

A kézsebészet múltja és jelene osztályunkon

Dr. Szalontay Tibor orvosalezredes,
Dr. Gáspár Szabolcs orvosszázados

Kulcsszavak: kézsebészet, mikrosebészet, plasztikai sebészet, bőr és lágyrészpótlások

A szerzők felidézik a Központi Honvédkórházban korábban dolgozott neves kézsebészeket. Az utóbbi 10 év adatait feldolgozva bemutatják az osztályon végzett fő kézsebészeti műtéti fajtákat. A szerzők ismertetik a korábbi és a jelenlegi kézsebészeti irányzatokat, a primer sérültellátás és rekonstrukciós műtéteket illetően.

A kézsebészet igényes művelése kórházunkban közel egy időben kezdődött a "kézsebészetnek" az alapszakmáktól való elkülönülésével. Bátran mondhatjuk tehát, hogy ezen a téren komoly múltra tekintünk vissza.

Ne feledjük, hogy a kézsebészet egyik úttörőjeként számon tartott *Dr. Manning Jeno* professzor a 70-es - 80-as években az akkori Magyar Néphadsereg fősebésze volt. Ezekben az időkben dolgozott kórházunkban, a



1. ábra

plasztikai osztályon *Dr. Zoltán János* professzor is. Utódjának, *Dr. Donáth Antal* tanár úr tudományos munkásságának egy része kézsebészeti témakörből született. Égési osztályon kortársuk *Dr. Novák János* professzor, aki az égett kézsérültek ellátásának szakembere. Ezidőtájt kezdte hazánkban az elsők között a mikrosebészeti beavatkozásokat későbbi osztályvezetőnk *Dr. Farkas József* orvosvezetőrnagy úr. A fiatalon elhunyt *Dr. Cziffer Endre* főorvos úr Manuflex elnevezésű minifixátoréval írta magát be osztályunk, a hazai és a nemzetközi kézsebészet történetébe. A közelmúltig kórházunkban dolgozott *Dr. Turchányi Béla* főorvos úr, aki osztályunkon az első sikeres replantációt végezte, jelenleg az egri kórház baleseti osztályát vezeti (1. ábra).

Osztályunk mindig törekedett a magas szintű kézsebészeti ellátásra. A kórház katonai profiljának megfelelően érdeklődésünk főleg a sérült kéz felé irányul, míg például kézfejlődési zavarok kezelésében csekély az esetszámunk.

Az utóbbi 10 év adatait feldolgozva látható a kézsérülések primer ellátása és rekonsztrukciója mellett, széles az osztály repertoárja. Az utóbbi 10 év alatt osztályunkra felvett betegeknel kézsebészeti indikációval 418 *Kirschner* drótos tűzést, 222 lemezes, 51 csavaros oszteoszintézist végeztünk. 194 esetben használtunk fixateur externet. 401 flexor és 305 extensor műtétet végeztünk, beleértve a friss sérülések ellátását és a rekonstrukciókat. 206 ideg és 44 érsérülést kezelünk. 274 Dupuytren contracturát, 47

scaphoideum álizületet, 423 gangliont és 102 egyéb tumort operáltunk. 50 esetben tettünk be protézist részben traumás, részben degeneratív betegség indikációjával. 46 reumás kezét és 18 fejlődési rendellenességet, valamint 96 alagút szindrómás beteget műtöttünk. 324 szeptikus kezű betegen segítettünk. Ezen adatok csak a hospitalizált esetek számát jelölik, emellett számos ambuláns beavatkozást is végzünk.

A kézsebészeti tevékenységet időrendben vizsgálva meg kell különböztetnünk a traumás primer ellátást és az elektív műtéteket.

Bár tapasztalataink szerint az utóbbi időben nem nőtt a súlyos kézsérülések száma, mégis szemléletváltozás történt az ellátási taktikájukban.

Tisztázzuk, **mit is értünk a súlyos kézsérülések fogalmán?**

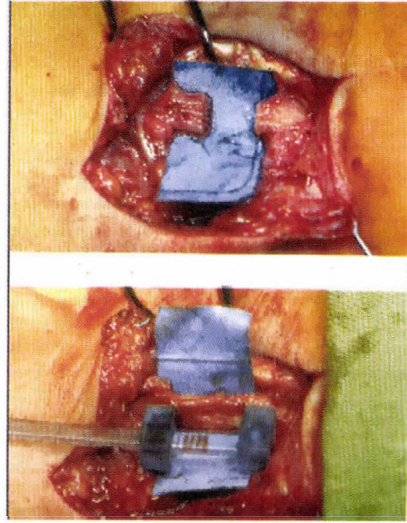
- a szennyezett, potenciálisan fertőzött sérüléssel járó,
- darabos-durva elmozdulású töréseket, csontdefektusokat, melyek
- lágyrészvesztéssel szövődnek és
- az érsérülés komplex anatómiai egységek életképességét veszélyeztetik.

A kezelési taktika korábban a kétszakaszos ellátást javasolta és a primer ellátás során gyakorlatilag csak a fertőzés elkerülésére és a tartóváz stabilizálására, vagyis a csontegyesítésre irányultak a teendők.

