Ocena wyników leczenia złamań dalszego odcinka kości udowej

XXXIII Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego. Kraków 2000, Streszczenia, W44

Dariusz Palczewski, Marian Waniewski, Andrzej Mydlak.
Oddział Ortopedyczno-Urazowy Szpitala Wojewódzkiego w Siedlcach. Adres do korespondencji: Samodzielny Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Siedlcach, 08-110 Siedlce, ul. Poniatowskiego 26.

W pracy autorzy przedstawiają sposoby i wyniki leczenia 89 chorych w wieku od 18 do 92 lat (średnia 60 lat) ze złamaniami dalszego odcinka kości udowej, leczonych w Oddziale Ortopedyczno – Urazowym Szpitala Wojewódzkiego w Siedlcach w latach 1995 –1999. W podziale złamań oparto się na klasyfikacji AO Müllera. .
Chorzy ze złamaniami wieloodłamowymi (typ A3), ze względu na brak możliwości stabilnego mechanicznie zespolenia, zakwalifikowani zostali do leczenia nieoperacyjnego, za pomocą wyciągu bezpośredniego. Nastawienie kontrolowano radiologicznie w 1, 2, 5 dobie leczenia. Leczenie wyciągowe prowadzono przez okres 6-8 tygodni następnie po uzyskaniu pierwotnego zrostu kończynę unieruchamiano w gipsie biodrowym do 3 miesięcy. Po tym okresie rozpoczynano ćwiczenia rehabilitacyjne, jeżeli zrost na to pozwalał, w przypadkach wątpliwych przedłużano unieruchomienie na dalsze 6 tygodni. W przypadkach, gdy podczas leczenia wyciągowego w ciągu pierwszego tygodnia nie udało się uzyskać zadowalającego nastawienia, wykonywano jednoczasową repozycję w znieczuleniu przewodowym z transfiksją odłamów drutami Kirschnera, kończynę unieruchomiano w gipsie biodrowym, doleczanie prowadzono jak poprzednio. Łącznie leczyliśmy zachowawczo 50 chorych, w tym jednoczasową transfiksję wykonaliśmy u 8 chorych. Pozostali chorzy byli operowani w ciągu 7 dni od urazu . U 31 chorych

złamania zespolono płytą kątową L, u 6 chorych dokonano zespolenia domodelowaną płytą AO, u 2 chorych ze złamaniem izolowanym kłykci kości udowej (typ B2) zespolenia dokonano śrubami gąbczastymi AO. .

Ocenę wyników przeprowadzono na podstawie badania klinicznego oraz radiologicznego. Uzyskano wyniki dobre w grupie chorych operowanych, u których stabilne zespolenie pozwoliło na podjęcie wczesnego ruchu w stawie kolanowym, wyniki złe dotyczyły chorych leczonych zachowawczo, u których ze względu na powolny zrost konieczne było wydłużenie okresu unieruchomienia.