

## Ocena wyników leczenia złuszczeń nasady dalszej kości piszczelowej w materiale własnym

Daniel Szyjduk, Paweł Bilski

Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie

**Wstęp.** Złuszczenia nasady dalszej kości piszczelowej stosunkowo rzadko wymagają leczenia operacyjnego u pacjentów w wieku rozwojowym. Najczęściej występują u nastolatków, mogą prowadzić do poważnych powikłań spowodowanych przedwczesnym zarośnięciem chrząstki wzrostowej.

**Cel.** Retrospektywna ocena wyników leczenia pacjentów w wieku rozwojowym ze złuszczeniem nasady dalszej kości piszczelowej.

**Materiał metoda.** Opis wyników jednorodnej grupy chorych. Od stycznia 2021 do grudnia 2022 leczyliśmy operacyjnie 102 pacjentów ze złamaniami części dalszej podudzia. Złuszczenia nasady dalszej piszczeli typu II, III i IV poddano analizie, łącznie 53 pacjentów. Wiek w chwili leczenia od 6 do 16 lat, średnio 12, 20 dziewczynek (38%) i 33 chłopców (62%). Hospitalizacja trwała średnio 3 dni. Złamania zostały podzielone zgodnie z klasyfikacją Salter-Harris. Typ II – 22 pacjentów (41%), wśród których 7 złamań izolowanych, a 15 ze złamaniem kości strzałkowej. Typ III – 8 pacjentów (15%). Typ IV – 23 pacjentów (44%), wśród których 11 ze złamaniem izolowanym, 10 ze złamaniem kości strzałkowej, 1 kości skokowej i 1 trzonów kości podudzia. 2 pacjentów miało złamania zastarzałe, nierozpoznane w momencie urazu. U wszystkich pacjentów celem oceny złamania oprócz badania RTG wykonywano tomografię komputerową. W 49 przypadkach wykonano zamkniętą repozycję i stabilizację przy użyciu śrub kaniulowanych z podkładkami, a w 5 – przy użyciu drutów Kirschnera. Liczba śrub zależała od typu złamania. W zależności od złamań współistniejących do ich stabilizacji dodatkowo używano płyt LCP, prętów śródszpikowych lub drutów Kirschnera. Obligatoryjnie stosowano unieruchomienie gipsowe.

**Wyniki.** Po 4 tygodniach opatrunek gipsowy był wymieniany na ortezę typu Walker, która była stosowana przez kolejne 4 tygodnie. Materiał stabilizujący usuwano po uzyskaniu zrostu w RTG, średnio po 5,5 miesiąca. Większość pacjentów po usunięciu zespolenia miała pełną ruchomość stawu skokowego. Powikłania wystąpiły u 7,5% pacjentów. U jednego pacjenta wystąpiło utrudnione gojenie rany, u jednego pacjenta nie usunięto pierwotnie całego materiału zespalającego, u jednego wystąpił opóźniony zrost strzałki i u jednego pourazowa szpotawość stawu skokowego, co wymagało dodatkowego leczenia operacyjnego. Jeden pacjent zgłaszał dolegliwości bólowe przy przeciążaniu operowanej kończyny po usunięciu zespolenia (2%).

**Wnioski.** Leczenia przemieszczonych złamań Salter-Harris II, III i IV u dzieci powyżej 4 r.ż. powinno być operacyjne. W naszych rękach jest metodą skuteczną i dającą niewielki odsetek powikłań.