

MH Központi Honvédkórház Baleseti Sebészeti Osztály

Szemléletváltás az MH KHK Baleseti Sebészeti Osztályán az elmúlt öt évben

Dr. Iványi János orvosalezredes,
Dr. Hábel Tamás orvosőrnagy

Kulcsszavak: modern implantátum, modern antibiotikum, új műszerek

A szerzők ismertetik a Magyar Honvédség Központi Honvéd Kórház Baleseti sebészeti Osztályán bekövetkezett változásokat az elmúlt öt év során. Bemutatják az alkalmazott új műtéti eljárásokat, különös tekintettel a csípőtáji törésekre. Ismertetik azokat a szerkezeti-szervezeti változásokat, amelyek segítségével megvalósíthatóvá vált a primer definitív ellátás. Tárgyalják az osztály ortopéd profiljának egyes változásait is. Állást foglalnak a kialakítandó "Sürgősségi osztály" mellett.

Rövidítések: DHS: Dynamic hipp screw
AO: Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen
MRI: mágneses rezonancia vizsgálat

A leglényegesebb változásnak azt tartjuk, hogy osztályunkon az elmúlt öt évben sikerült megvalósítani a primer definitív ellátást. Prof. Dr. Záborszky Zoltán, az osztály akkori vezetője, már az 1980-as évek közepén megfogalmazta ezt az igényt, de a személyi és tárgyi feltételek csak most tették lehetővé a primer definitív ellátást.

A szemlélet anatómiai helyett funkcionálissá vált. A klasszikus AO-elvek részben háttérbe szorultak. Régebben minden friss térd- és bokaszalag-sérülést primeren megvarrtunk, ma már csak az eredménytelen konzervatív kezelés után történik műtét, ilyenkor szalagpótlás. Szalagpótló műtétek esetében a saját szövetből vett graftot tartjuk jónak.

A tudományos kutatások új implan-

tátumokat adnak kezünkbe.

Csak példaképpen néhány új eljárást említek meg: a mediális combnyaktörés műtéti ellátásában a régebben alkalmazott szegezések helyett a kettős kanülált csavart alkalmazzuk [1]. Szintén mediális combnyaktörés esetén egyre többször ültetünk be primeren csípőizületi protézist, ha a sérülés óta eltelt idő vagy a törés subcapitalis volta miatt a csontegyesítéstől eredmény nem várható. Az Ender-szegezést fiatal kollegáink már csak a tankönyvből ismerik, a ma használt ellátás pertrochanterikus törés esetén leggyakrabban a DHS alkalmazása, de végzünk "fi", "gamma" vagy "Z" szegezést is megfelelő indikáció esetén. A fentiek igazolásául példaképpen közöljük, az elmúlt öt év csípőtáji töröttjein végzett műtétek megoszlását:

	Lamellás szegezés	Ender szegezés	DHS	Gamma, "Z" Fi szegezés	Kanülált csavar	Primer arthropl.
1998	57	56	8	6	10	33
1999	45	39	16	4	11	32
2000	27	51	29	11	16	23
2001	3	23	117	17	65	8
2002	0	6	147	20	77	15

A nagy csöves-csontok törését már nem a felfúrásos AO-szegezéssel látjuk el, a sípcsont, a felkarcsont vagy a combcsont töréseit mindkét végén reteszelve tömör szeggel [2] végezzük. Megengedhetőnek tartjuk ma már nyílt törés tömör szeggel való kezelését. A külső rögzítés visszaszorult, leginkább a harmad fokban nyílt törésekre helyezünk külső rögzítőt. Külső rögzítésnél az eredmények akkor javultak ugrásszerűen, amikor a 4, 5 mm átmérőjű nyársak helyett 6 mm átmérőjűt alkalmaztunk.

Mind a traumatológiai, mind az ortopédiai indikációval behelyezett csípőizületi protézisek esetén teljes csípőizületi protézist ültetünk be. Nagyrítván, ha egyéb megfontolások miatt cervicocapitalis protézis kerül beültetésre, bikontakt fejet használunk. Csípőizületi protézizálásnál (gondolva a protézisek évek után indokolttá váló revíziójára) cement nélküli vagy hibrid implantátumot alkalmazunk. Magyarországon először osztályunkon került beültetésre az S-ROM protézisrendszer.

