

**ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ**

*Захидов У.М., Вафо Э.С.*

**Российский университет дружбы народов, кафедра травматологии и ортопедии, г. Москва**

**Актуальность исследования:** Увеличивающиеся количество больных с разрывами ахиллова сухожилия, среди которых преобладают лица трудоспособного возраста, отсутствие методов лечения с ранней эффективной реабилитацией, довольно высокий процент неудовлетворительных результатов при хирургическом и консервативном методах позволяют считать лечение пациентов с подкожными разрывами ахиллова сухожилия по-прежнему актуальным.

**Цель исследования:** Разработка принципиально нового метода реконструкции ахиллова сухожилия с использованием оригинальных эндопротезов на основании определения степени его деструкции.

**Материалы и методы исследования:** Анализ результатов лечения методом эндопротезирования ахиллова сухожилия основан на 30 проспективных наблюдениях. Из 30 пациентов у 8 был свежий разрыв, у 22 застарелый разрыв. Средний возраст больных составил: со свежими разрывами-42 года, в группе с застарелыми разрывами -44 года. Соотношение женщин и мужчин в первой группе составило 2 : 6, во второй – 2 : 20. Лучевая диагностика строилась на изучении стандартных рентгенограмм пяточной кости и сонографии. Изучение физико-механических характеристик фрагментов ахиллова сухожилия (АС) и опытных образцов для эндопротезирования сухожильно-связочного аппарата эндопротезов различных типов плетения из биологически совместимых полиэфирных нитей. Для объективизации результатов лечения был создан и смоделирован динамометр для определения силы мышц.

**Результаты исследования:** На основании сонографических признаков протяженности деструктивного участка была разработана рабочая классификация разрывов ахиллова сухожилия: **1 степень**- неполный разрыв ахиллова сухожилия с протяженностью деструктивного участка до 30 мм, повреждение менее 50,0% волокон при поперечной сонографии через каждые 10 мм. Диастаз между концами ахиллова сухожилия, верифицирующий центральный и периферический отрезки сухожилия не отмечался. **2 степень**- полный разрыв ахиллова сухожилия с протяженностью деструктивного участка до 30 мм, повреждение более 50,0% волокон при поперечной сонографии через каждые 10 мм. Четко определялся диастаз между центральными и периферическими отрезками ахиллова сухожилия. **3 степень** полный разрыв сухожилия с протяженностью деструктивного участка свыше 30 мм. При 1 степени разрыва ахиллова сухожилия производили закрытый шов сухожилия, при 2 степени разрыва ахиллова сухожилия – открытый шов, при 3 степени разрыва выполняли эндопротезирование ахиллова сухожилия. Отдаленные результаты через 6 месяцев после эндопротезирования ахиллова сухожилия у 19 (63,3%) больных как отличные, у 10 пациентов (33,3%) – хорошие, у 1 пациента (3,3%) – неудовлетворительный.

**Выводы:** Применение метода эндопротезирования ахиллова сухожилия позволяет не использовать внешнюю иммобилизацию на оперированной конечности, пациентам в послеоперационном и реабилитационном периодах передвигаться при помощи костылей с обозначением биомеханических фаз шага переката и толчка и выполнять упражнения по разработанной реабилитационной программе.