

INHALTSVERZEICHNIS

1. Unfallski VII - distaler Oberschenkel & proximaler Unterschenkel	1
1.1. allgemein	1
1.2. Radio	1
1.3. Klassen	1
1.4. Prinzipie	1
1.5. Offenes	1
1.6. Kompartment-Syndrom	1
1.7. Nagelkram	1
1.8. Schraubentypen	2
1.9. Knieprothese	2
1.10. AO und Schatzker	2
1.11. Bewegung	2
1.12. OP	2
1.13. Reha	2

1. UNFALLSKI VII - DISTALER OBERSCHENKEL & PROXIMALER UNTERSCHENKEL

1.1. allgemein.

- bei jungen Leuten: großes Trauma
- bei alten Leuten: schlechter Knochen
- ATLS: Fachübergreifendes Behandlungskonzept
- ABC immer wieder von vorne, weil die Trauma-menschen an den grundlegenden Sachen sterben
- bei alten Menschen & Bagateltrauma: kleinkalibriger alles

1.2. Radio.

- angrenzendes Gelenk in zwei Ebenen
- Frakturbereich mit beiden Gelenken
- besseres Bild: Aufnahme unter Zug → gute OP-Planung
- Angiografie sinnvoll

1.3. Klassen.

- A1: schräg metaphysär
- A3: komplex metaphysär
- B: Durch den Gelenkkopf (scherfrakturen)
- C: im Gelenk und weitergehend - gelenk zertrümmert
- Leutspruch: Aus C mach A, also mehrere OPs

1.4. Prinzipie.

- Damage-Control: strenge OP-Indikation bei Traumapatienten, OP ist ein großer Stress der nochmal obendrauf ist
- also z.B. externer Fixateur zuerst einmal und erst nach nachhaltiger Stabilisierung OP
- das Gegenteil wäre sofortige total care

1.5. Offenes.

- Vakuumverbände super
- auch bessere zugranulierung

1.6. Kompartment-Syndrom.

- Faziendruckmessung super
- ab gewissem Druck wird gespaltet
- Patient sagt: ..ich verliere das Gefühl..

1.7. Nagelkram.

- A: retrograder Nagel (kleinerer Hebel) → man fädelt das kleine Knochenstück zuerst auf
- A: minimalinvasive Plattenosteosynthese
- B: geschossene Reposition und percutane Verschraubung
- C: retrograde Nagelung oder Platte, aber zuerst muss irgendwie aus C A gemacht werden
- kleine unwichtige Stücke dürfen ruhig abstehen, wird zur Kalluswolke und wird resorbiert

1.8. **Schraubentypen.**

- Spongiosaschraube: dickes Gewinde
- Cortikalisschraube: hält an Seite und Gegenseite
- Winkelstabile Schrauben bekannt
- neue Systeme sind polyaxial, können in mehreren Winkeln eingeschraubt werden
- die Neuen platten stellen das so ruhig, daß es z.T. zu wenig Heilungsstimulus gibt
- man will daß der Kallus möglichst groß wird, neue Platten werden nach dieser Kenngröße entwickelt
- Plattennah heilt es generell langsamer, da Plattenfern mehr Stimulus vorhanden ist

1.9. **Knieprothese.**

- am besten operiert man so, daß die Leute bei (häufig folglich) notwendigwerdung einer Knie-TEP auch ordentlich operiert werden können, zu starke Fehlstellungen machen Probleme bei der Prothese

1.10. **AO und Schatzker.**

- Tibia-Klassifikationen
- Schatzker 1 ist wie B1 durch Valgusstress z.B., also Abbruch des Kopfes an der Fibulaseite (junge Leute)

- Schatzker II - wie I nur mit Trümmerbereich da Knochen schlecht, oder größeres Trauma (mehr begleitverletzungen)
- Schatzker III - nur noch Trümmer, aber Kopf noch drann, da der Knochen so morsch
- Schatzker ab IV: Medial
- Medial verletzt wesentlich schwieriger → viel Begleitschaden → Angio zur Sicherheit nötig
- Schatzker V: beides
- Schatzker VI: mit Metaphysenbruch → idR. Fixateur externe

1.11. **Bewegung.**

- frühe Mobilisation wichtig bei Kindern, sonst hinken die oder so

1.12. **OP.**

- minimalinvasive Platten werden mit Montageplatte Parallelgeführt eingeschoben
- durch die Montageplatte weiß man wo durch die Haut geschraubt werden muss

1.13. **Reha.**

- 15-20 Kilo belastung ist gut 6-10 Wochen
- Ergometer ist gut
- CPM-Schiene: Motorapparat der das Bein bewegt