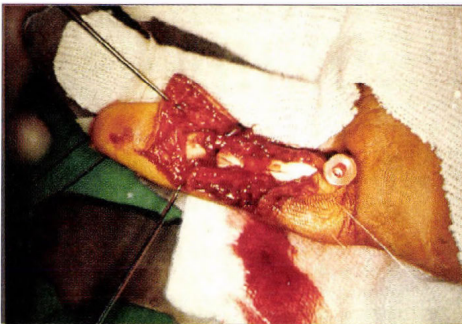
A szenzoros funkciók helyreállítását és a motorium rekonstrukcióját későbbre halasztották.



2. ábra



4. ábra



3. ábra

A bőrdefektus pótlására szinte egyeduralgó volt a félvastag bőr szabad átültetése.

Napjainkban egyre inkább törekszünk a primer definitív ellátásra, egy ülésben megoldva az összes problémát, a lehető legkevesebbet hagyva a rekonstrukciós műtétekre. Ennek meg is jelennek az előnyei: a rehabilitálhatóságban, a gyógyeredményben, annak gazdasági következményeivel együtt.

Napjainkban a primer műtétkor elvégzendők: [1]

I.

- stabilizálás, általában külső rögzítővel (a váz megteremtése, amire építeni lehet),
- keringés helyreállítása (megelőzve a további károsodást, javítva a többi szövet gyógyulását).

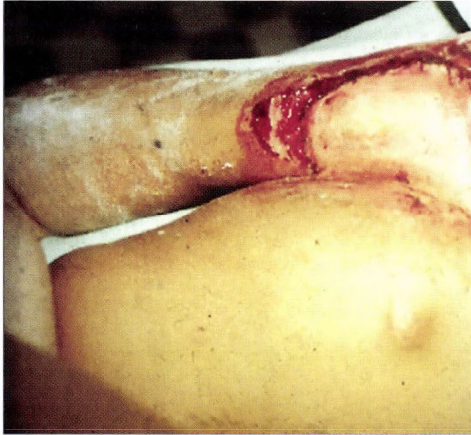
II.

- fertőzés megelőzése (fentiek, valamint lokális antibiózis, mini Gentamycin lánc),
- lágyrészfedés (hegesedés megakadályozása, feltétel az esetleges rekonsztrukciós műtéthez).

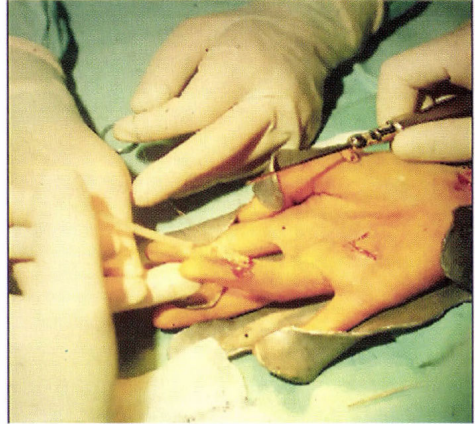
III.

elvégzendő a primer ellátás során, a fentiek mellett:

- az ínvarrat és idegvarrat, bár ezek megnyújtják a műtéti időt, de hat-



5. ábra



6. ábra



7. ábra

ványozottan jobb eredményt ígérnek.

Durva, nagy erőbehatás eredményeként kialakult sérülés revaszkularizációt, komplett amputáció pedig replantációt tehet szükségessé.

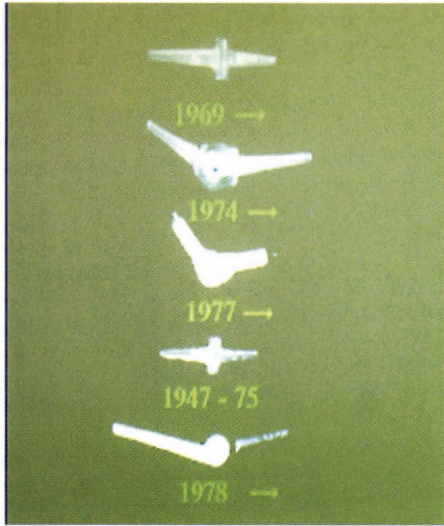
A primer műtét és a korai rekonstrukciós műtétek közé helyezhető a végleges teljes értékű bőrpótlások egyes esetei, amelyeket célszerű 2-4. nap körül elvégezni, amíg a granuláció minimális, illetve amikor a kétes keringésű bőrterületek döntöttek életképességükről.

Korai rekonstrukciós műtét keretében elvégezhető: [3]

- 2 héten belül ugyanis a szövetek (ideg, ín) retrakciója uralható és
- eldőlt a potenciálisan fertőzött sérülés átmegy-e manifeszt septicus állapotba, vagy sem.
- csontpótlás, ízületpótlás (endoprotézis - érnyeles ízület) (2. ábra),
- ínvarrat, íntranszpozíció, ínpótlás (3. ábra),
- idegvarrat, idegpótlás (4. ábra),
- teljesértékű bőrfedés (ha korábban nem végeztük el) (5. ábra).

