

елиновые оболочки и более крупные осевые цилиндры, чем в контроле, причём средний диаметр осевых цилиндров оказывается сопоставимым с соответствующим параметром интактного нерва.

Исследование численно-размерного состава проводниковой части регенерирующего после пересечения и шва седалищного нерва собак свидетельствуют, что в условиях электростимуляции происходит ускорение роста осевых цилиндров и последующей дифференцировки нервных волокон.

Нервные волокна, регенерировавшие в ранние сроки, могут подвергаться массовой вторичной дегенерации – по-видимому, в результате нарушений трофического обеспечения.

Заключение. Таким образом, результаты опытов заставляют предположить, что внутритканевая электростимуляция позвоночника обладает стойким системообразующим влиянием на клеточные тела нейронов, модулирующим их структурно-функциональную активность в процессе де- и реиннервации.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОПОЛЮСНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Гюльназарова С.В., Мамаев В.И., Кучиев А.Ю.

Уральский НИИ травматологии и ортопедии им. В.Д. Чаклина», г. Екатеринбург

Актуальность. Переломы проксимального отдела плечевой кости нередко заканчиваются неудовлетворительными исходами и инвалидностью вследствие допущенных лечебных ошибок и поздней обращаемости пациентов. В таких случаях остеосинтез не всегда возможно реализовать, и возникает необходимость протезирования плечевого сустава.

Материалы и методы. 40 пациентов с застарелыми переломами и переломо-вывихами проксимального отдела плеча в возрасте от 37 до 75 лет (в среднем 52 года) обратились в институт через 3-24 месяца после травмы, а 1 пациент – даже через 6 лет. У 18 больных был установлен застарелый переломо-вывих, у 18 – ложный сустав шейки плеча, у 2 – несросшийся многооскольчатый перелом, в двух случаях – аваскулярный некроз головки плеча.

При комплексном обследовании у всех больных была выявлена ранее не диагностированная посттравматическая плексопатия, из них у 22 – комплексный регионарный болевой синдром. Сопутствующий системный остеопороз был отмечен у половины пациентов. Основными жалобами больных были выраженные боли и резкое ограничение движений в плечевом суставе, затрудняющие даже самообслуживание. У всех пациентов отмечена значительная гипотрофия мышц надплечья и плеча, движения в плечевом суставе были резко ограничены, а у 4 человек вообще отсутствовали. Во всех случаях отмечали сгибательно-приводящую и ротационную контрактуры плечевого сустава. Основной патологии сопутствовали повреждения сухожилия надостной мышцы (4), дефект сухожилия длинной головки бицепса (3) и спаяние его с отломком головки плеча (7).

Всем пациентам было выполнено однополюсное эндопротезирование плечевого сустава: у 38 человек использовали эндопротез системы «Articula, Swiss», 2 пациентам – системы «Global Advantage», USA.

Эндопротезирование было дополнено по показаниям тенолизом сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча у 7 больных, аллопластикой его - у 2, транспозицией этого сухожилия на клювовидный отросток - еще у 1 пациента, у 2 больных выполнили шов сухожилия надостной мышцы, а у 2 других – аллотендопластику этого сухожилия. Послеоперационная иммобилизация составляла 1-1,5 недели. У пациентов с аллопластикой сухожилий надостной и двуглавой мышц плеча фиксацию осуществляли в течение 4 недель на отводящей шине. Восстановительное лечение включало кинезотерапию, физиотерапию, а также медикаментозное лечение плексопатии.

Результаты. Сроки наблюдений у 32 пациентов составили от 1 года до 6 лет, а у 8 известны только ближайшие исходы (до 1 года). У всех пациентов в результате проведенного лечения отмечали полное купирование комплексного регионального болевого синдрома. Увеличение амплитуды движений в плечевом суставе и улучшение состояния его мышечного аппарата определялись давностью повреждения и исходной тяжестью сопутствующей плексопатии.

После операции все больные получили возможность полного обслуживания, а 12 человек трудоспособного возраста вернулись к труду. Из осложнений гемиартропластики плечевого сустава в позднем периоде следует отметить хроническую нестабильность протеза (передний безболевой подвывих) у 7 человек. Это осложнение было выявлено через 3-6 месяцев после операции на фоне исходной тяжелой плексопатии с преимущественным поражением подмышечного нерва и дельтовидной мышцы.

Заключение. Однополюсное эндопротезирование плечевого сустава при застарелых переломах и переломах-вывихах проксимального отдела плеча обеспечивает снятие болевого синдрома, увеличивает амплитуду движений и принципиально улучшает качество жизни пациентов. Однако восстановление функции плечевого сустава при застарелой травме определяется не только тяжестью и давностью повреждений костно-мышечного и капсулярного аппарата плечевого сустава, но в значительной мере наличием посттравматической плексопатии, требующей длительной и активной реабилитации.

ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИЙ НЕРВОВ И МЫШЦ ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАСТАРЕЛЫМИ ПЕРЕЛОМО-ВЫВИХАМИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Гольназарова С.В., Зубарева Т.В., Мамаев В.И.

Уральский НИИ травматологии и ортопедии им. В.Д. Чаклина, г. Екатеринбург

Застарелые вывихи плеча, по статистическим данным литературы, составляют от 10 до 23,7%, а рецидивы вывиха плеча после открытого вправления отмечены в 5,8% - 12,1%. Достаточно высок процент неудовлетворительных ре-