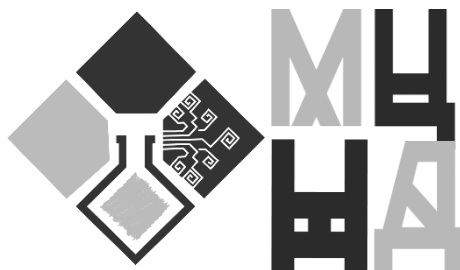


ЗБІРНИК НАУКОВИХ  
ПРАЦЬ З МАТЕРІАЛАМИ  
VII МІЖНАРОДНОЇ  
НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ



# НАУКОВІ ВІДКРИТТЯ ТА ФУНДАМЕНТАЛЬНІ НАУКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ: СВІТОВИЙ ДОСВІД

| 24 жовтня 2025 рік  
м. Житомир, Україна

Вінниця, Україна  
«UKRLOGOS Group»  
2025

ЕГОЦЕНТРОВАНА ПРИЗМА ЯК МОДЕЛЬ ОСОБИСТІСНОЇ САМОРЕГУЛЯЦІЇ ТА РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ Савінова О.М. ....	366
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ ТА НАСЛІДКІВ ГАЗЛАЙТИНГУ ЯК ФОРМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО НАСИЛЬСТВА Підвисоцька І.С. ....	371
ПСИХОЛОГІЧНА ЗРІЛІСТЬ ТА ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПРИВ'ЯЗАНОСТЕЙ У ЧОЛОВІКІВ СЕРЕДНЬОГО ВІКУ (45–60 РОКІВ) Хачина І.О. ....	375
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СХИЛЬНОСТІ ДО АБ'ЮЗИВНИХ СТОСУНКІВ Руденко І.Я. ....	377
ПСИХОЛОГІЧНІ ТРЕНІНГИ З ФОРМУВАННЯ ПОЗИТИВНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ЗОВНІШНОСТІ У ЗАКЛАДАХ ОСВІТИ Яценко К.П. ....	380
ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ СЕКСУАЛЬНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ У ЖІНОК З ТРИВОЖНИМ ТИПОМ ПРИВ'ЯЗАНОСТІ Морозюк І.І. ....	383
СІМЕЙНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ ЯК СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ ФЕНОМЕН Ковтонюк Т.А., Герасіна С.В. ....	387
СПЕЦИФІКА ОРГАНІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ РОБОТИ ІЗ ВІЙСЬКОВИМИ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ Букреева В.В. ....	397

## **СЕКЦІЯ XXII.**

### **МЕДИЧНІ НАУКИ ТА ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я**

БІОРОЗСМОКТУВАНІ МАГНІЄВІ ІМПЛАНТИ В ТРАВМАТОЛОГІЧНІЙ ХІРУРГІЇ Фадєєв О.Г., Логвіна А.А., Русіна А.М. ....	404
ВИЯВЛЕННЯ ХРОНІЧНОГО НЕАТРОФІЧНОГО ГАСТРИТУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ОСТЕОХОНДРОЗОМ Авраменко А.О., Кувшинова А.М. ....	409
КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ СИНДРОМУ ФЕЛАНА-МАКДЕРМІДА Ластівка І.В., Вишиван Д.Р., Головань А.Ю. ....	411
СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА СПИННОМОЗКОВУ ТА ЕПІДУРАЛЬНУ АНЕСТЕЗІЮ Гордієнко В.В., Лантухова Н.Д. ....	414
ТАРЗАЛЬНА КОАЛІЦІЯ: ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА Науково-дослідна група: Веснін В.В., Фадєєв О.Г., Коваленко Є.В., Андрюхіна С.А. ....	417

## ТАРЗАЛЬНА КОАЛІЦІЯ: ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА

### НАУКОВО-ДОСЛІДНА ГРУПА:

#### **Веснін Володимир Вікторович**

канд.мед.наук, доцент кафедри екстреної та невідкладної медичної допомоги,  
ортопедії травматології та протезування  
*Харківський національний медичний університет, Україна*

#### **Фадєєв Олег Геннадійович**

канд.мед.наук, доцент кафедри екстреної та невідкладної медичної допомоги,  
ортопедії травматології та протезування  
*Харківський національний медичний університет, Україна*

#### **Коваленко Єлизавета Валеріївна**

здобувач вищої освіти І-го медичного факультету  
*Харківський національний медичний університет, Україна*

#### **Андрюхіна Софія Андріївна**

здобувач вищої освіти І-го медичного факультету  
*Харківський національний медичний університет, Україна*