Késői rekonstrukciós műtétek közé soroljuk a több héttel, hónappal később elvégzettet:

- ínpótlás és idegpótlás (ha korábban nem végeztük, vagy nem végezhettük el) (6. ábra),
- teherviselő és/vagy érző bőr kialakítása a fontos területeken, hegkorrakció (7. ábra),
- csonthosszabbítás, vagy pótlás a poszttraumás rövidülés után.



8. ábra

A csontpótlás klasszikus formái: a spongiosa plasztika és a csont spán beültetése mellett egyre terjed az érnyeles csontfragmentumok alkalmazása [3].

– artroplasztika, vagy korrekciós dehisz az ízületek területén (8. ábra)

A kézsebészetben a szilikon protézisek terjedtek el, bár degeneratív betegségekre készültek, poszttraumás esetekben is használjuk őket [2].

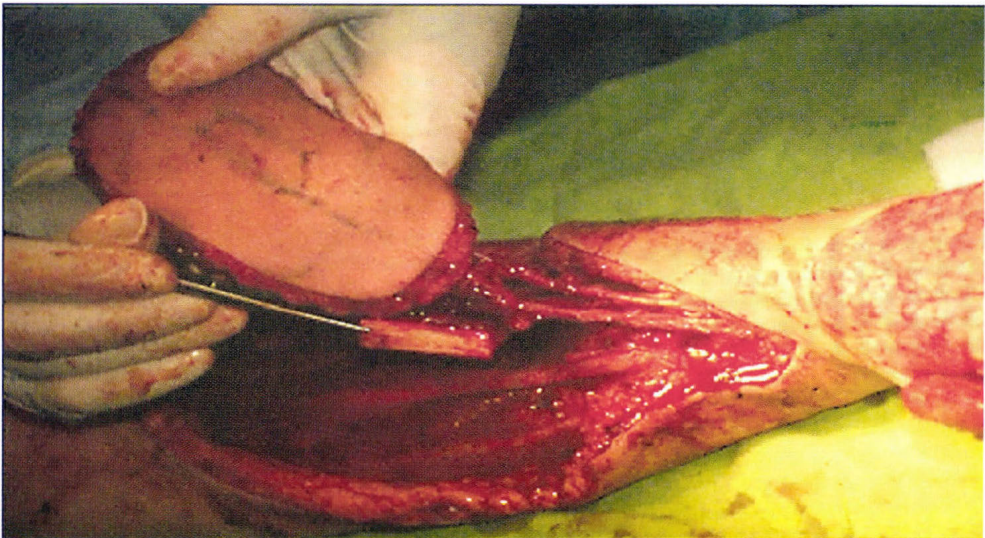
– komplex szöveti egységekkel történő rekonstrukciók, úgynevezett kompozit lebenyek (9. ábra)

Például a reverz oszteo-neurokután radiális lebeny [1]

– Az ujjak sérülésekor különös figyelmet érdemel a hüvelykujj, amely alapvető a kéz összfunkciója tekintetében. Lehetőség szerint mindig hosszmeztartásra, vagy a hüvelyk pótlására törekszünk [3].

A műtétek időpontját, azaz, hogy primer, illetve másodlagos a pótlás, elsősorban a sérülés körülményei, a seb állapota, gyógyhajlama, és az esetleges szövődmények, és az ellátó orvosok képességei határozzák meg.

Osztályunk kézsebészeti csapata jelenleg 3 szakorvosból áll, melyből 1



9. ábra

Osztályunk kézsebészeti csapata jelenleg 3 szakorvosból áll, melyből 1 fő plasztikai szakvizsgával is rendelkezik. Egy fiatal pályakezdő még szakvizsga előtt áll, biztosítva az utánpótlást, sőt az osztályunkra évek óta bejáró medika is a kézsebészet felé vonzódik. A kézsebészet továbbfejlődésének a mikrosebészet adott nagy lendületet. Tervezzük egy kéz és mikrosebészeti részleg kialakítását a közeljövőben, és nagy elődeinkhez méltóan tovább öregbítjük osztályunk jó hírét.

IRODALOM

- [1] K. Tsuge: *Comprehensive Atlas of Hand Surgery Year Book*, Medical Publishers INC. 1989.
- [2] S. Pechlaner, Heribert Hussl, Fridun Kerschbaumer: *Atlas of Hand Surgery* Thieme 2000.

[3] R. A. Chase: *Atlas of Hand Surgery* W.B Saunders Company 1973.

**Lt.Col. T. Szalontay M.D.M.C.,
Capt. Sz. Gáspár M.D.M.C.**

The past and the future of the hand-surgery in our department

The authors remember to the famous hand surgeons who worked in the Central Military Hospital. Analysing the operations made in the last ten years we present the major type of hand surgery interventions. The authors exposit the hand surgery directions made in the past and nowadays for primer care and reconstructive operations.

*Dr. Szalontay Tibor o.alez.
1553 Budapest, Pf. 1.*