



Rycina 4.9. Wadliwie uformowany kikut w przebiegu amputacji podudzia lewego z nieprawidłową długością kikuta kości strzałkowej w odniesieniu do kikuta kości piszczelowej, nadmiernym przyparciem przedniej ściany kikuta kostnego do skóry oraz zbyt obszernym (za długim) kikutem miękkotkankowym, a także brakiem kąta Farabeufe'a dystalnego końca kikuta kości piszczelowej: **a** – rentgenogram w projekcji przednio-tylnej (a-p); **b** – rentgenogram w projekcji bocznej (l).

Źródło: materiał Institut Robert Merle d'Aubigné, Valenton, Francja.

- owrzodzenia kikuta naczyniowe i infekcyjne (większe zagrożenie u chorych na cukrzycę i miażdżycę zaroślową tętnic);
- kontaktowe zapalenia skóry;
- miejscowe odczyny alergiczne;
- czyraczność skóry;
- bliznowce i nerwiaki;
- torbiele naskórkowe;
- złamania kikuta kostnego wymagające leczenia operacyjnego;
- złamania kości sąsiadujących z kikutem amputowanej kończyny wymagające leczenia operacyjnego;
- wyrośla chrzęstno-kostne kikuta kostnego;
- skostnienia pozaszkieletowe;
- nieprawidłowe uformowanie kikuta kostnego, w tym min. z dysproporcją długości kikuta kości strzałkowej w odniesieniu do długości kikuta kości piszczelowej oraz wadliwie chirurgicznie opracowaną powierzchnią ranną (obciążania) kikuta kostnego;
- uformowanie zbyt krótkiego kikuta jako wyniku nieprawidłowego doboru poziomu amputacji kończyny, co zdecydowanie utrudnia lub wyklucza jego zaoprotezowanie. Zbyt krótki kikut podudzia (ryc. 4.17) skutkuje krótkim ramieniem dźwigni jego działania, co w czasie chodu nasila wzajemne oddziaływanie sił między kikutem a lejmem protezy. Taki stan rzeczy odbija się niekorzystnie na stereotypie chodu, zwłaszcza po



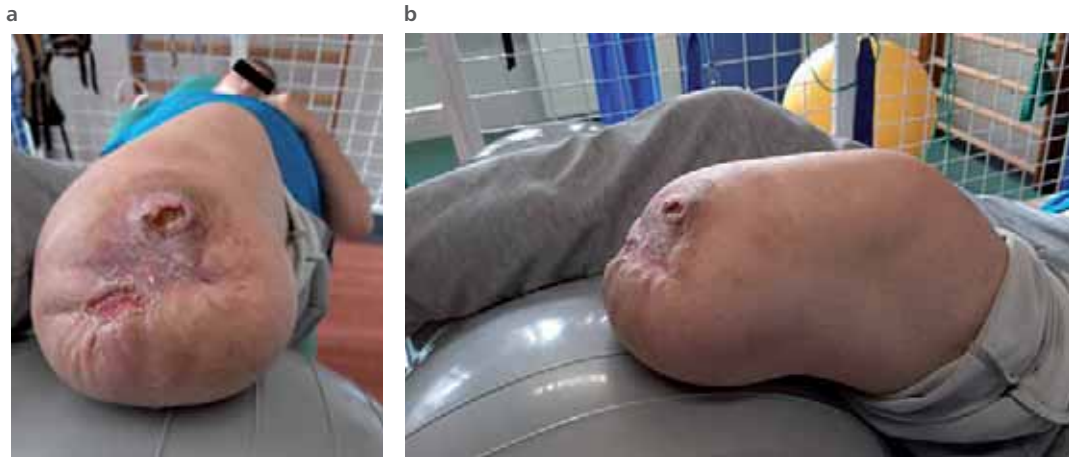
Rycina 4.10. Rozejście się rany operacyjnej w mechanizmie nieprawidłowo uformowanego kikuta skórno-powięziowo-mięśniowego uda prawego oraz wczesnych powikłań infekcyjnych po amputacji ze wskazań urazowych – widok od strony powierzchni obciążania kikuta.

Źródło: materiał własny.



Rycina 4.11. Wylonienie kikuta kostnego w mechanizmie wadliwie uformowanego kikuta skórno-powięziowo-mięśniowego i kikuta kostnego uda prawego po amputacji ze wskazań naczyniowych – widok od strony powierzchni obciążania kikuta.

Źródło: materiał własny.



Rycina 4.12. Przewlekłe owrzodzenie kikuta skórno-powięziowo-mięśniowego goleni lewej w mechanizmie wadliwie uformowanego kikuta kostnego i skórno-powięziowo-mięśniowego oraz zmian troficznych: **a** – widok od strony powierzchni obciążania kikuta; **b** – widok od strony bocznej.

Źródło: materiał własny.



Rycina 4.13. Rekonstrukcja kikuta kostnego po amputacji podudzia lewego ze wskazań nowotworowych w celu jego wydłużenia i przygotowania do funkcji podporowej oraz późniejszego zaprotezowania z wykorzystaniem autogenego przeszczepu kości pobranego z dystalnej części amputowanej kończyny z jego stabilizacją śrubami: **a** – rentgenogram w projekcji przednio-tylnej (a-p); **b** – rentgenogram w projekcji bocznej (l).

Źródło: materiał Institut Robert Merle d'Aubigné, Valenton, Francja.



Rycina 4.14. Amputacja urazowa podudzia prawego powikłana złamaniem nadkłykciowym kości udowej leczonym operacyjnie ze stabilizacją odłamów kostnych płytą LCP, nadmierne przyparcie szczytu kikuta kostnego do powierzchni obciążania kikuta miękkotkankowego: **a** – rentgenogram w projekcji przednio-tylnej (a-p); **b** – rentgenogram w projekcji bocznej (l).

Źródło: materiał Institut Robert Merle d'Aubigné, Valenton, Francja.