



**17-ASIS
LIETUVOS
ORTOPEDŲ
TRAUMATOLOGŲ
DRAUGIJOS
SUVAŽIAVIMAS**

Tezių knyga

**2025 M. BALANDŽIO 10-11 D.
VILNIUS**

ISBN 978-609-8343-01-4 (Elektroninis - PDF)

Sudarytojas: Lietuvos ortopedų traumatologų draugija

2025

17-asis Lietuvos ortopedų traumatologų draugijos suvažiavimas

2025 m. balandžio 10–11 d.
Vilnius, Lietuva

TEZIŲ KNYGA

Pateiktų tezių turinys yra jų autorių ir bendraautorių atsakomybė.
Tezės yra išdėstytos eiliškumu pagal suvažiavimo mokslinę programą.

17-asis Lietuvos ortopedų traumatologų draugijos suvažiavimas

MOKSLINIS IR ORGANIZACINIS KOMITETAS

Nariai

Dr. Giedrius Bernotavičius

Dr. Viktorija Brogaitė-Martinkienė

Dr. Aleksandr Grinčuk

Prof. dr. Rimtautas Gudas

Doc. dr. Jaunius Kurtinaitis

Doc. dr. Giedrius Kvederas

Dr. Aleksas Makulavičius

Julija Ravinskienė

Doc. dr. Sigitas Ryliškis

Prof. dr. Alfredas Smailys

Prof. dr. Justas Stučinskas

Doc. dr. Tomas Sveikata

Doc. dr. Igoris Šatkauskas

Prof. dr. Šarūnas Tarasevičius

Prof. dr. Valentinas Uvarovas

SUVAŽIAVIMO SEKRETORIATAS

EVENTAS (PCO&AMC)

Mob.: +370 686 44486

E-mail: info@eventas.lt

www.eventas.lt

FB @KvalifikuotasMedikas

I SESIJA. VARIA

1.1. Pirmų 30 dienų mirtingumo ir komplikacijų prognostiniai faktoriai po artimojo šlaunikaulio galo lūžių operacinio gydymo

Povilas Masionis, Rokas Bobina, Raminta Martinaitytė, Simonas Utkus, Valentinas Uvarovas, Igoris Šatkauskas
*Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė
Vilniaus universitetas*

Temos aktualumas

Numatoma, kad iki šio šimtmečio vidurio apie 6 milijonai žmonių visame pasaulyje kasmet patirs artimojo šlaunikaulio galo lūžius. Prognozuojama, kad pasaulinė populiacija tik senės ir šios patologijos svarba tik didės. Artimojo šlaunikaulio galo lūžį patyrusių pacientų ankstyvasis mirtingumas siekia 14%, o pooperacinių komplikacijų dažnis – 40%. Prastus rezultatus lemia senyvas amžius, daugiamorbidiskumas bei žalingi įpročiai. Dėl šių pacientų trapumo, tikslus prieš operacinius mirtingumo ir ligotumo rizikos vertinimas po artimojo šlaunikaulio galo lūžio yra modernios gydymo praktikos kertinis akmuo. Tai ne tik palengvina operacijos laiko planavimą, tinkamą informavimą paciento ir jo šeimos, bet ir leidžia identifikuoti pacientus, turinčius didžiausią riziką.

Darbo tikslas (-ai)

Nustatyti pacientų, patyrusių artimojo šlaunikaulio galo lūžius, pirmų 30 dienų pooperacinio mirtingumo ir komplikacijų prognostinius faktorius.

Tyrimo metodai

Į prospektyvinį tyrimą buvo įtraukti 65 metų ir vyresni pacientai, kurie nuo 2022 gruodžio 1 dienos iki 2023 metų gruodžio pirmos dienos buvo hospitalizuoti ir operuoti VŠĮ Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje dėl artimojo šlaunikaulio galo lūžio. Pacientai buvo sekami 30 dienų po operacijos ir buvo registruojamos šios nepageidaujamos išeitys: rimta komplikacija, bet kokia komplikacija, mirtis, pneumonija, šlapimo takų infekcija, ūminis inkstų pažeidimas, giliųjų venų trombozė, kardiologinė komplikacija, pakartotinė hospitalizacija, pakartotinė operacija, operacinės žaizdos infekcija, funkcijos blogėjimas, delyras, pragulos. Iš viso tyrime dalyvavo 583 pacientai. Sekantys kintamieji buvo vertinami kaip

prognostiniai faktoriai: amžius, lytis, gretutinių ligų skaičius, laikas iki operacijos, hemoglobino koncentracija (prieš operaciją, pirmą dieną po ir 3 – 4 dieną po operacijos), trombocitų koncentracija (prieš operaciją, pirmą dieną po ir 3 – 4 dieną po operacijos), CRB koncentracija (prieš operaciją, pirmą dieną po ir 3 – 4 dieną po operacijos), troponino koncentracija (prieš operaciją ir 3 – 4 dieną po operacijos), proBNP koncentracija (prieš operaciją ir 3 – 4 dieną po operacijos), vitamino D koncentracija, bendro baltymo koncentracija, albumino koncentracija, fibrinogeno koncentracija, CRB ir albumino santykis (CAR). ROC analizė naudota įvertinti kintamųjų prognostinę reikšmę. Prognostinė reikšmė buvo laikoma reikšminga, jeigu plotas po kreive (AUC) > 0,7. Laboratorinių rodiklių kritinės reikšmės nustatytos iš ROC kreivių.

Rezultatai

Tyrime dalyvavo 452 (77.5%) moterys ir 131(22.5%) vyrai. Vidutinis pacientų amžius buvo 82±8 metai. Pacientai turėjo 6±3 gretutinių ligų. 292 (50.1%) stebėti šlaunikaulio kaklo, 259 (44.4 %) pertrochanteriniai ir 32 (5.5 %) subtrochanteriniai lūžiai. 191 (32.8%) atvejų atliktas dalinis klubo sąnario endoprotezavimas, 70 (12.0%) totalinis endoprotezavimas, 236 (40.5%) osteosintezė proksimaline šlaunies vinimi, 69 (11.8%) osteosintezė DHS ir 17 (2.9%) osteosintezė kaniuliuotais sraigtais. Nei vienas iš vertintų faktorių neturėjo prognostinės reikšmės šioms komplikacijoms: sunki komplikacija, bet kokia komplikacija, kardiologinė komplikacija, žaizdos infekcija, šlapimo takų infekcija, giliųjų venų trombozė, pakartotinė hospitalizacija, deliras. Pirmų 30 dienų mirtingumą prognozavo priešoperacinis proBNP(P) (AUC 0,771, ribinė reikšmė ≥ 1165 pg/ml) ir proBNP(3-4) (AUC 0,722, ribinė reikšmė ≥ 1380 pg/ml). Laikas iki operacijos buvo nustatytas kaip prognostinis faktorius pacientui susirgti pneumonija (AUC 0,736, ribinė reikšmė $\geq 2,5$ dienos). Priešoperacinė CRB koncentracija prognozavo ūminį inkstų pažeidimą (AUC 0,701, ribinė reikšmė ≥ 13 mg/l). Sepsio komplikaciją prognozavo – gretutinių ligų skaičius (AUC 0,889 ir ≥ 6 gretutinės ligos), priešoperacinio CRB koncentracija (AUC 0,796 ir ≥ 20 mg/l), priešoperacinė proBNP koncentracija (0,767 ir ≥ 550 pg/ml), fibrinogeno koncentracija (AUC 0,770 ir ≥ 4 g/l), laikas iki operacijos (AUC 0.907 ir ≥ 4 dienos) bei CAR (AUC 0,796 ir $\geq 0,73$).

Išvados, rekomendacijos

Artimojo šlaunikaulio galo lūžį patyrusiems ligoniams turėtų būti rutiniškai atliekamas proBNP tyrimas, kurio tiek priešoperacinis, tiek pooperacinis padidėjimas prognozavo ankstyvąją mirtį. Tyrimas padėtų identifikuoti pacientus, kurie turi didesnę riziką ir imtis prevencinių priemonių. Operacijos atidėjimas yra nerekomenduojamas, nes ilgesnis laukimas lemia tiek pneumonijos, tiek sepsio komplikacijas. Net keli faktoriai nustatyti kaip prognostiniai sepsiui, todėl svarbu kruopščiai vertinti pacientus turinčius CRB, fibrinogeno, proBNP, CAR padidėjimą bei gausią gretutinę patologiją.

Raktiniai žodžiai

Artimojo šlaunikaulio galo lūžis, klubas, osteosintezė, endoprotezavimas.

1.2. Dubens kaulų trapumo lūžiai: ryšys su osteoporoze, gydymo taktika, ankstyvieji rezultatai

Rokas Bobina, Milda Kisnieriūtė, dr. Giedrius Petryla, doc. dr. Igoris Šatkauskas, prof. dr. Valentinas Uvarovas

Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė

Vilniaus universitetas

Temos aktualumas

Dėl ilgėjančios gyvenimo trukmės ir senstančios visuomenės daugėja pacientų, patyrusių su osteoporoze susijusius dubens kaulų lūžius, tai tampa kliniškai, ekonomiškai ir socialiai svarbi problema. Epidemiologiniai tyrimai rodo, kad dubens kaulų trapumo lūžių atvejų nuolat daugėja ir prognozuojama, kad per ateinančius 10 metų jų skaičius ir toliau eksponentiškai didės. Literatūroje nėra pakankamai duomenų, įrodančių chirurginio ar konservatyvaus gydymo pranašumus gydant dubens kaulų trapumo lūžius, todėl nėra žinoma, kuri gydymo taktika turėtų būti taikoma pacientams.

Darbo tikslas (-ai)

Įvertinti pacientų, patyrusių dubens kaulų trapumo lūžius, osteoporozės parametrus, palyginti konservatyvaus ir operacinio gydymo rezultatus ir įtaką dubens funkcijai bei gyvenimo kokybei.

Tyrimo metodai

Į tyrimą įtraukiami visi ≥ 65 m. amžiaus iki traumos vaikščioję pacientai, patyrę ūmius izoliuotus II tipo pagal Rommens dubens kaulų trapumo lūžius ir hospitalizuoti RVUL Ortopedijos-traumatologijos centre. Visiems tiriamiesiems atliekamas kaulų densitometrijos tyrimas ir laboratoriniai tyrimai, siekiant įvertinti su osteoporozė susijusius parametrus. Tiriamajam, sutikusiam dalyvauti tyrime, randomizuotai priskiriamas gydymo metodas – konservatyvus arba operacinis. Tiriamieji pildo klausimynus, siekiant įvertinti jų funkciją ir gyvenimo kokybę iki traumos ir po taikyto gydymo. Taip pat renkami duomenys apie mirštamumą, gydymo komplikacijas.

Rezultatai

Nuo 2024 m. birželio 1 d. iki 2025 kovo 1 d. įtraukimo kriterijus atitiko ir į tyrimą įtraukti 16 pacientų. Visi pacientai buvo moterys. Vidutinis pacientų amžius – 84 metai. Pagal kaulų tankio tyrimo rezultatus kaulų tankis osteoporozės lygmenyje nustatytas 14 (87,5 proc.) pacientų, o likusiems 2 (12,5 proc.) – osteopenijos lygmenyje. Randomizuotai 5 pacientams (31,25 proc.) taikytas operacinis gydymas, o likusiems – konservatyvus. Vidutinis lovodienių skaičius – 5,9 dienų. Iš viso 7 pacientai po gydymo išrašyti į namus, 5 – į slaugos ligoninę, 4 – į reabilitacijos įstaigą. Iš viso 6 pacientams stebėta komplikacijų gydymo eigoje, dažniausia iš jų – pohemoraginė anemija, reikalavusi kraujo komponentų transfuzijos. Viena pacientė 2 mėnesių laikotarpiu po traumos mirė. Vertinant klausimynų duomenis pastebėta, kad 2 mėnesių laikotarpiu po traumos dubens funkcija ir pacientų gyvenimo kokybė būna suprastėjusi ir nepasiekia iki traumos buvusio lygio.

Išvados, rekomendacijos

Didžioji dalis vyresnio amžiaus pacientų, patyrusių mažos kinetinės energijos traumas sąlygotus II tipo pagal Rommens klasifikaciją dubens kaulų lūžius, serga osteoporozė. Dviejų mėnesių laikotarpiu pacientai nepasiekia iki traumos buvusios dubens funkcijos ir gyvenimo kokybės. Pacientai gali būti gydomi konservatyviai arba operaciniu būdu, gydymo metodų palyginimui reikalingi tolesni tyrimai ir didesnė pacientų imtis.

Raktiniai žodžiai

Dubens kaulų trapumo lūžiai; Osteoporozė.

1.3. Dubens kaulų osteoporotinių lūžių pseudoartrozinių gydymas

Igoris Šatkauskas, Rokas Bobina

Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė

Vilniaus universitetas

Temos aktualumas

Senstant visuomenei, didėja osteoporotinių dubens kaulų lūžių atvejų skaičius. Daliai iš šių pacientų lūžiai nesugija (išsivysto pseudoartrozė). Tikslių duomenų, kokiai daliai osteoporotinius dubens kaulų lūžius patyrusių pacientų išsivysto pseudoartrozė, nėra, tačiau žinoma, kad bendrai apie 5 proc. visų dubens kaulų lūžių nesugija. Tikėtina, kad dėl suprastėjusios kaulinio audinio kokybės bei kraujotakos, osteoporotinių dubens kaulų lūžių nesugijimo procentas yra dar didesnis. Dubens kaulų pseudoartrozė susijusi su pablogėjusia pacientų dubens funkcija ir gyvenimo kokybe, lėtiniu skausmu, lūžių progresavimu.

Darbo tikslas (-ai)

Pristatyti sėkmingo dubens kaulų pseudoartrozės po osteoporotinių dubens kaulų lūžių gydymo atvejus.

Tyrimo metodai

Tyrimė pateikiami pacientų, kuriems po dubens kaulų osteoporotinių lūžių išsivystė pseudoartrozė, klinikiniai atvejai.

Rezultatai

Pristatomi pacientai, patyrę osteoporotinius dubens kaulų lūžius. Nepaisant gydymo (operacinio ar konservatyvaus), pacientams išsivystė lūžio pseudoartrozė. Pseudoartrozės fone stebėtas dubens kaulų lūžių progresavimas. Standartinis osteoporozės gydymas buvo neefektyvus, todėl gydymui buvo paskirti parathormono analogai. Gydymas parathormono analogais buvo sėkmingas, stebėta lūžių konsolidacija.

Išvados, rekomendacijos

Daliai osteoporotinius dubens kaulų lūžius patyrusių pacientų lūžiai nesugija, išsivysto pseudoartrozė. Rezistentiškų dubens kaulų pseudoartrozinių gydymui gali būti efektyvi terapija parathormono analogais.

Raktiniai žodžiai

Dubens kaulų osteoporotiniai lūžiai; Pseudartrozė; Parathormono analogai.

1.4. Kokcigodinija: diagnostika ir gydymas

Valentinas Uvarovas, Emil Šostak

Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė

Vilniaus universitetas

Temos aktualumas

Kokcigodinija, kuriai būdingas lokalizuotas uodegikaulio ir aplinkinių audinių skausmas, dėl mažo paplitimo ir įvairios etiologijos kelia sunkumų diagnozuojant ir gydant. Viena iš dažnesnių priežasčių yra tiesioginė uodegikaulio trauma, ypač griuvimai. Netrauminės priežastys yra degeneracinės sąnarių ligos, perteklinės streso jėgos dėl nutukimo ir uodegikaulio morfologiniai pokyčiai. Diagnostinė įvertinimas apima ligos istoriją, fizinę apžiūrą ir radiologinį vaizdą. Nors konservatyvus gydymas dažnai būna sėkmingas, neretai kokcigodinija pereina į lėtinį skausmą.

Konservatorius gydymas, įskaitant fizioterapiją, suteikia efektyvų skausmo valdymą. Įrodyta intervencinių terapijų, tokių kaip kortikosteroidų injekcijos veiksmingumas. Chirurginės intervencijos, ypač kokcigektomija, rodo vidutinius rezultatus. Gydant kokcigodiniją rekomenduojama taikyti daugiadisciplininį metodą, taikant konservatyvų priemones kaip pradinę strategiją. Chirurginis intervencija turėtų būti apgalvota, pasveriant riziką ir naudą.

Darbo tikslas (-ai)

Išnagrinėti mokslinę literatūrą kokcigodinijos diagnostikos, gydymo aspektus, gydymo rezultatų palyginimas su literatūros duomenimis.

Tyrimo metodai

Retrospektyvinė RVUL dėl koksigidinijos operaciniu būdu 2023-2024 gydytų pacientų rezultatų analizė. Šiame tyrime iš viso buvo atrinkta 14 kokcigodinijos atvejų, kuriems RVUL buvo atlikta kokcigektomija. Šiems pacientams buvo skirtas skirtingas gydymas mažiau kaip 6 mėnesius iki operacijos.

Rezultatai

Šio tyrimo rezultatai parodė, kad tais atvejais, kai konservatyvus kolecigodinijos gydymas nesekmingas, kolecigektomija pasirodė kaip veiksmingas chirurginis metodas.

Išvados, rekomendacijos

Norint nustatyti standartizuotas kolecigodinijos gaires, reikia atlikti tolesnius klinikinius tyrimus, pagrįstus aukštos kokybės įrodymais.

II SESIJA. AO TRAUMA SIMPOZIUMAS: KOMPLEKSINIAI KELIO SĄNARIO SRITIES SUŽALOJIMAI

2.1. Management of Pediatric Anterior Cruciate Ligament Injuries

Viktorija Brogaitė Martinkėnienė

Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos

Vilniaus universitetas

Temos aktualumas

ACL tears are becoming more prevalent among children and adolescents. Management of this condition is challenging and controversial, particularly in skeletally immature patients.

Darbo tikslas (-ai)

The purpose of this paper is to provide three cases of skeletally immature patients who underwent ACL reconstruction in addition to reviewing and summarizing the literature on ACL tear management in children.

Tyrimo metodai

Between January 2022 and December 2024, three skeletally immature individuals underwent ACL reconstruction using a physal-sparing surgical approach. The nearly three-year follow-up included clinical, functional, and MRI assessments. Pediatric ACL tear management articles were searched in PubMed. This review included studies that addressed treatment options, surgical approaches, indications, graft selection, and outcomes since 2020.

Rezultatai

All three patients had a full range of motion compared to the opposite leg, no pain or tenderness, and a negative Lachman or Pivot shift test at the last follow-up. Whole-leg radiographs indicated no malalignment. In terms of Tegner score, all patients recovered to their previous level of sport activity. The MRI results showed good ligamentization, with no physis injury in the final follow-up.

Twenty-one of the 62 studies addressing pediatric ACL tear covered inclusion criteria. Summarizing the literature on present issues: Nonoperative treatment may be discussed as a possible option in patients who have no concomitant injuries, are not returning to sport, and are able to

avoid cutting and pivoting activities. This includes high-quality rehabilitation and close observation of the patient. On the other hand, delaying reconstruction or choosing nonoperative management is associated with increased rates of meniscal and chondral injuries, persistent knee instability, and low rates of return to previous activity. Surgical treatments can be broken down into three main categories, mainly depending on the growth potential and the skeletal stage of the patients: physeal sparing, partial transphyseal, and complete transphyseal. Assessing skeletal age is essential to selecting the appropriate reconstruction technique. Children with substantial growth remaining (skeletal age males ≤ 12 years and females ≤ 10 years) seem to be at risk for more significant growth disturbance, so physeal-sparing techniques are generally recommended for these younger patients. According to the studies, there are favorable patient-reported outcomes and high return-to-sport rates after ACL restoration in skeletally immature patients. Graft rupture (ACL retear) rates are low, although significantly higher than in most adult populations. ACL repair is another option with ongoing techniques being developed. According to reports, the QT tendon is the best choice for graft selection in pediatric patients.

Išvados, rekomendacijos

In the case of a pediatric ACL tear, a full work-up should be performed that includes a careful assessment of growth remaining and concomitant injuries. While nonoperative management may be a consideration for select cases, but most patients will benefit from early individualized surgical management with favorable outcomes.

Raktiniai žodžiai

Pediatric ACL, reconstruction, physeal-sparing, growth remaining.

III SESIJA. AO RECON SIMPOZIUMAS: PERIPROTETINIAI LŪŽIAI KLUBO IR KELIO SRITYJE

3.1. Totalinis šlaunikaulio endoprotezavimo: klinikinis atvejis

Aistis Juška, Justinas Stučinskas

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas

Temos aktualumas

Totalinis šlaunikaulio endoprotezavimas (TŠE) yra itin reta, tačiau svarbi ortopedinė procedūra, taikoma esant sudėtingiems kaulų defektams, periprotetiniams lūžiams ar po daugkartinių revizinių operacijų. [1] TŠE privalumas yra ankstyva vaikščiojimo pradžia be pagalbinių priemonių, o dėl pagerėjusios lėtinių ligų kontrolės ir pailgėjusio išgyvenamumo, atliktų TŠE operacijų kiekis vis didės. [2] Atvejo analizė pabrėžia šios chirurginės intervencijos techninį sudėtingumą, reikalavimus multidisciplininiam požiūriui ir būtinybę užtikrinti aukštos kokybės pooperacinę priežiūrą bei reabilitaciją. Atsižvelgiant į paciento sudėtingą ligos istoriją, kurioje stebima pirminės koksartrozės, ankstesnės endoprotezavimo operacijos bei trauminių įvykių pasekmės, TŠE pasižymi svarbiais klinikiniais ir funkciniais rezultatais.

Darbo tikslas (-ai)

Tikslas – pateikti išsamų paciento atvejį, kuriam atliktas TŠE. Apžvelgti operacijos etapus, naudotas technologijas, pooperacinę priežiūrą bei taikytą reabilitaciją. Supažindinti įvairių specialybių gydytojus su rezultatais.

Tyrimo metodai

Anamnezės surinkimas: Duomenys apie paciento ligos istoriją nuo 2019 m. 09 mėn. iki 2024 m. 11 mėn., įskaitant buvusias revizines operacijas, traumas ir anksčiau diagnozuotas lėtines ligas.

Operacijos eiga: operacijų ataskaitų apžvalga, įskaitant naudotus implantus bei procedūrų eigą. Rentgenogramų ir laboratorinių tyrimų analizė, nurodanti implantų stabilumą ir audinių pokyčius.

Rezultatai

51 m. pacientui buvo atlikta osteosintezė 2013 m. 2017 m., (54 m.) atlikta k. šlaunikaulio konstrukcijų eliminacija, stebėtas d. kojos sutrumpėjimas ~ 6,5 cm. 2019 m. Išliekant d. klubo skausmams (57 m.) šalintos konstrukcijos. 2019m. (58 m.) pacientas konsultuotas dėl d. klubo sąnario skausmų, krepitacijos, sąnario sąstingio, sutrikusios atraminės d. kojos funkcijos. Radiologiniuose tyrimuose stebėta pseudoartrozė su nepilnai pašalintomis lūžusiomis metalo konstrukcijomis. Dėl minėtų nusiskundimų atlikta implantų eliminacija ir laikina cementinio intarpo implantacija. Nepasitvirtinus infekcijai, vėliau buvo atliktas d. klubo sąnario EP, šlaunikaulyje panaudojant becementinio tvirtinimo šlaunikaulinį komponentą su tolimojo galo užrakinimu 2 mėn. Po operacijos pacientui diagnozuotas šlaunikaulinio komponento išnirimas. Atlikta klubo sąnario uždara repozicija. Po 4 d. dėl S. Aureus infekcijos pacientui atlikta revizinė d. klubo sąnario EP: implantų eliminacija, cementinio intarpo implantacija bei taikyta antibiotikoterapija. II revizijos etapo metu vėl panaudotas becementinio tvirtinimo šlaunikaulinis komponentas su tolimojo galo užrakinimu. Po 4 m. įvyko d. kojos trauma, diagnozuotas - šlaunikaulio diafizės distalinio trečdaliao skersinis, periprostetinis lūžis. Dėl kaulinių defektų ir lūžio lokalizacijos, nuspręsta atlikti revizinę TŠE d. šlaunikaulio operaciją. Siekiant didesnio stabilumo pašalintas senasis gūžduobinis ir naudojant tipinę metodiką implantuotas dvigubo mobilumo komponentas. Operacijos metu sėkmingai pakeisti pažeisti implantai bei atkurtas klubo ir kelio sąnarių funkcionalumas.

Išvados, rekomendacijos

Įprastai TŠE atliekama esant onkologiniams sąnarių bei kaulų pakitimams [3,4]. Pasaulio literatūroje aprašytuose tyrimuose iš 1002 atliktų TŠE operacijų, 63,7% indikacijos buvo onkologiniai susirgimai. [5] Šis atvejis išsiskiria tuo, kad TŠE operacija taikyta periprostetinio lūžio gydymui dėl nepakankamos diafizės stabilumo esant didelei kaulinei pažeidai. Iš viso pacientas turėjo 7 operacijas, 67 lovdienius. Šie rodmenys patvirtina, kad tokie vienetiniai atvejai reikalauja tinkamo gydymo plano sudarymo bei kelia daug iššūkių ir pacientui, ir sveikatos sektoriui.

Raktiniai žodžiai

Totalinis šlaunikaulio endoprotezavimas, revizija.

IV PARALELINĖ SESIJA. SEA ENDOPROTEZAVIMO AKTUALIJOS

4.1. Mokymosi kreivės reikšmė rezultatams implantuojant VLK perkamus mechaninio tvirtinimo endoprotezus Lietuvoje

Tautvydas Mištautas, Gintarė Lukoševičiūtė, Šarūnas Tarasevičius
Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos

Temos aktualumas

Lietuvoje šiuo metu galioja implantų įsigijimo sistema, per Valstybinės Ligonijų kasos organizuojamus nacionalinius pirkimo konkursus. To pasekoje rinkoje yra naudojamas vienas mechaninio tvirtinimo implantas, kurį valstybės finansuojamiems pacientams implantuota ortopedai traumatologai. Implantai įvedami į rinką be specifinių mokymų chirurgams, vien ligonių kasos sprendimu. Nėra iki šiol duomenų kaip tokie valstybinių institucijų sprendimai gali įtakoti komplikacijų skaičių, po pirminio klubo sąnario protezavimo.

