

Егорова А.В., Полторан Н.А.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТАРЗАЛЬНОЙ НЕВРОПАТИИ

Научные руководители: ст. преп. Титова А.Д.

Кафедра травматологии и ортопедии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Синдром тарзального канала остается одной из наиболее сложных в диагностике и лечении форм туннельных нейропатий нижних конечностей. Высокая распространенность заболевания среди лиц трудоспособного возраста, частые диагностические ошибки, приводящие к длительной гиподиагностике, а также отсутствие унифицированных подходов к инструментальной верификации компрессии большеберцового нерва и выбору тактики лечения определяют несомненную актуальность настоящего исследования.

Цель: выявить предпосылки к развитию синдрома тарзальной нейропатии большеберцового нерва, путем моделирования теносиновита сухожилий, расположенных за внутренней лодыжкой.

Материалы и методы. Базой исследования являлось УЗ «Городское клиническое патологоанатомическое бюро». В ходе работы проведена аутопсия 10 ампутированных конечностей (ампутации не связаны с заболеваниями голеностопного сустава). Проводился анализ анатомии тарзальных каналов, с детальным изучением всех проходящих структур и их взаиморасположения. Выполнена экспериментальная модель создания теносиновита сухожилия задней большеберцовой мышцы и сухожилия длинного сгибателя большого пальца стопы. Клиническая картина компрессии большеберцового нерва и тендинита сухожилия длинного сгибателя 1 пальца часто пересекается, что создает диагностические трудности и позволяет предполагать их патогенетическую связь.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования выявлена тесная связь сухожилия длинного сгибателя большого пальца стопы с расположенным над ним задним большеберцовым нервом. Во всех исследуемых тарзальных каналах выявлена отдельная перемычка, отграничивающая сухожилие задней большеберцовой мышцы. При моделировании теносиновита задней большеберцовой мышцы, оболочки сухожилия отграничены отдельной перемычкой и не раздражают структуры, находящиеся в канале, соответственно клиника данного теносиновита может лишь имитировать клинику синдрома тарзального канала. При моделировании теносиновита сухожилия длинного сгибателя большого пальца стопы оказывает раздражающее воздействие на оболочку заднего большеберцового нерва, что в условиях ограниченного пространства в тарзальном канале обуславливает клинику синдрома сдавления заднего большеберцового нерва. Это прямая демонстрация того, как патологический процесс в сухожилии длинного сгибателя 1 пальца может стать непосредственной механической причиной сдавления заднего большеберцового нерва. Утолщенное, отечное сухожилие при теносиновите занимают дополнительный объем в тарзальном канале. Поскольку канал является ригидным костно-фиброзным пространством, это приводит к сдавлению рядом расположенного заднего большеберцового нерва

Выводы. Теносиновит сухожилия длинного сгибателя большого пальца стопы может обуславливать клинику синдрома сдавления заднего большеберцового нерва.

Дисфункция сухожилия задней большеберцовой мышцы не изменяет общий объем тарзального канала так как отграничено отдельной соединительнотканной перемычкой на всем протяжении и не может сдавливать задний большеберцовый нерв, соответственно клиника данного теносиновита может лишь имитировать клинику синдрома тарзального канала, что приводит к ошибкам в диагностике и лечении.