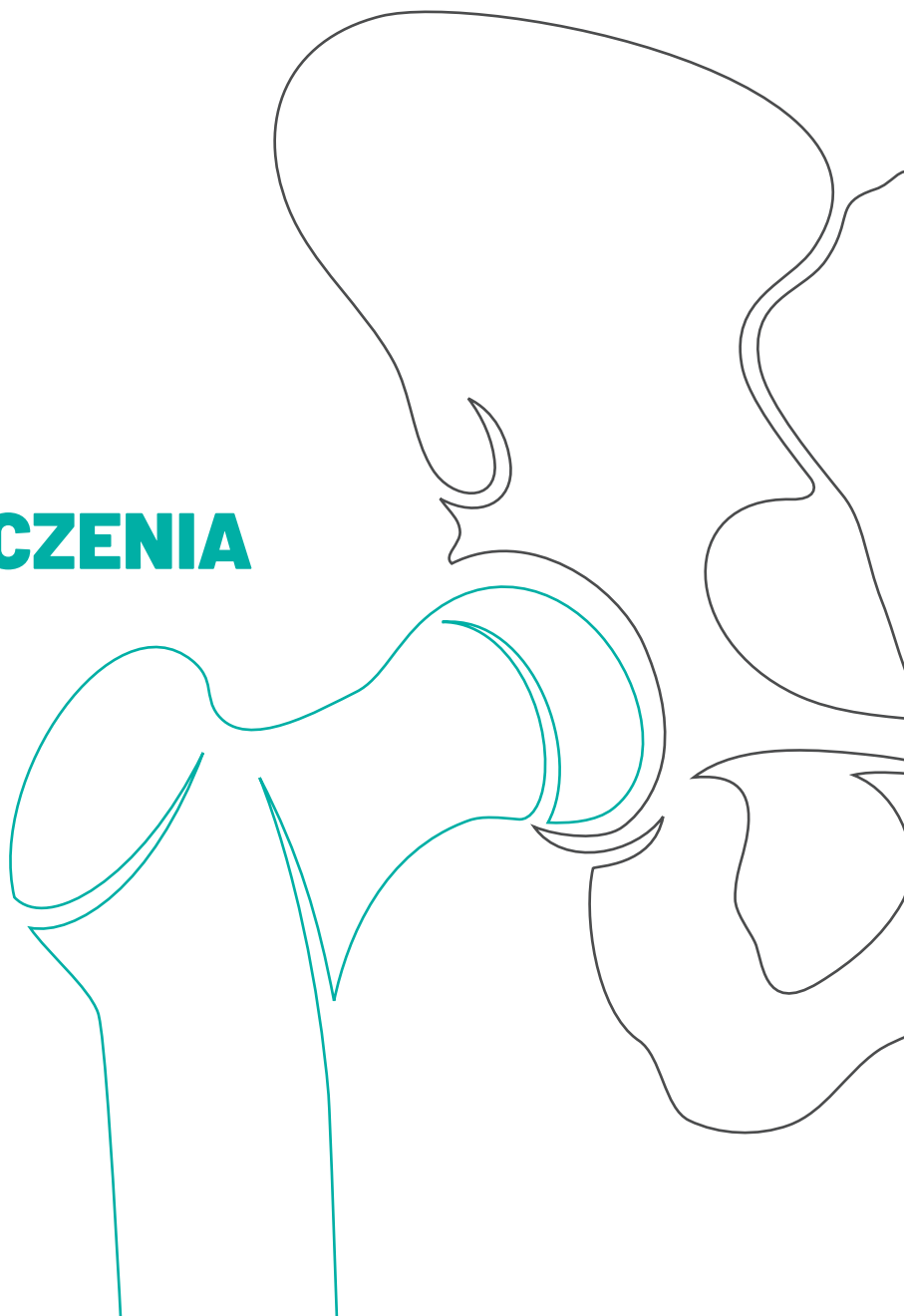


STRESZCZENIA



POLSKIE TOWARZYSTWO
ORTOPEDYCZNE
I TRAUMATOLOGICZNE



SESJA 2 – ENDOPROTEZOPLASTYKA STAWU BIODROWEGO

2.5. Postępowanie chirurgiczne z chorym z wysokim zwichnięciem stawu biodrowego na tle dysplazji poddanymi aloplastyce tego stawu

Paweł Łęgosz, Paweł Małdyk

Rozwojowa dysplazja stawu biodrowego stanowi częstą przyczynę wtórnej choroby zwyrodnieniowej tego stawu. Leczenie choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego powstałej na tle wysokiego zwichnięcia za pomocą całkowitej aloplastyki stanowi wyzwanie chirurgiczne, głównie ze względu na znaczne zaburzenia anatomiczne. Zalicza się do nich: przemieszczenie głowy kości udowej poza pierwotną panewkę, zniekształcenie panewki oraz skrócenie kończyny dolnej w wymiarze względnym. Objawom tym towarzyszy różnego stopnia przykurcz tkanek miękkich. W przedstawionej pracy autorzy przeanalizowali powikłania po leczeniu zmian zwyrodnieniowych stawu biodrowego na tle dysplazji z przemieszczeniem. Na podstawie tak uzyskanych wyników sformułowali wnioski, które posłużyły do opracowania własnych zasad leczenia oraz opracowania algorytmu postępowania w takich przypadkach. Celem badania była optymalizacja wyników leczenia. Oceniono wyniki leczenia 42 chorych (48 stawów) z IV stopniem wg klasyfikacji Crowe'a. Średni okres obserwacji chorych wynosił 6 1/2 roku (1–12 lat). Ocenie funkcjonalnej przy użyciu skali HHS podano 42 chorych (48 stawów) sklasyfikowanych w IV stopniu wg Crowe'a. Ocenę kliniczną przeprowadzono za pomocą Harris Hip Score (HHS). Istotny wpływ na wynik pooperacyjny w omawianej grupie chorych miało: dokładne, indywidualne planowanie przedoperacyjne, właściwy dobór implantu oraz opisana przez nas technika operacyjna z użyciem osteotomii podkrętarzowej. To postępowanie ma za zadanie zmniejszyć liczbę powikłań.