A térdizület porc-meniszcus-szalagsérülések kivizsgálásának szerves része az izületi ultrahang és MRI vizsgálat. Ezzel együtt a műtétet artroszkópiával kezdjük, mert az ott látot-

takkal a legpontosabb a diagnózis. Ha csak egy mód van rá, artroszkópos műtétet végzünk. Az artropumpa, a vaporizátor, a shaver könnyíti a beavatkozást. Egyes vállsérülések ellátásában vállizületi artroszkópiát végzünk. Habitualis vállficam bizonyos eseteiben labrumfixáció történik.

A hasi sérülések diagnosztikájában – ha a sérült állapota megengedi – lavage helyett hasi sebész kollegáink diagnosztikus és esetleg terápiás! laparoscópiát végeznek.

Jó az együttműködés a kórház központi intenzív osztályával. Az intenzív megfigyelésre vagy gyógykezelésre szoruló sérültek a primer ellátás után eleve ide kerülnek, majd állapotuk rendeződése után vesszük fel őket a traumatológiai osztályra. Tervezzük szubintenzív részleg létrehozását a traumatológiai osztályon belül, ide az olyan fokozott megfigyelést igénylők kerülnek majd, akiket azonban nem kell intenzív osztályon ápolni.

Egyre több gondot jelent a tartósan Syncumart® szedő betegek köre. Nem minden esetben lehet egyetérteni a gyógyszer szedésének indikációjával. Nem ritka a 4 fölötti INR értékkel érkező sérült, akik gondozása nem megfelelő. A sérült alvadási para-

métereinek rendezése időigényes, költséges. Hasonló gond a rendszeresen vízajtó kezelésben részesülők szérum kálium alacsony szintje. A rendszeresen szedett Ticlid® mellett a thrombocyták funkciója átmenetileg csökkent.

A sérültek tromبózis-profilaxisa is megváltozott: nátrium-heparin helyett LMW-Heparint használunk [3]. Így már nem fordul elő beteganyagunkban halált okozó tüdőembólia, és a mélyvénás elzáródások száma is jelentősen csökkent. Ilyen esetben legtöbbször kimutatható, hogy a beteg nem kapta az előírásoknak megfelelő ideig az alvadásgátló kezelést.

A nagyizületi implantációknál, a reoperációknál kiterjesztett indikációval alkalmazzuk a SZAP-ot (szisztémás antibiotikus profilaxis), második generációs cefalosporin-készítményt tartunk erre alkalmasnak [4]. Csont(velő)gyulladásnál jó tapasztalatot szereztünk clindamycin vagy ciprofloxacín alkalmazásával. Fel kell azonban hívni arra a figyelmet, hogy utóbbi szernél a vesefunkciót rendszeresen ellenőrizni kell, bizonyos esetben átmeneti vagy végleges vesekárosodás jöhet létre. Rendszeresen konzultálunk infektológus szakképzettsgű kollegával is.

A megváltozott összetételű és megnövekedett számú sérülthez az ambulancia alapterülete kevéssé vált: az ambulancia fektető-megfigyelő helységgel bővült. Az igazi megoldás, a sürgősségi ambulancia az új kórházban lesz csak elérhető.

Ehhez több feltételnek is meg kellett

valósulnia. A kórházban spirál üzemmódra is alkalmas CT üzemel. Felvételes hétfői napokon 24 órán át, egyéb napokon 2 műszakban történnek meg a vizsgálatok. A klinikai laboratórium Magyarország első 10 laboratóriuma közé van sorolva. Egyre újabb vizsgálati módszert vezetnek be, példaként említem a Troponin-szint vizsgálatát, amivel a szívkontuzió egyértelműen diagnosztizálható vagy kizárható. A Vérellátó osztály munkatársai mindent megtesznek a vérszükséglet biztosítására. A felvételes hétfői team 5 traumatológusról 7 traumatológusra bővült. Megoldottuk a "műszakban történő" ügyeletet is: a traumatológusok 12 órás műszakban dolgoznak az ügyeletvezető kivételével. Végül, de egyáltalán nem utolsó sorban megváltozott aneszteziológus kollegánk szemlélete is, már nem vita tárgya egy zárt törés akut ellátása. A regionális érzéstelenítés preferálása lehetővé teszi rövid előkészítés után a kísérő belgyógyászati betegségekkel érkezők akut ellátását. Súlyos kardiális dekompenzáció vagy acetón pozitív cukorbetegség is rendezhető annyira, hogy a beteg néhány óra alatt műtetre vihető.