Darbo tikslas (-ai)

Šio darbo tikslas yra ištirti dvi mechaninio tvirtinimo klubo sąnario endoprotezų sistemas, kurios buvo įsigytos Valstybinės Ligonijų kasos ir palyginti komplikacijų dažnį su rinkoje jau seniai esančia mechaninio tvirtinimo implantų sistema.

Tyrimo metodai

Remiantis Lietuvos sąnarių endoprotezavimo registro (LSER) 2015-2025 metų duomenimis, ištyrėme ir palyginome išlikimo rezultatus tarp EcoFit, Corail ir Polarstem mechaninio tvirtinimo protezavimo sistemų. Išlikimo analizei atlikti naudojome Kaplan-Meier išgyvenamumo kreives, o Cox regresinėje analizėje vertinome veiksnius (amžių, lytį, implanto tipą ir mokymosi kreivę), kurie galėjo turėti įtakos revizijų dažniui. Mokymosi kreivei įvertinti buvo lyginamas visų Polarstem implantų sistemos protezų išgyvenamumas su EcoFit ir Corail sistemų pirmais 500 atvejų ir vėliau atliktomis operacijomis.

Rezultatai

2015-2025 m., pagal LSER duomenis, naudojant Polarstem (1670) EcoFit (1383) ir Corail (1110) sistemas viso buvo atlikta 4163 pirminiai klubo sąnario endoprotezavimai. Vidutinis amžius Polarstem sistemos grupėje buvo 59.51 m., EcoFit 57.34 m., Corail 59.51 m. Pasiskirstymas tarp vyrų ir moterų Polarstem - 771 moterys ir 899 vyrai, EcoFit - 624 moterys ir 759 vyrai, Corail – 530 moterys ir 580 vyrų. Vertinant pirmuosius 500 atvejų, kada buvo naudojamos tiek EcoFit, tiek Corail sistemos nustatėme, kad implanto išlikimas buvo reikšmingai mažesnis lyginant su rinkoje senai esančia Polarstem sistema. Tuo tarpu lyginant visas kitas operacijas po pirmųjų 500 analogiškoms sistemoms reikšmingo skirtumo tarp Corail, EcoFit ir Polarstem sistemų nustatyta nebuvo.

Išvados, rekomendacijos

Egzistuojanti implantų pirkimo sistema susijusi su padidėjusiu komplikacijų skaičiumi. Sisteminiai ortopedų mokymai prieš įdiegiant naują endoprotezavimo sistemą į rinką yra būtini ir galimai sumažintų komplikacijų skaičių, susijusį su mokymosi kreive.

Raktiniai žodžiai

Revizija, klubo sąnarys, mokymosi kreivė, komplikacijos.

4.2. Ar chirurginio pjūvio pasirinkimas turi įtakos kojų ilgio skirtumui po klubo sąnario endoprotezavimo? Dviejų Vilniaus ligoninių tyrimas

Ugnė Utkutė¹, Giedrius Kvederas²

¹*Vilniaus universitetas*

²*Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos*

Temos aktualumas

Klubo sąnario endoprotezavimas yra viena dažniausių ortopedinių operacijų, turinti reikšmingą poveikį pacientų gyvenimo kokybei ir pasitenkinimui. Pooperaciniai kojų ilgio skirtumai gali turėti įtakos funkciniam rezultatams, o skirtingi chirurginiai pjūviai gali lemti variacijas galutiniame kojų ilgyje. Siekiant užtikrinti optimalius rezultatus ir sumažinti galimus komplikacijų rodiklius, būtina išsamiai įvertinti skirtingų chirurginių pjūvių įtaką kojų ilgio pokyčiams po operacijos.

Darbo tikslas (-ai)

Palyginti ir įvertinti skirtingų chirurginių pjūvių poveikį pooperaciniams kojų ilgio pokyčiams po klubo sąnario endoprotezavimo.

Tyrimo metodai

Tyrimas atliktas dviejų Vilniaus ligoninių ortopedijos-traumatologijos skyriuose. Retrospektyviai analizuoti duomenys tarp 2023 ir 2024 metų. Pacientai suskirstyti į tris grupes pagal operacijos metu taikytą chirurginį priėjimą į: užpakalinį, šoninį (lateralinį) ir priekinį. Įtraukimo kriterijai: vienpusė koksartrozė, avaskulinė klubo sąnario nekrozė, Crowe I arba II laipsnio displazija. Neįtraukimo kriterijai: abipusė koksartrozė, šlaunikaulio lūžiai, Crowe III arba IV laipsnio displazija, neprieinama rentgenograma prieš ir (arba) po operacijos. Kojų ilgių skirtumo matavimai atlikti naudojant „mediCAD“ programą standartinėse tiesinėse dubens rentgenogramose. Rezultatai apdoroti MS Excel ir PASW (PASW Statistic 17, SPSS, IBM Corporation, NY) programomis.

Rezultatai

Tyrimo iš viso ištirti 202 pacientai, iš jų 68 pacientams atliktas užpakalinis, 55 pacientams – šoninis (lateralinis), o 79 pacientams – priekinis chirurginis priėjimas. 6 tiriamųjų duomenys nevertinti kaip išskirtys nuo tiriamosios imties. Tarp likusių 196 pacientų – 43-ims gautas operuotos kojos sutrumpėjimas, 135-iems operuota galūnė prailgėjo, o tik 18-ai (tai sudaro 9% visų operuotų) buvo tiksliai atstatytas kojų ilgis. Vertinant matavimų pasiskirstymą, gauta, kad matavimai pagal lašą – pasiskirstę pagal normalųjį skirstinį. Pagal lašo matavimo vidurkius užpakalinis, šoninis ir priekinis priėjimai atitinkamai skyrėsi reikšmingai – +0,82; +4,02; +4,49 mm ($p = 0,01$). Pagal sėdynkaulio matavimų medianas atitinkamai tarp grupių gauta: +2; +3; +4 mm ($p = 0,01$).

Išvados, rekomendacijos

Pjūvio pasirinkimas klubo sąnario endoprotezavimui turi reikšmingos įtakos pooperaciniams kojų ilgių skirtumui. Pacientams operuotiems priekiniu pjūviu nustatytas didžiausias galūnės prailginimas po endoprotezavimo operacijos lyginant su sveika koja, užpakaliniu pjūviu – mažiausias kojų ilgio pokytis.

Raktiniai žodžiai

Klubo sąnario endoprotezavimas, chirurginis priėjimas, kojų ilgio pokyčiai, TKE, artroplastika.

4.3. Statinės pusiausvyros metodo taikymo poveikis asmenų, po vienkondilio kelio sąnario endoprotezavimo, judesių amplitudėms, raumenų jėgai ir mobilumui

Augustė Stonkutė, Alma Cirtautas, Aistė Vaitukaitienė

Vilniaus universitetas

Temos aktualumas

Kelio skausmas yra viena iš aktualiausių problemų ortopedijos srityje. Apytiksliai 5 % visų apsilankymų pirminės sveikatos priežiūros įstaigose yra dėl šios priežasties. Dažnas tokio tipo diskomforto šaltinis – osteoartritas, kuris apibūdinamas kaip degeneracinė liga, pasireiškianti sąnario susidėvėjimu ir progresyviu kremzlės nykimu. Šios ligos sukiamas diskomfortas ir funkciniai sutrikimai neretai pasireiškia darbingo amžiaus asmenims, maždaug 40 – 50 metų. Tai lemia ne tik suprastėjusią gyvenimo kokybę, bet ir finansinius nuostolius.

Kaip teigia literatūra, kelio osteoartritas neigiamai veikia paciento gebėjimą išlaikyti balansą. Pusiausvyros sutrikimai riboja asmens mobilumą ir fizinę funkciją, įskaitant kasdienes veiksmus, tokius kaip apsitarnavimas. Kelio osteoartrito gydymas įprastai pradedamas nuo konservatyvių metodų, tačiau nesulaukus norimų rezultatų pradedama svarstyti chirurginio gydymo galimybę. Endoprotezavimo procedūra efektyviai sumažina patiriamą skausmą, tačiau sąnario keitimas daro įtaką natūraliai kelio sąnario biomechanikai. XX amžiuje buvo pristatytas vienkondilis kelio sąnario endoprotezavimo metodas, laikomas mažiau invazyviu ir geresne alternatyva ankstesnei procedūrai. Taikant naująjį gydymą, buvo pastebėtas trumpesnis pacientų atsigavimo laikotarpis, mažesnė pooperacinių komplikacijų rizika ir galiausiai greitesnis pacientų grįžimas į įprastą rutiną ir darbus. Dalinė kelio sąnario endoprotezavimo operacija vis dar laikoma specializuota procedūra, kurią šiuo metu atlieka tik apie 10 % ortopedų chirurgų visame pasaulyje.

Didžioji dalis literatūroje aprašytų tyrimų gilinasi į reabilitacijos aspektus po totalinio kelio sąnario endoprotezavimo. Plačiai aprašomi raumenų jėgos bei amplitudžių didinimo būdai. Tačiau pusiausvyros treniravimo poveikis po

tokių operacijų nėra dažnai nagrinėjamas. Taip pat, analizuojant mokslines publikacijas, nebuvo rasta pakankamai tyrimų, kuriose būtų aprašomi statinės pusiausvyros treniravimo metodai po vienkondilio kelio sąnario endoprotezavimo. Todėl šio kineziterapijos metodo veiksmingumas išlieka aktualia tema.

Darbo tikslas (-ai)

Nustatyti statinės pusiausvyros taikymo poveikį asmens, po vienkondilio kelio sąnario endoprotezavimo, judesių amplitudėms, raumenų jėgai ir mobilumui.

Tyrimo metodai

Tyrimo metu buvo atlikti trys kineziterapiniai ištyrimai: pirmasis – II stacionarinės reabilitacijos pirmąją dieną prieš taikant intervenciją, antrasis vykdytas 9 – tąją intervencijos dieną ir paskutinis ištyrimas – po intervencijos taikymo, paskutinę 22 – tąją reabilitacijos dieną. Ištyrimo metu buvo taikomi šie metodai: skausmo įvertinimas VAS skale, sąnario tinimo išmatavimas centimetrine juosta, raumenų jėgos įvertinimas taikant manualinį ištyrimo metodą, judesių amplitudžių matavimas goniometru, gyvenimo kokybės klausimyno SF - 36 atsakymų fiksavimas, pusiausvyros vertinimas naudojant „Berg Balance“ testą, statinės pusiausvyros vertinimas pasitelkiant Rombergo testą tandeminėje padėtyje ir mobilumo vertinimas stotis – eiti mėginiu. Taikant šiuos metodus, buvo vertinami tiriamosios fiziniai gebėjimai, kūno funkcijų sutrikimai ir psichologinė būseną.

Kineziterapijos programa tiriamajai pirmoje dienos pusėje: 15 minučių raumenų jėgos didinimo pratimai, 15 minučių amplitudės didinimo pratimai. Antroje dienos pusėje: 30 minučių statinės pusiausvyros lavinimas.

Rezultatai

Rezultatai analizuoti lyginant surinktus asmens kineziterapinio ištyrimo duomenis prieš ir po kineziterapijos programos. Skausmo vertinime šis rodiklis pirmą reabilitacijos dieną judesio metu buvo juntamas 6 balams, o paskutinę – įvardintas 3 balais. Sąnario tinimas operuotoje kojoje reabilitacijos laikotarpio eigoje sumažėjo 3 centimetrais. Atsižvelgiant į judesio amplitudžių duomenis didžiausias pokytis stebimas kairės kojos blauzdos lenkime, kuris nuo pirmo ištyrimo padidėjo 35°. Operuotos kojos raumenų jėgos rodikliai: šlaunies lenkimo, tiesimo, atitraukimo, pritraukimo, vidinės ir išorinės rotacijos bei blauzdos tiesimo nežymiai padidėjo.

Lyginant mobilumo vertinimo rodiklius, išmatuotus stotis – eiti testu prieš ir po kineziterapijos, rezultatai pakito teigiamai ir tiriamoji gebėjo užduotį atlikti 4 sekundėmis greičiau. Išanalizavus gyvenimo kokybės klausimyno rezultatus pastebėtas nežymus tiriamosios fizinio pajėgumo ir psichologinės būklės pagerėjimas bei teigiamas bendros sveikatos pokytis.

Išvados, rekomendacijos

Statinės pusiausvyros pratimų įtraukimas į kineziterapijos programą padeda efektyviai didinti kelio lenkimo amplitudes. Raumenų jėgos vertinime didelių pakitimų neužfiksuota. Statinės pusiausvyros pratimai lavina asmens, po vienkondilio kelio sąnario endoprotezavimo operacijos, mobilumą ir statinę pusiausvyrą.

Raktiniai žodžiai

Kineziterapija, vienkondilio kelio sąnario endoprotezavimas, judesių amplitudės, raumenų jėga, mobilumas, statinė pusiausvyra.

4.4. Standartinių ir pakeltą kraštą (lūpą) turinčių polietilenui tarpų palyginimas pagal revizijų dažnį mechaninio tvirtinimo endoprotezavimo sistemose. 2011-2023m. LSER duomenys

Deividas Jonuškis, Justinas Stučinskas

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos

Temos aktualumas

Klubo sąnario nestabilumas po totalinio klubo sąnario endoprotezavimo operacijos vis dar išlieka viena iš opiausių komplikacijų, dėl kurios prireikia revizinio endoprotezavimo, o šis yra siejamas su reikšmingais ekonominiais kaštais. Siekiant išvengti klubo sąnario nestabilumo, gali būti implantuojami pakeltą kraštą (lūpą) turintys tarpai. Pastarieji gali turėti papildomą 4 mm ilgio šoninę išnašą bei atitinkamai 10, 15 ar 20 laipsnių pakeltą tarpo kraštą (lūpą). Mokslinėje literatūroje aptinkama tyrimų, kurie atlikti pasitelkus nacionalinių endoprotezavimo registrų duomenis, tačiau jų išvados apie pakeltą kraštą (lūpą) turinčių tarpų pranašumą, sumažinant revizijų dažnį, yra prieštaringos.

Darbo tikslas (-ai)

Palyginti standartinių ir pakeltą kraštą (lūpą) turinčių polietileninių intarpų įtaką revizijų dažniui mechaninio tvirtinimo endoprotezavimo sistemose.

Ištirti, ar revizijų dažnis tarp polietileninių intarpų, priklausančių skirtingiems gamintojams, skiriasi.

Tyrimo metodai

Remiantis Lietuvos sąnarių endoprotezavimo registro (LSER) 2011-2023m. duomenimis, buvo atrinkti pacientai, kuriems buvo atlikta klubo sąnario endoprotezavimo operacija ir implantuota mechaninio tvirtinimo gūžduobė su standartiniu arba pakeltą kraštą (lūpą) turinčiu polietileniniu intarpu. Buvo palyginta standartinių ir pakeltą kraštą (lūpą) turinčių polietileninių intarpų įtaka revizijų dažniui. Taip pat palyginta polietileninių intarpų įtaka revizijų dažniui tarp gamintojų DePuy Synthes Pinnacle (Pinnacle), Smith & Nephew R3 (R3), Implantcast EcoFit (EcoFit). Implantų išlikimas buvo analizuotas pasitelkus Kaplano-Mejerio išlikimo analizės metodą. Duomenų analizė atlikta naudojant „MS Excel“ programinę įrangą bei „IBM SPSS Statistics 30.0“ statistinių duomenų analizės paketą.

Rezultatai

2011-2023 m. LSER duomenimis buvo operuoti 3666 pacientai, kuriems buvo implantuota mechaninio tvirtinimo endoprotezavimo sistema su standartiniu arba pakeltą kraštą (lūpą) turinčiu polietileniniu intarpu. Iš 3666 pacientų, 2047 buvo vyrai (55,8 proc.) ir 1619 moterys (44,2 proc.). Vidutinis pacientų amžius 57 ± 9 m. operacijos metu. Iš 3666 pacientų, 615 (16,8 proc.) buvo implantuotas standartinis polietileninis intarpas, o 3051 (83,2 proc.) buvo implantuotas pakeltą kraštą (lūpą) turintis polietileninis intarpas. Iš 3666 pacientų, 91 (2,5 proc.) buvo atlikta revizinė endoprotezavimo operacija, iš jų 22 (24,2 proc.) atliktos dėl pasikartojančio klubo sąnario nestabilumo. Iš 615 standartinių intarpų revizuota buvo 13 (2,1 proc.), o iš 3051 pakeltą kraštą (lūpą) turinčių intarpų revizuota buvo 78 (2,6 proc.) ($p = 0,52$). Iš 615 standartinių intarpų, dėl klubo sąnario nestabilumo, revizuota buvo 2 (0,3 proc.), o iš 3051 pakeltą kraštą (lūpą) turinčių intarpų, dėl klubo sąnario nestabilumo, revizuota buvo 20 (0,7 proc.) ($p = 0,333$).

2011-2023m. laikotarpiu iš 395 pakeltą kraštą (lūpą) turinčių DePuy Synthes Pinnacle intarpų revizuota buvo 3 (0,8 proc), iš 201 standartinių DePuy Synthes Pinnacle intarpų revizuota buvo 5 (2,5 proc.), iš 1383 pakeltą kraštą (lūpą) turinčių Smith & Nephew R3 intarpų revizuota buvo 20 (1,4 proc.), iš

127 standartinių Smith & Nephew R3 intarpų revizuotas buvo 1 (0,8 proc.), iš 1273 pakeltą kraštą (lūpą) turinčių Implantcast EcoFit intarpų revizuota buvo 55 (4,3 proc.), iš 287 standartinių Implantcast EcoFit intarpų revizuota buvo 7 (2,4 proc.) ($p < 0,001$). 2011-2023m. laikotarpiu standartinių polietileninių intarpų išlikimo dažnis buvo 96,8% [95% PI 96,02% - 97,58%], o pakeltą kraštą (lūpą) turinčių intarpų 94,2% [95% PI 87,34% - 100%] ($p = 0,63$).

Išvados, rekomendacijos

Remiantis 2011-2023m. LSER duomenimis, nebuvo nustatyta statistiškai reikšmingo skirtumo tarp standartinių ir pakeltą kraštą (lūpą) turinčių polietileninių intarpų įtakos revizijų dažniui mechaninio tvirtinimo endoprotezavimo sistemose.

Dažniausiai revizuoti buvo Implantcast EcoFit pakeltą kraštą (lūpą) turintys ir DePuy Synthes Pinnacle standartiniai polietileniniai intarpai.

Raktiniai žodžiai

Klubo sąnario endoprotezavimas, polietileniniai intarpai, revizijos.

4.5. Stacionarinės ir ambulatorinės reabilitacijos efektyvumo įvertinimas po klubo ir kelio endoprotezavimo operacijų

Šarūnas Tarasevičius, Gabija Imbrasaitė, Paulius Pagodinas

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos

Vilniaus universitetas

Temos aktualumas

Sąnarių endoprotezavimo operacijos, yra vienos dažniausiai atliekamų ortopedinių procedūrų. Tikimasi, kad šių procedūrų poreikis iki 2030 m. padidės dar keturis kartus. Po sėkmingai atliktos endoprotezavimo operacijos sumažėja skausmas, pagerėja atliekama funkcija bei gyvenimo kokybė. Literatūros duomenimis teigiami pokyčiai 5-erių metų laikotarpyje nustatomi 86,04 % pacientų po klubo endoprotezavimo operacijos ir 79,91% kelio endoprotezavimo operacijos.

Reabilitacijos procesų optimizavimas yra sritis, kurios tobulinimas ir nagrinėjimas turi didelę reikšmę pacientų gyvenimo kokybės gerinimui ir atsistatymui po sąnarių endoprotezavimo operacijų. Reabilitacijos metodų

supratimas efektyviai pagerina pacientų gyvenimo kokybę bei pasitenkinimą pooperaciniu rezultatu. Reabilitacijos tikslas po sąnarių endoprotezavimo operacijų yra pagerinti ir atkurti galūnės ir kūno funkcijas ir judesius. Reabilitacija dažniausiai pradedama iškart po operacijos. Reabilitacijos metu siekiama kontroliuoti skausmą, bei atliekant pusiausvyros, koordinacijos pratimus bei funkcinės treniruotes, pacientą tikslingai gražinti prie įprastos veiklos.

Po sąnarių endoprotezavimo operacijų Lietuvoje dažniausiai taikoma stacionarinė reabilitacija. Tuo tarpu kitose šalyse, greičiausiai dėl didelių kaštų, pacientams vis dažniau siūloma ambulatorinė reabilitacija, kuri, remiantis tyrimais, gali užtikrinti panašų efektą kaip ir stacionarinė.

Ambulatorinės reabilitacijos pagrindiniai pranašumai yra mažesnės gydymo išlaidos, o individualus darbas su kiekvienu pacientu leidžia tiksliau įvertinti paciento būklę ir efektyviau įgyvendinti reabilitacijos tikslus. Tačiau dar atlikta nepakankamai klinikinių studijų, kurios įrodo, kad ambulatorinė reabilitacija yra žymiai efektyvesnė už stacionarinę.

Darbo tikslas (-ai)

Įvertinti ir palyginti stacionarinės ir ambulatorinės reabilitacijos efektyvumą pacientams po klubo ir kelio endoprotezavimo operacijų.

Tyrimo metodai

Prospektyviame tyrime analizuojami pacientų, kuriems atlikta klubo arba kelio EP operacija stacionarinės ir ambulatorinės reabilitacijos rezultatai, KOOS (knee injury and osteoarthritis score) arba HOOS (hip injury and osteoarthritis score) anketas užpildant prieš operaciją ir po reabilitacijos. Statistinė anketų duomenų analizė atlikta SPSS 23.0 programa ir SAS statistine programine įranga, statistiškai reikšmingais laikomi rezultatai, kai $p < 0.05$.

Rezultatai

Gautos 109 anketos po klubo ir 83 po kelio sąnario EP operacijos. Vertintas rezultato pokytis 5-iose klausimyno subskalėse. Po klubo EP ir stacionarinės reabilitacijos skausmo pokyčio vidurkis buvo 55 (SD 18), simptomų – 43 (SD 20), kasdienės funkcinės veiklos – 48 (SD 19), sportinės veiklos – 55 (SD 26), gyvenimo kokybės – 59 (SD 23). Po klubo EP ir ambulatorinės reabilitacijos skausmo pokyčio vidurkis – 55 (SD 16), simptomų – 43 (SD 20), kasdienės funkcinės veiklos – 50 (SD 17), sportinės veiklos – 64 (SD

19), gyvenimo kokybės – 62 (SD 22). Po kelio EP ir stacionarinės reabilitacijos skausmo pokyčio vidurkis buvo 32 (SD 20), simptomų – 29 (SD 16), kasdienės veiklos – 32 (SD 19), sportinės veiklos – 29 (SD 31), gyvenimo kokybės – 34 (SD 22). Po kelio EP ir ambulatorinės reabilitacijos skausmo pokyčio vidurkis – 29 (SD 26), simptomų – 22 (SD 19), kasdienės funkcinės veiklos – 29 (SD 22), sportinės veiklos – 29 (SD 33), gyvenimo kokybės – 35 (SD 27).

Išvados, rekomendacijos

1. Po klubo sąnario EP po abiejų tipų reabilitacijos sumažėjo skausmas ir varginę simptomai, pagerėjo kasdienės funkcijos, sportinė veikla ir gyvenimo kokybė. 2. Po kelio sąnario EP po abiejų tipų reabilitacijos sumažėjo skausmas ir varginę simptomai, pagerėjo kasdienės funkcijos, sportinė veikla ir gyvenimo kokybė. 3. Lyginant ambulatorinės ir stacionarinės reabilitacijų efektyvumą po kelio ir klubo EP operacijų nei vienoje klausimyno subskalėje statistiškai reikšmingo skirtumo negauta.

Rekomendacijos: 1. Remiantis gautais rezultatais, pacientams po klubo endoprotezavimo operacijos rekomenduojama rinktis ambulatorinę reabilitaciją. Nors statistiškai reikšmingo ambulatorinės reabilitacijos pranašumo prieš stacionarinę nenustatyta, tačiau analizuotų straipsnių duomenys rodo, kad ambulatorinės reabilitacijos medicininiai kaštai yra gerokai mažesni. 2. Remiantis gautais rezultatais, po kelio endoprotezavimo operacijos taip pat rekomenduojama rinktis ambulatorinę reabilitaciją. Nors statistiškai reikšmingo pranašumo prieš stacionarinę reabilitaciją neaptikta, tačiau analizuotų straipsnių duomenys rodo, kad ambulatorinės reabilitacijos medicininiai kaštai yra gerokai mažesni.

Raktiniai žodžiai

Ambulatorinė reabilitacija, stacionarinė reabilitacija, klubo sąnario endoprotezavimas, kelio sąnario endoprotezavimas.

4.6. Šlaunikaulio interimplantinio lūžio operacinio gydymo artimieji rezultatai LSMUL KK Ortopedijos traumatologijos klinikoje

Evelina Muškietaitė¹, prof. dr. Alfredas Smailys²

¹*Lietuvos sveikatos mokslų universitetas*

²*Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos*

Temos aktualumas

Interimplantiniai šlaunikaulio lūžiai yra gana reti, tačiau daugėjant pacientų, kuriems yra protezuoti tiek kelio, tiek klubo sąnariai, šie lūžiai tampa vis dažnesni. Lietuvoje 2013-2023 m. laikotarpiu buvo atlikta 82 230 pirminių klubo ir kelio sąnarių endoprotezavimo operacijų. Priklausomai nuo rizikos veiksnių, interimplantinio šlaunikaulio lūžio tikimybė yra didesnė moterims, vyresnėms nei 70 metų. Chirurginis gydymas dažnai būna sudėtingas - fiksacija plokštelė turi būti itin tiksliai, siekiant užtikrinti implantų stabilumą.

