

Наименьшая асимметрия выявлена между *m.supraspinatus*,  $KA=1,48\pm 0,11$ . Средняя амплитуда БЭА *m.supraspinatus* с И-стороны  $415\pm 69,15\text{ мкВ}$ , с Т-стороны –  $360\pm 60,17\text{ мкВ}$ , т.е. отмечено снижение на 13%. Средняя частота БЭА *m.supraspinatus*: на И-стороне  $98\pm 8,01$  Гц и на Т-стороне  $71\pm 7,49$  Гц, т.е. снижение на 28%.

Клинически у всех обследованных больных, наблюдались признаки плечевой плексопатии, которые были подтверждены ЭНМГ-исследованиями периферических нервов. Оказалось, что самое значительное снижение М-ответа зафиксировано при стимуляции *n.axillaris*. На интактной стороне амплитуда *n.axillaris* была  $6,53\pm 0,52$  мВ, а со стороны перелома - вывиха -  $3,09\pm 0,33\text{ мВ}$ . Следовательно, на пораженной стороне зафиксирована аксонопатия *n.axillaris* - 47%.

Практически равное снижение М-ответов зафиксировано при исследовании *n.musculocutaneus* и *n.radialis*. Так амплитуда М-ответа с И-стороны *n.musculocutaneus* была  $6,99\pm 0,38$  мВ, а с Т-стороны -  $4,21\pm 0,52\text{ мВ}$ . Таким образом, аксонопатия *n.musculocutaneus* при застарелом перелома-вывихе у больных составила 60%. Амплитуда М-ответа *n.radialis* с И-стороны была в точке Эрба  $11,25\pm 1,05$  мВ, с Т-стороны -  $6,64\pm 0,95\text{ мВ}$ , а в области подмышечной впадины соответственно:  $10,19\pm 0,73$  мВ и  $6,49\pm 0,82$  мВ. Следовательно, аксонопатия *n.radialis* составила в т. Эрба 59%, а в подмышечной впадине 64%. На Т-стороне СПИ по лучевому нерву была ниже на 7%, чем на интактной:  $95\pm 5,42$  м/с и  $102\pm 6,42$  м/с, оба значения в пределах нормы.

Минимальное снижения М-ответа зарегистрировано у *n.suprascapularis*: с И-стороны амплитуда М-ответа была в среднем  $6,12\pm 0,82$  мВ, а с Т-стороны –  $5,89\pm 0,95$  мВ. Латентности во всех случаях не выходили за границы нормы.

Делая общее заключение можно сказать, что при застарелых перелома-вывихах плеча у пациентов главным образом страдает подключичная часть плечевого сплетения, его задний и латеральный пучки, и мышцы иннервированные ими, особенно *m. deltoidei*.

## НАШ ОПЫТ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА

*Гюльназарова С.В.*

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

**Актуальность.** Известно, что при системных заболеваниях, например, при ревматоидном артрите (РА) тугоподвижность, анкилозы локтевого сустава (ЛС) отмечаются у 82-91% больных, посттравматические остеоартрозы с выраженным болевым синдромом у 24,8 – 49,2% случаев, а стойкая инвалидность после травм ЛС достигает 18 – 20% (Прохоренко В.М., Слободской А.Б., 2010). Эти данные свидетельствуют об актуальности проблемы восстановления функции ЛС – одного из самых сложных крупных суставов локомоторной системы человека. Эндопротезирование ЛС до сих пор остается редко используемым в РФ способом лечения заболеваний и повреждений этого сустава. Он рекомендуется при выраженных артрогенных болях в ЛС, при тяжелом ограничен-

нии или отсутствии функции в нем, нестабильности, возникающей при дефекте костной ткани как исход РА, переломов или ранее выполненных артропластических операций. Эндопротезирование ЛС является достаточно сложным оперативным вмешательством и имеет значительное число противопоказаний.

К ним относятся: 1) отсутствие или глубокие нарушения функции мышц сгибателей или разгибателей предплечья любого генеза; 2) грубые, спаянные с костью, рубцы в зоне доступа; 3) наличие местных очагов инфекции; 4) остеомиелит; 5) обширные костные дефекты суставных концов; 6) гетеротопическая оссификация; 7) нейрогенные артропатии; 8) общесоматические заболевания, делающие больного инкурабельным; 9) отсутствие высокой мотивации у пациента. Наиболее часто (N. Gschwend с соавторами, 1996) эндопротезирование ЛС применяют у больных с РА (85%) и достаточно редко у пациентов с травматическими повреждениями (15%).

**Материал и методы.** В УНИИТО имеется опыт эндопротезирования ЛС у 10 пациентов (7 мужчин и 3 женщины), возраст больных колебался от 35 до 60 лет. 3 человека были оперированы по поводу посттравматических контрактур тяжелой степени выраженности, остальные 7 пациентов - в связи с поражением ЛС ревматоидным артритом IV – V степени по Ларсену. Все больные кроме выраженного нарушения функции пораженного ЛС, жаловались на постоянные сильные боли в нем, нуждались в приеме анальгетиков, НПВП. Всем пациентам было проведено протезирование цементным эндопротезом системы GSB III (Швейцария). После операции больные получили курс реабилитации в институте, а через 2 – 3 месяца амплитуда движений в ЛС, как правило, восстанавливалась. Из осложнений следует отметить: интраоперационный перелом мышечка плеча, на фоне выраженного посттравматического остеопороза (1) и у этого же пациента нейропатию локтевого и срединного нервов, которая была купирована после консервативной терапии. Из поздних осложнений у одной пациентки через 4,5 года после операции наступил перелом ножки локтевого компонента протеза в результате тяжелой физической работы. Этой пациентке было выполнено реэндопротезирование ЛС.

**Результаты** эндопротезирования ЛС изучены в сроки от 1 года до 10 лет после операции. У всех пациентов была восстановлена функция ЛС, ликвидированы боли, а люди трудоспособного возраста смогли вернуться к труду. Оценка исходов лечения по индексу Mayo-clinic выявила у 9 больных отличные результаты, у 1 - хороший.

**Заключение.** Эндопротезирование ЛС – высокоэффективный способ восстановления утраченной функции этого сустава, принципиально улучшающий качество жизни пациентов, позволяющий вернуть их к активному образу жизни и труду (при отсутствии других причин инвалидности). Для сохранения достигнутого эффекта пациенты с эндопротезами ЛС нуждаются в динамическом наблюдении и повторных курсах восстановительного лечения (поликлиника, стационар, санаторий).