

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00356&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00356. Переломи стопи

Автор: Jukka Ristiniemi

Редактор оригінального тексту: Martti Teikari

Дата останнього оновлення: 2017-05-11

Перелом пальця стопи

- Лікування полягає у носінні міцного взуття протягом 1–4 тижнів з фіксацією травмованого пальця до сусіднього.
- Пацієнту слід виписати листок непрацездатності на 1–4 тижні в залежності від роду діяльності.
- Якщо зміщення перелома перевищує діаметр самої кістки або якщо суглоб вивихнутий, перелом слід вправити під регіонарною анестезією, після чого здійснюється іммобілізація як зазначено вище.
- Переломи проксимальної фаланги великого пальця стопи, так само, як і проксимального міжфалангового (ПМФ) суглоба або першого плесно-фалангового (ПФ) суглоба, потребують обережної, часто хірургічної, репозиції.

Переломи плеснових кісток

- Поодинокі переломи лікують за допомогою підтримуючої пов'язки у поєднанні з помірним ваговим навантаженням, згідно із переносимістю, протягом декількох тижнів.
- Лікування переломів декількох плеснових кісток без зміщення полягає у накладанні гіпсової пов'язки на 3–4 тижні. Однак, при переломі зі зміщенням необхідна відкрита репозиція та фіксація спицями Кіршнера з накладанням гіпсової пов'язки на 4–6 тижнів.

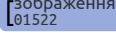
- Перелом основи п'ятої плеснової кістки (відрив сухожилля короткого маломілкового м'яза) добре лікується накладанням клейкої або гіпсової пов'язки протягом 4–6 тижнів у поєднанні з помірним ваговим навантаженням (запобігання надмірного навантаження на гомілковостопний суглоб). Хірургічне втручання показане, якщо перелом знаходиться у проксимальному метафізі (перелом Джонса) та формує діастаз більше 2–3 мм.

Перелом заплесно-плеснового суглоба (суглоб Лісфранка)

- Діагноз часто пропускають. Слід завжди підозрювати у разі вираженої болючості та набряку стопи.
- Різні механізми травми: вступання у яму під час ходьби, натискання на педаль гальма під час аварійного зіткнення, наступання іншим гравцем на стопу під час гри у футбол, випадкове падіння
- При візуалізаційному обстеженні травм середини стопи за допомогою звичайної рентгенографії необхідно використовувати три проекції: передньо-задню (ПЗ), косу та латеральну. У сучасній клінічній практиці всі значні переломи середини стопи підтверджуються за допомогою КТ.
- Первинне місце розташування травми — основа 2 плеснової кістки (2 заплесно-плесновий суглоб), що часто зміщується дорсально та латерально. Основа піднімається вгору, що викликає відривний перелом, простір між 1 та 2 плесновими кістками розширюється.
- Лікування полягає у хірургічному відновленні. Імобілізація гіпсовою пов'язкою з помірним ваговим навантаженням призначається на 6 тижнів.

Вивих поперечного суглоба заплесна (суглоб Шопара)

- Слід завжди підозрювати у разі незвичної болючості та набряку стопи.
- Можливе спонтанне вправлення, в цьому випадку зміни на рентгенограмі мінімальні.

- Радіологічні дані, що вказують на перелом, включають наявність кісткових відламків, отриманих внаслідок відриву або стиснення, з латерального або медіального боків суглоба (рисунок  [Chopart's fracture-dislo...]). КТ зараз є рутинним дослідженням.
- Лікування часто полягає у хірургічній фіксації, після чого накладається гіпсова пов'язка на 6–8 тижнів.
- На практиці всі переломи човноподібної кістки потребують оцінки фахівцем. Перелом потребує обережної репозиції, також слід пам'ятати про ризик аваскулярного некрозу.

Таранна (надп'яtkова) кістка

- Консультація ортопеда та КТ завжди виправдані при переломах таранної кістки.
- Рання репозиція та металоостеосинтез гвинтами, особливо при переломах з вивихом, а також всіх переломах шийки та тіла таранної кістки зі зміщенням, навіть якщо зміщення мінімальне.
- Велика частина поверхні таранної кістки належить суглобовій поверхні, і, отже, кровопостачання кістки є досить скромним. У зв'язку з цим кісткове зрощення відбувається повільно, і є значний ризик аваскулярного некрозу тіла таранної кістки.
- Час іммобілізації, а також обсяг дозволеного навантаження залежать від типу перелому; зазвичай це 8–16 тижнів. Клінічне спостереження слід продовжити до 6–12 місяців, та пацієнт має бути проінформований щодо можливих ускладнень.

П'яtkова кістка

- Часто викликається падінням з висоти та поширений серед чоловіків працездатного віку.
- Треба завжди пам'ятати про можливість поєднаних травм нижніх кінцівок і поперекового відділу хребта.
- Часто спостерігається поширений набряк та пухирі задньої частини стопи.
- Крім виконання рентгенографії, пацієнта слід направити на КТ та консультацію фахівця.
- Відривні переломи у верхній частині пяtkового горба представляють загрозу некроза шкіри, тому пацієнт повинен бути негайно направлений до фахівця.

- Як консервативне, так і подальше хірургічне лікування мають бути функціональними, гомілковостопний суглоб мобілізується одразу, але лише з частковим ваговим навантаженням допускається щонайменше на 6–12 тижнів.
 - В той же час, гіпсова пов'язка накладається пацієнтам, хворим на діабет, а також тим пацієнтам, які не здатні повною мірою сприяти лікуванню. Справжній відривний перелом у місці прикріплення ахіллового сухожилля також потребує гіпсової пов'язки.
- Загальний період одужання триває на практиці щонайменше 6 місяців, і кінцевий результат лікування можливо оцінити тільки через 1–2 роки.

Зображення

- [Зображення 01522](#). Chopart's fracture-dislocation in the foot.



Автори та власники авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00356 Ключ сортування: 018.038 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-05-11

Автор(и): Jukka Ristiniemi Редактор(и): Martti Teikari Seppo Honkonen
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian Lampe Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Surgery Traumatology

Ключові слова індексу

mesh: Casts, Surgical mesh: dislocated fracture mesh: hallux fracture mesh: calcaneal fracture
mesh: tarsal-metatarsal dislocation mesh: navicular fracture mesh: Hallux mesh: metatarsal V fracture
mesh: metatarsal fracture mesh: tarso-metatarsal fracture-dislocation mesh: toe fracture mesh: talar fracture Foot
Fracture icpc-2: L54 icpc-2: L74 icpc-2: L76 speciality: Surgery speciality: Traumatology