Darbo tikslas (-ai)

Įvertinti šlaunikaulio interimplantinio lūžio chirurginio gydymo rezultatus, naudojant specialią osteosintezės sistemą LSMUL KK Ortopedijos traumatologijos klinikoje 2021 01 01-2023 12 31 m. laikotarpiu.

Tyrimo metodai

Tyrimo dalyviai – pacientai, patyrę interimplantinį šlaunikaulio lūžį. Atrinkti pacientai, kurie 2021 01 01-2023 12 31 m. laikotarpiu buvo stacionarizuoti operaciniam gydymui, taikant NCB periprotezinę šlaunikaulio osteosintezės sistemą (Zimmer Biomet) LSMUL KK Ortopedijos traumatologijos klinikoje. Papildomai pacientams taikyta fiksacija medialine plokštele (Kanghui), kauliniais kabeliais (Smith&Nephew), struktūriniais alograftais. Imtis – 10 pacientų. Devyni iš jų buvo po pirminių endoprotezavimo operacijų, vienas – po revizinės klubo ir pirminio kelio operacijos. Analizuoti Lietuvos sąnarių endoprotezavimo registro duomenys, ligos istorijos bei priešoperaciniai ir pooperaciniai radiologiniai vaizdai. Duomenų analizė atlikta naudojant statistinių duomenų analizės paketą „IBM SPSS Statistics 30.0“.

Rezultatai

LSMUL KK Ortopedijos traumatologijos klinikoje 2021-2023m. laikotarpyje buvo gydyti 10 pacientų, patyrusių interimplantinį šlaunikaulio lūžį. Du atvejai – pacientai, kurie jau buvo gydyti dėl interimplantinio lūžio.

Visi pacientai - moteriškos lyties. Amžiaus vidurkis traumos metu – 81,2 metai. Lūžiai klasifikuoti pagal Pires klasifikaciją: Pires IA tipo lūžių buvo 5 (50proc.), Pires IIA tipo buvo taip pat 5 (50proc.). 9 pacientai (90proc.) patyrę interimplantinį šlaunikaulio lūžį, kelio ir klubo endoprotezai buvo pirminiai. 1 paciento (10proc.) klubo endoprotezas buvo revizinio tipo, o kelio – pirminis. Interimplantiniai lūžiai buvo tvirtinami proksimaline (n=3) arba distaline (n=7) specialia osteosintezės sistema. Atliekant osteosintezę dviejų pacientų lūžiai papildomai buvo fiksuoti medialine plokštele. Gydant interimplantinius lūžius taip pat buvo panaudoti struktūriniai alograftai (n=2) ir kauliniai kabeliai (n=5).

Gydyti Pires IIA tipo lūžiai gijo geriau nei Pires IA tipo. Geri gydymo rezultatai buvo stebėti 4 pacientams (40proc.), kurių lūžio tipas buvo Pires IIA. Pires IA tipo lūžių efektyvus gydymas stebėtas 3 pacientams (30proc.). Pacientai, kurie buvo stacionarizuoti dėl jau patirto pakartotinio lūžio ir metalo konstrukcijos migracijos, buvo gydyti taikant osteosintezę specialia plokštele ir papildomą fiksaciją medialine plokštele (n=1) arba struktūriniu alograftu (n=1). Taikant chirurginį gydymą pacientams, patyrusiems lūžį pirmą kartą, komplikacijos pasitaikė 3 pacientams (30proc.). Komplikacijos priežastis – pakartotinis lūžis ir metalo konstrukcijos migracija. Komplikacijas patyrė pacientai, kurių lūžiai buvo Pires IA tipo (n=2, 20proc.) bei Pires IIA tipo (n=1, 10proc.). Visų šių pacientų lūžiai buvo tvirtinti viena distaline lateraline plokštele. Komplikacijos pasireiškė praėjus iki vienerių metų laikotarpiui po osteosintezės. Atliekant revizinę operaciją vienam pacientui buvo panaudotas struktūrinis alograftas, kitiems dviems – papildoma fiksacija.

Išvados, rekomendacijos

Didžiausią riziką patirti interimplantinį šlaunikaulio lūžį turi moterys, vyresnės nei 70 metų. Geresni gydymo rezultatai stebėti Pires IIA tipo lūžiams, lyginant su Pires IA tipo. Pakartotiniai lūžiai ir metalo konstrukcijos migracija pasitaikė pacientams, kuriems atliekant osteosintezę trūko papildomos fiksacijos.

Raktiniai žodžiai

Periprotezinis lūžis; klubas; kelis.

4.7. Šlaunikaulio periprotezinių lūžių, po kelio sąnario endoprotezavimo, operacinio gydymo artimieji rezultatai LSMUL KK Ortopedijos traumatologijos klinikoje

Evelina Muškietaitė¹, prof. dr. Alfredas Smailys²

¹Lietuvos sveikatos mokslų universitetas

²Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos

Temos aktualumas

Atliekamų kelio sąnario endoprotezavimo skaičius Lietuvoje nuolat didėja. 2013-2023 metų laikotarpiu buvo atliktos 31 693 pirminės kelio endoprotezavimo operacijos. Dėl šios priežasties daugėja ir šlaunikaulio distalinės dalies periprotezinių lūžių. Periprotezinio šlaunikaulio lūžio gydymo metodas parenkamas atsižvelgiant į kaulo kokybę, lūžio dislokaciją ir endoprotezo stabilumą. Efektyviausi gydymo rezultatai pasiekiami atliekant šlaunikaulio osteosintezę. Dažniausiai yra taikoma vidinė fiksacija plokštele.

Darbo tikslas (-ai)

Įvertinti šlaunikaulio periprotezinių lūžių, po kelio sąnario endoprotezavimo, chirurginio gydymo rezultatus, naudojant specialią osteosintezės sistemą LSMUL KK Ortopedijos traumatologijos klinikoje 2021 01 01-2023 12 31 laikotarpyje.

Tyrimo metodai

Tyrimo dalyviai – pacientai, patyrę periprotezinį šlaunikaulio lūžį po kelio sąnario endoprotezavimo operacijos. Buvo atrenkami pacientai, kurie 2021 01 01-2023 12 31 metų laikotarpiu buvo stacionarizuoti operaciniam gydymui, taikant NCB periprotezinę šlaunikaulio osteosintezės sistemą (Zimmer Biomet) LSMUL KK Ortopedijos traumatologijos klinikoje. Papildomai pacientams taikyta fiksacija medialine plokštele (Kanghui). Imtis – 17 pacientų. Stebėjimo laikotarpis nuo 2021 01 16 iki 2023 12 15. Analizuoti Lietuvos sąnarių endoprotezavimo registro duomenys, ligos istorijos bei priešoperaciniai ir pooperaciniai radiologiniai vaizdai. Duomenų analizė atlikta naudojant statistinių duomenų analizės paketą „IBM SPSS Statistics 30.0“

Rezultatai

LSMUL KK Ortopedijos traumatologijos klinikoje 2021-2023 m. laikotarpiu dėl periprotezinio šlaunikaulio distalinės dalies lūžio specialia osteosintezės plokštele, po kelio endoprotezavimo operacijos, buvo gydyti 17 pacientų. Iš jų 15 buvo moterys (88,2proc.) bei 2 vyrai (11,8proc.). Tiriamųjų amžiaus vidurkis traumos metu buvo 75,2 metai. Visiems pacientams buvo atlikta vidinė fiksacija distaline periprotezine šlaunikaulio osteosintezės sistema. 9 pacientams (52,9proc.) kartu su šia sistema buvo taikyta ir fiksacija papildoma medialine plokštele. Vienam pacientui papildomai buvo įvesta retrogradinė intramedulinė vinis. Šlaunikaulio distalinės dalies periprotezinį lūžį, po pirminio kelio endoprotezavimo operacijos, patyrė 15 pacientų (88,2proc.). 5 pacientų, patyrusių periprotezinius lūžius, pirminis kelio endoprotezo tipas buvo užpakalinį kryžminį raištį išsaugantis (CR tipas). 10 pacientų, patyrusių traumą, pirminis kelio endoprotezo tipas buvo užpakalinį kryžminį raištį pakeičiantis (PS tipas). Pirminė kelio endoprotezavimo operacija šiems pacientams buvo atlikta praėjus iki vienerių metų (n=3); 1-3m. (n=2); praėjus 3-5m. (n=1); praėjus daugiau nei 5m. (n=8). Šlaunikaulio distalinės dalies periprotezinį lūžį, po revizinio kelio endoprotezavimo operacijos, patyrė 2 pacientai, praėjus 2 ir 6 m. po revizinės kelio operacijos. Klasifikuojant lūžius buvo panaudota Lewis-Rorabeck klasifikacija: Lewis-Rorabeck I tipo lūžį patyrė 1 pacientas (5,9proc.); Lewis-Rorabeck II tipo lūžių – 15 pacientų (88,2proc.); Lewis-Rorabeck III tipo lūžis pasitaikė 1 pacientui (5,9proc.). 14 pacientų (82,4proc.) buvo stebėti patenkinami gijimo rezultatai praėjus daugiau nei 3 mėn. po osteosintezės. Likusiems 3 pacientams (17,6proc.) lūžiai gijo prasčiau – jų gijimas buvo užsitęsęs ilgiau nei 3 mėn. (n=2) arba kaulinių fragmentų padėtis buvo nepatenkinama (n=1). Toks gijimas stebėtas patyrus Lewis-Rorabeck II tipo lūžius. Pacientų, kurių periprotezinių lūžių tipas buvo Lewis-Rorabeck I (n=1) ir Lewis-Rorabeck III (n=1), operacinis gydymas buvo efektyvus, be komplikacijų. Lewis-Rorabeck III tipo lūžiui gydyti buvo taikoma osteosintezė ir revizinė endoprotezavimo operacija.

Išvados, rekomendacijos

Periproteziniai lūžiai po kelio endoprotezavimo operacijos dažniau įvyksta moterims. Šlaunikaulio distalinės dalies periproteziniai lūžiai ilgiau gija pacientams, kurių lūžių tipas pagal Lewis-Rorabeck klasifikaciją yra II. Nustatyta, kad su komplikacijomis mažiau susidūria tie pacientai, kurių lūžis yra fiksuotas tiek specialia osteosintezės sistema, tiek papildoma medialine

plokštele. Lūžių tipai Lewis-Rorabeck I ir III gydymo rezultatai priklauso nuo pasirinkto gydymo metodo.

Raktiniai žodžiai

Periprotezinis lūžis; kelis.

4.8. Periprostetinių šlaunikaulio lūžių pirminių bei pakartotinių operacijų LSMUL Kauno klinikose 2019-2023m. analizė

Titas Daraška, Deividas Jonuškis, Justinas Stučinskas

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos

Temos aktualumas

Pacientai, patyrę šlaunikaulio periprostetinį lūžį, dažnai pasižymi vyresniu amžiumi, prasta kaulo kokybe bei sunkesnėmis gretutinėmis ligomis. Šios temos problemškumą didina ir tai, jog literatūroje stebimas didelis mirštamumo ir komplikacijų dažnis po minėtosios traumos. Priklausomai nuo periprostetinio lūžio tipo, lokalizacijos, kaulo kokybės ir implantuotų endoprotezų komponentų stabilumo, gali būti pasirenkamas skirtingas osteosintezės ar revizinio endoprotezavimo metodas. Todėl yra labai svarbu nustatyti rizikos veiksnius reoperacijai po šlaunikaulio periprostetinių lūžių osteosintezės ar revizinio endoprotezavimo.

Darbo tikslas (-ai)

Įvertinti komplikacijų dažnį po pirminės periprostetinio šlaunikaulio lūžio osteosintezės ar revizinio endoprotezavimo.

Nustatyti rizikos veiksnius reoperacijai po pirminės periprostetinio šlaunikaulio lūžio osteosintezės ar revizinio endoprotezavimo.

Tyrimo metodai

Buvo atliktas restrospektyvusis tyrimas, kurio metu analizuoti 136 pacientų, 2019-2023m. laikotarpiu operuotų LSMUL Kauno klinikose, duomenys. Į tyrimą įtraukti vyresni nei 18 metų asmenys, kuriems buvo atlikta osteosintezė ar revizinis endoprotezavimas dėl diagnozuoto šlaunikaulio periprostetinio lūžio, taip pat ir reoperacijos dėl pirminės operacijos komplikacijų. Visi į tyrimą įtraukti pacientai turėjo bent 1 metų laikotarpio sekimą po pirminės šlaunikaulio periprostetinio lūžio osteosintezės ar revizinio endoprotezavimo. Buvo renkami demografiniai ir klinikiniai

duomenys – amžius, lytis, ASA klasė, radiologiniai vaizdai, osteosintezei ar reviziniam endoprotezavimui pasirinktos konstrukcijos ar implantai. Periprostetiniai lūžiai buvo suklasifikuoti remiantis Vancouver bei Lewis and Rorabeck ir Su and Associates' klasifikacijomis. Duomenų analizė atlikta naudojant „MS Excel“ programinę įrangą bei „IBM SPSS Statistics 30.0“ statistinių duomenų analizės paketą.

Rezultatai

Tyrime analizuoti 136 pacientai, kuriems dėl šlaunikaulio periprostetinio lūžio buvo atlikta osteosintezė ar revizinis endoprotezavimas. Daugiausiai pacientų periprostetinį šlaunikaulio lūžį patyrė nukritę – 124 pacientai (91,2 proc.). Iš 136 pacientų daugiausiai buvo įvertinti 3 ASA klase – 78 (57,4 proc.). Iš 136 pacientų 77 (56,6 proc.) buvo protezuotas klubo sąnarys, 42 pacientams (30,9 proc.) kelio sąnarys, ir 17 (12,5 proc.) abu sąnariai. Iš 94 pacientų, kuriems buvo implantuotas klubo sąnario endoprotezas, daugiausiai stebėtas Vancouver C tipo lūžis – 29 (21,3 proc.). Iš 54 pacientų, kuriems buvo implantuotas kelio sąnario implantas ir periprostetinis lūžis buvo stebėtas distalinėje šlaunikaulio dalyje, dažniausi buvo Rorabeck B tipo lūžiai – 45 (83,3 proc.), ir Su I tipo lūžiai 34 (63,0 proc.). Iš 136 pacientų dėl komplikacijų reoperuoti buvo 26 pacientai (19,1 proc.). Dažniausia komplikacija buvo pakartotinis lūžis 17 (65,4 proc.), 5 pacientai (19,2 proc.) buvo reoperuoti dėl infekcijos, 3 pacientai (11,5 proc.) dėl klubo sąnario nestabilumo ir 1 pacientas (3,8 proc.) dėl aseptinio endoprotezo išklabimo. Iš 136 pacientų, 78 (57,4 proc.) buvo atlikta osteosintezė, 53 (39 proc.) – revizinis endoprotezavimas ir 5 (3,7 proc.) pasirinkta mišri metodika, taikant abu pastaruosius komponentus. Dažniau reoperuoti buvo pacientai, kuriems periprostetinio šlaunikaulio lūžio metu buvo implantuoti klubo bei kelio sąnarių endoprotezai, iš 17 reoperuoti 7 (41,2 proc.) ($p = 0,044$). Vertinant riziką reoperacijai tarp skirtingų Vancouver klasifikacijos tipų, ši statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p = 0,35$). Pacientai, kuriems prieš periprostetinį lūžį pirminio endoprotezavimo metu jau buvo implantuoti reviziniai endoprotezai, buvo reoperuojami dažniau, iš 8 reoperuoti 4 (50 proc.) ($p = 0,022$). Rizika reoperacijai tarp pacientų, pasižyminčių skirtingomis ASA klasėmis, statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p = 0,636$). Pacientai, kuriems periprostetinis šlaunikaulio lūžis buvo operuotas taikant revizinį endoprotezavimą, buvo dažniau reoperuoti dėl infekcijos, iš 12 reoperuoti 4 (33 proc.) ($p = 0,015$). Tarp lyčių rizika reoperacijai statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p = 0,298$).

Išvados, rekomendacijos

Daugiausiai pacientų, kuriems buvo atlikta reoperacija, reoperuoti buvo dėl pakartotinio lūžio.

Dažniau reoperuoti buvo pacientai, kuriems periprostetinio šlaunikaulio lūžio metu buvo implantuoti ir klubo, ir kelio sąnarių endoprotezai ($p = 0,044$).

Pacientai, kuriems prieš periprostetinį lūžį pirminio endoprotezavimo metu jau buvo implantuoti reviziniai endoprotezai, buvo reoperuojami dažniau ($p = 0,022$).

Pacientai, kuriems periprostetinis šlaunikaulio lūžis buvo operuotas taikant revizinį endoprotezavimą, buvo dažniau reoperuoti dėl infekcijos ($p = 0,015$).

Raktiniai žodžiai

Periprostetiniai lūžiai, reoperacija.

4.9. Klubo endoprotezo šlaunikaulio stiebo ašies varus deformacija: anatominių ir operacinių rizikos veiksnių analizė

Domas Drazdauskas, Giedrius Kvedaras

Vilniaus universitetas

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos

Temos aktualumas

Klubo endoprotezo šlaunikaulio stiebo ašies deformacija yra dažnai pasitaikanti nepageidaujama operacijos baigtis. Frontalinėje plokštumoje dažniausia ašies deformacija yra stiebo varus padėtis. Nors klinikinės šlaunies stiebo varus padėties pasekmės nėra labai reikšmingos, ši komplikacija nulemia ilgalaikį protezo paslankumą, pakitusią šlaunikaulio morfologiją bei biomechaninę apkrovą, o tai gali turėti įtakos protezo ilgaamžiškumui.

Darbo tikslas (-ai)

Įvertinti pacientų anatominius ir operacinius rizikos veiksnius, susijusius su šlaunikaulio stiebo deformacija frontalinėje plokštumoje po pirminio cementuojamo klubo endoprotezavimo.

Tyrimo metodai

Atlikta retrospektyvinė VUL Santaros klinikų pacientų, kuriems atliktas pirminis klubo endoprotezavimas, analizė. Pacientų priešoperaciniuose rentgeno tyrimuose buvo įvertinta klubo anatomija – nustatytas šlaunikaulio kaklo kampas bei didžiojo gūbrio aukštis virš šlaunikaulio galvos ašies. Taip pat įvertintas operacinės prieigos pasirinkimas - pacientai buvo operuoti lateralinio arba užpakaliniu pjūviu. Atlikta statistinė analizė siekiant nustatyti, kaip šie veiksniai koreliuoja su klubo protezo šlaunies stiebo ašimi frontalinėje plokštumoje.

Rezultatai

Įvertinus statistinę analizę, statistiškai reikšmingo skirtumo tarp endoprotezo stiebo deformacijos frontalinėje plokštumoje ir užpakalinės arba lateralinės chirurginės prieigos nerasta. Tačiau nustatyta, kad endoprotezo šlaunikaulio stiebo varus deformacija koreliuoja su paciento varus klubo anatomija (Pearsono koreliacijos koeficientas 0.426). Taip pat protezo varus deformacija buvo susijusi su didesniu didžiojo gūbrio aukščiu virš šlaunikaulio galvos centro (Pearsono koreliacijos koeficientas 0.343).

Išvados, rekomendacijos

Siekiant sumažinti pooperacinės klubo protezavimo varus deformacijos riziką, svarbu įvertinti paciento priešoperacinę klubo sąnario anatomiją. Be to, protezo stiebo ašis frontalinėje plokštumoje priklauso ir nuo implanto tipo bei kaulo morfologijos, tačiau nepriklauso nuo operacinės prieigos pasirinkimo.

Raktiniai žodžiai

Klubas, endoprotezavimas, varus deformacija.

4.10. Skirtingų Traneksamo rūgšties skyrimo algoritmų palyginimas ir jų efektyvumas mažinant kraujo netekimą kelio ir klubo sąnarių endoprotezavimo operacijose

Paulius Zasčiurinskas, Šarūnas Tarasevičius

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos

Temos aktualumas

Kelio ir klubo sąnario endoprotezavimo operacijos sukelia reikšmingą kraujo netekimą, kuris prailgina gijimą, didina išlaidas bei personalo krūvį. Traneksamo rūgštis yra antifibrinolitikas, dažniausiai naudojamas ortopedinėse operacijose, įvairiais skyrimo algoritmais hemostazės efektyvumo didinimui. Mokslinė literatūra patvirtina, kad traneksamo rūgštis mažina kraujo netekimą, kraujo transfuzijų poreikį, hospitalizacijos trukmę ir komplikacijų riziką. Nepaisant to, vis dar nėra nustatyta, koks traneksamo rūgšties skyrimo metodas yra optimaliausias – intraveninis (IV), intraartikulinis (IA) ar periartikulinė injekcija (PAI). Siekiant padėti ortopedams-traumatologams priimti informuotą sprendimą, ši sisteminė apžvalga analizuoja skirtingus traneksamo rūgšties skyrimo metodus ir jų kombinacijas hemostazės efektyvumo didinimui.

Darbo tikslas (-ai)

Įvertinti IV, IA, PAI traneksamo rūgšties skyrimo algoritmų efektyvumą mažinant bendrą kraujo netekimą, slaptą kraujo netekimą, hematokrito ir hemoglobino sumažėjimą bei kraujo perpylimo poreikį pacientams, kuriems atliekamas kelio arba klubo sąnario endoprotezavimas. Taip pat siekiama įvertinti šių metodų kombinacijų veiksmingumą.

Tyrimo metodai

Ši sisteminė literatūros apžvalga atlikta naudojant „PubMed“ duomenų bazę. Tyrimui buvo atrinkti straipsniai, paskelbti iki 2024 m. rugsėjo 4 d. Įtraukimo kriterijai: pacientai, kuriems atliktas kelio ar klubo sąnario endoprotezavimas; Traneksamo rūgštis skirta IV, IA, PAI arba jų deriniais; Vertinti kraujavimo rodikliai: bendras kraujo netekimas, slaptas kraujo netekimas, hematokrito ir hemoglobino pokyčiai, transfuzijos poreikis; Studijų tipai: atsitiktinių imčių kontroliuojamieji tyrimai (RCT), metaanalizės, prospektyviniai kohortiniai tyrimai. Atmetimo kriterijai:

retrospektyviniai tyrimai, atvejų serijos, gyvūnų tyrimai; Straipsniai, kuriuose lyginami kiti traneksamo rūgšties skyrimo metodai, pvz.: nagrinėtas tik vietinis (ne IA) traneksamo rūgšties skyrimas ar lygintas vartojimas per burną, ar buvo atliktas palyginimas su kitais vaistais; Ne anglų kalba publikuoti straipsniai.

Rezultatai

Dvi paieškos frazės („traneksamo rūgšties periartikulinis ir intraveninis skyrimas klubo sąnario endoprotezavimo metu“ bei „traneksamo rūgšties intraartikulinis ir periartikulinis skyrimas klubo sąnario endoprotezavimo metu“) nepateikė jokių straipsnių. Iš viso į sisteminę literatūros apžvalgą įtraukta 30 straipsnių: 10 metaanalizių, 19 RCT ir 1 perspektyvinis kohortinis tyrimas. 23 tyrimai atlikti pacientams po kelio sąnario endoprotezavimo, 5 tyrimai – pacientams po klubo sąnario endoprotezavimo, o 2 tyrimai apėmė tiek kelio, tiek klubo sąnario endoprotezavimo operacijas. Rezultatų santrauka: PAI algoritmas yra panašiai efektyvus kaip IA, o lyginant su IV rodo tendenciją būti pranašesnis hemostazėje, kelia mažesnę sisteminių toksiškumą; Dauguma tyrimų teigia, kad IA yra pranašesnis už IV skyrimo algoritmą arba jie yra vienodai efektyvūs; Stebima IA ir IV kombinacijos pranašumo prieš vien IA ar IV tendencija; Lyginant IA ir IV derinį su IA ir PAI deriniu statistiškai reikšmingo skirtumo nestebėta, tačiau, PAI kartu su IA arba IV algoritmas yra efektyvesnis nei vien IA ar IV algoritmas; PAI kartu su IV yra pranašesnis už vien IV metodą; PAI, IA ir IV derinys lemia mažesnę kraujo netekimą, palyginti su vien IV metodu, IV ir PAI kombinacija bei IV ir IA kombinacija.

Išvados, rekomendacijos

Traneksamo rūgšties algoritmo pasirinkimas turėtų stipriai lemti netekto kraujo kiekį po kelio ar klubo sąnario endoprotezavimo operacijos. Literatūroje trūksta duomenų apie skirtingus traneksamo rūgšties skyrimo būdus ir jų efektyvumą klubo sąnario endoprotezavimo operacijose ir visiškai nėra duomenų apie periartrikulinės traneksamo rūgšties injekcijos efektyvumą. Tyrimai nustatė, kad nėra skirtumo tarp PAI ir IA traneksamo rūgšties skyrimo metodų hemostatiniam poveikiui. Tačiau PAI metodas lemia reikšmingai mažesnę koncentraciją serume, todėl jis gali būti saugesnis mažinant tromboembolinių įvykių riziką, ypač pacientams turintiems kontraindikacijų. Be to, norint pasiekti tokį patį hemostatinį efektą kaip IA metodu, PAI TXA reikia mažesnės dozės. Nėra skirtumo tarp PAI ir

IV traneksamo rūgšties skyrimo metodų, tačiau autoriai teigia, kad PAI turi potencialą būti pranašesnis už IV. IA metodas gali būti veiksmingesnis nei IV. IV metodas gali būti susijęs su reikšmingai ilgesne hospitalizacija. IA ir IV derinys yra pranašesnis už IA arba IV atskirai ir nesukelia didesnio komplikacijų dažnio. Visų skyrimo metodų derinys yra pranašesnis už bet kurį vieną algoritimą, o PAI ir IA derinys turi panašų efektyvumą kaip IV ir IA derinys. Bet koks derinys tarp IV, IA ir PAI turėtų būti pranašesnis hemostazėje, nei bet kuris algoritmas atskirai.