SESJA 2 – ENDOPROTEZOPLASTYKA STAWU BIODROWEGO

2.6. Migracje endoprotez stawu biodrowego

Jan Blacha

Jednym z powikłań protezoplastyki stawu biodrowego są migracje elementów protez lub wszczepów związanych z implantacją endoprotezy. Migracja bezcementowej panewki lub trzpienia endoprotezy jest elementem obluźnienia. Migracja osiowa polerowanego trzpienia wewnątrz mankietu cementu nie przesądza o jego niestabilności.

Migrujące części protez nie zapewniają stabilnego i bezbolesnego przenoszenia obciążeń na kość, stanowią przeszkodę w osteointegracji, a także zmieniają warunki biomechaniczne pracy sztucznego stawu.

Dodatkowo znaczna migracja domiedniczna panewek, koszyków, wkrętów, drutów może powodować uszkodzenie naczyń, nerwów i narządów miednicy.

W pracy przedstawiono: etiologię, klasyfikację, epidemiologię oraz metody postępowania w migracji części panewkowych i udowych endoprotez stawu biodrowego. Ponadto omówiono rzadkie migracje elementów protez pierwotnych i rewizyjnych oraz przedstawiono sposoby ich leczenia.

SESJA 2 – ENDOPROTEZOPLASTYKA STAWU BIODROWEGO

2.7. Dostęp DAA 5000 pacjentów zalety i wady

Paweł Skowronek

Oddział Ortopedii i Traumatologii MSB II Wydział Lekarski WUM

W pracy przedstawiono 13 lat doświadczenia z wykorzystaniem MIS DAA w alloplastyce pierwotnej stawu biodrowego. Dostęp DAA wykorzystano w ponad 5000 przypadków oberwanych w 7 ośrodkach ortopedycznych. W ponad 2500 przypadków oceniono: czas hospitalizacji, czas zabiegu, ryzyko zwichnięcia oraz wystąpienie wczesnej infekcji w okresie hospitalizacji i w okresie 6 tygodni po jej zakończeniu. Przedstawiamy trudności i zalety stosowania powyższego dostępu dla chirurga i pacjentów. Średni czas hospitalizacji w ocenionych przypadkach wyniósł 3,25 dnia, ryzyko zwichnięcia 0,4%. Średni czas zabiegu 38 min. W 5 ośrodkach dostępu DAA wykorzystywano w 96–98% wszystkich pierwotnych alloplastyk. W trakcie lat doświadczeń przeprowadzono szkolenia dla ponad 450 lekarzy z użyciem MIS DAA. 320 chirurgów zdecydowało się na użycie powyższego dostępu operacyjnego.

SESJA 2 – ENDOPROTEZOPLASTYKA STAWU BIODROWEGO

2.8. Możliwości dostępu DAA w rewizjach stawu biodrowego

Paweł Skowronek

Coraz liczniejsze i wieloletnie wykorzystanie dostępu MIS DAA oraz DAA w alloplastyce pierwotnej biodra wymaga zastosowania powyższego dostępu również do rewizji stawu. Praca przedstawia 6 letnie możliwości wykorzystania DAA w rewizjach panewek, trzpienia oraz zakażeniach implantów z użyciem techniki DIAR. 42 przypadki pacjentów operowanych z użyciem DAA potwierdzają możliwości powyższej techniki w zabiegach realloplastyk. Ograniczenia technicznie wymagają wysokiego doświadczenia operatora jedynie w sytuacji izolowanej rekonstrukcji ściany tylnej panewki. Wszyscy pacjenci pionizowani byli w dniu pozabiegowym ze średnim czasem hospitalizacji 4 dni. Zabiegi wykonywane były przez operatorów z doświadczeniem > 100 zabiegów alloplastyk pierwotnych. Odnotowano 1,6% ryzyko zwichnięć porewizyjnych vs 5–25% z wykorzystaniem dostępu standardowych. Jest to obiecujący i dający możliwość wykonania większości zabiegów rekonstrukcyjnych standardowy oraz rewizyjny dostęp operacyjny po pierwotnych zabiegach DAA.

SESJA 4 – KAMPANIA PRZECIWDZIAŁANIA ZŁAMANIAM OSTEOPOROTYCZNYM

4.3. Osteoporoza 2019 – leczenie farmakologiczne osteoporozy

Ewa Marcinowska-Suchowierska

Zakład Geriatrii i Gerontologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Warszawa

Celem leczenia w osteoporozie jest zapobieganie złamaniom kości: pierwszemu u osób, które nie doznały złamania, a następnemu u tych, u których już wystąpiło złamanie. Leczenie farmakologiczne powinno być wdrożone u osób po złamaniu niskoenergetycznym bliższego końca kości udowej (b.k.k.u.), bez względu na wartość minerału kostnego (BMD), a także po złamaniu w innych lokalizacjach głównych (po wykluczeniu innych przyczyn) już przy istnieniu osteopenii (DXA, T-score < -1,5). Leczenie farmakologiczne osteoporozy powinno być skierowane także do osób (kobiet po 50. r.ż. oraz mężczyzn po 65. r.ż.) bez złamań niskoenergetycznych, które są obciążone ryzykiem bezwzględnym złamania w perspektywie 10 lat (RB-10) powyżej 10% ryzyka populacyjnego (FRAX BMD > 10%) i/lub mają BMD w b.k.k.u lub w kręgach (L1-L4) $\leq -2,5$ SD wskaźnika T (T-score). Aktualnie lekami zarejestrowanymi do leczenia osteoporozy w Polsce są z grupy antyresorpcyjnej: selektywne modulatory receptora estrogenowego (SERM), aminobisfosfoniany (BS), denosumab (DEN), a z grupy leków anabolicznych – parathormon (PTH). Leki te różnią się skutecznością w hamowaniu złamań: trzonów kręgowych, szyjki kości udowej oraz pozakręgowych, oddziaływaniem w terapii osteoporozy u kobiet (po menopauzie) i u mężczyzn, a także w osteoporozie posterydowej (wtórnej). Zasadniczą rolę w wyborze leku odgrywają: wskazania rejestracyjne, przeciwwskazania do ich stosowania, możliwości refundacji oraz preferencje pacjentów. W farmakoterapii osteoporozy istotna jest: suplementacja wapnia i witaminy D, systematyczna kontrola efektywności i bezpieczeństwa leczenia, okresowa weryfikacja obecnych i ewentualnie pojawiających się nowych czynników ryzyka złamań, a w przypadku terapii BS – rozważenie przerwy w leczeniu.