Megváltoztak az alkalmazott rögzítések is, a gyógyászati segédeszközgyártók versenyéből egyre többféle és egyre jobb minőségű ortézisek, bracek kerülnek forgalomba. Személyes véleményem azonban az, hogy ezek alkalmazása divattá is vált. A hagyományos fehér gipszkötésnek ma is megvan a jól meghatározott helye a mozgásszervek kezelésében. A másik "divatcikk" a hőre és nedvességre polimerizálódó rögzítés

gipsz helyett. Mivel áruk elég borsos (amit a TB nem térít), csak olyan esetben célszerű használni, amikor a kezelés alatti cseréje nem fordulhat elő, például elmozdulás nélküli töréseknél. Nyilvánvaló előnye azonban a kisebb súly, a gyorsabb terhelhetőség, a légáteresztés.

Az orvosok feladatköre (nem szerencsésen) paramedikális tevékenységekkel bővült: érteniük kell a finanszírozáshoz, a WHO és BNO [5] kódoláshoz. Káros tendenciák is megjelentek: az orvos gyakran csak képalakító eljárásokban gondolkodik ahelyett, hogy gondos anamnézis-felvétellel és fizikális vizsgálattal, hagyományos röntgen-felvétellel alkotna diagnózist. Erre persze az egyre szaporodó kártérítési per is rákényszeríti az egészségügyi személyzetet. Ugyanemiatt a gyógyítás defenzívvé is vált. Ez utóbbi káros jelenségeket felismerve a lehetőségek határain belül küzdeni is kell ellenük.

Összefoglalva: az osztály az elmúlt öt évben jelentős fejlődésen ment át, ami gyorsította a sérültek gyógyulását, a lehető legjobb funkciót elérve a legkevesebb szenvedés és szövődmény árán.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Fekete K., Salacz T., Manninger J., és mtsai: A combnyaktörés osteoszintézise két kanulált (furatos) csavarral. *Magy. Traum.*, 1992, 35: 141-148.
- [2] Harrington, P., Sharif, I., Smyth H. et al.:

Unreamed nailing of tibial fractures; a prospective study of the routine use of the unreamed tibial nail. *Ir. J. Med. Sci.*, 1996, 165: 282-5.

- [3] Fishmann, A., Greeno, R. A., Brooks, L. R. et al.: Prevention of deep vein thrombosis et pulmonary embolism in acetabular et pelvic fracture surgery. *Clin. Orthop.*, 2994, 305: 133-137.
- [4] Boxma, H., Broekhuizen, T., Patka, P. et al.: Randomised controlled trial of single dose antibiotic prophylaxis in surgical treatment of closed fractures: the Duth Trauma Trial. *Lancet*, 1996, 347: 1333-137.
- [5] Betegségek nemzetközi osztályozása. 10. revízió, Népjóléti Minisztérium, 1995.

**Lt.Col. J. Iványi M.D.M.C.,
Maj. T. Hábel M.D.M.C.**

Change of aspects in the trauma unit of the Central Military Hospital in the past five years

The authors review the changes introduced in the last five years in the Traumatology Department of the Hungarian Army's Central Military Hospital. They demonstrate the new operation techniques used in the department concentrating on the methods utilised for proximal femoral fractures. All the structural and organizational changes are reviewed that have helped to achieve the primary definitive treatment. They recite the orthopaedic activity of the department. They stress the need for a real "ER" (Emergency Department).

*Dr. Iványi János o.alez.
1553 Budapest, Pf. 1.*