

СУХОЖИЛЬНО–МЫШЕЧНАЯ ТРАНСПОЗИЦИЯ ПРИ НЕВРОПАТИИ МАЛОБЕРЦОВОГО НЕРВА

Литвинчик А.А., Федоров К. А., Хейлик С. М., Овчинников Е.В.
*ГУ 432 «Главный военный клинический медицинский центр вооруженных сил
Республики Беларусь», г. Минск, Беларусь*

Введение. На современном этапе развития реконструктивной травматологии актуальным остается вопрос невропатии малоберцового нерва. Данный постулат, в первую очередь, связан с ограничением жизненно важной функции – ходьбы.

Цель. Хотя в настоящее время активно развивается направление наружной программируемой стимуляции парализованных мышц, такой подход нельзя назвать идеальным. В таком случае на первое место выходят сухожильно–мышечные транспозиции.

Материалы и методы. В нашем наблюдении была использована методика *bridle*, модифицированная по разработанной нами схеме. Основные этапы сформированного метода явились: выделение сухожилия задней большеберцовой мышцы (СЗББМ), транспозицию его через межкостную мембрану на передний отдел стопы и фиксацией внутрикостно о промежуточной клиновидной кости, выделение сухожилий передней большеберцовой мышцы и сухожилия короткой малоберцовой мышцы с подшиванием о СЗББМ, тем самым формируя равномерную трехточечную фиксацию.

Результаты и обсуждение. По данной методике было пролечено 8 пациентов (4 женщины и 4 мужчины). По этиологии было выделено 5 случаев посттравматического генеза (4 — последствия перелома большеберцовой кости, 1 — колото–резаное ранение седалищного нерва с повреждением преимущественно малоберцовой порции) и 3 случая компрессионно–ишемического характера. Время обращения после выявления первых симптомов во всех случаях превышало 24 месяца. Клинические проявления выражались в вынужденной походке типа шаг, отсутствии тыльного сгибания и переката стопы, связанных с этими симптомами ограничениях в повседневной жизни. При электронейромиографии определялось грубое нарушение сенсомоторного проведения по малоберцовому нерву. В случае компрессионно–ишемической невропатии была предпринята попытка невролиза малоберцового нерва. В предоперационном периоде, на протяжении 1 месяца, для растяжения и увеличения силы большеберцовой мышцы пациентам назначались специальные упражнения. Все пациенты были прооперированы по разработанной нами методике. В послеоперационном периоде иммобилизация голеностопного сустава под углом 90 градусов на 1 месяц. После окончания срока иммобилизации начало реабилитации, направленной на разработку активных движений. Во всех случаях тыльное сгибание восстанавливалось в срок от 4 до 8 недель после операции. Наиболее

продолжительный послеоперационный период составил 2 года – пациенту необходимо время, чтобы вспомнить какая нога была прооперирована.

Выводы. Благодаря предложенному способу формирования трехточечной фиксации помимо восстановления функции разгибания в голеностопном суставе, обеспечивается высокая стабильность стопы, что является профилактикой ее деформации во фронтальной плоскости в послеоперационном периоде.