Raktiniai žodžiai

Traneksamo rūgštis, intraartikulinis skyrimas, periartikulinis skyrimas, intraveninis skyrimas, kraujo netekimas, kelio sąnario endoprotezavimas, klubo sąnario endoprotezavimas.

4.11. Šlaunikaulio periprotezinių lūžių, po klubo sąnario endoprotezavimo, operacinio gydymo artimieji rezultatai LSMUL KK Ortopedijos traumatologijos klinikoje

Evelina Muškietaitė¹, prof. dr. Alfredas Smailys²

¹*Lietuvos sveikatos mokslų universitetas*

²*Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos*

Temos aktualumas

Senstant visuomenei, daugėja endoprotezavimo (EP) operacijų skaičius. Lietuvoje 2013-2023 m. laikotarpiu buvo atliktos 52 537 pirminės klubo EP operacijos. Augant šiam skaičiui, daugėja ir periprotezinių šlaunikaulio lūžių. Šie lūžiai dažniausiai siejami su mažos kinetinės energijos sukamųjų arba spaudžiamųjų jėgų tiesioginiu arba netiesioginiu poveikiu šlaunikauliui. Dažniausiai taikomas gydymas – operacinis, panaudojant specialią periprotezinę osteosintezės šlaunikaulio sistemą.

Darbo tikslas (-ai)

Įvertinti šlaunikaulio periprotezinių lūžių po klubo sąnario EP chirurginio gydymo rezultatus, naudojant specialią osteosintezės sistemą LSMUL KK Ortopedijos traumatologijos klinikoje 2021 01 01-2023 12 31 m. laikotarpiu.

Tyrimo metodai

Tyrimo dalyviai – pacientai, patyrę periprotezinį šlaunikaulio lūžį, po klubo sąnario EP operacijos. Atrinkti pacientai, kurie 2021 01 01-2023 12 31 m. laikotarpiu buvo stacionarizuoti operaciniam gydymui taikant NCB periprotezinę šlaunikaulio osteosintezės sistemą (Zimmer Biomet) LSMUL KK Ortopedijos traumatologijos klinikoje. Daliai pacientų taikyta fiksacija kauliniais kabeliais (Smith & Nephew). Imtis – 20 pacientų. Didžioji dalis (n=19) traumą patyrė po pirminio EP, likęs vienas – po revizinio. Analizuoti Lietuvos sąnarių endoprotezavimo registro duomenys, ligos istorijos bei priešoperaciniai ir pooperaciniai radiologiniai vaizdai. Duomenų analizė atlikta naudojant statistinių duomenų analizės paketą „IBM SPSS Statistics 30.0“.

Rezultatai

LSMUL KK Ortopedijos traumatologijos klinikoje 2021-2023 m. buvo gydyti 20 pacientų, patyrusių šlaunikaulio periprotezinį lūžį po klubo sąnario EP operacijos. Didžioji dalis (n=19) pacientų lūžį patyrė po pirminio EP, vienas – po revizinio klubo EP. 19 pacientų (95proc.) šlaunikaulio lūžį patyrė dėl mažos kinetinės energijos traumos (griuvimas iš stovimo ar mažesnio aukščio), vienas pacientas (5proc.) - dėl didelės kinetinės energijos traumos (kritimas iš >3m aukščio). 11 pacientų (55proc.) buvo moterys, 9 pacientai (45proc.) – vyrai. Moterų amžiaus vidurkis traumos metu buvo 73,5m., o vyrų – 63,6m. Iki vienerių metų po pirminio EP operacijos traumą patyrė 4 pacientai (20proc.); 5 pacientai (25proc.) – praėjus 1-3m.; 3 pacientai (15proc.) – praėjus 3-7m.; 7 pacientai (35proc.) – praėjus daugiau nei 7m. Vienam pacientui lūžis įvyko praėjus vieneriems metams po revizinės EP operacijos.

Visi lūžiai buvo suklasifikuoti pagal Vancouver sistemą. Nustatyti lūžio tipai: Vancouver B1, 9 (45proc.); Vancouver B2, 1 (5proc.); Vancouver B3, 2 (10proc.); Vancouver C, 8 (40 proc.). Visi lūžiai buvo gydyti osteosinteze, naudojant distalinę (n=7) arba proksimalinę (n=13) periprotezinę osteosintezės šlaunikaulio sistemą. Papildomai plokštelės buvo fiksuotos kauliniais kabeliais (n=11, 55proc.). Pastebėta, jog dažniau periprotezinį lūžį buvo patyrę pacientai, kurių klubo sąnario endoprotezo šlaunikaulinis komponentas buvo cementinio tvirtinimo tipo (n=11 (55proc.)). Iš jų 9 buvo poliruotais stiebais, ir 2 nepoliruotais. Esant cementinio tvirtinimo šlaunikauliniam komponentui, pacientai dažniausiai patyrė Vancouver B1 tipo lūžius (63,6proc.).

13 pacientų (65proc.) periproteziniai lūžiai sugijo patenkinamai per 3 mėn. laikotarpį. 3 pacientams (15proc.) lūžiai gijo antriniu būdu, gijimas užsitęsė virš 3 mėn. Kitų ankstyvųjų arba vėlyvųjų ortopedinių traumatologinių komplikacijų iš viso patyrė 4 tiriamieji (20proc.). Iš jų 3 pacientams (15proc.) stebėta nepatenkinama kaulinių fragmentų padėtis; 1 pacientui (5proc.) - pakartotinis lūžis su metalo konstrukcijos migracija. Revizinė operacija buvo atlikta 2 pacientams (10proc.) – dėl nepatenkinamos kaulinių fragmentų padėties ir pakartotinio lūžio su metalo konstrukcijos migracija. Su komplikacijomis arba užsitęsusiu gijimu susidūrė tie pacientai, kurių lūžiai buvo Vancouver B1 (n=4, 20proc.) ir Vancouver C (n=3, 15proc.) tipo. Geri gydymo rezultatai stebėti 13 pacientų (Vancouver B tipo - 8 atvejai, 45proc., Vancouver C - 5 atvejai, 25proc.).

Išvados, rekomendacijos

Periproteziniai lūžiai po klubo sąnario EP operacijos dažniausiai pasitaiko senyvo amžiaus moterims, patyrusioms mažos kinetinės energijos traumą. Pacientai, kurių klubo endoprotezas buvo fiksuotas cementu, poliruotu stiebu, dažniau patyrė šlaunikaulio lūžius nei tie, kurių pirminis endoprotezas buvo mechaninio tvirtinimo. Daugiausiai pacientai patyrė Vancouver B1 (n=9, 45proc.) bei Vancouver C (n=8, 40proc.) tipo lūžius. Esant Vancouver B1 ir C tipų lūžiams, pacientai dažniau patyrė komplikacijų po operacinio gydymo: ilgas gijimo periodas, netinkama kaulinių fragmentų padėtis, pakartotiniai lūžiai, metalo konstrukcijų migracija.

Raktiniai žodžiai

Lūžis; klubas.

4.12. Atsitiktinių imčių kontroliuojamasis tyrimas: Skirtingų rutininių traneksamo rūgšties skyrimo algoritmų įtaka paciento kraujo netekimui dėl planinės klubo sąnario endoprotezavimo operacijos

Paulius Zasčiurinskas, Šarūnas Tarasevičius

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos

Temos aktualumas

Traneksamo rūgštis yra plačiai taikoma kraujavimo mažinimui ortopedinėse operacijose. Tačiau, kyla daug diskusijų, kuris skyrimo algoritmas yra

efektyviausias – intraveninis (IV), intraartikulinis (IA), periartikulinė injekcija (PAI) ar jų kombinacija. Mūsų atlikta sisteminė literatūros analizė rodo, kad trūksta duomenų apie skirtingus traneksamo rūgšties skyrimo būdus ir jų efektyvumą klubo sąnario endoprotezavimo operacijose. Nėra duomenų apie periartrikulinės traneksamo rūgšties injekcijos efektyvumą.

Darbo tikslas (-ai)

Ištirti kraujo netekimo kiekio kriterijus lyginant skirtingus Traneksamo rūgšties skyrimo algoritmus, atliekant pirmines klubo sąnario endoprotezavimo operacijas.

Tyrimo metodai

Tai buvo atsitiktinių imčių kontroliuojamas tyrimas (RCT). Pacientai buvo atsitiktinai suskirstyti į keturias grupes. Pirmą grupę (G1) gavo intraartikulinę traneksamo r. injekciją ir periartikulinę placebo injekciją. Antrą grupę (G2) gavo intraartikulinę placebo injekciją ir periartikulinę traneksamo r. injekciją. Trečią grupę (G3) buvo skiriama tiek intraartikulinė, tiek periartikulinė TXA injekcija. Ketvirtą grupę (G4) gavo intraartikulinę ir periartikulinę placebo injekciją. Visoms grupėms buvo skiriama intraveninė traneksamo r., užtikrinant vienodą bendrą/sudėtinę dozę.

Visi pacientai buvo vienodai paruošti prieš operaciją, gavo standartizuotą pooperacinę priežiūrą, o operacijas atliko ta pati specialistų komanda. Visi pacientai, išskyrus ketvirtąją grupę, gavo 1000 mg TXA į veną likus 30 minučių iki operacijos ir dar 1000 mg TXA į veną po 30 minučių po operacijos. Ketvirtosios grupės pacientams buvo skiriama 1500 mg TXA į veną tiek prieš operaciją, tiek po jos.

Paciento bendras kraujo tūris (PBV) buvo apskaičiuotas pagal Nadler et al. formulę. Bendras kraujo netekimas (TBL) buvo apskaičiuotas pagal Gross formulę. Matomas kraujo netekimas (VBL) buvo skaičiuojamas kaip intraoperacinis kraujo netekimas. Paslėptas kraujo netekimas (HBL) buvo apskaičiuotas pagal Sehat et al. formulę.

Rezultatai

Į tyrimą įtraukti 100 pacientų. G1 (IA + IV traneksamo r. + PAI placebo) pacientų amžiaus vidurkis buvo 59,0, stebėtas TBL = 1104,5 mL, HBL = 837,4 mL, apskaičiuotas %TBL = 21,5% nuo PBV, o %HBL = 16,3%. G2 (PAI + IV traneksamo r. + IA placebo) pacientų amžiaus vidurkis buvo 62,4,

stebėtas TBL = 1095,0 mL, HBL = 819,7 mL , apskaičiuotas %TBL = 22,8% nuo PBV, o %HBL = 17,0%. G3 (PAI + IV + IA traneksamo r.) pacientų amžiaus vidurkis buvo 65,1, stebėtas TBL = 1138,9 mL, HBL = 936,7 mL , apskaičiuotas %TBL = 24,6% nuo PBV, o %HBL = 20,2%. G4 (IV traneksamo r. + IAI placebo + PAI placebo) pacientų amžiaus vidurkis buvo 60,1, stebėtas TBL = 1066,0 mL, HBL = 800,4 mL , apskaičiuotas %TBL = 22,0% nuo PBV, o %HBL = 16,4%. Nestebėta statistiškai reikšmingo kraujo netekimo kriterijų skirtumo tarp visų grupių.

Išvados, rekomendacijos

Šis atsitiktinių atvejų imčių tyrimas parodė, kad nėra statistiškai reikšmingo skirtumo tarp skirtingų traneksamo skyrimo algoritmų klubo sąnario endoprotezavimo operacijose, kai bendra sudėtinė traneksamo rūgšties dozė yra lygi tarp kombinacijų.

Raktiniai žodžiai

Traneksamo rūgštis, intraartikulinis skyrimas, periartikulinis skyrimas, intraveninis skyrimas, kraujo netekimas, klubo sąnario endoprotezavimas.

IV PARALELINĖ SESIJA. SLAUGYTOJŲ SESIJA

4.1. Komplikacijų valdymas po traumų ir operacijų: ką turi žinoti slaugytojas apie pragulas?

Agnė Užkurėlytė

Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė

Temos aktualumas

Europos pragulų tyrėjų grupė „European Pressure Ulcer Advisory Panel EPUAP“ (EPUAP), bendradarbiaudama su „US National Pressure Injury Advisory Panel“ (NPIAP), 2019 m. gairėse nurodo, kad pragula yra lokalizuotas odos ir (arba) poodinio audinio pažeidimas dažniausiai esantis virš kaulo iškilumos, atsiradęs dėl ilgalaikio spaudimo ir (arba) su šlytimi susijusio spaudimo. Pagal PSO pragulos pasireiškia daugiau nei 1 iš 10 suaugusių pacientų patenkančių į ligonines, nepaisant to, kad jų galima išvengti, jos daro didelę įtaką psichinei ir fizinei asmenų sveikatai bei jų gyvenimo kokybei ar net gali turėti mirtinų komplikacijų. Lietuvoje pragulos prilyginamos nepageidaujantiems įvykiams. Pagal Lietuvos Higienos instituto surinktus duomenis 2022 m. iš 1 906 nepageidaujamų įvykių, susijusių su pacientų priežiūra, 46,4 proc. sudaro pragulos, atsiradusios hospitalizacijos metu. Veiksniai darantys įtaką pragulų atsiradimui gali būti nejudrumas, lėtinės ligos, netinkama mityba, amžius. Žmonėms, kurie negali savarankiškai pakeisti padėties, išskyla didesnė rizika atsirasti žaizdoms. Tokį mobilumo sumažėjimą gali lemti kaulų lūžiai ir operacijos, kas yra būdinga traumatologijoje ir ortopedijoje. Vienoje Lietuvos ligoninių 2023 m. traumatologijos skyriuje, iš visų užfiksuotų pragulų, 43 proc. sudaro pragulos atsiradusios skyriuje, o ortopedijos skyriuje – 25 proc. Taip pat pagal EPUAP surinktus duomenis iš įvairių šalių pragulų gydymas ne tik daro didelę įtaką paciento sveikatai, bet ir reikšmingai padidina ligoninių išlaidas. Pragulos yra aktuali tema ne tik ligoninėse, bet ir ambulatorines paslaugas teikiančiose įstaigose bei pacientams esantiems namuose. Pragula yra skausminga, brangi ir dažnai išvengiama komplikacija.

Darbo tikslas (-ai)

Atlikti mokslinės literatūros analizę apie pragulas, jų patogenezę, atsiradimo rizikos veiksnius, klasifikaciją, simptomus, slaugos veiksmus, profilaktiką.

Tyrimo metodai

Apžvelgti ir apibendrinti mokslinėje literatūroje aprašomas pragulas, jų patogenezę, atsiradimo rizikos veiksnius, klasifikaciją, simptomus, slaugos veiksmus, profilaktiką.

Rezultatai

Pagal EPUAP ir NPIAP gaires pacientai su ribotu mobilumu, sumažėjusiu judrumu ir didele trinties bei šlytimi susijusio spaudimo galimybe, turi būti vertinami, kaip esantys rizikos zonoje susidaryti praguloms. Tai apima visus pacientus, kurie paguldyti į ligoninę, pavyzdžiui, dėl šlaunikaulio lūžio, nes pragulos yra dažna jų komplikacija. Dažnai ortopediniams ir traumatologiniams pacientams kyla didelė rizika atsirasti praguloms dėl ilgo gulėjimo lovoje. Neretai tai būna neišvengiama dėl gydymo taktikos, kaip kad skeletinis tempimas, fiksacijos, chirurginis gydymas. Pragulos sukelia trumpalaikius ir ilgalaikius skausmus, uždelstą ar ribotą reabilitaciją ir yra susijusios su kitomis komplikacijomis, galinčiomis padidinti mirtingumą. Kadangi dauguma spaudimo sukeltų žaizdų įmanoma išvengti, jos yra laikomos teikiamos priežiūros standarto rodikliais. Kartais teigiama, kad pragulos, atsiradusios lūžio metu nukritus ir ilgai gulint ant žemės, gali būti neišvengiamos. Tačiau ligoninėje atsirandančių pragulų galima išvengti taikant tam tikras intervencijas. Pacientų slauga turi didelę įtaką pragulų atsiradimui ir prevencijai. Taip pat rekomenduojama, kad slaugytojai suskirstytų pragulų atsiradimą arba pacientų sunkumą pagal klinikines būkles ir susijusius rizikos veiksnius ir imtųsi atitinkamų prevencinių priemonių.

Išvados, rekomendacijos

Pragulos yra problema susijusi su sunkesne pacientų slauga, blogesne paciento gyvenimo kokybe, be to, pragulos siejasi su didesniu pacientų mirtingumu dėl komplikacijų. Siekiant sumažinti pragulų atsiradimo riziką, esminė pacientų saugos ir paslaugų gerinimo dalis – užtikrinti kad medicinos personalas turėtų pakankamai žinių ir įgūdžių vykdyti įrodymais pagrįstą pragulų prevenciją.

Raktiniai žodžiai

Pragula, pragulų profilaktika, nepageidaujami įvykiai, komplikacija.

4.2. Pooperacinis delyras: slaugytojo vaidmuo prevencijoje ir valdyme

Domantas Mikulskis

Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė

Temos aktualumas

Slaugytojai atlieka esminį vaidmenį delyro prevencijoje, atpažįstant pirmuosius delyro požymius ir jo valdyme. Efektyvi delyro prevencija ir jo valdymas padeda sutrumpinti paciento hospitalizacijos trukmę, prisideda prie ilgesnės paciento gyvenimo trukmės. Todėl yra svarbu nagrinėti šią problemą bei jos sprendimo būdus.

Darbo tikslas (-ai)

Išanalizuoti pooperacinio delyro priežastis, jų lemiančius veiksnius, prevencijos ir valdymo strategijas, akcentuojant slaugytojo vaidmenį užkertant kelią šiai būklei ir gerinant pacientų priežiūros kokybę.

Tyrimo metodai

Apžvelgta mokslinė literatūra apie pooperacinį delyrą traumatologijos ir ortopedijos profilio pacientams, analizuojant jo rizikos veiksnius, prevenciją bei valdymo strategijas.

Rezultatai

Pooperacinis delyras yra ūmus, laikinas kognityvinių funkcijų sutrikimas, pasireiškiantis iki 50% - 70% vyresnio amžiaus, didelės rizikos pacientų, dažnai po didelių traumatologinių - ortopedinių operacijų, ypač po šlaunikaulio lūžių osteosintezės ir endoprotezavimo, bei kuris negali būti paaiškinamas anksčiau buvusių neurokognityviniu sutrikimu. Jo riziką didina tokie veiksniai kaip vyresnis paciento amžius, miego sutrikimai, nesukontroliuotas pooperacinis skausmas, dehidracija, infekcijos, elektrolitų disbalansas. Efektyvi prevencija ir valdymas reikalauja daugiausiai nefarmakologinių priemonių, tokių kaip hidratacijos palaikymas, infekcijų prevencija, miego higienos gerinimas, ankstyvas paciento aktyvumo skatinimas. Slaugytojai atlieka esminį vaidmenį ankstyvame delyro atpažinime, prevencijoje bei paciento saugumo užtikrinime, todėl jų kompetencijų stiprinimas bei tarpdisciplininis bendradarbiavimas yra būtini siekiant geresnių gydymo rezultatų.

Išvados, rekomendacijos

Pooperacinis delyras yra reikšminga vyresnio amžiaus pacientų komplikacija, kurios atsiradimo tikimybę padidina įvairūs rizikos veiksniai. Siekiant sumažinti pooperacinio delyro dažnį, svarbu taikyti ir nefarmakologines priemones, o slaugytojai atlieka svarbų vaidmenį tiek jo prevencijoje, tiek ir ankstyvajame atpažinime.

Raktiniai žodžiai

Pooperacinis delyras, prevencija, valdymas, slaugytojo vaidmuo.

4.3. Slaugytojų profesinis perdegimas

Simona Pociūtė

Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė

Temos aktualumas

Remiantis PSO profesinis perdegimas nėra liga, o sindromas, kurio atsiradimui įtaką daro ilgalaikės, pastovios, nepalankios psichosocialinės darbo aplinkos sąlygos ir su tuo susijęs stresas. Pagrindiniai šį sindromą apibūdinantys komponentai yra emocinis išsekimas, depersonalizacija ir asmeninių profesinių pasiekimų sumažėjimas. 2019 m. Lietuvoje atlikto tyrimo duomenimis, 30,3 proc. slaugytojų patyrė aukšto lygio emocinį išsekimą, 28,2 proc. išgyveno reikšmingą asmeninių pasiekimų sumažėjimo vertinimą, o 4,8 proc. – ryškią depersonalizaciją. Italijoje 2020 m. 66 proc. ortopedijos skyriaus slaugytojų patyrė emocinį išsekimą, 83 proc. depersonalizaciją, 88 proc. nuvertino savo asmeninius pasiekimus, o Amerikoje atliktas tyrimas atskleidė, kad 31,5 proc. slaugytojų iš darbo išėjo dėl perdegimo. Akivaizdu, kad profesinio perdegimo sindromas yra plačiai paplitusi globali problema. 2016–2017 m. Higienos instituto tyrimo duomenimis slaugytojų profesinį perdegimą lemiantys veiksniai yra per didelis darbo krūvis, bendravimo sunkumai su pacientais ir jų artimaisiais, prasti kolektyvo santykiai bei neaiškus darbo vaidmuo. Šis sindromas daro įtaką darbuotojui kaip asmeniui – didina įvairių somatinių ir psichikos sutrikimų riziką, darbdaviui – dažnėja darbuotojų kaita, praleistos ligos dienos, mažėja personalo įsitraukimas į darbą ir krenta produktyvumas, pacientui – didėja gaunamų nekokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų.

Darbo tikslas (-ai)

Apžvelgti mokslinėje literatūroje aprašomą slaugytojų patiriamą profesinį perdegimo sindromą, jo priežastis, pasekmes ir prevencines priemones.

Tyrimo metodai

Apžvelgti ir apibendrinti mokslinėje literatūroje analizuojamą slaugytojų profesinį perdegimo sindromą, jo priežastis, pasekmes, prevencines priemones.

Rezultatai

Slaugytojai ortopedijos-traumatologijos skyriuje patiria didelį darbo krūvį, kurį lemia gausus pacientų skaičius, intensyvi jų priežiūra ir personalo trūkumas. Lietuvoje vienam slaugytojui tenkantis pacientų skaičius dažnai viršija rekomendacijas. Tyrimai rodo, kad didėjantis darbo krūvis tiesiogiai susijęs su visais trimis profesinio perdegimo sindromo komponentais – emociniu išsekimu, depersonalizacija, asmeninių pasiekimų vertinimo sumažėjimu. Kiti rizikos veiksniai – naktiniai budėjimai ir patiriamas smurtas. Naktinės pamainos labiausiai didina depersonalizaciją ir mažina darbo pasitenkinimą, o fizinė ir verbalinė agresija darbe didina profesinio perdegimo sindromo riziką. Be to, nepakankama komandinė komunikacija ir organizacijos vertybių nesuderinamumas su asmeniniais lūkesčiais yra reikšmingi veiksniai, galintys lemti padidėjusią šio sindromo riziką. Visi minėti veiksniai turi rimtų pasekmių tiek slaugytojams, tiek pacientams, tiek organizacijai. Slaugytojai patiria lėtinį nuovargį, miego sutrikimus, depresiją ir nerimą, o tai neigiamai veikia jų gyvenimo kokybę. Dėl profesinio perdegimo sindromo didėja personalo kaita, mažėja darbo efektyvumas, kyla pacientų saugumo problemos, tokios kaip gydymo ir slaugos klaidos ar nepakankamas emocinis palaikymas. Visa tai lemia organizacijai kylančius iššūkius ir didina pacientų gaunamų nekokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų skaičių. Prevencijai būtinos organizacinės priemonės, nukreiptos į nepalankios darbo aplinkos koregavimą: tinkamas darbo krūvio paskirstymas, psichologinė pagalba, smurto prevencija ir pozityvi darbo aplinka. Asmeninės strategijos, tokios kaip streso valdymas, poilsio ir darbo balansas bei emocinis palaikymas, taip pat gali padėti mažinti profesinio perdegimo riziką.

Išvados, rekomendacijos

Profesinio perdegimo sindromas yra globali problema, kurios atsiradimui didžiausią įtaką turi nepalanki darbo aplinka. Šis sindromas turi neigiamą įtaką slaugytojų emocinei ir fizinei sveikatai, pacientų priežiūros kokybei, pačiai organizacijai. Pagrindinės profesinio perdegimo sindromo prevencinės priemonės turėtų būti orientuotos į darbo aplinkos sąlygų gerinimą.

Raktiniai žodžiai

Profesinio perdegimo sindromas, slaugytojų perdegimas, profesinio perdegimo sindromo prevencija.

V SESIJA. PĒDA IR ČIURNA

5.1. Mid-term clinical and radiological results after severe hallux valgus surgery

Evita Rumba, Ruta Jakusonoka, Alma Egle, Valentīna Slepīha, Zane Pavare

Rīga Stradins University/ Hospital of Traumatology and Orthopaedics. Latvia

Temos aktualumas

Many methods are described for severe hallux valgus (HV) surgical treatment. The aim of the study was to evaluate mid-term outcome of patients after severe HV deformity surgical treatment.

Tyrimo metodai

Patients admitted in the hospital from January 2017 to December 2022, who underwent surgery for severe HV, were retrospectively analyzed.