SESJA 5 – LECZENIE ARTROSKOPOWE STAWU BIODROWEGO

5.3. Konflikt kolca biodrowego przedniego dolnego z szyjką kości udowej – diagnostyka i leczenie

Jacek Mazek, Maciej Gnatowski, Bartek Sarat, Robert Sankowski

Konflikt kolca biodrowego przedniego dolnego z szyjką kości udowej jest jedną z przyczyn powstawania dolegliwości bólowych stawu biodrowego. Przerost kolca biodrowego jest przyczyną bólu spowodowanego uciskiem na ścięgno mięśnia prostego uda, obrąbek i torebkę stawową ograniczając ruch rotacji wewnętrznej oraz zgięcia w stawie biodrowym. Wstępnymi testami w diagnostyce konfliktu są badania rentgenowskie, które powinny obejmować pozycje AP, osiową i fałszywy profil. Tomografia komputerowa z rekonstrukcją 3D pozostaje złotym standardem w ocenie końcowej.

Leczenie konfliktu udowo panewkowego polega na resekcji kolca biodrowego przedniego i naprawie uszkodzonych struktur wewnątrz stawu. Artroskopowa technika operacyjna zapewnia najlepsze wyniki leczenia przy minimalnej inwazyjności zabiegu oraz szybki powrót do sprawności fizycznej.

SESJA 5 – LECZENIE ARTROSKOPOWE STAWU BIODROWEGO

5.4. Artroskopowe metody leczenia uszkodzeń chrząstki stawowej – wskazania, przeciwwskazanie, wyniki

Jacek Mazek, Tomasz Piontek, Maciej Gnatowski

WSTĘP

Zespół udaru żebrowo-udowego (FAI) jest znany z tego, że powoduje uszkodzenie chrząstki panewki, jeśli nie jest leczony. Mikrozłamania panewkowe są złotym standardem dla tych zmian chrzęstnych, są proste i niedroge, niestety przez większość czasu nie zapewniają pełnej odbudowy chrząstki. Rusztowania żelowe (GS) i błony (MS) wykazały poprawę tych uszkodzeń chrzęstnych panewki w artroskopii stawu biodrowego dla FAI.

METODA

Od 2015 r. Stosowaliśmy GS i MS. U pacjentów grupy A zastosowano żele: u 26 pacjentów (średni wiekiem 43) zastosowano Chondrofiller (typ kolagenu 1) oraz u 30 pacjentów (średni wiek 35 lat) zastosowano Cargel (chitozan z pełną krwią autologiczną). U pacjentów z grupy B zastosowano błony: 5 pacjentów (średni wiek 36 lat), zastosowano Hyalofast (półsyntetyczna pochodna kwasu hialuronowego) i 15 pacjentów (średni wiek 37 lat) leczono z użyciem błony Chondrogide (matryca kolagenowa).

WYNIKI

Pacjenci byli oceniani ze skali mHHS i skali satysfakcji pacjenta (0-10) średnia ocena mHHS przed zabiegiem 58-67 (średnia 61) i po zabiegu: 65-100 (średnia 96) Na skali satysfakcji pacjenta przed zabiegiem było to między 5-7 (średnio 5,9), a po zabiegu 6-10 (średnio 9,7). W MRI po zabiegu tylko 3 przypadki (Tonnis 2) nie zagoiły się.

WNIOSKI

Błony i żele dają doskonałe wyniki u pacjentów z Tonnis 0-1. Żele są lepsze niż błony w rozległych i głębokich zmianach. Czas zabiegu jest krótszy przy użyciu żeli. Chondrofiller stosuje się bez mikrozłamań, pozostałe metody wymagają wykonania mikrozłamań. Żele można stosować w uszkodzeniach jednocześnie chrząstki panewki i głowy kości udowej. Membrany powinny być stabilizowane klejem tkankowym, co zwiększa koszty zabiegu. Membrany i żele nie działały na zmiany Tonnis 2.

SESJA 5 – LECZENIE ARTROSKOPOWE STAWU BIODROWEGO

5.5. Obrábek stawu biodrowego – jego funkcja i metody naprawy artroskopowej

Jacek Mazek, Maciej Gnatowski, Robert Sankowski, Bartek Sarat

Obrábka stawu biodrowego odgrywa kluczową rolę w mechanice stawu biodrowego i ogólnej funkcji fizjologicznej. Obrábek uszczelnia staw biodrowy, zapewnia odpowiednie smarowanie stawów i pogłębia panewkę, jednocześnie powiększa pokrycie głowy kości udowej. Jego funkcje polegają na rozłożeniu obciążeń i ciśnień w panewce i mogą zwiększyć stabilność poprzez zapewnienie ujemnego ciśnienia wewnątrzstawowego w obrębie stawu biodrowego. Uszkodzenie obrábka doprowadza do uszkodzenia chrząstki stawowej i rozwoju choroby zwyrodnieniowej.

