

## РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВНІ ОПЕРАЦІЇ ПРИ НАСЛІДКАХ ПЕРЕЛОМІВ П'ЯТКОВОЇ КІСТКИ

Лікування наслідків переломів п'яткової кістки (НППК) є одним із актуальних питань ортопедії та травматології. Запропоновано ряд методик реконструктивних оперативних втручань з приводу даної патології серед яких найбільш вживаним є підтаранний артродез. Проте, незважаючи на достатній рівень висвітлення даної проблематики, як у вітчизняній так і зарубіжній літературі, серед більшості практикуючих лікарів продовжує існувати відсутність чіткого структурного розуміння даної патології, а звідси і обґрунтованого хірургічного лікування.

### МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Матеріалом для роботи стали результати спостереження у 73 пацієнтів із НКППК (86 стопи), які лікувались у клініці ДУ "ІТО НАМН України". Використання даних з історій хвороби проведене з урахуванням вимог комітету з біоетики ДУ "ІТО НАМН України". Оцінка результатів лікування пацієнтів із НКППК проведена в усіх випадках в строки 12 місяців після операції або початку лікування, з них у 48 випадках віддалені результати простежені до 18–96 місяців.

Аналізували такі показники: рівень больового синдрому (ВАШ), динаміку змін ТМК та розгинання стопи, наявність та строки кісткового зрощення, функцію стопи (AOFAS). За відомою методикою з використанням локальних блокад з анестетиком деталізували джерело больового синдрому в ЗВС. Отримані дані та результати вимірювань заносили в електронні таблиці, розраховували описову статистику (середнє, стандартна помилка). Суттєвість відмінностей визначали за допомогою парного двовибіркового t-тесту для середніх.

Методика КППА передбачала ряд моментів: резекцію бічної стінки п'яткової кістки (ПК) для ліквідації латерального імпінджменту та теноперонеального стенозу; низведення задньої частини ПК та встановлення її в нейтральному положенні; кісткова аутопластика для заповнення дефекту після резекції суглобових поверхонь, збільшення висоти заднього відділу та нормалізації ТМК; корекцію положення уламків ПК при їх незрощенні із значною варусною деформацією.

### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати лікування вивчали по трьом групам пацієнтів згідно використаної лікувальної тактики: КППА, корегувальна остеотомія за F.Dwyer, інші оперативні втручання (без необхідності корекції геометрії стопи).

В усіх випадках невірно зрощені переломи ПК проявлялись однотипною деформацією, яка характеризувалась зменшенням висоти заднього відділу стопи (ЗВС), зменшенням розгинання, булавоподібним розширенням п'яткової ділянки. Рентгенологічно найхарактернішим було розгинальне положення таранної кістки та пов'язане з цим плюсове значення ТМК. Основною скаргою пацієнтів із НКППК був біль у ЗВС. Локалізація болю залежала від особливостей патологічних змін і допомагала визначитись із методикою лікування.

Серед хворих, котрим був виконаний підтаранний артродез (48 пацієнтів) кісткове зрощення на рівні таранно-п'яткового зчленування у 41 випадку настало в строки 8 тижнів (наприкінці іммобілізації), сповільнене зрощення відмічене у семи випадках, що подовжило строки іммобілізації у гіпсовій пов'язці для навантаження. Випадків незрощення не зареєстровано. Функція стопи в балах (AOFAS) до оперативного лікування складала  $63 (\pm 2)$  в післяопераційному періоді  $84 (\pm 2)$ . У дев'яти пацієнтів (строки спостереження від 38 до 96 місяців) відмічалось погіршення функції стопи в середньому на 10 балів за рахунок появи або посилення больового синдрому, що було пов'язано з розвитком деформуючого артрозу таранно-човноподібного суглоба.

У шістнадцяти випадках виражена варусна деформація ПК обумовила необхідність корегувальної остеотомії за F.Dwyer. У цих пацієнтів ведучим симптомом до операції виступала бічна нестійкість. В результаті втручання явища бічної нестійкості були ліквідовані в усіх випадках. Зрощення по лінії остеотомії наставало в строки 5–6 тижнів після операції.

У дев'яти випадках біль був викликаний стенозом теноперонеального каналу, що диктувало необхідність його декомпресії. Показанням до декомпресії теноперонеального каналу, крім ло-

калізації больового синдрому та позитивної реакції на блокаду, були об'єктивні дані, отримані за допомогою додаткових методик обстеження (КТ, МРТ). У цих пацієнтів не спостерігали явних змін в анатомії ЗВС та скіалогічній картині.

## ЗАКЛЮЧЕННЯ

Таким чином, статистична обробка результатів підтвердила ефективність застосованого підходу до діагностики та лікування хворих із наслідками переломів п'яткової кістки.

Показання до виконання підтаранного артрорезу: больовий синдром у ЗВС, обумовлений деформуючим артрозом підтаранного суглоба

та латеральним імпінджментом, що порушує статико-динамічну функцію стопи і стійкий до консервативного лікування. Методика КППА забезпечує корекцію патологічно збільшеного ТМК, декомпресію латеральної зони та усунення анатомічних умов для латерального імпінджменту. Через ці обставини кісткова пластика при виконанні підтаранного артрорезу у пацієнтів із НКППК обов'язкова.

Для диференційної діагностики больового синдрому та визначені тактики оперативного втручання ефективною є блокада з анестетиком.