Two hundred and twenty-nine patients (302 feet) with surgically treated HV–8 feet HV grade 0, 113 feet HV grade 1, 97 feet HV grade 2 and 84 feet HV grade 3. Preoperative and postoperative radiographs were analysed, and each case was categorized using HV classification. Mid-term postoperative radiological and functional results, using American Orthopedic Foot and Ankle Society (AOFAS) scale, were evaluated.

Rezultātai

Mid-term outcome was evaluated in 22 female patients (24 feet), mean age 55.5 (45-71) years, 84-24 (mean 54) months after surgery. Fifteen patients (17 feet) had first tarsometatarsal joint fusion with two screws, 1 patient (1 foot) had scarf osteotomy, 2 patients (2 feet) had chevron osteotomy, 2 patients (2 feet) had I metatarsal proximal osteotomy and osteosynthesis with plate.

Preoperative mean hallux valgus angle (HVA) was 40°, intermetatarsal angle (IMA) 19°, distal metatarsal articular angle (DMAA) 36°; postoperative mean HVA was 13°, IMA 16°, mid-term mean HVA was 30°, IMA 17°, DMAA 36°. Mean grade of the medial sesamoid position preoperatively was 3, postoperatively and in mid-term – 2. Mid-term mean AOFAS score was 73.03.

Išvados, rekomendācijas

Severe HV patients who underwent surgery had moderate mid-term functional results. Radiographs demonstrated significant improvement of HVA postoperatively. Nevertheless, HVA and IMA increased in mid-term.

5.2. Outcome following tibiofibular syndesmosis injury fixation

Ruta Jakusonoka¹, Vladislava Dikalova², Arnis Birze^{1,3}

¹*Department of Orthopaedics, Riga Stradins University, Latvia*

²*Faculty of Medicine, Riga Stradins University, Latvia*

³*Hospital of Traumatology and Orthopaedics, Latvia*

Temos aktualumas

Standard method of tibiofibular syndesmosis (TFS) injury fixation is open reduction and syndesmotic screw fixation. The aim of the study was to evaluate outcome of patients following ankle fractures with TFS injury, operated using positioning screw.

Tyrimo metodai

A retrospective study of patients who underwent TFS surgery, using position screw, admitted in the hospital from January 2021 till November 2022, was conducted. Ankle injuries were classified using AO classification. Pre-operative and postoperative radiological examination, radiological and functional mid-term outcome using Foot and Ankle Disability Index (FADI) were analyzed. Patients were divided in two groups: one group with positioning screw removal (group A); second group with retained positioning screw (group B). Functional outcomes were compared between the groups.

Rezultatai

Mid-term outcome was evaluated in 62 patients (40 female, 22 male), mean age 50.47 ± 13.32 years, 27- 47 (mean 38.11 ± 6.20) months after the surgery.

Twenty-one patient had removal of all ankle fixation implants.

In the group A 33 patients (53.2%), 21 females, 12 males, mean age 48.52 ± 13.53 years had mean FADI score 95.73 (range 58-104); in the group B 29 patients (46.8%), 19 females, 10 males, mean age 52.69 ± 12.96 years had mean FADI score 96.59 (range 67-104), $p = 0.628$. In group A two patients had broken positioning screw.

Išvados, rekomendacijos

The mid-term outcome of patients following ankle fractures with TFS positioning screw fixation showed good results which are comparable to previously reported studies. Comparison of groups of patients who had positioning screw removal and patients with retained positioning screw shows similar outcomes. Further studies are conducted including surgery advancements - TFS dynamic fixation.

VI SESIJA. REKONSTRUKCIJA APATINĖJE GALŪNĖJE

6.1. Ischiofemoralinis ankštumas: diagnostika, gydymas ir klinikinio atvejo pristatymas

Valdemar Loiba, Mantas Andzelis

Nordclinic

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos

Temos aktualumas

Ischiofemoralinis ankštumas – reta, tačiau dažnai tinkamai nediagnozuojama ir negydoma klubo srities patologija. Šios patologijos metu stebimas ankštumas tarp sėdynkaulio šiurkštumos ir šlaunikaulio mažojo gūbrio, taip pat dažnai kartu randama ir šlaunies kvadratinio raumens morfologinių pakitimų. Sindromo klinikinė išraiška – klubo ir sėdmenų skausmas, funkcijos sutrikimas. Ischiofemoralinio ankštumo priežastys nėra visiškai aiškios, tačiau manoma, kad jo progresavimą skatina klubo traumos, operacijos, klubo raumenų disbalansas. Ligą diagnozuoti padeda klinikinis ištyrimas, provokaciniai testai, rentgenologiniai bei branduolinio magnetinio rezonanso tyrimai. Patvirtinus ischiofemoralinio ankštumo diagnozę, skiriamas konservatyvus gydymas. Jeigu šis neduoda efekto, atliekama endoskopinė klubo srities operacija, rečiau – atvira operacija. Mūsų pristatomas atvejis yra sėkmingo endoskopinio gydymo pavyzdys. Šio atvejo metu konservatyvus gydymas nedavė efekto, atlikta endoskopinė šlaunikaulio mažojo gūbrio rezekcija ir m. iliopsoas tenotomija.

Darbo tikslas (-ai)

1. Atlikti ischiofemoralinio ankštumo diagnostikos ir gydymo literatūros analizę.
2. Pristatyti ischiofemoralinio ankštumo klinikinį atvejį, aptarti taikyto gydymo metodiką.

Tyrimo metodai

Literatūros analizė

Klinikinio atvejo pristatymas.

Rezultatai

1. Išnagrinėti 5 atvejo aprašymai, 5 literatūros aprašymai ir 1 meta-analizė bei 1 sisteminė apžvalga
2. Išnagrinėtas ir apibendrintas Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų paciento klinikinis atvejis.

Išvados, rekomendacijos

1. Ischiofemoralinis ankštumas – sindromas, pasireiškiantis klubo skausmu, kurį sukelia susiaurėjęs tarpas tarp sėdynkaulio šiurkštumos ir šlaunikaulio mažojo gūbrio bei šlaunies kvadratinio raumens pažeidimas.
2. Ischiofemoralinio ankštumo predisponuojantys faktoriai gali būti pirminiai (įgimti), tokie kaip coxa valga, ryškus mažojo gūbrio iškilimas, posteromedialinė šlaunikaulio pozicija ir kitos priežastys bei antriniai (įgyti), tokie kaip sėdynkaulio šiurkštumos entezitai, trauminiai, perkrovos ar didelės judesių amplitudės sukelti pažeidimai, funkciniai sutrikimai ir kita.
3. Pagrindiniai ischiofemoralinio ankštumo klinikiniai simptomai – silpnas ar vidutinio stiprumo, nespecifinis, lėtinis skausmas, kuris fizinio krūvio metu sustiprėja. Skausmas lokalizuotas giliai sėdmenų raumenyse ir klubo sąnaryje, taip pat gali pasireikšti traškėjimas, spragsėjimas ar sąnario užstrigimas.
4. Ligos diagnostikoje svarbus fizinis ištyrimas bei teigiami ischiofemoralinio ankštumo bei ilgo žingsnio ėjimo (long stride walking) testai. Vaizdiniai medicininiai tyrimai turėtų prasidėti nuo tiesinės dubens rentgeno nuotraukos, o, esant reikalui, atlikti tikslesnį branduolinio magnetinio rezonanso tyrimą.
5. Gydomo metodai: Yra trys pagrindinės gydymo grupės: konservatyvios priemonės, atvira klubo operacija ir endoskopinė operacija. Konservatyvios priemonės yra pirmo pasirinkimo gydymo būdas, jos dažnai prasideda nuo kineziterapinių užsiėmimų, fizioterapinių procedūrų, nesteroidinių vaistų nuo uždegimo skyrimo, ligai progresuojant atliekama gliukokortikoidų, PRP ar kitų ortobiologinių medžiagų injekcijos į ischiofemoralinį tarpą, kvadratinį šlaunies raumenį. Jei jos nepadeda, atliekamos endoskopinės klubo srities operacijos arba atvira operacija, kurios metu dalinai arba visiškai pašalinamas šlaunikaulio mažasis gūbrys, atliekam sėdynkaulio šiurkštumos rezekcija, atliekama m. iliopsoas sausgyslės tenotomija nuo mažojo šlaunikaulio gumburo. Nors endoskopinis gydymas yra sudėtingesnis ir reikalauja daugiau patirties, jis yra pranašesnis dėl mažesnės

traumos minkštiesiems audiniams, trumpesnio gijimo laiko ir greitesnio atsistatymo.

6. Remiantis klinikiniu atveju, galime daryti prielaidą, kad konservatyviam gydymui nedavus efekto, endoskopinė klubo srities operacija yra patikimas gydymo būdas gydant ischiofemoralinį ankštumą.

Raktiniai žodžiai

Klubo artroskopija, ischiofemoralinis ankštumas, mažasis gūbrys, sėdynkaulio šurkštuma, klubo sąnarys, klubinis juosmens raumuo.

6.2. A Randomized Controlled Trial to Evaluate the Effectiveness of Fibrin Clot Augmentation during Meniscus Repair in Children

Viktorija Brogaitė-Martinkėnienė, Donatas Austys, Andrius Brazaitis, Gilvydas Verkauskas

Vilniaus Universiteto Medicinos fakultetas

Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos

Temos aktualumas

Meniscal pathology is widely prevalent in the adult population, secondary to acute trauma and chronic degeneration. It is less commonly seen in children, although its incidence is rising. Meniscus repair, rather than the outdated meniscectomy, is especially crucial in children; however, not all menisci heal, even in pediatric patients. Fibrin clots have been used to enhance the healing process of the repaired meniscus.

Darbo tikslas (-ai)

The aim of this study is to evaluate and compare the outcomes with and without the application of an exogenous fibrin clot during meniscus repair among the pediatric patients.

Tyrimo metodai

The study enrolled 46 patients under the age of 19. Twenty patients (43.5%) underwent isolated meniscus repair with fibrin clot enhancement (group A), while twenty-six patients (56.5%) underwent the same procedure without additional fibrin clot technique (control group B). The median age in groups was 15. The medial meniscus was repaired in 28 knees and lateral in 18. Tear types included longitudinal (23.9%), bucket-handle (43.5%), and complex

(32.6%). Due to vascularity, the meniscus tear location was defined in the red-red zone in 18 cases (39.1%) and in mixed zones in 28 cases (60.1%). The suturing technique was either all-inside (50.0%) or hybrid (50.0%). The follow-up included outcome scores (Pedi-IKDC, Lysholm, Tegner), clinical assessment (pain, swelling, range of motion), and MRI evaluation (Stoller & Crues) before and after the procedure, with a mean of 12.5 months.

Rezultatai

All outcome scores improved significantly, with no significant difference between groups at the final follow-up. Based on clinical assessment, 15 patients (32.6%) reported pain, 5 patients (10.9%) experienced swelling, and 6 (13.9%) had limited range of motion compared to their other extremity, with no statistically detectable differences between the groups. Regarding the Stoller and Crues classification, the MRI results showed 6 cases (13.0%) of MRI group 1 (completely healed), 19 cases (41.3%) of MRI group 2 (partly healed), and 21 cases (45.7%) of MRI group 3 (unhealed). According to MRI assessment, group A had a significantly higher number of MRI 1 and 2 groups (partly healed and healed) ($p=0.057$). Furthermore, group A had a significantly greater number of MRI 1 and 2 groups (partially healed and healed), since only bucket-handle tears and lesions in mixed vascularity zones of the meniscus were considered ($p=0.05$).

Išvados, rekomendacijos

This research indicates that the application of a fibrin clot during meniscus repair enhances short-term MRI healing rates, especially in bucket-handle tears and areas of the meniscus with less vascularization in pediatric patients. In terms of functional and clinical evaluation, there is no detectable significant difference between the groups in short-term follow-up.

Raktiniai žodžiai: meniscus; repair; pediatric; fibrin clot

6.3. Pirmoji patirtis gydant kelio kremzlių defektus panaudojant išmaniąsias membranas

Remigijus Valčekas, Andrius Brazaitis

Kardiolitos klinikos

Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos

Temos aktualumas

Pirmoji patirtis gydant kelio kremzlės defektus išmaniosiomis membranomis.

Darbo tikslas (-ai)

Įvertinti membranų efektyvumą gydant pacientus su kelio kremzlių defektais.

Tyrimo metodai

Pacientai prieš operaciją ir praėjus daugiau nei 1 metams įvertinti KOOS klausimynu, užpildant 2000 IKDC objektyvaus ir subjektyvaus kelio vertinimo formas, Tegner aktyvumo skale.

Prieš operaciją ir po daugiau nei 1 metų darytas operuoto kelio MRT. Gydytojas radiologas įvertino kremzlės atstatymo dinamiką panaudojant MOCART skalę.

Rezultatai

Per 2 metus (2022.01.28- 2024.01.25) Vilniaus Kardiolitos klinikose išoperuoti 14 pacientų su kelio įvairiais kremzlės defektais, kuriems panaudota išmanioji membrana.

12 pacientų naudota MaioRegen Chondro+ membrana, 1 pacientui MaioRegenPrime, 1 pacientui Chondro-Gide membrana. Vidutinis pacientų amžius 41 metai(nuo 21 iki 58 metų).

Kremzlės defektai nuo 1 kv.cm iki 6 kv.cm(vidutinis kremzlės defektas 3 kv.cm).

5 pacientams rekonstruotas šlaunikaulio medialinio krumpčio kremzlės defektas, trims šlaunikaulio lateralinio krumpčio, 4 pacientams keliose vietose buvęs kremzlės defektas.

Vienam pacientui alikta blazdikaulio valgizuojanti osteotomija, PKR ir blazdikaulio medialinio krumpčio kremzlės rekonstrukcija.

Įvertinus KOOS, 2000 IKDC, Tegner bei MRT, nustatytas tiek subjektyvus, tiek objektyvus operuoto kelio pagerėjimas.

Išvados, rekomendacijos

Pirminiai ankstyvieji rezultatai parodė, kad išmaniųjų membranų panaudojimas tinkamai atrinktiems pacientams su kelio kremzlės defektais teikia vilčių, bet dar reikia atokių rezultatų ir jų analizės.

Raktiniai žodžiai

Kelio kremzlės defektas, išmanioji membrana

6.4. Vidinio menisko ekstruzijos ir degeneracijos vaidmuo osteoartrozės vystymesi pelės modeliuose

Augustinas Rimkūnas^{1,2}, Dillimulati Yimiti¹, Masakazu Ishikawa³, Nobuo Adachi¹, Shigeru Miyaki¹

¹*Ortopedijos chirurgijos katedra, Biomedicinos ir sveikatos mokslų magistrantūros mokykla, Hirošimos universitetas, Hirošima, Japonija*

²*Lietuvos sveikatos mokslų universitetas*

³*Ortopedijos chirurgijos katedra, Medicinos fakultetas, Kagavos universitetas, Kagava, Japonija*

Temos aktualumas

Pirminės osteoartrozės (OA) raidos metu didėjantis dėmesys skiriamas menisko degeneracijos ir ekstruzijos supratimui. Klinikiniai tyrimai rodo, kad ekstruzija gali būti ankstyvas OA požymis. Įdomu tai, kad histologiniai tyrimai su pelėmis parodė, jog menisko degeneracija prasideda anksčiau nei kremzlės degeneracija. Nors menisko ekstruzija plačiai tyrinėta esant šaknies plyšimams ir OA, informacija apie jos atsiradimą prieš OA sveikiems asmenims yra ribota. Be to, menisko ekstruzija ir audinių degeneracija natūralaus senėjimo ir pagreintinto senėjimo pelėse vystantis OA lieka menkai iširta.

Darbo tikslas (-ai)

Šio tyrimo tikslas nustatyti menisko ekstruzijos atsiradimo laiką sugretinus su kremzlės, subchondrinio kaulo ir menisko degeneraciją, naudojant histologinius kelio sąnario pjūvius iš dviejų skirtingų pelių modelių. Tikrinome, ar menisko ekstruzija ir histologinė degeneracija gali būti aptikta dar prieš kremzlės pažeidimus, taip suteikiant papildomų įrodymų, jog ekstruzija gali būti ankstyvas OA klinikinis požymis.

Tyrimo metodai

Histologiniai kelio sąnario pjūviai buvo gauti iš dviejų pelių modelių: natūraliai senstančių B6 ir pagreitinto senėjimo P8, lyginant su senėjimui atspariomis R1 pelėmis. Visi eksperimentai su gyvūnais buvo atlikti laikantis Hirošimos universiteto Gyvūnų priežiūros ir naudojimo komiteto patvirtintų protokolų. Norint išsamiai įvertinti medialinio menisko priekinę, vidurinę ir užpakalinę ekstruziją bei jos ryšį su aplinkinių audinių degeneracija, buvo naudojami tiek koronariniai, tiek sagitaliniai kelio pjūviai. Mėginiai buvo dažyti Safranin-O dažais histologiniam audinių vertinimui. Remiantis histologinėmis skalėmis vertinta kremzlės ir subchondrinio kaulo degeneracija. Menisko vertinimas buvo atliktas atsižvelgiant į paviršiaus, ląstelių ir dažymo pokyčius, naudojant jau sukurtą skalę. Menisko ekstruzija buvo matuojama kiekybiniu santykiu naudojant kompiuterinę programą. Ekstruzija buvo kvantifikuota matuojant atstumą iki ekstruzijos linijos (E) arba už jos ribų. Menisko dalis (B), viršijanti ekstruzijos liniją, buvo padalyta iš viso menisko ilgio (A), todėl menisko ekstruzijos santykis buvo apskaičiuotas pagal formulę B/A , matematiškai svyruojant tarp -1 ir 1. Suformuotas naujas histologinis vertinimas remiantis ląsteliniais ir morfologiniais pokyčiais, siekiant įvertinti užpakalinį menisko-tibialinį raištį sagitaliniuose kelio pjūviuose. Kiekvienas to paties kelio pjūvis buvo įvertintas, o gautos vidutinės reikšmės buvo įtrauktos į statistiką, todėl statistinis vienetas buvo vienos pelės kelio sąnarys. Į analizę buvo įtraukti tik kairieji patinų keliai. Statistinė analizė buvo atlikta naudojant „GraphPad Prism“. B6 modelio grupių skirtumai buvo palyginti naudojant vienkryptę ANOVA su Holm-Sidak korekcija. P8/R1 pelių rezultatai skirtingais laiko taškais buvo lyginami naudojant Mann-Whitney U testą su Holm-Sidak korekcija. Reikšmių tarpusavio ryšiai buvo įvertinti naudojant Spearmano koreliacijos koeficientą (r); 95%. Reikšmingumo lygis buvo nustatytas $p < 0,05$.

Rezultatai

B6 pelės buvo vertintos koronarinėje plokštumoje 3, 12 ir 22 mėnesių amžiuje ($n=10$ /grupė). Nors menisko degeneracija reikšmingai progresavo tarp laiko taškų, pastebėtina, kad menisko ekstruzija tapo akivaizdi tik 22 mėnesių amžiuje. Tuo metu kelio sąnario OA buvo akivaizdi, reikšmingai padidėję OARSİ ir subchondrinio kaulo degeneracijos balai. Tiriant koronarinę plokštumą P8/R1 modelyje, pelės buvo lyginamos 6, 11, 14 ir 23 savaičių amžiuje ($n=10$ /grupė). Spontaninio OA grupėje subchondrinio

kaulo pokyčiai buvo pastebimi jau nuo 6 savaičių, menisko degeneracija nuo 11 savaitės ir kremzlės degeneracija 14 savaitę. Menisko ekstruzija reikšmingai padidėjo tik 23 savaitę, kai buvo nustatytas sunkus OA. Sagitalinėje plokštumoje B6 pelėse, keliai buvo vertinti 3, 12 ir 22 mėnesių amžiuje (n=10/grupė). Užpakalinė menisko ekstruzija reikšmingai didėjo lygiagrečiai su menisko degeneracija, užpakalinio menisko-tibialinio raiščio degeneracija ir bendru menisko ilgiu. Tačiau duotais laiko momentais osteoartrozė nebuvo pastebėta, ką patvirtino žemi kremzlės ir subchondrinio kaulo degeneracijos balai. Užpakalinė menisko ekstruzija parodė stiprią koreliaciją su kremzlės, subchondrinio kaulo, menisko ir raiščių degeneracija. Priešingai, priekinė menisko ekstruzija tarp laiko taškų neparodė reikšmingų skirtumų ir turėjo silpną koreliaciją su audinių degeneracija. Galiausiai, sagitalinėje plokštumoje P8/R1 grupėje, buvo atliktas pilotinis tyrimas 6 ir 14 savaičių amžiuje, siekiant nustatyti, ar ekstruzija būtų pastebima ankstyvosiose OA stadijose (n=4/grupė, n=8/grupė, atitinkamai). 14 savaitę užpakalinė ekstruzija ar raiščių degeneracija nebuvo pastebėta. Tačiau reikšmingai padidėjo menisko ir subchondrinio kaulo degeneracijos balai.

Išvados, rekomendacijos

Koronarinėje plokštumoje gauti duomenys rodo, kad medialinio menisko ekstruzija greičiausiai yra kelio OA pasekmė, o ne reiškinys, pasireiškiantis dar prieš OA atsiradimą. Koronarinės plokštumos ekstruzija buvo pastebėta tiek natūralaus senėjimo, tiek spontaninio OA modeliuose ir vyko kartu su akivaizdžiais degeneraciniais pokyčiais. Įdomu tai, kad reikšmingos priekinės ekstruzijos nebuvimas, koronarinės ekstruzijos atsiradimas tik vėlesniuose laiko taškuose ir pirminis užpakalinės ekstruzijos padidėjimas rodo aiškią progresiją iš užpakalinės dalies į priekinę. Šį modelį galima paaiškinti tuo, kad užpakalinė sąnario dalis patiria didesnę apkrovą dėl 120–150 laipsnių kelio lenkimo pelės ėjimo ciklo metu.

Sagitalinėje plokštumoje, natūraliai senstančiose pelėse, užpakalinė ekstruzija reikšmingai didėjo su amžiumi. Menisko ir užpakalinio raiščio degeneracijos balai parodė stiprią koreliaciją su ekstruzija, abu rodikliai reikšmingai didėjo. 14 savaičių amžiaus P8 pelėse su ankstyvais OA pokyčiais nebuvo pastebėta nei užpakalinės ekstruzijos, nei raiščių degeneracijos, kas leidžia manyti, jog užpakalinė ekstruzija yra natūralios degeneracijos ir užpakalinės sąnario dalies apkrovos pasekmė. Šią hipotezę patvirtina reikšmingas sagitalinės plokštumos B6 pelių menisko radialinio

ilgio padidėjimas laikui bėgant. Menisko dydžio padidėjimas anksčiau buvo aprašytas kaip degeneracijos pasekmė, tikėtina, dėl mikrofibrilių atsiskyrimo.

Raktiniai žodžiai

Menisko ekstruzija, osteoartrozė.

6.5. Šlaunikaulio rotacinė osteotomija gydant FAI

Julija Ravinskienė

Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos

Temos aktualumas

Klubo sąnarį išsauganti chirurgija apima femoroacetabulinio ankštumo, displazijos bei šlaunikaulio rotacinių deformacijų gydymą. Pastarasis gydymo būdas, nepaisant didėjančio populiarumo, vis dar labai retai taikomas Lietuvoje.

Darbo tikslas (-ai)

Aptarti šlaunikaulio rotacinių osteotomijų indikacijas ir rezultatus femoroacetabulinio ankštumo (FAI) gydyme.

Tyrimo metodai

Surinkti Medline duomenų bazėje esantys, paskutinio dešimtmečio visateksčiai straipsniai apimantys terminus šlaunikaulio rotacinės osteotomijos ir femoroacetabulinis ankštumas. Vertintas aprašytas rotacijos matavimo būdas, operacijos indikacijos, susijusi sąnario patologija, atliktos operacijos, jų rezultatai.

Rezultatai

Klubo sąnario skausmas ir ankštumas buvo pagrindinės indikacijos. Priklausomai nuo patologijos aprašomos kartu atliktos gretutinės procedūros. Vertinant skirtingomis skalėmis, padidėjo judesių amplitudė. Komplikacijų dažnis mažas.

Išvados, rekomendacijos

Duomenų aprašančių šlaunikaulių rotacines osteotomijas FAI gydyme nėra daug. Studijos III, IV lygmens. Šlaunikaulio rotacinės osteotomijos efektyvios gydant FAI. Reikalingi tolimesni tyrimai.

Raktiniai žodžiai

Femoroacetabulinis ankštumas, šlaunikaulio rotacinė osteotomija.

6.6. Klubų displazijų gydymas PAO

Giedrius Petryla

Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė

Vilniaus universitetas

Temos aktualumas

Klubų displazijos dažnis rytų europoje yra apie 35 atvejų 1000 gyventojų. Dažnam suaugusiam pirmieji simptomai (klubo/ų skausmas) išryškėja 20 - 30 gyvenimo metais. Esant klubų displazijai ir Ilea kampui mažiau nei 16 laipsnių iki 65 metų visiems išsivysto klubo sąnario ženkli artrozė, dėl kurios atliekama klubo sąnario artroplastika. Iki 50 metų pacientams, kuriems buvo atlikta klubo artroplastika, pusei jų Ilea kampas buvo mažesnis nei 20 laipsnių. Klubų displazijos gydymas periacetabuline osteotomija (pao) reikšmingai prailgina klubo sąnario išgyvenamumą ir nutolina klubo artroplastikos operaciją jauniems žmonėms. Todėl kiekvienas ortopedas-traumatologas turi žinoti šios patologijos gydymo galimybes.

Darbo tikslas (-ai)

Pristatyti suagusių klubo displazijos gydymą bei indikacijas pao pateikiant klinikinių pavyzdžių.