W pracy chcielibyśmy przedstawić metody naprawy i rekonstrukcji obrábka stawu biodrowego.

Ze względu na ważną funkcję obrábka należy go zawsze ratować podczas operacji. W przypadkach nie możliwych do szycia należy wykonać jego rekonstrukcję. Przeszczep allograft powięzi szerokiej i przeszczep ścięgna mięśnia prostego uda autograft jest doskonałym materiałem do rekonstrukcji. Implanty bez węzłowe doskonale stabilizują obrábek podczas jego naprawy i przeszczep podczas rekonstrukcji.

SESJA 8 – OPERACJE REKONSTRUKCYJNE

8.1. Leczenie infekcji okołoprotezowych kolan z towarzyszącym ubytkiem tkanek miękkich – doświadczenia własne

Paweł Maleta^{1,2}, Andrzej Pawelec^{1,2}, Sebastian Nowak², Jakub Marchewka², Waldemar Gołda^{3,4}

1 Oddział Ortopedyczno-Urazowy z Centrum Leczenia Artrozy, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy, Kraków

2 Klinika Chirurgii Urazowej i Ortopedii, 5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką, Kraków

3 Oddział Ortopedii SCDZ „Medicina”, Kraków

4 Ortopedicum – Szpital Ortopedyczny, Kraków

WSTĘP

Infekcja jest na jednym z najcięższych powikłań u pacjentów po alopastyce kolana. Dodatkowo destrukcja aparatu wyprostnego i ubytki skóry, pogarszają rokowanie i czynią leczenie większym wyzwaniem.

METODA i MATERIAŁ

Celem pracy jest omówienie metody leczenia ubytków tkankowych za pomocą lokalnych płatów mięśniowych u pacjentów z infekcją okołoprotezową kolana. Opisujemy doświadczenia z leczenia 8 pacjentów (1 pacjent z uszkodzeniem aparatu wyprostnego, 3 pacjentów z ubytkami skóry, 3 pacjentów z uszkodzeniem aparatu wyprostnego i ubytkami skóry, 1 pacjentka z nawracającym owrzodzeniem okolicy rany pooperacyjnej), u 7 chorych uzyskaliśmy stabilne pokrycie ubytków skóry, u 3 pacjentów spośród 4 z uszkodzeniem aparatu wyprostnego udało odtworzyć się jego ciągłość. Czas obserwacji chorych wynosił od 45 do 7 miesięcy.

W prezentacji omawiamy: trudności techniczne, dylematy decyzyjne oraz wyniki leczenia.

WNIOSKI

Wczesne rozpoznanie infekcji okołoprotezowych kolana powikłanych martwicą skóry i szybkie leczenie chirurgiczne z zastosowaniem lokalnych płatów daje szanse na wyleczenie chorego, uratowanie kończyny i dobry efekt czynnościowy.

SESJA 8 – OPERACJE REKONSTRUKCYJNE

8.2. Biologiczne rekonstrukcje segmentarnych ubytków kości długich kończyny dolnej: płaty kostne (przeszczepy unaczynione), metoda Capanna (allograft + płat kostny) oraz transport kostny na aparacie Ilizarowa – doświadczenia własne

Paweł Maleta^{1,2}, Andrzej Pawelec^{1,2}, Sebastian Nowak², Jakub Marchewka², Krzysztof Miklaszewski¹, Bartłomiej Kowalczyk¹, Jakub Danielak¹

¹ Oddział Ortopedyczno-Urazowy z Centrum Leczenia Artrozy, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy, Karków

² Klinika Chirurgii Urazowej i Ortopedii, 5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką, Kraków

WSTĘP

Rozległe segmentarne ubytki kości to poważny problem w chirurgii ortopedycznej i urazowej. Ubytki powstają w wyniku urazów, po resekcji zmienionej zapalnie kości oraz po resekcji nowotworów. Uzupełnienie ubytku kości jest warunkiem koniecznym dla uratowania kończyny.

MATERIAŁ

Prezentujemy doświadczenia z rekonstrukcją segmentarnych ubytków kości (od kilku do kilkunastu cm) za pomocą przeszczepu mikrochirurgicznego (płat strzałkowy i biodrowy), metody Capanna (połączenie strukturalnego allograftu i płat strzałkowy) oraz transportu wewnętrznego aparatem Ilizarowa. Omawiamy wskazania i przeciwwskazania w zależności od etiologii ubytku, wariantów anatomicznych, a także opisujemy trudności techniczne i wyniki leczenia każdej z tych metod.

WNIOSKI

Nie ma jednej optymalnej metody leczenia rozległych segmentarnych ubytków kości. Chirurg powinien znać różne sposoby leczenia, ponieważ istnieją odmienne wskazania do ich stosowania. Zabiegi rekonstrukcji kości, niezależnie od przyjętej metody, wymagają dużego doświadczenia ortopedy, ale też dobrej współpracy pacjenta.

SESJA 8 – OPERACJE REKONSTRUKCYJNE

8.3. Pourazowe i pozapalne ubytki skóry na stopie – możliwości leczenia na podstawie własnych doświadczeń

Andrzej Pawelec^{1,2}, Paweł Maleta^{1,2}, Jakub Marchewka², Julian Dutka³

1 Oddział Ortopedyczno-Urazowy z Centrum Leczenia Artrozy, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy, Karków

2 Klinika Chirurgii Urazowej i Ortopedii, 5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką, Kraków

3 Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej, Szpital im. S. Żeromskiego, Kraków

Ubytki skóry na stopie niezależnie od etiologii stanowią trudny problem leczniczy który często związany jest z powstaniem ran przewlekłych i nierzadko bywa przyczyną częściowych amputacji stopy.

W oparciu o własne doświadczenia w leczeniu tych ubytków przedstawiamy wady i zalety różnorodnych technik rekonstrukcyjnych, takich jak: płaty lokalne, filetowe, uszypułowane, mikrochirurgiczne, histogenezę dystrakcyjną.

