Zasady leczenia złamań dalszej części kości udowej

XXXIII Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego. Kraków 2000, Streszczenia, W41

P. J. Biliński
Katedra i Klinika Ortopedii i Traumatologii AM w Bydgoszczy.

Złamania dalszego końca kości udowej są zwykle wynikiem wypadków drogowych lub upadków z dużej wysokości. U osób starszych, ze zmianami osteoporotycznymi złamania te mogą wystąpić na skutek pozornie niegroźnego urazu. Konfiguracja złamania jest wynikiem działania dużych sił nacisku osiowego i rotacji. Złamania te w klasyfikacji AO dzieli się na trzy grupy, każda z trzema podgrupami: A – złamania nadkłykciowe, nie penetrujące do wewnątrz stawu kolanowego, B – złamania kłykci i C – złamania nadkłykciowe obejmujące staw. .

Leczenie złamań przynasady typu A. Leczenie zachowawcze stosuje się w przypadkach gdy ryzyko powikłań po operacji jest bardzo wysokie. U osób starszych nastawienie złamania umożliwiające częściową mobilizację jest bardziej korzystne niż dłuższe unieruchomienie pacjenta. Nie zaleca się stosowania opatrunku gipsowego. Stosuje się natomiast wyciąg szkieletowy za guzowatość piszczeli przy kolanie lekko zgiętym przez okres 8-10 tygodni. Leczenie operacyjne polega na zastosowaniu wstecznie, od strony stawu kolanowego wprowadzanych gwoździ śródszpikowych lub płyt kątowych. Zastosowanie gwoździ poprzez dół międzykłykciowy zapewnia wystarczającą stabilność umożliwiającą wczesną mobilizację chorego. Stosuje się także kątową dynamiczną śrubę kłykciową. Niektóre złamania wymagają zastosowania przeszczepów kości. Stabilizatory zewnętrzne stosuje się w przypadkach złamań otwartych i u pacjentów z wieloma obrażeniami. .

Złamania nasady dalszej typu B. W tych przypadkach rzadko stosuje się leczenie zachowawcze. Leczenie operacyjne polega

na repozycji otwartej i stabilizacji przemieszczonego kłykcia uda z użyciem śrub gąbczastych zapewniających stosunkowo szybką mobilizację ruchową stawu kolanowego. **Złamania złożone nasady i przynasady kości udowej typu C.** Leczenie zachowawcze jest podobne jak w przypadku złamań typu A. Najlepsze wyniki uzyskuje się poprzez otwartą repozycję złamania uzupełnioną przeszczepem kostnym. Optymalną metodą stabilizacji złamania jest użycie sztywnej płyty kątowej lub kłykciowej płyty z wieloma otworami dla śrub gąbczastych i korowych. Zaleca się stosowanie stabilizatorów zewnętrznych zamiast wyciągu, szczególnie przy złamaniach otwartych. W przypadku złamań wieloodłamowych istotne jest uzyskanie prawidłowego zrostu części kłykciowej umożliwiające późniejsze wszczepienie protezy stawu kolanowego.