Tyrimo metodai

Literatūros analizė, klinikinių atvejų pristatymas.

Rezultatai

Rvul ortopedijos-traumatologijos centre nuo 2019 10 mėn. iki 2025 01 mėn. atlikta 64 pao operacijos 59 pacientams. Vyrų 19 (30%), moterų 45 (70%). Amžius 39 ± 11 metų.

remiantis pacientų stebėjimais po rvol ortopedijos-traumatologijos centre atliktų pao operacijų vidutiniškai pagerėjimą pacientai pajaučia po 5-6 mėn. Kuomet reikšmingai sumažėja skausmas, atsistato eisena. Pseudoartrozių nestebėta, tačiau užsitęsusio gijimo atvejų – 3 (5%). Vienam klubui išsivystė ženkli artrozė per vienerius metus dėl ko buvo atlikta klubo artroplastika, tačiau išanalizavus atvejį pao buvo atlikta jau esant per daug pažeistam klubo sąnariui.

Išvados, rekomendacijos

Jauniems pacientams su simptomine klubo displazija atlikus pao reikšmingai pagerėja gyvenimo kokybė, sumažėja skausmas, sulėtėja klubo sąnario artrozės progresavimas.

Raktiniai žodžiai

Periacetabulinė osteotomija, klubo displazija, artroplastika.

6.7. Kaulų ir minkštųjų audinių piktybinių navikų valdymas: ką turi žinoti ortopedas traumatologas?

Karolina Staškevičiūtė, Lina Pužauskienė, Vėtra Markevičiūtė

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos

Temos aktualumas

Sarkomos – reti, bet agresyvūs navikai, dažnai diagnozuojami per vėlai dėl nespecifinių simptomų ir mažo informuotumo. Ankstyvas atpažinimas yra kritiškai svarbus, nes laiku pradėtas gydymas stipriai pagerina ligos prognozę. Dėl sudėtingos diagnostikos ir būtinybės taikyti specializuotą gydymą pacientai turėtų būti kuo greičiau nukreipiami į sakomų gydymo centrus.

Darbo tikslas (-ai)

Apžvelgti mokslines publikacijas ir pateikti rekomendacijas, kada įtarti pirminę onkologinę ligą kauluose ir minkštuosiuose audiniuose ir kur nukreipti pacientus.

Tyrimo metodai

Apžvelgti mokslinėje literatūroje aprašomą sarkomų diagnostiką, diferencinę diagnostiką, gydymo metodus ir pacientų nukreipimo į specializuotus centrus principus.

Rezultatai

Sarkomos – tai retos, bet agresyvios piktybinės kaulų ir minkštųjų audinių navikų formos, sudarančios apie 1% visų piktybinių navikų. Pagrindiniai ženklai, kurie gali padėti įtarti kaulų ar minkštųjų audinių piktybinį naviką yra: dariniai didėjantys dinamikoje, skausmingi dariniai, ypač jei skausmas nepraeina ramybėje, judėjimo apribojimas, neurologiniai simptomai (jei navikas peraugęs nervus), spontaniniai lūžiai, anksčiau taikyta spindulinė terapija, destruktijos zonos radiologiniuose tyrimuose.

Sarkomoms diagnozuoti naudojami įvairūs radiologiniai tyrimai, tarp jų dažniausiai naudojami MRT, KT bei rentgenogramos. Vis dėl to šalia radiologini tyrimų biopsija yra auksinis standartas. Tačiau svarbu suprasti, kad netinkamai atlikta biopsija gali sukelti komplikacijų, todėl ji turėtų būti atliekama specializuotuose centruose, siekiant išvengti naviko išplitimo ar netinkamo gydymo planavimo.

Dėl sarkomų sudėtingumo jų gydymui būtinas multidisciplininis požiūris, apimantis ortopedus traumatologus, onkologus, radioterapeutus, patologus ir radiologus. Tinkamas pacientų nukreipimas į specializuotus centrus gali padėti užtikrinti efektyvesnį gydymą ir geresnes išgyvenamumo prognozes. Tyrimai rodo, kad apie 30% minkštųjų audinių sarkomų iš pradžių klaidingai diagnozuojamos kaip gerybiniai dariniai. Dėl nespecifinių simptomų šeimos gydytojai arba ortopedai pirminėje grandyje dažnai nukreipia pacientus vėlyvam ištyrimui – apie 35–40% pacientų iš pradžių gydomi dėl „neaiškių skausmų“ prieš gaudami tikslinius tyrimus. Vidutinis laikas nuo pirmųjų simptomų atsiradimo iki sarkomos diagnozės patvirtinimo dažnai siekia 6–12 mėnesių, o kai kuriais atvejais – iki 24 mėnesių, todėl apie 40–50% sarkomų diagnozuojamos jau pažengusiose stadijose. Literatūros duomenimis gydymas specializuotuose centruose pagerina pacientų penkerių metų išgyvenamumą ir sumažina recidyvų dažnį nuo 50–60% iki 70–80%, priklausomai nuo sarkomos tipo ir stadijos. Multidisciplininė priežiūra leidžia tiksliau nustatyti diagnozę, parinkti optimalų gydymo metodą ir sumažinti netinkamų chirurginių intervencijų riziką.

Išvados, rekomendacijos

Dėl retos, bet klasingos ligos prigimties, sudėtingos diagnostikos ir būtinybės taikyti specializuotą gydymą būtina didinti informuotumą apie sarkomas. Sarkomų gydymas visuomet turi būti multidisciplininis, todėl pacientus svarbu nukreipti į specializuotus centrus. Ankstyvas atpažinimas, tinkama diagnostika ir laiku pradėtas gydymas gali ženkliai pagerinti pacientų išgyvenamumą ir gyvenimo kokybę.

Raktiniai žodžiai

Sarkomos, kaulų ir minkštųjų audinių navikai, multidisciplininis gydymas.

7 SESIJA. REKONSTRUKCIJA VIRŠUTINĖJE GALŪNĖJE: PEČIAI-ALKŪNĖ-RIEŠAS

7.1. Ankstyvieji gydymo rezultatai po peties reversinio endoprotezavimo dėl žastikaulio proksimalinio galo lūžio

Giedrius Vaitukaitis, Sigitas Ryliskis

Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė

Temos aktualumas

Vyresnio amžiaus pacientų grupėje, dėl osteoporozės ir sumažėjusių kaulo gijimo galimybių, žastikaulio proksimalinio galo lūžius sudėtinga gydyti taikant vidinės osteosintezės metodą. Dėl didelės komplikacijų rizikos ir sunkiai prognozuojamų operacinio gydymo rezultatų, šioje pacientų grupėje vis dažniau pasirenkamas reversinis peties sąnario endoprotezavimas.

Darbo tikslas (-ai)

Įvertinti VŠĮ Respublikinės Vilniaus universitetinės ligoninės, Ortopedijos Traumatologijos Centre atliktų reversinių peties endoprotezavimo operacijų ankstyvuosius gydymo rezultatus po žastikaulio proksimalinio galo sudėtingų lūžių.

Tyrimo metodai

Retrospektyviam tyrimui atrinkti visi (n = 32) per vienus metus (2023 01 01 – 2023 12 31) operuoti vyresni negu 53 metų amžiaus pacientai, kuriems dėl žastikaulio proksimalinio galo sudėtingo lūžio buvo atlikta totalinė peties sąnario endoprotezavimo operacija naudojant DELTA Xtend endoprotezę. Klinikiniai rezultatai įvertinti naudojant Constant skalę ir Paprastą peties klausimyną. Pacientai buvo ištirti rentgenologiškai dėl endoprotezo išsklibimo, osteolizės, ektopinės osifikacijos ir gumburėlių sugijimo.

Rezultatai

Gauti rezultatai atitinka ir neprieštarauja kitose mokslinėse publikacijose skelbtiems rezultatams.

Išvados, rekomendacijos

Peties sąnario reversinis endoprotezavimas yra veiksmingas ir prognozuojamas operacinio gydymo metodas kurį sėkmingai galima taikyti

vyresnio amžiaus žmonių grupėje sudėtingiems žastikaulio proksimalinio galo lūžiams gydyti.

Raktiniai žodžiai

Reversinis peties endoprotezavimas, žastikaulio proksimalinio galo lūžiai, Constant skalė, Paprastas peties klausimynas, osteolizė.

7.2. Laivelio lūžiai – diagnostiniai ir gydymo iššūkiai

Artūr Versocki

Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė

Temos aktualumas

Laivelis yra dažniausiai lūžtantis riešo kaulas sudarantis apie 60 proc. visų riešakaulių lūžių.

Dažniausias traumos mechanizmas – kritimas ant ištiestos rankos. Nepaisant šios traumos dažnumo, dėl laivelio anatominių ypatumų, laivelio lūžiai vis dar išlieka diagnostiniu ir gydymo iššūkiu. Pavėluotai diagnozuoti lūžiai ir netinkamai parinka gydymo taktika gali turėti sunkių pasekmių - tokių kaip laivelio pseudoartrozė, avaskulinė nekrozė, riešo artrozė ir galiausiai riešo kolapsas. Nepaisant vis tobulėjančių diagnostikos ir gydymo būdų net iki 25 proc. lūžių yra nediagnozuojami laiku, o iki 10 proc. gydytų lūžių nesugyja. Visa tai turi reikšmingų gyvenimo kokybės bei socioekonominių pasekmių.

Darbo tikslas (-ai)

Aktuali diagnostikos ir gydymo metodikų apžvalga, Respublikinėje Vilniaus Universitetinėje Ligoninėje dėl laivelio lūžio gydytų pacientų atvejų pristatymas ir aptarimas.

Tyrimo metodai

Literatūros apžvalga, klinikinių atvejų pristatymas ir aptarimas.

Išvados, rekomendacijos

Savalaikė laivėlio lūžių diagnostika ir tinkamos gydymo taktikos parinkimas yra esminiai siekiant lūžio sugijimo. Yra stebima dažnesnė operacinio gydymo pasirinkimo tendencija ir mažėjančios indikacijos konservatyviam gydymui.

Raktiniai žodžiai

Laivėlio lūžiai, riešakaulių lūžiai, viršutinės galūnės trauma.

7.3. Riešo perilunariniai išnirimai

Aleksandr Grinčuk^{1,2}

¹*Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė*

²*Vilniaus universitetas*

Temos aktualumas

Riešo perilunariniai išnirimai yra didelės kinetinės energijos traumos ir sudaro mažiau negu 10% visų riešo traumų, bet apie 25% šių traumų nėra diagnozuojamos laiku. Šių traumų operacinis gydymas yra iššūkis kiekvienam gydytojui ortopedui traumatologui, nes traumas metu pažeidžiami pagrindiniai riešo raiščiai: mėnulio-laivėlio, mėnulio-trikampio, kartu neretai yra riešakaulių ir/arba stipinkaulio distalinio galo lūžiai. Šie kompleksiniai riešo sužalojimai gali sukelti riešo funkcijos sutrikimą visam gyvenimui, todėl būtina šias traumas diagnozuoti kuo anksčiau ir pradėti neatidėliotiną gydymą – riešo repozicija ir fiksacija. Ankstyvas šių traumų gydymas sumažina komplikacijas: kaip vidurinio nervo neuropatija, avaskulinė mėnulio nekrozė, išliekantis riešo nestabilumas, riešo artrozė. Perilunariniai išnirimai yra gydomi operaciniu būdu, neoperacinis gydymas taikomas retai ir yra susijęs su prastais funkciniais rezultatais.

Darbo tikslas (-ai)

Apžvelgti mokslinę literatūrą apie šių traumų gydymo ypatumus. Pristatyti ir aptarti Respublikinėje Vilniaus Universitetinėje Ligoninėje operuotų pacientų atvejus dėl riešo perilunarinių išnirimų.

Tyrimo metodai

Klinikinių atvejų pristatymas ir aptarimas.

Išvados, rekomendacijos

Būtina riešo perilunarinius išnirimus diagnozuoti laiku. Perilunariniai riešo išnirimai turi būti gydomi neatidėliotinai taikant operacinį gydymą – atvira riešo išnirimimo repozicija ir fiksacija.

Raktiniai žodžiai

Perilunariniai išnirimai, lunatum išnirimas, perilunarinis lūžis - išnirimas.

8 SESIJA. VARIA

8.1. Radikali chirurginė operacija gydant aneurizmines bei vienkamerines žastikaulio cistas vaikams (klinikiniai atvejai)

Emilis Čekanauskas, Ritauras Rakauskas, Laurynas Kerežius

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos

Temos aktualumas

Aneurizminės kaulo cistos bei vienkamerinės kaulo cistos yra laikomos gėrybinėmis kaulo displazijomis. Dažniausiai diagnozuojamos žastikaulio proksimalinėje metafizėje ar diafizėje. Aneurizminę kaulo cistą charakteriuoja greitesnis augimas, kraujo pripildytos ertmės, atskirtos fibrozinėmis pertvaromis. Tuo tarpu vienkamerinę kaulo cistą sudaro viena ertmė, pripildyta serozinio skysčio, išklota fibroziniu audiniu. Kaulo cistos – susirgimas dažniausiai nustatomas vaikams ir jaunuoliams. Dauguma atvejų diagnozuojami per pirmus du gyvenimo dešimtmečius. Kartais aneurizminės cistos gali pasireikšti lokalizuotu galūnės skausmu, tinimu, kuris didėja kartu su kaulo pažeidimu. Tačiau dažniausiai šios kaulų displazijos nesukelia jokių klinikinių požymių. Patologinis lūžis paprastai yra pirmasis ir vienintelis ženklas apie kaulo cistą arba susirgimas aptinkamas atsitiktinai, atlikus atitinkamos srities rentgenogramas. Dėl šių priežasčių tikrasis patologijos dažnis yra nežinomas, nes nemaža dalis lieka nedidžiaguota. Literatūra aprašo įvairius gydymo metodus: steroidinių preparatų injekcijas, krioterapiją, cistos kiuretažą ir užpildymą kaulų čiulpų ląstelėmis ar sintetiniiais kaulo pakaitalais, pvz. kalcio sulfatu, su arba be fiksacijos įvairiais ortopediniais implantais. Pagrindinis išvardintų minimaliai invazyvių priemonių trūkumas yra mažas efektyvumas, dažni pakartotiniai patologiniai lūžiai. Vienas iš radikalaus chirurginio gydymo būdų yra atvira kaulo cistos rezekcija ir kaulo rekonstrukcija naudojant nevasuliarizuotą autologinį šėivikaulio transplantatą.

Darbo tikslas (-ai)

Šio tyrimo tikslas pristatyti vaikų žastikaulio cistų gydymo metodą - osteoplastiką nevasuliarizuotu šėivikaulio autotransplantu.

Tyrimo metodai

Retrospektyvinė klinikinių atvejų analizė.

Rezultatai

Chirurginės operacijos detalus aprašas ir klinikinių atvejų aptarimas.

Išvados, rekomendacijos

Osteoplastika nevasikuliarizuotu šėvikaulio autotransplantu yra efektyvus chirurginio gydymo metodas, taikomas gydant didelės apimties bei recidyvuojančias žastikaulio cistas, kuris užtikrina ankstyvą grįžimą į pilną fizinį krūvį bei pilnavertę gyvenimo kokybę.

Raktiniai žodžiai

Aneurizminė kaulo cista, žastikaulio cista, kaulo cista, vienkamerinė kaulo cista, vaikai.

8.2. Žaizdų komplikacijos po didelės apimties ortopedinių operacijų: rizikos veiksnių apžvalga

Gintarė Lukoševičiūtė, Alfredas Smailys, Rimtautas Gudas, Augustinas Rimkūnas

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas

Temos aktualumas

Rizikos veiksnių, kurie gali sukelti pooperacines žaizdų komplikacijas, tokias kaip: žaizdos kraštų išsiskyrimas, išliekanti sekrecija, uždelstas gijimas ar chirurginės srities infekcija - nustatymas yra svarbus prieš atliekant dideles ortopedines operacijas. Šios komplikacijos didina mirštamumą ir sergamumą, ilgina hospitalizacijos trukmę bei didina sveikatos priežiūros išlaidas. Identifikuojant galimus rizikos veiksnius, sveikatos priežiūros specialistai gali taikyti tikslines intervencijas siekiant sumažinti pooperacinių žaizdų komplikacijų dažnį.

Darbo tikslas (-ai)

Nustatyti pagrindinius rizikos veiksnius, lemiančius žaizdų komplikacijas po didelės apimties ortopedinių operacijų.

Tyrimo metodai

Sisteminė literatūros apžvalga buvo atliekama vadovaujantis PRISMA sisteminės apžvalgos reikalavimais. Remiantis PICOS duomenų atrinkimo modeliu vykdyta ne senesnių nei 1990 m. mokslinių straipsnių paieška Pubmed ir Scopus duomenų bazėse. Didelės apimties ortopedinės operacijos apibrėžtos kaip: kelio ir klubo endoprotezavimo, šlaunikaulio ir blauzdikaulio lūžių osteosintezės operacijos vyresnių nei 18 metų žmonių populiacijoje. Iš viso peržvelgti 1921 straipsniai iš kurių pagal nustatytus įtraukimo ir atmetimo kriterijus į galutinę analizę įtrauktos ir analizuotos 92 publikacijos.

Rezultatai

Nustatyti rizikos veiksniai lemiantys pooperacinės žaizdų komplikacijas. Cukrinis diabetas, padidėjęs glikozilintas hemoglobinas, nutukimas, mitybos nepakankamumas, limfocitų skaičius kraujyje, ASA klasė (>3) buvo reikšmingi su pacientu susiję predikciniai veiksniai, turėję stiprų ryšį su komplikacijų atsiradimu. Su procedūra susiję rizikos veiksniai (ilgesnė nei 24 val. trukmė iki operacijos, ilga operacijos trukmė, išorinės fiksacijos naudojimas) bei demografiniai rodikliai (vyresnis amžius, vyriška lytis, rūkymas, alkoholio vartojimas) buvo kiti rizikos veiksniai siejami su prastomis žaizdų išėitimis.

Išvados, rekomendacijos

Literatūroje egzistuoja stiprūs įrodymai, kad cukrinis diabetas, padidėjęs glikozilintas hemoglobinas, nutukimas, mitybos nepakankamumas, limfocitų skaičiaus, ASA klasė (>3) turi įtaką žaizdų komplikacijoms po didelių ortopedinių operacijų. Rizikos identifikavimas ir valdymas yra esminis veiksnys optimizuojant priešoperacinę paciento priežiūrą, gerinant gydymo rezultatus bei užtikrinant realistiškus paciento lūkesčius.

Raktiniai žodžiai

Pooperacinės žaizdų komplikacijos, rizikos veiksniai, chirurginės srities infekcija, nutukimas, didelės apimties ortopedinės operacijos.

8.3. Komplikuoti stipinkaulio galvos/kaklo lūžių osteosintezės atvejai vaikams

Matas Meškauskas, Juozas Žumbakys

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos

Temos aktualumas

Stipinkaulio galvos ir kaklo lūžiai vaikams sudaro apie 10-15% alkūnės sritys lūžių. Dažniausiai įvyksta vaikams nuo 7 iki 12 metų, krintant ant ištiestos rankos. Lūžiai dažnai susiję su didele komplikacijų rizika, neretai įvyksta kartu su dilbio kaulų išnirimu, žastikaulio medialinio antrkumplio ar alkūninės ataugos lūžiu. Dislokuotiems lūžiams reikalingas operacinis gydymas, tačiau optimalaus operacinio gydymo metodo dėl šioje zonoje esančios augimo linijos nėra.

Darbo tikslas (-ai)

Parinkti tinkamą gydymo metodą pacientams, patyrusiems stipinkaulio galvos lūžį.

Tyrimo metodai

1. 7 m. mergaitė nukrito nuo suoliuko ant kairės ištiestos rankos ir patyrė kairės alkūnės traumą, atvyko į vaikų SPS, jai buvo atlikta dviejų krypčių alkūnės rentgenograma, diagnozuotas stipinkaulio galvos lūžis su didele dislokacija, todėl buvo stacionaruota operaciniam gydymui – atlikta atvira repozicija ir vidinė fiksacija, panaudojant 2,0mm diametro elastinę vinį, žiedinis raištis susiūtas. Pritaikytas šarnyrinis įtvaras 5 sav. laikotarpiui – 3 sav. alkūnė fiksuota, likusias 2 sav. – palaipsniui didinta fleksija/ekstenzija, ribojant dilbio rotaciją. Pacientei paskirta 20-ies dienų stacionarinė reabilitacija, po jos alkūnės funkcija buvo patenkinama, neskaudėjo, judesių amplitudė gera. 2 mėn. po operacijos pacientė grįžo į mokyklą, 3 mėn. po operacijos patyrė nedidelę traumą - krito ant kairės alkūnės, tačiau nebuvo hematomos, patinimo ar stipraus skausmo, todėl į gydymo įstaigą nesikreipė. Po kelių dienų pastebėjo ribotą judesio amplitudę, todėl atvyko SPS, atlikus rentgenogramą, diagnozuota implanto migracija, todėl stacionaruota į VOTS skubiai implanto eliminacijai. Implantas eliminuotas, lūžio stabilumas įvertintas operacinėje C lanko kontrolėje. Nors pilno sugijimo radiologiškai dar nebuvo, tačiau fragmentas stabilus. Nuspręsta pacientę stebėti kas 6 mėn. 2 metai po pirmos operacijos pacientė pradėjo jausti skausmą alkūnėje, alkūnės srityje pastebėta deformacija, atsirado judesių

ribotumas. KT ir rentgenogramose – hiperosifikuota stipinkaulio galva, subchondrinės cistos, sklerozė, aseptinės nekrozės požymiai.

2. 7 m. berniukas, nukrito nuo batuto ant kairės rankos. Dėl kairės alkūnės skausmo, tinimo, deformacijos ir negalimų judesių atvyko į vaikų SPS. Atlikta dviejų krypčių rentgenograma, nustatyta stipinkaulio kaklo lūžis su visiška stipinkaulio galvos dislokacija, stacionarizuotas operaciniam gydymui. Operacijos metu atlikta atvira repozicija, lūžis fiksuotas dviem Kiršnerio vielomis, alkūnė imobilizuota, pooperacinėse rentgeno nuotraukose – fragmentų ir implantų padėtis gera. 5 sav. po operacijos pastebėta Kiršnerio vielos migracija, pacientas stacionarizuotas implantų eliminacijai. Lūžis stabilus, todėl revizinė operacija neatlikta, nuspręsta stebėti pacientą kas 6 mėn. 6 mėn. po operacijos pacientas skundėsi skausminga fleksija ir ekstenzija, visiškai ribota supinacija ir pronacija. Rentgeno nuotraukose ir KT – pilno stipinkaulio galvutės sugijimo nematyti, alkūnkaulyje matoma egzostozė nusitęsianti link stipinkaulio proksimalinės dalies; stipinkaulyje matomos subchondrinės cistos, hiperosifikacija ir deformacijos požymiai. MRT – nesugijusios stipinkaulio galvos potrauminiai pakitimai, antrinės avaskulinės nekrozės požymiai, žastikaulio epifizės srityje reaktyvūs kraujotakos sutrikimai.

Rezultatai

Abiem pacientams dėl alkūnės skausmo, sumažėjusios judesių amplitudės, atsižvelgiant į radiologinius pokyčius, nuspręsta atlikti stipinkaulio galvos rezekciją, siekiant sustabdyti potrauminių pokyčių progresavimą, žastikaulio galvutės pažaidą ir atkurti dilbio rotacinę funkciją. Po operacijos pacientams fleksija ir ekstenzija neskausminga, neribota. Dilbio pronacijos ir supinacijos amplitudė 1-ajai pacientei atsistatė pilnai, 2-ajam pacientui matyti ryškus funkcijos pagerėjimas, tačiau pilna amplitudė išlieka ribojama kontraktūros. Abiems pacientams radiologiškai stebima nežymi alkūnės sąnario valgus deformacija. 12 mėn. po mergaitės operacijos ir 6 mėn. po berniuko operacijos riešo judesiai nesutrikę, neskausmingi, radiologiškai stipinkaulio migracijos proksimalyn ir riešo sąnario kongruentiškumo pažeidimo nematyti.

Išvados, rekomendacijos

- Stipinkaulio galvos rezekcija gali pagerinti alkūnės sąnario funkciją ir sumažinti skausminį sindromą, esant lūžių komplikacijoms;

- Galimos komplikacijos riešo sąnaryje po stipinkaulio galvos rezekcijos;
- Prieš atliekant stipinkaulio galvos rezekciją būtina apsvarstyti galimus alternatyvius gydymo metodus. Vengti skuboto sprendimo galvos šalinimui, kadangi procesas yra negrįžtamas.

Raktiniai žodžiai

Stipinkaulio galvos ir kaklo lūžis; stipinkaulio galvos rezekcija, vaikai.

8.4. Mentės atloša: neurologija ar ortopedija?

Mindaugas Jasinskas, Mykolas Udrys, Paulius Dobrovolskis, Mindaugas Minderis

Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos

Temos aktualumas

Mentės atloša – dažniausiai neurologinės kilmės mentės stabilizavimo prie krūtinės ląstos sutrikimas, dažniausiai kylantis dėl ilgojo krūtininio nervo (n. thoracicus longus) pažeidimo. Dažna priežastis – nervo kompresija viduriniame laiptiniame raumenyje, izoliuotai ar kaip dalis krūtinės angos sindromo išraiškos. Dėl problemos retumo (ar hipodiagnostikos), gydant pacientus su peties judesių apribojimu retai apsvarstoma mentės atlošos diagnozė. Diferencinė diagnostika aktuali ir ortopedams–traumatologams.

Darbo tikslas (-ai)

Darbo tikslas – supažindinti kolegas ortopedus-traumatologus su neurologinės kilmės mentės atlošos klinicine diagnostika ir chirurginio gydymo rezultatais.