Możliwie wczesne leczenie operacyjne z zastosowaniem odpowiedniej dla danego przypadku techniki rekonstrukcyjnej umożliwia wygojenie ubytku i odzyskanie funkcji podpórczej stopy.

Znajomość różnorodnych technik rekonstrukcyjnych oraz umiejętność zastosowania podstawowych z nich jest niezwykle ważna dla każdego ortopedy.

SESJA 8 – OPERACJE REKONSTRUKCYJNE

8.4. Rekonstrukcja ubytków kości ramiennej mikrochirurgicznym płatem kości strzałkowej – doświadczenia na podstawie 5 przypadków

Andrzej Pawelec^{1,2}, Paweł Maleta^{1,2}, Julian Dutka³

1 Oddział Ortopedyczno-Urazowy z Centrum Leczenia Artrozy, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy, Karków

2 Klinika Chirurgii Urazowej i Ortopedii, 5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką, Kraków

3 Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej, Szpital im. S. Żeromskiego, Kraków

Problem rozległych ubytków kości ramiennej pojawia się w przypadkach urazowych, po resekcjach z powodu guzów nowotworowych oraz najczęściej w leczeniu wielokrotnie wcześniej operowanych stawów rzekomych. Zastosowanie w tych przypadkach mikrochirurgicznego przeszczepu kości strzałkowej stwarza szansę na odtworzenie funkcji kończyny.

W pracy przedstawiamy 5 przypadków, w których z powodzeniem zastosowano takie leczenie.

W jednym przypadku kość ramienną odtworzono po resekcji z powodu guza nowotworowego techniką Capannny (alograf + mikrochirurgiczny płat kostny), w czterech ubytek kości ramiennej został zrekonstruowany po wcześniejszych nie zakończonych powodzeniem operacjach osteosyntezy.

SESJA 8 – OPERACJE REKONSTRUKCYJNE

8.5. Złamania kości podudzia z ubytkami tkanek miękkich, czyli koszmar ze szczęśliwym zakończeniem

Bartosz Mańkowski, Krzysztof Słowiński

Martwica i ubytki tkankowe towarzyszące złamaniom, zwłaszcza dalszego końca kości podudzia i stopy, to spore wyzwanie dla ortopedy. Zespolecie złamania zwykle jest trudne. Jednak uszkodzenia skóry i brak możliwości zabezpieczenia kości tkankami miękkimi stwarza poważne ryzyko zapalenia kości. Zastosowanie zaawansowanych technik mikrochirurgicznych pozwala na szybkie i efektywne zaopatrzenie rozległych ubytków skóry, stwarzając komfortowe warunki dla gojenia złamania. W Klinice Chirurgii Urazowej w Poznaniu plan leczenia złamań podudzia i stopy z ubytkami tkanek miękkich obejmuje definitywne chirurgiczne opracowanie rany z usunięciem tkanek zrewitalizowanych, zastosowanie terapii podciśnieniowej, stabilizacja zewnętrzna złamań i możliwie najszybsza rekonstrukcja defektów skóry przy pomocy wolnych płatów skórno-tłuszczowych i skórno-powięziowych i mięśniowych (ALT, SCIP, RFFF, VL) opartych na zespoleniach mikrochirurgicznych. Ostateczna rekonstrukcja kostna z reguły odroczone jest na 2–3 miesiące. W Klinice Chirurgii Urazowej wykonano 15 płatów wolnych, martwicy uległy 2 płaty. Zastosowanie zaawansowanych technik rekonstrukcyjnych leczeniu ubytków tkankowych towarzyszących złamaniom kości podudzia daje szansę na prawidłowe gojenie złamania oraz przywrócenie sprawności kończyny.

SESJA 9 – KRAJOWA IZBA FIZJOTERAPEUTÓW

9.1. Fizjoterapia po zabiegach naprawczych chrząstki stawu kolanowego

Piotr Kotajny

Zabiegi operacyjne chrząstki stawowej są coraz częściej stosowaną procedurą mającą na celu zabezpieczenie i leczenie postępującej choroby zwyrodnieniowej stawu kolanowego. W pracy zawarto wytyczne dostępne w literaturze oraz doświadczenia własne w zakresie budowania strategii pracy z pacjentem po zabiegach naprawczych ubytków chrzęstnych oraz chrzęstno-kostnych w stawie kolanowym w zależności od: lokalizacji, głębokości oraz wielkości ubytku. W pracy przedstawiono koncepcję zastosowania rezonansu magnetycznego oraz kąta kontaktu w procesie fizjoterapii pooperacyjnej.

SESJA 9 – KRAJOWA IZBA FIZJOTERAPEUTÓW

9.2. Fizjoterapia po artroskopii stawu biodrowego

Joanna Jaczewska-Bogacka

W celu przywrócenia prawidłowego stanu funkcjonalnego po artroskopii stawu biodrowego konieczna jest fizjoterapia indywidualnie dopasowana do problemów pacjenta. Wciąż toczy się dyskusja na temat tego, które formy usprawniania są najbardziej skuteczne. Jeżeli na wizycie kontrolnej w pierwszych tygodniach po operacji okazuje się, że stan funkcjonalny pacjenta nie jest zadowalający, warto przeanalizować, czy rehabilitacja jest prawidłowo prowadzona. Podstawowymi celami rehabilitacji po operacji są: ochrona gojącej się tkanki, złagodzenie bólu i obrzęku, zmniejszenie uczucia sztywności, przywrócenie zakresu ruchu i siły mięśniowej oraz przywrócenie prawidłowego wzorca chodu. Fizykoterapia (prądy TENS, pole magnetyczne, krioterapia) oraz rehabilitacja w wodzie mogą wspomóc szybszy powrót do zdrowia.

