



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  $35 \pm 6$  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.

(Протипоказами до будь-якого оперативного відновлення Ахіллового сухожилля є: інфекція місцевих тканин; супутня соматична патологія, яка посилює анестезіологічний ризик за розумні межі; декомпенсовані системні захворювання (ревматоїдний поліартрит, склеродермія тощо); старечий вік).

## **ЗАСТОСУВАННЯ БЛОКУЮЧОГО ІНТРАМЕДУЛЯРНОГО МЕТАЛООСТЕОСИНТЕЗУ ПРИ ЛІКУВАННІ ОСЬОВИХ ДЕФОРМАЦІЙ НИЖНІХ КІНЦІВОК У ХВОРИХ НА ФОСФАТ-ДІАБЕТ**

**Крись-Пугач А.П., Гук Ю.М., Марциняк С.М., Кінча-Поліщук Т.А., Зима А.М.**

**ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», м. Київ**

Незважаючи на велику кількість та різноманіття сучасних теоретичних та практичних поглядів на розвиток і лікування деформацій кісток при вітамін-Д-резистентному рахіті (фосфат-діабеті, ФД), залишаються незадовільними результати хірургічного лікування багатоплощинних деформацій кінцівок у цієї категорії хворих. Багатоплощинність деформацій, схильність їх до рецидиву, відставання хворих у рості на фоні серйозних порушень фосфатного балансу та метаболізму кісткової тканини ставлять перед ортопедами складне завдання, спрямоване на покращення якості життя в цієї категорії хворих шляхом корекції осі кінцівок, запобігання рецидивам та профілактику вторинних змін у суглобах. Розвиток сучасних технологій дозволяє, у певній мірі, сподіватись на отримання стійких позитивних результатів ортопедичного лікування даного контингенту хворих.

На базі клініки травматології та ортопедії дитячого віку ДУ «ІТО НАМНУ» з 2009 по 2014 роки проліковано 39 пацієнтів з ФД у віці від 9 до 26 років з різноплощинними деформаціями нижніх кінцівок, що в значній мірі порушували функцію ходи та біомеханіку. Комплекс консервативного та оперативного лікування розпочато в усіх пацієнтів, на сьогоднішній день завершили оперативне лікування та продовжують консервативну патогенетично-замісну терапію 14 пацієнтів.

У процесі підготовки до оперативних втручань, з метою медикаментозної корекції структурно-функціонального стану кісткової тканини як до операції, так і після, хворим проводилось комплексне клініко-рентген-лабораторне обстеження. Визначали показники крові та сечі (кальцій іонізований, фосфор крові, кальцій загальний, кальцидіол, кальцитріол, паратгормон інтактний, остеокальцин, кальцій сечі (добовий), фосфор сечі (добовий), P1NP, В-СТх), а також генетичні дослідження (VDR, COL1)), рентген-денситометрію та рентгенографію (в т.ч. панорамну) кісток.

З метою корекції деформацій нижніх кінцівок у 14 пацієнтів нами було усунуто багатоплощинну деформацію кожного з чотирьох сегментів нижніх кінцівок із застосуванням блокуючого інтрамедулярного остеосинтезу. Усього виконано 56 оперативних втручань. У 34 випадках використовувались подвійні сегментарні остеотомії з метою одночасної корекції багатоплощинної деформації. Фіксація проводилась інтрамедулярним блокуючим стержнем, який давав змогу стабільно зафіксувати кінцівку після оперативного втручання, у пацієнтів, що не завершили ріст – застосовувались «ростучі» стержні.