Tyrimo metodai

Darbas paremtas pacientų, 2000–2024 m. operuotų VUL SK Plastinės ir rekonstrukcinės chirurgijos skyriuje, retrospektyvine analize. Diagnozė dažniausiai būdavo nustatoma kliniškai apžiūros ir klinikinio ištyrimo būdu, kreipiant dėmesį į skausmus aplink mentę, mentės padėtį ramybėje ir judesių metu bei apribotą žasto lenkimą ar atitraukimą. Kartais periskapulinių raumenų parezė būdavo dokumentuojama elektroneuromiografijos būdu. Esant nesėkmingam konservatyviam gydymui arba praėjus ilgam laikui nuo mentės atšokimo pradžios, būdavo taikomas operacinis gydymas – per supraklavikulinį pjūvį atliekamas priekinio ir vidurinio laiptinių raumenų

perpjovimas (skalenotomija) ir peties rezginio bei n. thoracicus longus dekompresija.

Rezultatai

Neurologinės kilmės mentės atlošą gali sukelti n. thoracicus longus. n. dorsalis scapulae ar n.accessorius pažeidimas. Dažnos priežastys – rankos ar kaklo staigus stiprus patempimas, intensyvus fizinis krūvis, taip pat idiopatinės kilmės. Pacientai skundžiasi ribotais peties sąnario judesiais, ypač rankos kėlimu į priekį ir atitraukimu, sumažėjusia viršutinės galūnės jėga bei kartais skausmais aplink mentės sritį.

Jei mentės atloša atsirado neseniai, galima taikyti konservatyvų gydymą, tačiau jis gali trukti iki 2 metų ir net tuomet neretais atvejais priekinio dantytojo raumens funkcija išlieka sutrikusi kartu su mentės nestabilumu. Operaciniu gydymu galima ženkliai sutrumpinti nervo funkcijos atsigavimo laikotarpį. Kai kuriais atvejais mentės atloša pranyksta pirmomis dienomis po operacijos dėl buvusio neuraprakšinio pobūdžio nervo funkcijos sutrikimo.

Išvados, rekomendacijos

Mentės atloša – dažnesnė nei manoma neurologinės kilmės mentės stabilizavimo patologija. Tiriant pacientą dėl peties sąnario sąnario apribojimų, būtina vizualiai iširti abiejų menčių simetriją statinėje ir dinaminėje padėtyse, galima atlikti ir provokacinius testus. Peties rezginio bei n. thoracicus longus dekompresija kakle – pasiteisinusi operacinio gydymo priemonė šiai patologijai, dažnu atveju ženkliai sutrumpinanti mentes stabilizuojančių raumenų atsistatymą.

Raktiniai žodžiai

Mentės atloša, krūtinės angos sindromas, n. thoracicus longus pažeidimas.

8.5. Pėdos pirmo metatarsofalanginio sąnario artroskopinis gydymas

Vytautas Tutkus

Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos

Temos aktualumas

Naujas, mažai paplitęs gydymo metodas.

Darbo tikslas (-ai)

Supažindinti su minimaliai invazyvia operavimo metodika.

Tyrimo metodai

Nuo 2019 m. sausio mėn. iki 2025 m. Vilniaus Universiteto ligoninės Plastinės ir rekonstrukcinės chirurgijos skyriuje atlikta 16 pėdos pirmo piršto metatarsofalanginio (MTP) sąnario artroskopinių operacijų. Visos operacijos buvo atliktos dėl skausmingų, ribotų metatarsofalanginio sąnario pirmo piršto judesių, kurie riboja pacientų fizinį aktyvumą ir kasdieninę veiklą. Visi pacientai neturėjo hallux valgus deformacijos. Atliktose rentgeno bei kompiuterinės tomografijos nuotraukose buvo stebėtos padikaulio galvos kaulinės ataugos, kurios ženkliai riboja pirmojo piršto tiesimą.

Rezultatai

Visos operacijos atliktos kaip dienos chirurgijos paslauga: iš viso operuota 16 pacientų (15 pacienčių moteriškos lyties ir vienas pacientas vyriškos lyties). Amžiaus vidurkis – 53 metai (min - 44 m., max – 63 m.). Dešinioji ir kairioji pėda pasiskirstė po lygiai (8 operacijos - dešinės ir 8 – kairės pusės). Trys pacientės po sėkmingos operacijos vienoje pėdoje atvyko operacijai kitos pėdos MTP sąnaryje. Po operacijos buvo leista minti operuotą koją, įtvarai ar ramentai nebuvo naudojami. Operacijai atlikti naudotas riešo 2,2 mm diametro artroskopas ir artroskopinis šeiveris bei boras. Operacijos metu buvo daromi du portalai po 8 mm dydžio – medialinėje ir lateralinėje pirmo MTP sąnario dorsalinėje pusėje. Po operacijos pacientams išnyko skausmai ir pagerėjo MTP sąnario judesių amplitudė.

Išvados, rekomendacijos

Artroskopinė MTP sąnario operacija efektyviai sumažina skausmą pirmo piršto sąnaryje, pasiektas ankstyvas darbingumo atstatymas. Minimalus sąnario traumavimas.

Raktiniai žodžiai

Pėdos pirmo piršto MTP sąnarys, smulkų sąnarių artroskopinė operacija.

8.6. Peties skausmas: ortopedija ar neurologija?

Mindaugas Minderis, Mindaugas Jasinskas, Mykolas Udrys, Paulius Dobrovolskis

Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos

Temos aktualumas

Stipininio nervo terminas pirmiausia asocijuojasi su nukarusia plaštaka, tačiau šio nervo kompresinė neuropatija retai sukelia motorikos sutrikimą. Ji sukelia peties skausmus, riboja peties judesius ir taip imituoja ortopedinę peties patologiją. Diferencinė diagnostika itin aktuali ortopedams–traumatologams. Diagnostikos klaidos paaiškina, kodėl po peties operacijų nemažą dalį pacientų vargina stiprūs skausmai.

Darbo tikslas (-ai)

Darbo tikslas – supažindinti kolegas ortopedus-traumatologus su stipininės kompresinės neuropatijos klinicine diagnostika ir chirurginio gydymo rezultatais.

Tyrimo metodai

Darbas paremtas asmeninės patirties analize. Paviinės stipininio nervo dekompresijos darytos nuo 1996 m. Klinikinei diagnostikai įsisavinti prireikė dviejų dešimtmečių. 2014 m. operacijų skaičius ėmė sparčiai augti: nuo 65 iki 110 stipininio nervo dekompresijų per metus. Pastaraisiais metais tai sudaro ketvirtadalį visų dekompresijų dėl viršutinės galūnės tunelinių sindromų (TS), pradedant riešo kanalu ir baigiant petiniu rezginiu.

Stipininio nervo užspaudimas po trigalvio raumens išorine galva sukelia sunkiai apibūdinamus ir lokalizuojamus skausmus, bene stipriausius visų TS tarpe. Dažniausiai pradeda skaudėti petį ir mentę, siekia pakaušį, vėliau skausmas ima skliti per visą ranką jos išorine puse. Juo skausmai stipresni, tuo labiau ribotas rankos atvedimas į šoną ir užvedimas už nugaros. Tai nulemia sudėtinga nervo eiga, jam pereinant į priešingą rankos pusę. Pacientas vengia laikyti ranką nuleistą, eidamas ja nemojuoja. Būdingi požymiai: atsigulus sunku rasti rankai tinkamą padėtį, naktį pažadina skausmai. Tirpimas menkas, retas pacientas apie jį užsimena.

Stipininę neuropatiją gali sukelti rankos patempimas, traumos. Tačiau dažniausia priežastis yra nepalanki miegojimo padėtis: kniūbsčiomis su sulenkta ranka priekyje. Su fiziniu krūviu susijęs darbas paprastai ne sukelia, o išryškina problemą.

Rezultatai

Pagrindiniai nusiskundimai apima peties zoną: skausmai, riboti judesiai. Todėl natūralu, kad pacientai patenka pas ortopedą, atliekami tyrimai, daromos blokados ir operacijos, kurių efektas dažnai laikinas arba net neigiamas. Nervo užspaudimo diagnozę patvirtinančio instrumentinio ar elektrodiagnostinio tyrimo išvados neteko matyti. Diagnozė nustatoma detaliam surinkus anamnezę. Apsisprendimą dėl nervo dekompresijos operacijos lemia ne tik skausmo intensyvumas, bet ir sirgimo trukmė. Pirmaisiais mėnesiais gali padėti peties juostos mankšta be krūvio. Konservatyviam gydymui nepadėjus daroma nervo dekompresija - trigalvio raumens išorinės galvos aponeurotomija. Jei diagnozė teisinga, skausmas iškart nurimsta, peties judesiai tampa neskausmingi. Po operacijos judesiai neribojami, laikinai apribojamas krūvis trigalviui.

Išvados, rekomendacijos

Stipininio nervo kompresinė neuropatija yra dažnas, visose šalyse medikams mažai žinomas tunelinis sindromas, sukiantis į rotatorių patologiją panašią simptomatiką. Nusistovėjusių diferencinės diagnostikos kriterijų nėra. Petį operuojantiems ortopedams-traumatologams reiktų vertinti ne tik objektyvią, bet ir subjektyvią informaciją: atidžiai įsiklausyti į paciento nusiskundimus, įvertinti skausmo išplitimo ribas, simptomų kaitą paros bėgyje, palpuojant patikrinti nervo skausmingumą. Nervo dekompresija yra efektyvi priemonė stipininei neuropatijai gydyti.

Raktiniai žodžiai

Stipininio nervo kompresinė neuropatija, tuneliniai sindromai.

8.7. Šeivinio kanalo sindromas – ne tik nukarusi pėda

Mindaugas Jasinskas, Mykolas Udrys, Paulius Dobrovolskis, Mindaugas Minderis

Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos

Vilniaus universitetas

Temos aktualumas

Šeivinio kanalo sindromas (ŠKS) – dažniausia kojos kompresinė neuropatija, bendrojo šeivinio nervo užspaudimas šeiviniame kanale. Svarbiausia šio nervo funkcija yra motorinė – pėdos tiesimas ir kreipimas į

šoną. Jutiminė nervo funkcija ne tokia svarbi – netenkama jutimo neatraminiame nugariniame pėdos paviršiuje. ŠKS gali pasireikšti labai skirtingai: nukarusia pėda arba vien skausmu be motorikos sutrikimo. Abiem atvejais, vieni pirmųjų gydytojų, į kuriuos kreipiasi ši pacientų grupė, yra ortopedai-traumatologai.

Darbo tikslas (-ai)

Darbo tikslas – supažindinti su ŠKS etiologija, klinikinio pasireiškimo įvairove, klinicine diagnostika bei gydymo metodais.

Tyrimo metodai

Šeivinio kanalo sindromo etiologija įvairi, apžvelgiamos dažniausios priežastys: nuo paprasto čiurnos kryptelėjimo ir patempimo iki kaulų lūžių ir osteosintezės, compartment sindromas, augliai. Reta ir unikali ŠKS priežastis gali būti intraneurinis ganglionas.

ŠKS gali pasireikšti skirtingomis klinikinėmis formomis: motorikos sutrikimu be skausmo ir skausmu be pastebimo motorikos sutrikimo. Pirmuoju atveju išnyksta ar susilpnėja pėdos tiesimas ir kreipimas į šoną, dažniausiai be skausmų. Antrasis – skausminis – variantas yra dažnesnis ir diagnostiskai sudėtingesnis. Skausmas apima visą blauzdą, retai sklinda aukšty. Pastebimo motorikos sutrikimo paprastai nebūna, todėl priežasties dažniausiai ieškoma kelio sąnaryje arba stubure, atliekami instrumentiniai tyrimai, gydamosios procedūros ir operacijos, pradedant diagnostine artroskopija ir baigiant protezavimu. Todėl sėkmingai diferencinei diagnostikai svarbu žinoti būdingus šeivinės neuropatijos simptomus. Skausmas ir tirpimas stiprėja statinėse padėtyse. Blogėja ilgai sėdint arba stovint vietoje, geriau vaikščioti. Ilgesnį kelią važiuojant, tenka daryti pertrauką ir pavaikščioti. Atsigulus sunku rasti kojoms tinkamą padėtį, ją tenka nuolat kaitaloti, todėl dažnai nustatomas neramių kojų sindromas. Naktimis pažadina skausmas, tenka keltis ir pavaikščioti. Kita vertus, didesnis dienos krūvis ant kojų sustiprina vakarinį skausmą.

Šeivinio nervo jutiminė šaka gali būti užspausta blauzdos apatinėje dalyje, kai ji per fasciją iš gilumos praneria į paodį. Ši plonos nervo šakos kompresija gali sukelti tokius pat stiprius kojos skausmus.

Rezultatai

Kruopštus anamnezės surinkimas ir klinikinių požymių įvertinimas yra pagrindinės priemonės diagnozuoti ŠKS. Apžiūros metu nervo palpacija

skausminga būdingose kompresijos vietose, nustatoma jutimo sutrikimo zona. Elektrodiagnostinių bei vaizdinių tyrimų vertė diagnostikoje yra ribota. ŠKS gydymas operacinis – nervo dekompresija, priežasties pašalinimas. Dažniausiai atveriamas šėivinis kanalas, kartais atlaisvinama vien nervo jutinė šaka, kartais daroma iškart abiejų vietų dekompresija.

Išvados, rekomendacijos

Šėivinio kanalo sindromas, nepaisant dažnumo, yra mažai žinomas ir dažnai nediagnozuojamas. Ši problema ypač aktuali ortopedams-traumatologams, neurologams ir neurochirurgams. Kruopštus anamnezės surinkimas ir klinikinių požymių įvertinimas yra pagrindinės priemonės diagnozuoti ŠKS. Nervo dekompresija yra paprastas ir efektyvus ŠKS gydymo metodas.

Raktiniai žodžiai

Šėivinio kanalo sindromas, šėivinė neuropatija, tuneliniai sindromai.

8.8. Management of lateral ankle sprains in adolescents

Matas Meškauskas, Saulius Rutkauskas, Juozas Žumbakys, Miglė Baranauskaitė, Jūratė Tomkevičiūtė, prof. Emilis Čekanauskas
Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos

Temos aktualumas

A lateral ankle sprain (LAS) is one of the most common injury, which occurs in children. Despite large number of studies, diversity of treatment strategies persists. Over 20 years acronym PRICE (protection, rest, ice, compression, elevation) and anti-inflammatory drugs (NSAIDs) is first option, despite its lack of high quality evidence. Lately acronym PEACE and LOVE (protection, elevation, avoid anti-inflammatory drugs and icing, compression, education, load, optimism, vascularisation, exercise) was announced, which involves immediate care and rehabilitation of soft tissue damage. It is thought that phases of inflammation help tissue to heal and NSAIDs combined with icing interferes it, so new strategy excludes this combination.

Darbo tikslas (-ai)

To compare PRICE vs PEACE and LOVE for LAS treatment, to evaluate injury severity outcomes and to verify the need of plaster cast immobilization in adolescents.

Tyrimo metodai

A prospective randomised study of 65 (37 male, 28 female) patients from 12 to 17 years old who admitted LUHS Paediatric emergency department (ED) in year 2022- 2024 after LAS was executed. Inclusion criteria were first time LAS, acute period of 1 to 4 days after injury, exclusion of chronic pain and any fracture, except avulsion. Depending on symptoms immobilization by plaster cast was applied for 30 patients (46,2%) in the ED. At first visit to the policlinics cast was removed for all of them, lace-up splint was prescribed to all 65 patients and they were randomly allocated to two age and gender homogenous groups: classic (A) PRICE (n = 32, male 62,5%, female 37,5%) or new (B) PEACE and LOVE (n = 33, male 51,5%, female 48,5%) treatment method. Patient diagnose was confirmed by x rays and ultrasound system MyLab 9 eXP 20071, Esaote S.p.A., CE 0123. Ankle function was tested by Biodex isokinetic dynamometer to compare range of motion (ROM) and peak torque to body weight (PEAK TQ/BW) of inversion (IN) and eversion (EV), Y balance test composite scores (YBT CS) were counted to evaluate proprioception between involved (I) and uninvolved (U) legs 1 to 2, 5 to 7 and 12 to 15 weeks after injury comparing two methods. Depending on radiologic findings patients were divided into two groups: I – diagnosed with sprains (grade I) or partial tears (grade II) of lateral ankle ligaments; II – diagnosed with complete tears (grade III) and/or avulsions of lateral malleolus.

Data analysis was performed by IBM SPSS 22 software. Two independent samples were compared by Mann-Whitney U test, three measurements in each group were compared by Friedman test.

Rezultatai

Mean patient age in group was A 14,31 (SD 1,67), in group B 14,64 (SD 1,64). Depending on injury severity 30 patients (46.2%) formed group I and 35 patients (53.8%) group II. There was a significant difference measuring YBT CS deficiencies between U and I legs in group I and II after third testing: YBT-3 CS group I -0,47% vs group II 1,43% (U=353, p=0,02). Only first Biodex testing showed higher deficit of IN for I leg: 1 PEAK TQ/BW

IN group I 27,43% vs group II 37,77% ($U=358$, $p=0,028$) but later testings showed no significant difference depending on injury severity. Group II showed significantly higher ROM deficit at second and third testing: 2 ROM group I 27,83 ° vs 37,43 ° ($U=370$, $p=0,04$), 3 ROM group I 26,53 ° vs 38,54 ° ($U=331$, $p=0,011$). Immobilization by plaster cast in the ED was applied to total of 30 (46,15%) patients: 12 (40,0%) group I and 18 (51,4%) group II patients ($p=0,357$). Application of plaster cast had no better outcomes over 3 testings in IN, EV or ROM: : 3 PEAK TQ/BW IN cast group 31,62% vs no cast group 34,19% ($U=483,5$, $p=0,585$); 3 PEAK TQ/BW EV cast group 29,8% vs no cast group 35,74% ($U=429$, $p=0,206$); 3 ROM cast group 33,40 ° vs no cast group 32,66 ° ($U=513$, $p=0,875$). Two different treatment strategies were compared by Friedman test, pairwise comparisons were performed and B treatment method showed significant better results in YBT CS, PEAK TQ/BW IN and ROM deficit scores: group A YBT CS-1 2,28% and YBT CS-3 1,7% vs group B YBT CS-1 2,42% and YBT CS-3 1,61% ($p=0,003$); group A 1 PEAK TQ/BW IN 2,09 and 3 PEAK TQ/BW IN 1,84 vs group B 1 PEAK TQ/BW IN 2,27 and 3 PEAK TQ/BW IN 1,68 ($p=0,049$); group A 1 ROM 2,59 ° and 3 ROM 1,45 ° vs group B 1 ROM 2,64 ° and 3 ROM 1,47 ° ($p<0,001$).

Išvados, rekomendacijos

Higher grade of lateral ankle ligaments tear has no significant impact on ankle proprioception outcomes, but has impairment of ROM and early post injury inversion force. Immobilization by plaster cast is used too often even for minor injuries because it has no better outcomes for LAS treatment, it should be used as short as possible and only for pain control. PEACE and LOVE treatment method showed better results than PRICE in YBT CS, ROM and inversion force.

Raktiniai žodžiai

Lateral ankle ligament sprain, PRICE, PEACE and LOVE, biodex, YBT.

8.9. Stipininio nervo pažeidimai: taktikos klausimai

Paulius Dobrovolskis, Mykolas Udrys, Mindaugas Minderis, Mindaugas Jasinskas

Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė

Vilniaus universitetas

Temos aktualumas

Stipininio nervo pažeidimas - aktuali problema ortopedijoje–traumatologijoje. Plaštakos tiesimo netekimas neretai lydi žastikaulio lūžius, o sprendimą sintezuoti žastikaulį visada lydi nervo pažeidimo rizika, kelianti nerimą chirurgui.

Darbo tikslas (-ai)

Darbo tikslas – supažindinti ortopedus-traumatologus su svarbiausiais taktikos klausimais, gydant pacientus su traumotu stipininiu nervu.

Tyrimo metodai

Stipininio nervo pažeidžiamumą lemia jo anatomicinė eiga. Nervas turi atsidurti dilbio nugarinėje pusėje, kur atlieka savo motorinę ir jutiminę funkcijas. Todėl leisdamasis iš pažasties jis apjuosia žastikaulį, praneria siaurą tarpą po trigalviu raumenu ir pereina į kitą rankos pusę.

Lūžus žastikaulio diafizei galimi įvairūs nervo pažeidimo mechanizmai: lūžgaliai nukerta nervą, nervo traukimas, nervo kontūzija, suspaudimas, susiaurėja natūralus kanalas. Operuojant galimi jatrogeniniai pažeidimai: nupjovimas, prispaudimas plokštele, įsukimas sraigtu.

Rezultatai

Visų pirma, priimant pacientą su lūžusiu žastikauliu ar panašia trauma, prieš operaciją būtina įvertinti stipininio nervo funkciją – plaštakos ir pirštų tiesimą. Jei jų netiesia, osteosintezės operacijos metu reikia įvertinti nervo būklę. Jei jis vientisas, pasirūpinti, kad nebūtų užspaustas. Jei nukirstas ir jį galima susiūti, geriausia pirminė siūlė. Tokiu atveju reiktų detaliai dokumentuoti nervo pažeidimo pobūdį bei apimtį – ar nervo galai plačiai sužaloti, kaip pavyko susiūti, kokio rezultato galima tikėtis. Jei yra nervo defektas, pirminės plastikos nederėtų daryti, tik pažymėti nervo galus.

Dažna situacija kitokia: kreipiasi pacientas su nukarusia plaštaka po lūžio ir sintezės, be informacijos apie nervo funkciją iki operacijos ir be operavusio chirurgo informacijos apie nervo būklę operacijos metu. Tokiais atvejais

geriausia, kad būklę vertintų chirurgas, kuris galės kokybiškai atlikti nervo plastiką. Nesvarbu, ar tai būtų plastinės chirurgijos gydytojas, ar ortopedas-traumatologas. Skubi operacija nereikalinga, pradžioje gydoma konservatyviai. Svarbu atidžiai sekti dinamiką tomis pačiomis akimis, detaliai vertinti būklės keitimąsi arba nesikeitimą.

Laikas nervo rekonstrukcijai ribotas, nes vidutiniškai per metus raumenų atrofija tampa negrįžtama. Vadinasi, į 1 metus turi tilpti stebėjimas laukiant savaiminio atsistatymo, nesulaukus – eilė operacijai ir daug laiko reikalaujanti nervo regeneracija. Po diafizės lūžio savaiminis tiesimo atsistatymas tikėtinas po 3-4 mėnesių. Geriausia, kai chirurgas iškart gali preliminariai numatyti operacijos laiką ir ramiai sekti dinamiką. Bloga praktika, kai pacientui žadamas atsistatymas per pusę metų ir tik tada, rezultato nesulaukus, patariama kreiptis nervo operacijai. Prisideda laikas sulaukti konsultacijos, o tada – operacijos. Prarandamas brangus laikas, mažėja gero rezultato šansai.

Dar vienas svarbus momentas, kuris paprastai užmiršamas – gyvenimo kokybė su nukarusia plaštaka. Riešo ekstenzija yra nepakeičiama, tačiau ją gali pavaduoti riešo įtvaras. Jau pirmąkart matant pacientą, reikia patarti įsigyti tinkamą įtvarą, kad galėtų pilnaverčiai naudotis plaštaka ir iki operacijos, ir po jos iki atsistatymo. To nepadarius, pacientas tampa funkciškai vienerankis, ranka praranda įgūdžius, nors turi visiškai sveiką fleksiją.

Savalaikės ir kokybiškos nervo rekonstrukcijos rezultatai geri. Sausgyslių transpoziciją derėtų rinktis, nesulaukus sėkmės po nervo operacijos.

Išvados, rekomendacijos

Pranešime pateikiami svarbūs taktikos klausimai, susidūrus su stipininio nervo pažeidimu: ir ūmiais atvejais iškart po traumos, ir atokiu laikotarpiu.

Raktiniai žodžiai

Stipininio nervo pažeidimas, nukarusi plaštaka, nervo susiuvimas, nervo plastiką.

8.10. Bisfosfonatai ir augmentacija kalcio sulfato/hidroksiapatitu pagerina sraigto tvirtinimąsi trapiame kaule

Vėtra Markevičiūtė, Deepak Bushan Raina

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos

Temos aktualumas

Osteoporozė jau dabar serga daugiau nei 200 milijonų žmonių visame pasaulyje, o iki 2050 m. šis skaičius turėtų padvigubėti. Osteoporozės klasikiniai simptomai yra pastebimas kaulinio mineralinio tankio sumažėjimas ir trabekulinio kaulo poringumo padidėjimas, ko pasekoje lūžių fiksavimo konstrukcijoms sunku įsitvirtinti trapiame akytajame kaule.

Darbo tikslas (-ai)

Šio darbo tikslas yra sukurti metodą, kaip pagerinti mechaninį konstrukcijų tvirtinimąsi ir pagerinti kaulo formavimąsi aplink jas, pacientams patyrusiems lūžius klubo srityje.

Tyrimo metodai

Ikiklinikiniai eksperimentiniai tyrimai atlikti Lundo Universitetinės ligoninės Biomedicininį tyrimų cente. Klinikinis tyrimas FAME indekso vertinimui ir validizacijai atlikti Gazi universiteto Medicinos fakulteto Ortopedijos ir traumatologijos klinikoje, Antalijoje, Turkijoje ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninėje, Kauno klinikose, Ortopedijos ir traumatologijos skyriuje. Klinikinis randomizuotas tyrimas atliktas Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninėje, Kauno klinikose, Ortopedijos ir traumatologijos skyriuje. Ikiklinikiniai ir klinikiniai tyrimai vykdyti 2018–2023 metų laikotarpyje. Tyrimai atlikti gavus Švedijos žemės ūkio valdybos komiteto leidimą (leidimo nr: 152888/2019.). Kauno universitetinės ligoninės etikos komiteto leidimą, (leidimo numeris: P1 BE–2–76/2019). Tyrimų protokolai parengti vadovaujantis Pasaulio medicinos asociacijos etikos kodeksu (Helsinkio deklaracija). Visi tiriamieji pasirašė informuoto asmens sutikimo formą dalyvauti tyrime. Tyrimuose su gyvūnais tyrėjai buvo išlaikę Felasa C kategorijos egzaminą moksliniams tyrimams su tiriamaisiais gyvūnais. Tyrimas įtrauktas į [ClinicalTrials.gov](https://clinicaltrials.gov) (Identifikacijos numeris: NCT04498715).

