

односторонней патологии тазобедренного сустава. Предлагаемую нами методику особенно рационально использовать при отсутствии торсионных деформаций проксимального отдела бедра, когда варизация шейки бедра осуществляется легко и быстро без мобилизации фрагментов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Axer A., Gershuni D.H., Hendel D., Mirovski Y., Indications for femoral osteotomy in Legg-Calve-Perthes disease. Clin Orthop 1980; 150:78-87
2. Louahem D., Assi C., Cottalorda J. Proximal femoral osteotomies in children. Orthop. and Traumat.: Surg. and Res. 2013; 171-186
3. Richard F. Santore, M.D., Stephen R. Kantor, M.D. Intertrochanteric femoral osteotomies for developmental and posttraumatic conditions. J. Bone Joint Surg 86-A. 2004; 2542-2553
4. Williams P., F.R.C.S., Caroline Stewart, Ph.D., Tanya Dawson, Ph.D., and Andrew Roberts, F.R.C.S. A comparison of the biomechanical effects of opening and closing wedge osteotomies in Perthes disease. J. Pediatr. Orthop B 2002; 11: 229-235
5. Соколовский О.А. Дисплазия тазобедренного сустава у подростков. - Минск, 2003.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ШВА АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ ПОД УЛЬТРАСОНОГРАФИЧЕСКИМ КОНТРОЛЕМ

Попок С.А.¹, Герасименко М.А.²

¹УЗ «6-я ГКБ г. Минска», Беларусь

²Белорусская академия последипломого образования, г. Минск

Введение. Разрывы ахиллова сухожилия являются частой травмой: его повреждения, среди всех разрывов сухожилий и мышц, составляет до 47%. По данным зарубежных авторов частота повреждений ахиллова сухожилия варьирует от 5,5 до 18 случаев на 100 тыс. населения в год.¹ Большая часть разрывов происходит во время занятий любительским спортом (до 70-90% случаев). Около 5% всех пострадавших составляют спортсмены – профессионалы.²

Для лечения свежих разрывов ахиллова сухожилия применяют различные методы. Консервативное лечение подразумевает иммобилизацию в эквинусном положении на период от 6 до 8 недель.³ Это исключает вероятность хирургических осложнений, однако может приводить к удлинению сухожилия с уменьшением силы икроножной мышцы и риском повторного разрыва до 20%.^{3,4} В большинстве исследований доказано, что оперативное лечение, значительно снижает риск повторного разрыва и позволяет в более короткие сроки возвратиться к привычному образу жизни.^{3,4} Однако, необходимо отметить, что открытое хирургическое вмешательство сопряжено с высоким риском осложнений (11-29%), особенно относительно заживления раны (некроз, инфекция, спаечный процесс и рубцевание). Чрескожный метод шва ахиллова сухожилия, описанный Ma & Griffith и Bradley & Tibone, позволяет избежать большей части недостатков открытого метода, но при этом качество восстановления сухожилия не гарантировано. По данным ряда авторов, применение эндоскопического контроля снижает частоту повторных разрывов

за счет более точной адаптации концов сухожилия.¹ С целью снижения количества осложнений рядом авторов были предложены методики, сочетающие чрескожный шов сухожилия с эхографическим контролем.^{5,6,7} Отмечается, что положение иглы в толще ахиллова сухожилия без УЗ-контроля оказывается корректной только в 55% случаев.⁵ Миниинвазивный способ шва с применением интраоперационного УЗ-контроля может позволить исключить повреждение n. suralis, минимизировать осложнения со стороны раны и обеспечить контроль репарации сухожилия.

Цель. Оценить возможности интраоперационного эхографического контроля при выполнении чрескожного шва ахиллова сухожилия при свежих его разрывах.

Методы исследования. В исследовании приняли участие 7 пациентов со свежим полным разрывом ахиллова сухожилия, проходивших лечение на базе 6-й городской клинической больницы г. Минска с июля 2015 года по февраль 2016 г. Средний возраст составил 42 года. Анамнез травмы: 3 пациента получили повреждение при занятии спортом (футбол, волейбол), 2 при подъеме по лестнице и 2 на фоне имеющейся тендопатии ахиллова сухожилия. Диагноз был верифицирован на основании анамнеза, жалоб, результатов клинического обследования и сонографического исследования. Критериями не включения в исследование являлись (1) разрыв сухожилия давностью более 2 недель, (2) открытое повреждение, (3) дистальная культя сухожилия менее 1 см от места инсерции. В данном исследовании при выполнении чрескожного шва придерживались традиционной методики, предложенной G.W.C. Ma и T.G. Griffith. Использовался портативный ультразвуковой аппарат с 5-13 МГц линейным датчиком аппарата GE Vivid-q. Сонографически на продольном и поперечном срезах определялись концы поврежденного сухожилия с увеличением диастаза между ними при дорзифлексии, при поперечном положении датчика визуализировалось место пересечения n. suralis с латеральным краем сухожилия.