**Вступ.** Процес ембріональної сегментації стопи порушується при формуванні тарзальної коаліції — патологічного з'єднання між двома або більше тарзальними кістками, яке може бути фіброзним, хрящовим або кістковим. Захворювання часто має вроджений характер, частота в популяції варіює в широкому діапазоні (історично — від ~0,03% до кількох відсотків; в окремих серіях — до 13%), типи, що найчастіше зустрічаються — кальканеонавікулярна (calcaneonavicular, CNC) і талокальканеальна (talocalcaneal, TCC). Тарзальна коаліція зазвичай проявляється у дітей підліткового віку та молодих дорослих болем, обмеженням рухливості стопи, плоскостопістю та порушенням біомеханіки, іноді — рецидивними травмами.

**Мета.** Вивчити сучасні уявлення про патогенез тарзальної коаліції та порівняти доказові підходи до діагностики й лікувальної тактики (консервативної та оперативної), з акцентом на клінічні результати та фактори, що впливають на вибір лікування.

**Матеріали і методи.** Огляд літератури виконано за принципами доказової медицини: включено сучасні огляди, системні огляди, мета-аналізи та великі ретроспективні серії.

**Результати.** Тарзальна коаліція виникає внаслідок порушення сегментації під час ембріогенезу, що призводить до аномального з'єднання двох або більше тарзальних кісток. Залежно від тканинного складу коаліції вони бувають фіброзними, хрящовими або кістковими. Фіброзні та хрящові коаліції частіше зустрічаються у дітей, проте з віком і ростом вони можуть омінералізуватися та перетворюватися в кісткові, що призводить до обмеження рухливості підтаранного суглоба, підвищеного ризику вторинних деформацій стопи та виникнення хронічного болю [1]. Генетичні фактори грають певну роль: зареєстровані сімейні випадки, що свідчать про можливу спадкову схильність. Проте більшість авторів відзначають багатофакторний патогенез, який включає комбінований вплив генетичних, ембріональних та механічних чинників [1].

Клінічна картина характеризується класичною тріадою симптомів:

1. Біль у задній або зовнішній частині стопи, який посилюється при тривалому навантаженні, бігу, стрибках або обертанні стопи. Біль часто має тупий, тягучий характер, іноді супроводжується набряком [2].
2. Обмеження рухливості підтаранного (subtalar) суглоба, яке проявляється зменшенням амплітуди пронації та супінації стопи. Це призводить до неправильного розподілу навантаження, підвищує ризик виникнення плоскостопості та спричиняє порушення біомеханіки стопи [2,4].
3. Деформації стопи та рецидивуючі травми: часто спостерігаються плоскостопість при обертанні стопи, підвищена вразливість до вивихів або переломів, особливо у спортсменів підліткового віку. Симптоми зазвичай проявляються під час осифікації коаліції, що відбувається переважно у віці 10–16 років [2,3]. У більшості випадків початкові симптоми можуть бути слабо вираженими, тому захворювання іноді діагностується лише при розвитку вторинних деформацій або хронічного болю. Візуальні зміни стопи, такі як неправильний контур, плоскостопість або підвищена ригідність підтаранного суглоба, часто є першим сигналом для проведення додаткового обстеження [5].

Діагностика тарзальних коаліцій ґрунтується на характерних клінічних проявах, які були описані вище та за допомогою візуалізаційних методів. Менш показовим є застосування рентген діагностики у

передньо-задній, бічній та косій проекції з навантаженням, бо візуалізувати можливо тільки кісткові форми, але при цьому можуть визначатися певні характерні симптоми: «симптом мурахоїда» — видовжений передній відросток п'яtkової кістки, «С-симптом» — подібна безперервна кортикальна дуга від медіальної частини таранної кістки до нижньої частини опори таранної кістки, «симптом дзьоба» — виступ таранного суглоба навпроти верхнього краю талонавікулярного суглобу. Золотим стандартом для виявлення даної патології є комп'ютерна томографія (КТ). КТ дозволяє виявити тип коаліції (кісткова, хрящова чи фіброзна), розмір, залучення суглобів, виключити дегенеративні зміни, а також визначити оптимальний метод лікування [6,7].

Консервативне лікування пропонується як першочерговий етап і застосовується при слабо або помірно виражених симптомах, але воно здебільшого лише відтерміновує хірургічне втручання. Консервативне лікування включає призначення індивідуальних ортезів або гіпсових пов'язок метою іммобілізації стопи, застосування фізіотерапії, та місцевих ін'єкцій кортикостероїдів з метою зменшення запалення. Також існує думка, що застосування кортикостероїдів в ділянці патологічного з'єднання (якщо воно є фіброзним) викликає частковий лізис або розм'якшення сполучнотканинного мосту, що може полегшити симптоми і покращити мобільність стопи [6,7,8].

