

Клышевский С.П. Шестюк И.А.

РОЛЬ АНАТОМИИ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ ПРИ ВЫБОРЕ СУХОЖИЛЬНОГО ШВА

**Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Сивец А.Н.,
ст. преп. Титова А.Д.**

Кафедра военно-полевой хирургии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Повреждения ахиллова сухожилия относятся к одним из 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 высоким 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. При секционном исследовании длина бессосудистой зоны ахиллова сухожилия варьировала от 3,0 до 9,0 см (в среднем 5,0 см). Интраоперационно разрывы локализовались от места прикрепления до 8 см проксимальнее, преимущественно на уровне 4-5 см; в 12% случаев на 6-8 см, в единичных – дистальнее (0-1,5 см), что подтверждает индивидуальную изменчивость зоны гиповаскуляризации.

Среди 202 операций чаще всего выполняли швы по Кюнео (69%), по Кракову (13,7%) и «Ахилон» (5,5%). Мини-инвазивные доступы применялись в 54,6%, открытые в 42,3% случаев. Повторные операции потребовались 22 пациентам (10,9%), в 17 случаях из-за новой травмы, в 2 вследствие чрезмерной физической нагрузки. При рецидивах в 94,1% наблюдений предпочтение отдавалось переходу от мини-инвазивной техники к открытому доступу с использованием шва по Кракову или пластических методик.

Гнойный ахиллобурсит развился в 4 случаях (1,8%), причём в трёх из них первичным был открытый S-образный доступ. Предоперационное УЗИ в 12 случаях позволило точно оценить уровень и протяжённость повреждения, что оптимизировало выбор хирургической тактики.

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 надёжную 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.