



- HD-kamera rendszerek
- Optika, video-scoop
- Váporizáló
- Shaver
- Arthroscopumpo
- Morotik plasztika
- ACL-PCL rekonstrukció
- Csukló - váll - csípő arthroszkópia

Vario^{medic}

Birmingham Hip
Resurfacing



Patellofemorális protézis




 smith&nephew
JOURNEY[™]
DEUCE[™]
Patellofemoral Knee System



MetriMed®

ORVOSI MŰSZERGYÁRTÓ KFT.



A legjobb tudásunkkal segítjük mindazok áldozatos munkáját, akiket a gyógyítás szent célja vezérel.

www.metrimed.hu

TÁMOGATÓK, KIÁLLÍTÓK

KIEMELT TÁMOGATÓINK

Sanatmetal ®

Sanatmetal Kft.

ScanMedic **stryker**®

magyarországi forgalmazója

ScanMedic Kft.



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline Kft.

KIÁLLÍTÓINK, HIRDETŐINK

AIM Medical Kft.

Allegro Kft.

Artmed Kft.

Berlin Chemie/A. Menarini Kft.

Bewege Medical

Comesa Budapest Kft.

CSC Pharmaceuticals Hungary Kft.

Dr. Peithner Budapest Kft.

Hartmann-Rico Kft.

IBSA Pharma Kft.

In Vitro Kft.

Karl Storz

LBT Kft.

Lilly Hungária Kft.

medi Hungary Kft.

Medimetál Kft.

Medis Hungary Kft.

Merck Kft.

Metrimed Kft.

Orkrisz Kft.

Ortetika Kft.

Ortoprofil Kft.

Patella-96 Kft.

PharmaRoad Kft.

Premier G-Med Kft.

PRIMA-PROTETIKA Kft.

Prospero Könyvei Budapest Kft.

Replant-Cardo Kft.

Richter Gedeon Nyrt.

Synthes Medical Kft.

Thuasne Hungary Kft.

Variomedic Kft.

Köszönjük a támogatást!

A felsorolás a lapzártánkig beérkezett információkat tartalmazza.

KIÁLLÍTÓK

Cégnév	Standszám
AIM Medical Kft.	24
Allegro Kft.	36
AO Trauma stand	7
Artmed Kft.	1
Berlin-Chemie/A. Menarini Kft.	34
Bewege Medical	13
Comesa Budapest Kft.	19+21
CSC Pharmaceuticals Hungary Kft.	5
Dr. Peithner Budapest Kft.	28
GlaxoSmithKline Kft.	16
Hartmann-Rico Kft.	4
IBSA Pharma Kft.	6
In Vitro Kft.	15B
Karl Storz	22
LBT Kft.	2
Lilly Hungária Kft.	35
medi Hungary Kft.	25
Medimetál Kft.	9
Medis Hungary Kft.	15A
Merck Kft.	27
Metrimed Kft.	17
Orkrisz Kft.	32
Ortetika Kft.	11
Ortoprofil Kft.	10
Patella-96 Kft.	23
Pharma Road Kft.	31
Premier G-Med Kft.	18
PRIMA-PROTETIKA Kft.	26
Replant-Cardo Kft.	14
Richter Gedeon Nyrt.	37
Sanatmetal Kft.	20
ScanMedic Kft.	8
Synthes Medical Kft.	3
Thuasne Hungray Kft.	12
Variomedic Kft.	24

Cégnév	Standszám
Artmed Kft.	1
LBT Kft.	2
Synthes Medical Kft.	3
Hartmann-Rico Kft.	4
CSC Pharmaceuticals Hungary Kft.	5
IBSA Pharma Kft.	6
AO Trauma stand	7
ScanMedic Kft.	8
Medimetál Kft.	9
Ortoprofil Kft.	10
Ortetika Kft.	11
Thuasne Hungray Kft.	12
Bewege Medical	13
Replant-Cardo Kft.	14
Medis Hungary Kft.	15A
In Vitro Kft.	15B
GlaxoSmithKline Kft.	16
Metrimed Kft.	17
Premier G-Med Kft.	18
Comesa Budapest Kft.	19+21
Sanatmetal Kft.	20
Karl Storz	22
Patella-96 Kft.	23
AIM Medical Kft.	24
Variomedic Kft.	24
medi Hungary Kft.	25
PRIMA-PROTETIKA Kft.	26
Merck Kft.	27
Dr. Peithner Budapest Kft.	28
Pharma Road Kft.	31
Orkrisz Kft.	32
Berlin-Chemie/A. Menarini Kft.	34
Lilly Hungária Kft.	35
Allegro Kft.	36
Richter Gedeon Nyrt.	37

Workshop meghívó

Vortex Distalis Radius

Időpont:

2012.06.08.

12:15

Helyszín:

Liget 1. terem

Park Hotel Eger



Előadók:

Dr. Tóth Ferenc

Dr. Turchányi Béla, Ph.D

Prof. Dr. Varga Endre

Dr. Vámhidy László, Ph.D