

в срок 3 месяца после операции произошел перелом позиционного винта.

Оценка результатов использования динамической фиксации при хирургическом лечении надсиндесмозных переломов лодыжек с применением напряженных петель и оригинальной наkostной пластины с угловой стабильностью винтов продемонстрировала, что данный способ лечения позволяет выполнить анатомическую репозицию и надежную фиксацию поврежденных структур, обеспечивает возможность проведения ранней реабилитации, не требует проведения дополнительного этапного хирургического лечения, минимизирует количество осложнений в послеоперационном периоде, является более экономически эффективным в связи с сокращением сроков нетрудоспособности.

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ЗАКРИТИМИ ПЕРЕЛОМАМИ П'ЯТОЧНОЇ КІСТКИ

Коструб О.О., Заєць В.Б., Блонський Р.І.

ДУ "ІТО АМН України", відділення спортивної та балетної травми, м. Київ

Актуальність. Переломи п'яточної кістки займають біля 2% від загальної кількості всіх переломів скелету та від 13% до 28,6% від переломів кісток стопи. 80% відсотків потерпілих складають чоловіки віком від 21 до 45 років. Основний механізм травмування - падіння з висоти на ноги (83% постраждалих). Найчастіше травма одностороння – 81,1%. Неліковані переломи п'яточної кістки ведуть до стійкої втрати працездатності та потребують у подальшому більш складних ортопедичних втручань. Застосування відкритої репозиції часто не може попередити розвиток посттравматичного артрозу підтаранного суглоба, що призводить до необхідності виконання підтаранного артродезу у віддаленому періоді.

Мета роботи: вдосконалити методику лікування хворих із закритими переломами п'яточної кістки.

Матеріали та методи. Було обстежено 12 пацієнтів чоловічої статі віком 37±5 років з переломом п'яточної кістки, давністю травми до 2 тижнів, які за класифікацією Sanders мали 2 (2В, 2С) та 3 (3А, 3В) тип пошкодження. Пацієнти були розподілені на дві групи: у першій групі хворих застосовувалась відкрита репозиція, при необхідності – кісткова пластика дефекту з фіксацією пластиною, число досліджуваних склало 5 чоловік; у другій групі хворих застосовувався апарат зовнішньої фіксації, в якому проводилась закрита репозиція під інтраопераційним рентгенівським контролем, число досліджуваних - 7 чоловік. Пацієнти обстежувались до оперативного втручання та через 4 місяці клінічно з використанням шкали AOFAS, Boyden, комп'ютерна томографія та рентгенографія. Клінічний діагноз встановлювався на основі типового анамнезу та даних об'єктивного дослідження. Для підтвердження та уточнення характеру перелому застосовувалась комп'ютерна томографія.

Висновки:

1. Застосування апарату зовнішньої фіксації в лікуванні пацієнтів з переломами п'яточної кістки дозволяє зменшити ятрогенну травматизацію м'яких тканин та скоротити час оперативного втручання, а також уникнути ряду ускладнень у ранньому післяопераційному періоді (нагноєння рани, нейротрофічні розлади).



2. У порівнянні двох груп не виявлено достовірно кращого результату при застосуванні відкритого методу остеосинтезу ($p \geq 0,5$).

3. Застосування апаратів зовнішньої фіксації в лікуванні пацієнтів з переломами п'яточної кістки є методом вибору при наявності протипоказів до відкритого остеосинтезу (інфекція місцевих тканин; супутня соматична патологія, яка посилює анестезіологічний ризик за розумні межі; декомпенсовані системні захворювання).

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ЗАСТАРІЛИМИ РОЗРИВАМИ АХІЛЛОВОГО СУХОЖИЛЛЯ

Коструб О.О., Заєць В.Б., Засаднюк І.А.

*ДУ "ІТО АМН України", відділення спортивної та балетної травми,
м. Київ*

Актуальність. Високі вимоги до функціонування сухожильно-м'язевого апарату призводять до швидкого діагностування та адекватного лікування Ахіллового сухожилля в спортсменів уже на етапі гострих розривів. Застарілі пошкодження, як правило, виявляються в людей, що займаються спортом на аматорському рівні й у ветеранів спорту, що вже мають дегенеративні зміни сухожилля.

Мета роботи: удосконалити методики лікування хворих із застарілими пошкодженнями Ахіллового сухожилля.

Матеріали та методи. Було обстежено 27 пацієнтів чоловічої статі, віком 35 ± 6 років, з пошкодженням Ахіллового сухожилля давністю від 4 до 6 тижнів, які за класифікацією Myerson мали 3 тип пошкодження. Пацієнти були розподілені на дві групи: у першій групі хворих застосовувалась пластика дефекту за допомогою сухожилка короткого маломілкового м'язу, число досліджуваних склало 15 чоловік; у другій групі хворі, якої мали виражений рубець (на товщину сухожилля), – застосовувалось «Z»- подібне вкорочення гіпертрофованого рубця без висічення останнього, число досліджуваних - 12 чоловік. Пацієнти обстежувались до оперативного втручання та через 5 місяців клінічно з використанням шкали AOFAS та Boyden, проводилась рентгенографія, доплерографія та МРТ обстеження. Клінічний діагноз встановлювався на основі типового анамнезу та даних об'єктивного дослідження. Більш інформативним з клінічних тестів виявився тест Матлеса, тест Томпсона в ряді випадків давав хибно-негативний результат.

Висновки:

1. Ультразвукове та магніторезонансне дослідження дозволяють об'єктивізувати діагноз застарілого розриву Ахіллового сухожилля та визначитися з вибором методики лікування (виміряти величину діастазу між кінцями, стан паратенона, розміри та локалізацію рубця, функцію сухожилка та триголового м'яза литки в режимі реального часу).

2. Оперативне лікування застарілих ушкоджень Ахіллового сухожилля є ефективним способом відновлення структури та функції сухожилля. Для забезпечення повноцінного анатомо-функціонального результату лікування повинен застосовуватись диференційований підхід до вибору методики відновлення сухожилля, що ґрунтується на повноцінному передопераційному обстеженні пацієнта.

3. Консервативне лікування застарілих пошкоджень рекомендовано застосовувати лише при наявності протипоказів до оперативного відновлення.