Jednym z ważniejszych aspektów procesu usprawniania powinna być edukacja pacjenta. Rolą fizjoterapeuty jest zmniejszenie obaw pacjenta związanych z jego stanem zdrowia, zaproponowanie codziennej dawki ruchu sprzyjającej procesom gojenia się, wyjaśnienie wątpliwości dotyczących codziennych czynności, pomoc w zaplanowaniu bezpiecznego powrotu do pracy, jazdy samochodem i ewentualnej aktywności sportowej.

Czynnikiem wspomagającym postępy rehabilitacji jest efektywna komunikacja między fizjoterapeutą a lekarzem prowadzącym pacjenta. Wciąż dość kontrowersyjna wydaje się na przykład kwestia obciążania operowanej nogi oraz zakresu rotacji zewnętrznej w pierwszych tygodniach po operacji naprawy obrąbka stawowego. Rozsądniejsze wydaje się zatem przechodzenie do kolejnych faz rehabilitacji w zależności od rozległości operacji i od postępów pacjenta, a nie kierowanie się liczbą tygodni po operacji.

SESJA 9 – KRAJOWA IZBA FIZJOTERAPEUTÓW

9.3. Fizjoterapia po leczeniu chirurgicznym zerwania ścięgna Achillesa

Małgorzata Rodzeń

Polskie Centrum Rehabilitacji Funkcjonalnej VOTUM w Krakowie

Ścięgno Achillesa jest silną strukturą i biomechanicznie bardzo istotną dla chodu, biegu i prawidłowego wzorca ruchu. Pomimo jego mocnej budowy, uszkodzenia tego ścięgna to zjawisko coraz bardziej powszechne wśród osób aktywnych fizycznie. Uszkodzenia ścięgien znacznego stopnia, ich całkowite lub częściowe zerwania, wymagają kompleksowego postępowania – leczenia chirurgicznego, a następnie fizjoterapeutycznego usprawniania pooperacyjnego.

W swoim wykładzie omówię: przyczyny uszkodzeń ścięgna Achillesa, powody zmniejszania się jego wytrzymałości, a następnie przedstawię cele i kierunki rehabilitacji w kolejnych fazach usprawniania po operacji z uwzględnieniem możliwych powikłań na jej drodze. Na podstawie moich doświadczeń zawodowych w pracy z pacjentem przedstawię kluczowe techniki terapeutyczne i ćwiczenia, a także możliwości zastosowania zaopatrzenia ortopedycznego oraz zabiegów fizykalnych jako wsparcia w leczeniu.

Jako że powrót pacjentów do aktywności fizycznej – rekreacyjnej, sportowej jak i zawodowej – jest celem nadrzędnym rehabilitacji, omówię znaczenie przygotowania motorycznego oraz profilaktykę przeciążeń i uszkodzeń ścięgna Achillesa z punktu widzenia biomechaniki kończyny dolnej.

SESJA 10 - ZŁAMANIA MIEDNICY

10.5. Leczenie operacyjne złamań osteoporotycznych obręczy miednicy

Mateusz Szymczak, Michał Kułakowski

Złamania osteoporotyczne obręczy miednicy stanowią coraz większy problem w starzejącym się społeczeństwie. Publikacje ostatnich lat rzucają światło na patomechanikę tych złamań. W świetle tego autorzy przedstawiają współczesne podziały, sposoby leczenia zachowawczego i operacyjnego oraz przedstawiają przykłady kliniczne leczenia operacyjnego.

SESJA 11 – ZŁAMANIA BLIŻSZEGO KOŃCA KOŚCI UDOWEJ

11.3. Protezoplastyka połowicza bipolarna stawu biodrowego w leczeniu podgłowych złamań szyjki kości udowej – dlaczego tak?

Artur Pepłoński, Kamil Kurczyński, Krzysztof Kwiatkowski

Klinika Traumatologii i Ortopedii Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie, Kierownik Kliniki prof. dr hab. n. med. Krzysztof Kwiatkowski

WPROWADZENIE

Standardem leczenia u chorych w zaawansowanym wieku z wewnątrzrebowymi złamaniami szyjki kości udowej jest protezoplastyka połowicza. Podstawowym jej celem jest umożliwienie jak najszybszego wdrożenia i usprawnienia chorego. Wg piśmiennictwa odroczenie wykonania zabiegu powyżej 24 h od urazu kilkakrotnie zwiększa ryzyko powikłań pooperacyjnych.

CEL I MATERIAŁ

Celem pracy jest przedstawienie zalet i wad metody z uwzględnieniem powikłań śród- i pooperacyjnych na podstawie analizy chorych leczonych w WIM w latach 2009–2018. W tym okresie wykonano łącznie 686 protezoplastyk połowicznych implantami bipolarnymi. Od 2014 r. 90% implantów to protezy osadzone bezcementowo.

WNIOSKI

Protezoplastyka połowicza bipolarna to zabieg technicznie prosty, możliwy do wykonania w warunkach dyżurowych, czas trwania procedury chirurgicznej z reguły nie przekracza 60 min. Długość zabiegu istotnie skraca się przy wykorzystaniu implantu osadzonego bezcementowo. Pomimo wykorzystania głowy bipolarnej, u 4% chorych wystąpiło zwichnięcie protezy, nie obserwowano natomiast obłuzowania implantów. Jednak wysoka śmiertelność u chorych po protezoplastyce połowicznej sięgająca 30% w pierwszym roku po zabiegu utrudnia rzeczywistą ocenę powikłań.