Игла с двойной нитью ПГА чрескожно проводилась зигзагообразным способом в обоих концах сухожилия после чего через небольшой продольный разрез выводилась в зоне разрыва. Концы сухожилия сводились стягиванием нитей при помощи, контролируемой плантарной флексии. Проведение иглы через сухожилие осуществлялось под УЗ-контролем. Требовалось несколько попыток для нахождения оптимальной позиции иглы в толще сухожилия. Иммобилизация проводилась короткой гипсовой лонгетой в эквинусном положении стопы.

Результаты. За время наблюдения не было выявлено послеоперационных осложнений: раневой инфекции, нейропатий n. suralis и повторных разрывов сухожилия, время послеоперационной иммобилизации составило 6 недель.

Выводы. Несмотря на всю свою привлекательность, чрескожный шов не лишен целого ряда существенных недостатков: прошивание n. Suralis, меньшая прочность на разрыв, возможны сложности адаптации концов сухожилия, большая частота повторных разрывов в сравнении с открытыми методиками

оперативного лечения. Чрескожный способ шва с применением интраоперационной ультрасонографии путем визуализации прохождения иглы в толще сухожилия и контроля положения концов поврежденного сухожилия при завязывании нитей, может позволить исключить послеоперационный диастаз ахилла и повреждение n. suralis, тем самым минимизировать осложнения со стороны раны и исключить послеоперационную нейропатию. Послеоперационный УЗ-контроль репарации сухожилия в будущем позволит дифференцированно назначать реабилитационные мероприятия. Все это служит основанием для дальнейшего развития и совершенствования данного метода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Серeda, А.П. Хирургическое лечение разрывов ахиллова сухожилия: дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.15 / А.П. Серeda. – Москва, 2014. – 323 л.
2. Инструкция по применению диагностика лечение и реабилитация больных с разрывом ахиллова сухожилия: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 15.07.04. – Минск: Дикта, 2004. – 16 с.
3. Cetti R., Christiansen SE., Ejsted R., Jensen NM., Jorgensen U. Operative versus nonoperative treatment of Achilles tendon rupture: a prospective randomised study and review of the literature. // *Am J Sports Med.* - 1993. № 21. - P. 791-799
4. Carden DG., Noble J., Chalmers J., Lunn P., Ellis J. Rupture of the calcaneal tendon: the early and late management. // *J Bone Joint Surg Br.* - 1987. Vol. 69-B, № 3. - P. 416-420.
5. Soubeyrand M., Serra-Tosio G., Campagna R. Intraoperative ultrasonography during percutaneous Achilles tendon repair. // *Foot Ankle Int.* – 2010. Vol. 31, № 12. - P. 1069-74.
6. Giannetti S., Patricola AA., Stancati A., Santucci A. Intraoperative ultrasound assistance for percutaneous repair of the acute Achilles tendon rupture. // *Orthopedics.* – 2014. Vol. 37, № 12. - P. 820-824.
7. Blankstein A., Israeli A., Dudkiewicz I. Percutaneous Achilles tendon repair combined with real-time sonography. // *Isr Med Assoc J.* – 2007. Vol. 9, № 2. - P. 83-85.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНОСТЬЮ СУХОЖИЛИЯ ДЛИННОЙ ГОЛОВКИ БИЦЕПСА

Савчук А.В.¹, Даниленко О.А.¹, Макаревич Е.Р.²

¹Минская городская клиническая больница №6, Беларусь

²Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Цель. Изучение результатов консервативного лечения пациентов с нестабильностью сухожилия длинной головки бицепса пролеченных с применением разработанных подходов.

Актуальность. Плечевой сустав занимает одно из ведущих мест в локомоторной функции опорно-двигательного аппарата. Его повреждения составляют от 16 до 55% в структуре травматической патологии всех крупных суставов человеческого тела[1]. Основной контингент больных с повреждением ротаторно-бицепсального комплекса – это люди трудоспособного возраста с высокими запросами к качеству жизни и к функции плечевого сустава, что