Якщо лікування консервативними методами є неефективним, при стійких симптомах, значному обмеженні активності чи ризику дегенеративних змін – застосовують хірургічне лікування. Золотим стандартом є відкрита резекція коаліції з інтерпозицією аутоотрансплантата жиру для запобігання рецидиву, якщо коаліція охоплює <50% суглобової поверхні та відсутній остеоартроз. Для кальканеонавікулярних коаліцій проста резекція ефективна, рідко потребує корекції деформацій; для талокальканеальних — часто поєднується з реконструкцією стопи (наприклад, подовженням латеральної колони, подвійною остеотомією п'яtkової кістки, медіальною остеотомією клиноподібної кістки при ригідній супінації передньої частини стопи, подовженням ахіллового сухожилля). Артродез (зрощення суглоба) застосовується для випадків з важким остеоартрозом, невдалими попередніми операціями чи >50% залученням суглоба. Артроскопічна резекція є альтернативою з низьким рівнем

ускладнень (4,8%), відсутністю рецидивів та можливістю додаткових внутрішньосуглобових процедур [5,6,7, 9].

**Висновки.** Тарзальна коаліція є досить рідкісним вродженим порушенням сегментації кісток, яке може завдавати значного дискомфорту у дітей та молодих людей. Сучасні уявлення про тарзальну коаліцію підкреслюють її багатофакторний патогенез та необхідність правильного підходу до діагностики, яка має базуватися на характерних клінічних проявах та підтверджуватися за допомогою КТ візуалізації – золотого стандарту. Консервативна тактика ефективна для тимчасового полегшення, але часто недостатня, особливо в активних пацієнтів, де хірургічна резекція з інтерпозицією забезпечує високий рівень успіху з низьким рівнем ускладнень. Артроскопічні методи є перспективною альтернативою відкритого втручання. Вибір тактики залежить від типу коаліції, деформацій та дегенеративних змін, з фокусом на збереженні рухливості та запобіганні рецидивам для покращення якості життя.

#### Список використаних джерел:

1. Guduri V, Dreyer MA. Talocalcaneal Coalition. [Updated 2024 Jan 30]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549853/>
2. Saxena A, Allen R, Wright A, Migliorini F, Maffulli N. Tarsal coalition resections: a long-term retrospective analysis of 97 resections in 78 patients. *J Orthop Surg Res.* 2022;17(1):458. Published 2022 Oct 17. doi:10.1186/s13018-022-03350-8
3. Polt M, Graf DA, Brunner S, et al. Outcomes of surgical management for tarsal coalitions: a systematic review. *Arch Orthop Trauma Surg.* 2023;143(12):6993-7008. doi:10.1007/s00402-023-04982-z
4. Addar A, Marwan Y, Algarni N, Algarni N, Berry GK, Benaroch T. Tarsal coalition: Systematic review of arthroscopic management. *Foot (Edinb).* 2021;49:101864. doi:10.1016/j.foot.2021.101864
5. Kothari A, Masquijo J. Surgical treatment of tarsal coalitions in children and adolescents. *EFORT Open Rev.* 2020;5(2):80-89. Published 2020 Feb 26. doi:10.1302/2058-5241.5.180106
6. Nazim Mehdi, Alessio Bernasconi, François Lintz, Tarsal coalition in adults, *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, Volume 110, Issue 1, Supplement, 2024, 103761, ISSN 1877-0568, <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2023.103761>.
7. Masquijo J, Turazza F. Tarsal Coalition: Surgical Management in the Young Athlete. *HSS J.* 2024;20(3):383-389. doi:10.1177/15563316241231791
8. Zide JR, Shivers C, Adair C, et al. The Efficacy of Intra-articular Subtalar Steroid Injection for Symptomatic Talocalcaneal Coalitions: A 30-Year Single Institution Experience. *J Pediatr Orthop.* 2022;42(5):e453-e458. doi:10.1097/BPO.0000000000002132
9. Abdullah Addar, Yousef Marwan, Nizar Algarni, Nabil Algarni, Gregory K. Berry, Thierry Benaroch, Tarsal coalition: Systematic review of arthroscopic management, *The Foot*, Volume 49, 2021, 101864, ISSN 0958-2592, <https://doi.org/10.1016/j.foot.2021.101864>.