Rezultatai

Šį tyrimą sudaro 5 skirtingos studijos, apimančios tiek ikiklinikinius, tiek klinikinius tyrimus. Mūsų pradiniai tyrimai parodė, kad CaS/HA medžiaga aplink implantą osteoporoziniame kaule gali būti biologiškai suaktyvinta sisteminė ZA injekcija (7-14 dienų po operacijos). Ikiklinikinio tyrimo metu panaudojant osteoporozinių kaulų modelius, parodėme, kad CaS/HA pagerina biomechaninį kaulo tvirtinimą tarp implanto ir kaulo. Taip pat buvo įrodyta, kad bisfosfonatas ZA ieško HA dalelių ir skatina kaulų susidarymą akytajame kaule. Kitas keliamas klausimas buvo susijęs su tuo, kaip ikiklinikinius tyrimus būtų galima perversi į klinikinį tyrimą? Dėl šios priežasties buvo atliktos sekančios dvi studijos, kurių metu buvo tikslas išbandyti naują stratifikacijos indeksą (FAME). FAME indeksas reikalingas, padėti nustatyti asmenis, kurie gautų daugiausiai naudos iš augmentacijos operacijos metu. Tai yra pacientai, kurie turi didelę pakartotinių lūžių riziką, bet turi mažą mirties riziką. FAME indekso naudojimo galimybė buvo patvirtinta atlikus du atskirus tyrimus, po kurių buvo pradėtas koncepcijos įrodymo klinikinis tyrimas.

Išvados, rekomendacijos

Klinikinėje aplinkoje, nagrinėjant sukurtų metodų klinikinį veiksmingumą pažeidžiamų ir pagyvenusių žmonių grupėje, kuriems taikomas operacinis pertrochanterinio lūžio gydymas dinaminu klubo sraigto sistema, šis derinys gali būti pranašesnis už dabartinius augmentacijos metodus pacientams su osteoporoze, taip užkertant kelią pakartotinėms operacijoms dėl trochanterinių lūžių.

Raktiniai žodžiai

Lūžio fiksacija, hidroksiapatitas, bisfosfonatas, osteoporozė, pertrochanterinis lūžis, implantų integravimas, augmentacija.

8.11. Kelio sąnario artrozės gydymo algoritmai: klinikinių gydymo rekomendacijų sisteminė literatūros apžvalga

Rokas Venclovas; doc. dr. Tomas Sveikata

Vilniaus universitetas

Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė

Temos aktualumas

Osteoartritas (OA) yra dažniausia sąnarius pažeidžianti liga pasaulyje, dėl kurios auga pasaulinė negalios ir sveikatos priežiūros paslaugų apimtis. Apie 23% asmenų, virš 40 metų, serga kelio sąnario OA. Visgi, didžioji dalis žmonių, sergančių OA, negauna optimalaus gydymo. Mažiau nei 40% žmonių suteikiamas OA gydymas, vadovaujantis OA gydymo rekomendacijomis ir iki 40% žmonių, atvykę ortopedo-traumatologo konsultacijai arba paskirti į sąnario endoprotezavimo skyrimo eilę, yra negavę pradinio gydymo.

Darbo tikslas (-ai)

Šios sisteminės literatūros apžvalgos tikslas yra palyginti lyderiaujančių pasaulio šalių kelio sąnario OA nechirurginio gydymo algoritmus bei įvertinti skirtingų nefarmakologinių ir farmakologinių rekomendacijų lygį tarpusavyje.

Tyrimo metodai

Buvo naudojamos 5 duomenų bazės (PubMed; Science Direct; Clinical Key; Google scholar; Cohrane Library). Paieškos sistema sugeneruota, naudojant raktažodžius: (“osteoarthritis“ arba “osteoarthrosis“ arba “OA“) ir (“guidelines“ arba “guidance“ arba “algorithm“ arba “recommendations“). Duomenų bazės sugeneravo 2651 mokslines publikacijas. Po įtraukimo/atmetimo kriterijų, atrinkta 11 straipsnių. Išskirtas 21 nefarmakologinis OA gydymo būdas ir 23 farmakologiniai gydymo būdai. Kiekvienam straipsniui ir gydymo metodui buvo priskirta viena iš 4 kategorijų pagal autorių rekomendacijas: rekomenduoja; sąlyginai rekomenduoja; sąlyginai nerekomenduoja; nerekomenduoja.

Rezultatai

Sergančiam kelio sąnario OA, skirtingų šalių gydymo algoritmai vienbalsiai, kaip nefarmakologines priemones, rekomendavo fizines mankštas, tai chi, joga, viršsvorio kontrolę, atramos lazda, edukacines, gydymo plano

sudarymo programas. Nerekomendavo medialinius/lateralinius pleištinis vidpadžius, manualinę terapiją, transkutaninę elektrinę nervų stimuliaciją (TENS). Nuomonės išsiskyrė dėl tibiofemoralinio/patelo-femoralinio įtvaro, kineziologinio teipavimo, akupunktūros, terminės terapijos, masažo terapijos. Gydomo rekomendacijas, kaip farmakologines priemones, rekomendavo: nesteroidinius vaistus nuo uždegimo (NVNU) , vietinius NVNU, intrasąnarinės gliukokortikoidų injekcijas. Nerekomendavo: trombocitų įsotintą plazmą (PRP), kamieninių ląstelių injekcijas, bifosfonatus, vitaminą D. Nuomonės išsiskyrė dėl acetaminofeno, tramadolio bei kitų opioidų, gluko-zamino, chondroitino sulfato, intrasąnarinės hialurono rūgšties injekcijų.

Išvados, rekomendacijos

Skirtingų gydymo rekomendacijų pagrindinis principas ir pamatas yra nefarmakologinių ir farmakologinių priemonių kombinacija. Vadovaujantis lyderiaujančių pasaulio šalių algoritmais, gydymas turėtų prasidėti nuo paciento informavimo ir edukacijos apie galimas terapines priemones, plano sudarymo. Pirmenybė yra teikiama nefarmakologinėms gydymo priemonėms, tokioms kaip fizinės mankštos: raumenų stiprinimo, balansavimo pratimai, taip pat Tai Chi bei jogos užsiėmimai. Labai svarbi yra viršsvorio kontrolė. Gydymą lėtai veikiančiais vaistais nuo OA, tokius kaip chondroitino sulfatą ir glukozaminą, rekomenduojama vertinti kritiškai, atsižvelgiant individualiai į kiekvieną pacientą. Dėl intrasąnarinės hialurono rūgšties injekcijų ilgalaikėje perspektyvoje rekomendacijų nuomonės išsiskyrė. Esant nepatenkinamam rezultatui, rekomenduojama gydymą pradėti nuo vietinių NVNU. Dėl ilgalaikio acetaminofeno vartojimo skirtingų šalių gydymo rekomendacijos išsiskyrė, todėl kaip simptominio gydymo pirmo pasirinkimo vaistą nesant kontraindikacijų rekomenduoja naudoti NVNU. Esant ūmiam uždegiminiam procesui OA paveiktame sąnaryje, rekomenduojamos intrasąnarinės gliukokortikoidų injekcijos. Gydymo algoritmai rekomenduoja vengti PRP ir kamieninių ląstelių injekcijų į sąnarį.

Raktiniai žodžiai

Osteoartritas, osteoartrozė, OA; kelio sąnarys, rekomendacijos. algoritmai.

8.12. Aukšto intensyvumo lazerio terapijos efektyvumas sąnarių ir minkštųjų audinių pažeidimams

Rokas Šemeškevičius

Pror rehab klinika

Temos aktualumas

Vis daugiau bendradarbiaujama tarp ortopedų traumatologų ir reabilitacijos specialistų. Siekiant kuo geresnio gydymo ir reabilitacijos rezultato dažnai naudojamos aparatinės procedūros skausmui ir uždegimui mažinti. Tarp ortopedų traumatologų vyrauja nuomonė, jog prie vienos ar kitos situacijos reikalinga pvz. smūginė banga, magneto terapija ar kita procedūra. Mažai supažindinta su aukšto intensyvumo lazerio terapija, kuri gali būti labai efektyvi esant daugeliui judamojo atramos aparato pažeidimų.

Darbo tikslas (-ai)

Supažindinti su aukšto intensyvumo lazerio terapijos veikimo principu, taikomomis metodikomis ir gydymo rezultatais tam, kad būtų sėkmingai integruota praktikoje gydant pacientus, nukreipiant juos konservatyviam gydymui, jei nėra poreikio intervencijoms.

Tyrimo metodai

Sukaupta informacija iš straipsnių, klinikinių atvejų iš užsienio bei praktiniai atvejai dirbant klinikiniame darbe po kelio, peties ar kitų sąnarių uždegimo, traumų.

Rezultatai

Nagrinėjant literatūros šaltinius, klinikinius atvejus ir praktinio darbo rezultatus matomas didelis aukšto intensyvumo lazerio terapijos efektyvumas mažinant skausmą ir uždegimą. Atliekant 6-10 procedūrų kursą dažniausiai stebimas žymus skausmo, kitų uždegimo požymių sumažėjimas.

Išvados, rekomendacijos

Aukšto intensyvumo lazerio terapija efektyvi esant kelio sąnario uždegimui, menisko plyšimų atvejais.

Raktiniai žodžiai

Aukšto intensyvumo lazerio terapija, K-Laser.

8.13. Infekcija po osteosintezės - mažos ir didelės kinetinės energijos sukeltų lūžių gydymo palyginimas

Andrius Sadauskas

Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos

Temos aktualumas

Su lūžiu susijusių infekcijų (LSI) apibrėžimas buvo pasiūlytas, kai AO Trauma padalinys 2016m. pabaigoje ėmėsi sisteminės literatūros apžvalgos, kuri atskleidė, kad dauguma atsitiktinių imčių kontroliuojamų lūžių gydymo tyrimų nenaudojo standartizuotų LSI apibrėžimas. Reaguojant į tai, pradėtas tarptautinis sutarimo dėl svarbiausio LSI apibrėžimo suformulavimo procesas, kuomet teiktini apibrėžimo dokumentai buvo išplatinti visiems registruotiems AOTrauma vartotojams. Maždaug 90 % iš daugiau nei 2000 atsakiusių chirurgų teigė, kad būtinas FRI apibrėžimas.

Paskutiniame etape 2017m. buvo surengtas sutarimo dokumento autorių susitikimas su ekspertų grupe. Šio proceso rezultatas – 2018m. atspausdintas tarptautinio sutarimo LSI apibrėžimo dokumentas:

Fracture-related infection: A consensus on definition from an international expert group. W.J. Metsemakers et al. / *Injury, Int. J. Care Injured* 49 (2018) 505–510

Dokumentu buvo apibrėžti du diagnostinių savybių tikrumo lygiai. Kriterijai gali būti patvirtinantys (infekcija tikrai yra) arba lemiantys įtarimą. Buvo apibrėžti keturi patvirtinamieji kriterijai: 1) fistulė, drenuojantis sinusas arba žaizdos išsiskyrimas; 2) pūlinga sekrecija iš žaizdos arba pūlių buvimas operacijos metu; 3) fenotipiškai patvirtinti neatskiriami patogenai, nustatyti pagal bakterijų kultūrą iš mažiausiai dviejų atskirų giliųjų audinių/implantų pavyzdžių; 4) mikroorganizmų buvimas giliuose audiniuose, paimtuose operacinės intervencijos metu, kaip patvirtino histopatologinis tyrimas.

Minėtas dokumentas atsispindi ir PRO-Implant 2017m. paskelbtose su lūžiu susijusios infekcijos diagnostikos bei gydymo kišeniniame vadove:

Pocket Guide to Diagnosis and Treatment of implant-associated infections after fracture fixation

2017m. 2 versija. Copyright: PRO-IMPLANT Foundation (N. Renz, A. Trampuz).

Taigi remiantis anksčiau pateiktomis gairėmis buvo nuspręsta pažvelgti į klinikinės situacijas, kai remiamasi patvirtintomis diagnostikos ir gydymo gairėmis arba kai nusprendžiama neatsižvelgti į pripažintas rekomendacijas ir taikyti gairių rekomendacijomis nepagrįstą gydymą.

Darbo tikslas (-ai)

Pateikti sėkmingo LSI (su lūžiu susijusių infekcijų) gydymo pavyzdžių atliekant skirtingas osteosintezės rūšis, atkreipiant dėmesį į infekcijos gydymo ypatumus, kai naudojamos skirtingos vidinės osteosintezės konstrukcijos: rakinamos plokštelės su sraigtais, intramedulinės vinys, rakinamos konstrukcijos periproteziniais lūžiams gydyti, o taip pat skirtingi IFA aparatai (AO, Ilizarovo, HEXAPOD).

Tyrimo metodai

Klinikinių atvejų (mažos energijos ir didelės energijos/sprogdintinių sužalojimų) palyginimas:

- 1) nesugijusio infekuoto blauzdikaulio diafizės lūžio po intramedulinės osteosintezės,
- 2) nesugijusio infekuoto lūžio po blauzdikaulio proksimalinio galo osteosintezės ir reosteosintezės rakinamomis plokštelėmis ir sraigtais,
- 3) periprotezinės kelio sąn. infekcijos kartu su nesugijusiu infekuotu periproteziniu šlaunikaulio lūžiu klinikinis atvejis
- 4) sprogdintinio šlaunikaulio lūžio, 19 kartų operuoto Ukrainoje, 4 kartus operuoto VUL SK, klinikinis atvejis,
- 5) sprogdintinio blauzdikaulio lūžio, 9 kartus operuoto Lietuvoje, klinikinis atvejis (IFA osteosintezė-AO, Ilizarovo, HEXAPOD aparatais).

Rezultatai

Pateikiami 5 sėkmingo su lūžiais susijusių infekcijų gydymo klinikiniai atvejai, kai pavyko išsaugoti galūnę, o kartu ir išlaikyti buvusią apatinės galūnės funkciją, didesne dalimi išlaikant prieš traumą buvusius galūnės judesius, užtikrinančius biosocialinių funkcijų atlikimą. Pacientai galėjo judėti be pagalbinių priemonių, LSI infekcijos recidyvo stebėjimo laikotarpiu nefiksuota.

Išvados, rekomendacijos

Remiantis pripažintomis gairėmis su lūžiu susijusios infekcijos diagnostikai ir gydymui, galima tikėtis sėkmingo infekcijos gydymo, nepasmerkiant žmogaus galūnės amputacijai, išlaikant iki infekcijos buvusią galūnės funkciją bei išvengiant tolesnių komplikacijų.

Raktiniai žodžiai

Infekcija dėl metalo konstrukcijų, periprotezinis lūžis, sprogdintinis sužalojimas, infekcijos diagnostiniai kriterijai.

8.14. Pridėtinės vertės vaistai osteoartrozei gydyti

Jonas Tamošiūnas¹, Alfredas Smailys¹, Rimtautas Gudas¹, Augustinas Rimkūnas¹

¹*Lietuvos sveikatos mokslų universitetas*

Temos aktualumas

Osteoartrozė yra viena daugiausiai paplitusių lėtinių ligų pasaulyje. Taikomas šios ligos gydymas yra susijęs su svorio korekcija, fizioterapija ir reabilitacija ar chirurgija osteoartrozės pasekmėms gydyti. Šiuo metu taikomi medikamentai skirti tik ligos simptomams palengvinti. Iki šiol nėra patvirtintų osteoartrozės progresavimą stabdančių vaistų. Ieškoma būdų, kurie padėtų šią problemą išspręsti, kadangi naujo vaisto kūrimas yra ilgas procesas, neretai trunkantis net ir ne vieną dešimtmetį. Manoma, kad problemos sprendimu gali tapti pridėtinės vertės vaistai. Tai vaistai, kurie yra patvirtinti ir skiriami gydyti kitas ligas, tačiau pastebėta, kad turi teigiamą poveikį ir kitai ligai (šiuo atveju – osteoartrozei). Vartojant jau patvirtintą vaistą ne pagal pirminę jo indikaciją galima pasiekti gerų rezultatų siekiant suvaldyti tokias ligas kaip osteoartrozė, kuriai gydyti veiksmingų vaistų dar nėra.

Darbo tikslas (-ai)

Pristatyti vaistus, patvirtintus Lietuvoje, kurie yra vartojami kitoms ligoms gydyti, tačiau turi poveikį ir sergantiesiems osteoartroze.

Tyrimo metodai

Atlikta mokslinės literatūros apžvalga PubMed ir Science Direct duomenų bazėse. Paieškai buvo naudojami raktažodžiai anglų kalba ir jų kombinacijos: osteoarthritis, repurposed drugs, teriparatide, metformin, infliximab (osteoartrozė, pridėtinės vertės vaistai, teriparatidas, metforminas, infliksimabas).

Rezultatai

Pasirinktos trys reikšmingiausios pastarųjų penkerių metų analizės, kuriose identifikuoti trys potencialiausi pridėtinės vertės vaistai osteoartrozei gydyti (teriparatidas, infliksimabas, metforminas). Šie vaistai išnagrinėti farmakologiniu požiūriu (veikimo mechanizmas), publikuotuose laboratoriniuose in vitro ir in vivo, taip pat klinikiniuose tyrimuose.

Išvados, rekomendacijos

Teriparatidas, infliksimabas, metforminas, nors ir turi jau patvirtintas vartojimo indikacijas, yra vaistai, kurie turi didelę galimybę netolimoje ateityje būti skiriami ir osteoartrozei gydyti. Ikiklinikinių tyrimų rezultatai rodo teigiamą šių vaistų ligą modifikuojantį poveikį osteoartrozės patogenezėje.

Raktiniai žodžiai

Osteoartrozė, pridėtinės vertės vaistai, teriparatidas, infliksimabas, metforminas.

TURINYS

I SESIJA. VARIA.....	3
1.1. Pirmų 30 dienų mirtingumo ir komplikacijų prognostiniai faktoriai po artimojo šlaunikaulio galo lūžių operacinio gydymo	3
1.2. Dubens kaulų trapumo lūžiai: ryšys su osteoporoze, gydymo taktika, ankstyvieji rezultatai	5
1.3. Dubens kaulų osteoporotinių lūžių pseudoartrozių gydymas	7
1.4. Kokcigodinija: diagnostika ir gydymas	8
II SESIJA. AO TRAUMA SIMPOZIUMAS: KOMPLEKSINIAI KELIO SĄNARIO SRITIES SUŽALOJIMAI.....	10
2.1. Management of Pediatric Anterior Cruciate Ligament Injuries	10
III SESIJA. AO RECON SIMPOZIUMAS: PERIPROTETINIAI LŪŽIAI KLUBO IR KELIO SRITYJE	12
3.1. Totalinis šlaunikaulio endoprotezavimo: klinikinis atvejis	12
IV PARALELINĖ SESIJA. SEA ENDOPROTEZAVIMO AKTUALIJOS	14
4.1. Mokymosi kreivės reikšmė rezultatams implantuojant VLK perkamus mechaninio tvirtinimo endoprotezus Lietuvoje	14
4.2. Ar chirurginio pjūvio pasirinkimas turi įtakos kojų ilgio skirtumui po klubo sąnario endoprotezavimo? Dviejų Vilniaus ligoninių tyrimas	15
4.3. Statinės pusiausvyros metodo taikymo poveikis asmenų, po vienkondilio kelio sąnario endoprotezavimo, judesių amplitudėms, raumenų jėgai ir mobilumui.....	17
4.4. Standartinių ir pakeltą kraštą (lūpą) turinčių polietileninių intarpų palyginimas pagal revizijų dažnį mechaninio tvirtinimo endoprotezavimo sistemose. 2011-2023m. LSER duomenys	19
4.5. Stacionarinės ir ambulatorinės reabilitacijos efektyvumo įvertinimas po klubo ir kelio endoprotezavimo operacijų	21
4.6. Šlaunikaulio interimplantinio lūžio operacinio gydymo artimieji rezultatai LSMUL KK Ortopedijos traumatologijos klinikoje	24

4.7. Šlaunikaulio periprotezinių lūžių, po kelio sąnario endoprotezavimo, operacinio gydymo artimieji rezultatai LSMUL KK Ortopedijos traumatologijos klinikoje	26
4.8. Periprostetinių šlaunikaulio lūžių pirminių bei pakartotinių operacijų LSMUL Kauno klinikoje 2019-2023m. analizė.....	28
4.9. Klubo endoprotezo šlaunikaulio stiebo ašies varus deformacija: anatominių ir operacinių rizikos veiksnių analizė	30
4.10. Skirtingų Traneksamo rūgšties skyrimo algoritmų palyginimas ir jų efektyvumas mažinant kraujo netekimą kelio ir klubo sąnarių endoprotezavimo operacijose	32
4.11. Šlaunikaulio periprotezinių lūžių, po klubo sąnario endoprotezavimo, operacinio gydymo artimieji rezultatai LSMUL KK Ortopedijos traumatologijos klinikoje	34
4.12. Atsiktinių imčių kontroliuojamasis tyrimas: Skirtingų rutininių traneksamo rūgšties skyrimo algoritmų įtaka paciento kraujo netekimui dėl planinės klubo sąnario endoprotezavimo operacijos	36

IV PARALELINĖ SESIJA. SLAUGYTOJŲ SESIJA39

4.1. Komplikacijų valdymas po traumų ir operacijų: ką turi žinoti slaugytojas apie pragulas?	39
4.2. Pooperacinis delyras: slaugytojo vaidmuo prevencijoje ir valdyme	41
4.3. Slaugytojų profesinis perdegimas.....	42

V SESIJA. PĖDA IR ČIURNA45

5.1. Mid-term clinical and radiological results after severe hallux valgus surgery	45
5.2. Outcome following tibiofibular syndesmosis injury fixation	46

VI SESIJA. REKONSTRUKCIJA APATINĖJE GALŪNĖJE48

6.1. Ischiofemoralinis ankštumas: diagnostika, gydymas ir klinikinio atvejo pristatymas	48
6.2. A Randomized Controlled Trial to Evaluate the Effectiveness of Fibrin Clot Augmentation during Meniscus Repair in Children	50
6.3. Pirmoji patirtis gydant kelio kremzlių defektus panaudojant išmaniąsias membranas.....	52

6.4. Vidinio menisko ekstruzijos ir degeneracijos vaidmuo osteoartrozės vystymesi pelės modeliuose.....	53
6.5. Šlaunikaulio rotacinė osteotomija gydant FAI	56
6.6. Klubų displazijų gydymas PAO	57
6.7. Kaulų ir minkštųjų audinių piktybinių navikų valdymas: ką turi žinoti ortopedas traumatologas?	58

7 SESIJA. REKONSTRUKCIJA VIRŠUTINĖJE GALŪNĖJE: PEČIAI-ALKŪNĖ-RIEŠAS.....61

7.1. Ankstyvieji gydymo rezultatai po peties reversinio endoprotezavimo dėl žastikaulio proksimalinio galo lūžio	61
7.2. Laivėlio lūžiai – diagnostiniai ir gydymo iššūkiai.....	62
7.3. Riešo perilunariniai išnirimai.....	63

8 SESIJA. VARIA65

8.1. Radikali chirurginė operacija gydant aneurizmines bei vienkamerines žastikaulio cistas vaikams (klinikiniai atvejai)	65
8.2. Žaizdų komplikacijos po didelės apimties ortopedinių operacijų: rizikos veiksnių apžvalga.....	66
8.3. Komplikuoti stipinkaulio galvos/kaklo lūžių osteosintezės atvejai vaikams	68
8.4. Mentės atloša: neurologija ar ortopedija?.....	70
8.5. Pėdos pirmo metatarsofalanginio sąnario artroskopinis gydymas....	71
8.6. Peties skausmas: ortopedija ar neurologija?	73
8.7. Šeivinio kanalo sindromas – ne tik nukarusi pėda.....	74
8.8. Management of lateral ankle sprains in adolescents.....	76
8.9. Stipininio nervo pažeidimai: taktikos klausimai.....	79
8.10. Bisfosfonatai ir augmentacija kalcio sulfato/hidroksiapatitu pagerina sraigto tvirtinimąsi tripiame kaule	81
8.11. Kelio sąnario artrozės gydymo algoritmai: klinikinių gydymo rekomendacijų sisteminė literatūros apžvalga	83
8.12. Aukšto intensyvumo lazerio terapijos efektyvumas sąnarių ir minkštųjų audinių pažeidimams	85
8.13. Infekcija po osteosintezės - mažos ir didelės kinetinės energijos sukeltų lūžių gydymo palyginimas	86
8.14. Pridėtinės vertės vaistai osteoartrozei gydyti.....	88

17-asis Lietuvos ortopedų traumatologų draugijos suvažiavimas


2025 m. balandžio 10–11 d.
Vilnius, Lietuva

Sudarytojas: Lietuvos ortopedų traumatologų draugija

ISBN 978-609-8343-01-4 (Elektroninis - PDF)

Leidėjas: Eventas, UAB

2025



**17-ASIS
LIETUVOS
ORTOPEDŲ
TRAUMATOLOGŲ
DRAUGIJOS
SUVAŽIAVIMAS**

Tezių knyga

**2025 M. BALANDŽIO 10-11 D.
VILNIUS**