SESJA 12 – LECZENIE ARTROSKOPOWE STAWU KOLANOWEGO

12.3. Rola biologicznej augmentacji w leczeniu uszkodzeń łąkotek

Rafał Kamiński, Stanisław Pomianowski

Pęknięcie łąkotki jest najczęstszym urazem ortopedycznym. Leczeniem z wyboru w sytuacji urazowej jest artroskopia. Natomiast około 56% uszkodzeń łąkotek to zmiany o charakterze przewlekłym. Wiele badań klinicznych wykazało, iż w przypadku degeneracji łąkotkowej leczenie chirurgiczne nie przynosi poprawy stanu klinicznego w przeciwieństwie do sytuacji urazowej. W obu przypadkach zastosowanie biologicznej augmentacji przynosi poprawę jakości życia pacjentów oraz zwiększa szansę na pozytywny wynik leczenia i osiągnięcie wygojenia łąkotki.

SESJA 12 – LECZENIE ARTROSKOPOWE STAWU KOLANOWEGO

12.5. Osteotomia w niestabilności i prewencji zmian zwyrodnieniowych

Łukasz Luboiński

Oś kończyny dolnej w ostatnich kilku latach zaczyna stanowić kluczową rolę w stabilizacji kolana i zapobieganiu zmian zwyrodnieniowych. Praca ma na celu przedstawić zmiany zachodzące pod wpływem zaburzeń osi kończyny i niestabilności, osi kończyny i sił ścinających oraz wpływ na przyszłe zmiany zwyrodnieniowe. Możliwości korekcji osi we wszystkich płaszczyznach znacznie zmniejszyły ryzyko ponownych uszkodzeń więzadła w kolanie, ale również zmniejszyły postęp zmian zwyrodnieniowych. Kluczowe zagadnienie to prawidłowa diagnostyka i technika operacyjna.

SESJA 12 – LECZENIE ARTROSKOPOWE STAWU KOLANOWEGO

12.6. Klasyfikacja i zaopatrywanie urazów wielowięzadłowych – od SOR do rekonstrukcji – na co zwrócić uwagę?

Łukasz Luboiński

Urazy wielowięzadłowe zaczynają stanowić coraz poważniejszy uraz wypadków komunikacyjnych, rowerowych, i sportowych. Zaopatrzenie pacjenta w warunkach SOR bywa kluczowe dla dalszego procesu leczenia i powodzenia. Praca prezentuje ryzyka i niebezpieczeństwa występujące u takich pacjentów, sposób ich prowadzenia. Przedstawione zostały również najnowsze wytyczne dotyczące sposób leczenia operacyjnego, kolejności zaopatrywania urazów i techniki operacyjne.

SESJA 12 – LECZENIE ARTROSKOPOWE STAWU KOLANOWEGO

12.7. Diagnostyka i leczenie operacyjne zwichnięcia rzepki

Ewa Tramś, Marcin Pietrzak, Stanisław Pomianowski

Zwichnięcie rzepki najczęściej występuje u młodych osób w 2–3. dekadzie życia. Główne nieprawidłowości morfologiczne predysponujące do niestabilności rzepki to: dysplazja bloczka kości udowej, patella alta i lateralizacja guzowatości kości piszczelowej. Czynnikiem sprzyjającym jest również: antewersja kości udowej, koślawość stawów kolanowych czy choroby powodujące nadmierną wiotkość stawów (zespół Ehler-Danlos, zespół Marfana). Diagnostyka obrazowa obejmuje zdjęcie rentgenowskie – projekcja AP, Boczna i Merchanta oraz Rezonans Magnetyczny stawu kolanowego. Badania obrazowe mają kluczowe znaczenie dla prawidłowej klasyfikacji i planowania przedoperacyjnego zgodnie z koncepcją menu à la carte. Pozwalają ocenić ewentualne uszkodzenia kości i tkanek miękkich spowodowanych: zwichnięciem rzepki, oś kończyn dolnych, dysplazję bloczka kości udowej (typ A, B, C, D wg Dejour'a), położenie rzepki (wskaźnik Insall-Salvati, Blackburne-Peel, Caton Deschamps), kąt rzepkowo-udowy czy odległość między przednią powierzchnią guzowatości kości piszczelowej a rowkiem powierzchni stawowej dla rzepki (TT-TG) i odległość między przednią powierzchnią guzowatości kości piszczelowej a więzadłem krzyżowym tylnym (TT-PCL).

Pierwszorazowe zwichnięcie rzepki powoduje zwiększenie ryzyka wystąpienia kolejnych urazów, których leczeniem z wyboru jest leczenie operacyjne. Główne techniki operacyjne obejmują: szycie lub rekonstrukcję MPFL, osteotomię Fulkersona, dystalizację guzowatości kości udowej, Trochleoplastykę osteotomię derotacyjną kości udowej oraz boczne uwolnienie rzepki. Najczęściej, aby osiągnąć najlepszy wynik, należy połączyć procedury wykonywane na kościach oraz na tkankach miękkich. Wybór właściwej metody operacyjnej zależy od nieprawidłowości anatomicznych oraz objawów klinicznych pacjenta.

SESJA 13 - CZEGO ORTOPEDZI OCZEKUJĄ OD RADIOLOGÓW,
A CZEGO OCZEKUJĄ RADIOLOGI OD ORTOPEDÓW?

13.1. Zastosowanie USG i MR w diagnostyce stawu kolanowego po leczeniu operacyjnym

Agnieszka Dąbrowska-Thing

Zastosowanie ultrasonografii (USG) i rezonansu magnetycznego (MR) w diagnostyce stawu kolanowego po leczeniu operacyjnym, uwzględniając obrazowanie stawu kolanowego po zabiegach artroskopowych oraz protezoplastyce. MR ma niewątpliwie przewagę nad USG w dokładnej ocenie morfologii operowanych struktur. Niemniej jednak ultrasonografia jest również przydatną modalnością. Zalety i wady USG oraz MR w pooperacyjnej ocenie: łąkotek, więzadła krzyżowego przedniego (ACL) oraz chrząstki. Radiologiczne kryteria oceny łąkotek, ACL oraz chrząstki w MR po zabiegach artroskopowych. Możliwości oraz ograniczenia wyżej wymienionych modalności w ocenie stawu kolanowego po protezoplastyce.

