

Клышевский С.П. Жуковский В.С.

ОПТИМАЛЬНЫЙ ВЫБОР СУХОЖИЛЬНОГО ШВА НА ОСНОВАНИИ АНАТОМИИ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ

Научный руководитель: ст. преп. Титова А.Д.

*Кафедра Травматологии и ортопедии с курсом повышения квалификации и переподготовки
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Актуальность. Повреждения ахиллова сухожилия относятся к числу наиболее распространенных травм опорно-двигательного аппарата, что связано с его анатомическим положением и ролью в биомеханике ходьбы и бега. Высокая частота полных разрывов, наблюдаемая среди лиц трудоспособного возраста, определяет актуальность проблемы выбора оптимального метода оперативного лечения. Особая клиническая сложность возникает при повреждениях «критической зоны» гиповаскуляризации ввиду ограниченного регенераторного потенциала и повышенного риска несостоятельности шва. Отсутствие единого подхода к выбору хирургического доступа и типа шва, подчеркивает важность анатомического обоснования для улучшения результатов лечения пациентов с различным уровнем физической активности.

Цель: исследование анатомических особенностей строения ахиллова сухожилия для лучшего выбора сухожильного шва и методики восстановления разрыва.

Материалы и методы. В исследование включены данные ретроспективного анализа 220 историй болезни пациентов, проходивших лечение в УЗ 6 ГКБ с 2024 по 2026 гг. по поводу полного разрыва ахиллова сухожилия. Проведен анализ протоколов операций (n=202), методов сухожильного шва (Кюнео, Краков и др.), хирургических доступов (открытые, мини-инвазивные), данных УЗИ и МРТ. Результаты макроскопического исследования 10 трупных материалов. Исследования контрольной группы (n=10) УЗИ-методом.

Результаты и их обсуждение. Анализ секционного материала выявил значительную вариабельность длины бессосудистой зоны ахиллова сухожилия: от 3,0 до 9,0 см (средняя 5,0 см). Эти данные подтверждаются клиническими наблюдениями: интраоперационная локализация разрывов варьировала от полного отрыва от пяточного бугра до повреждения на 8 см проксимальнее места инсерции. Наиболее часто разрыв локализовался на классическом уровне: 4 - 5 см от пяточного бугра, однако в 12% наблюдений на 6 - 8 см проксимальнее, в единичных случаях дистальнее (0–1,5 см). Это свидетельствует о том, что протяжённость зоны гиповаскуляризации крайне различна и индивидуальна.

В 202 операциях наиболее часто применялись швы по Кюнео (69%), по Кракову (13,7%) и методика «Ахилон» (5,5%). Мини-инвазивные доступы использованы в 54,6% случаев, открытые - в 42,3%. Повторные операции потребовались 22 пациентам (10,9%): в 17 случаях причиной была новая травма, в 2 - чрезмерная физическая нагрузка. При рецидивах предпочтения в выборе тактики операции переходили от мини-инвазивной техники к открытому доступу (94,1%) с использованием шва по Кракову или пластических методик.

Осложнения в виде гнойного ахилобурсита зафиксированы в 4 случаях (1,8%). В трёх из них первичное вмешательство выполнялось открытым S-образным доступом. Предоперационное УЗИ в 12 случаях позволило точно определить уровень и протяжённость повреждения, что напрямую повлияло на выбор тактики оперативного вмешательства.

Выводы. Учет индивидуальной длины аваскулярной зоны является критическим фактором при планировании оперативного лечения, так как определяет выбор хирургического доступа и оптимальной конфигурации сухожильного шва, способного обеспечить надежную фиксацию в условиях нарушенного кровоснабжения.

Полученные результаты доказывают необходимость предоперационного УЗИ для определения особенностей, точной локализации и протяженности зоны повреждения ахиллова сухожилия и обоснованного планирования тактики оперативного лечения с целью снижения риска повторных разрывов и послеоперационных осложнений.