SESJA 14 - ORTOPEDIA DZIECIĘCA

14.3. Czy problem rozwojowej dysplazji stawu biodrowego jest nadal aktualny? Wartość badania USG bioder noworodków jako wczesnej diagnostyki rozwojowej dysplazji bioder

Marek Synder, Błażej Pruszczyński

WPROWADZENIE

Mimo że rozwojowa dysplazja stawu biodrowego (DDH) znana jest od roku 1832, gdy po raz pierwszy opisał tę jednostkę chorobową Guillaume Diupuytren, to nadal, mimo upływu czasu, problem z ustaleniem etiologii, czynników ryzyka i diagnostyki nadal jest aktualny.

CEL

Celem pracy jest przedstawienie aktualnego stanu wiedzy na temat DDH oraz wykorzystania USG w jej wczesnej diagnostyce.

MATERIAŁ I METODYKA

Analizą objęto noworodki i niemowlęta leczone w Klinice Ortopedii i Ortopedii Dziecięcej UM w Łodzi. Każde dziecko oceniane było pod względem klinicznym oraz ultrasonograficznie. Analizując indywidualnie dzieci, zwracano uwagę na wywiad (ciąża mnoga, czynniki ryzyka, ułożenie płodu etc). Analizowano czynniki ryzyka i ich wpływ na powstawanie dysplazji. W szczególności zwracano uwagę na: obraz ultrasonograficzny, zmianę konfiguracji i dojrzewania stawu w okresie do 6. tygodnia życia. Oceniano dodatkowo przypadki tzw. niemej dysplazji.

WYNIKI

Badania wykazały konieczność badania noworodków w oddziałach położniczych. Badanie USG stawów biodrowych powinno być wykonane w 6. tygodniu życia i w przypadku stwierdzenia prawidłowego stawu nie wymaga kolejnego badania. Ilość tzw. niemych dysplazji w naszym materiale wynosiła 12%.

WNIOSKI

Stan wiedzy na temat DDH jest niewystarczający w naszym rejonie i wymaga poprawy w diagnostyce i propagowaniu badań ultrasonograficznych wśród: położników, pediatrów, lekarzy rodzinnych oraz ortopedów.

SESJA 14 – ORTOPEDIA DZIECIĘCA

14.5. Dziecko utykające

Barbara Jasiewicz

Utykanie, czy – ogólnie mówiąc – zaburzenia chodu jest to jakiegokolwiek odstępstwo od prawidłowego wzorca chodu. Stanowi ono częsty problem, z jakim zgłaszają się rodzice z małym pacjentem, czy to na SOR, czy do ortopedy. Diagnostyka różnicowa powinna obejmować: zagadnienia wieku, etiologii, rodzaju nieprawidłowości, anatomicznej lokalizacji źródła utykania, podejrzewanej patologii. W pierwszej kolejności należy wziąć pod uwagę warianty rozwojowe, jak kolana szpotawe czy kolana koślawe w pewnym wieku dziecka. Ogółem utykanie u dzieci najczęściej (poza urazami) wiąże się z przemijającym zapaleniem biodra, chociaż istnieje rozkład najczęstszych przyczyn w zależności od wieku. Lokalizując miejsce/źródło, to najczęstsza przyczyna utykania jest związana ze stawem biodrowym.

Pierwszym krokiem oceny jest badanie fizykalne – przede wszystkim ocena chodu: chód antalgiczny, koński, kaczkowaty itp. Badanie zakresu ruchu w stawach, badanie palpacyjne, ocena obrzęku, ocieplenia, zaczerwienienia także jest niezbędne. Badania dodatkowe to badanie radiologiczne i ultrasonograficzne. Po inne formy badań obrazowych (TK, MR, scyntygrafia) sięga się wyjątkowo.

SESJA 15 – URAZY W OBRĘBIE KOŃCZYNY GÓRNEJ

15.3. Złamania wyrostka łokciowego – leczenie operacyjne

Marcin Pietrzak, Michał Dąbrowski, Waldemar Rylski, Stan Pomianowski

SPSK CMKP im. prof. A. Grucy w Otwocku

Złamania wyrostka łokciowego stanowią ok 10% złamań przedramienia i 40% wszystkich złamań w obrębie stawu łokciowego.

Obecnie najczęściej stosowane jest leczenie operacyjne. Stosowanych jest wiele technik leczenia operacyjnego, a najczęściej wybierane są stabilizacja dedykowaną płytą LCP oraz stabilizacja poprzęgiem Webera. W literaturze opisanych jest również wiele technik mieszanych oraz coraz rzadziej stosowana stabilizacja śrubą AO. Dobór odpowiedniej techniki operacyjnej powinien być podparty klasyfikacją złamania w zależności od ilości odłamów i przemieszczenia. Pomocny może być algorytm postępowania. W złamaniach dwufragmentowych preferowaną techniką leczenia jest poprzęg Webera. Przy wielofragmentowych złamaniach złotym standardem jest stabilizacja płytą LCP. Niezależnie do techniki celem leczenia operacyjnego jest odtworzenie prawidłowej kongruencji stawu i szerokości wyrostka łokciowego oraz stabilne zespolenie pozwalające na jak najszybsze podjęcie funkcji stawu. Leczenie zachowawcze powinno być zarezerwowane dla złamań nieprzemieszczonych. Na podstawie dostępnej literatury pokazano poprawną technikę stabilizacji poprzęgiem Webera oraz wykonano analizę najczęściej występujących błędów technicznych.

Jest mało dostępnych prac porównujących ze sobą zespolenie płytą LCP i poprzęg Webera.

W przypadku zastosowania unieruchomienia nie powinno być ono dłuższe niż 2 tygodnie. Rehabilitacja pooperacyjna i mobilizacja zakresu ruchu powinna być podjęta jak najszybciej jako profilaktyka przykurczów stawu łokciowego.