

плавание вызвало относительную гипертрофию диафрагмы, но в то же время — признаки гипотрофии в икроножной мышце. Учитывая, что масса мышц сохранялась прежней, относительное уменьшение размеров мышечных брюшек после регулярной физической нагрузки вызвано, по-видимому, сокращением жировой межмышечной прослойки.

#### ВЫВОДЫ

1. Из всех параметров органометрии скелетных мышц наиболее чувствительными к физической нагрузке в нашем случае были толщина икроножной мышцы и диафрагмы.
2. Систематическое плавание с отягощением в режиме 75 % от максимального потребления кислорода вызывает относительную гипертрофию диафрагмы.
3. Выбранный тренировочный режим оказывает жиросжигающий эффект на скелетные мышцы нижней конечности.
4. Плавание с отягощением в данном случае не может быть рекомендовано в качестве реабилитационного мероприятия после перелома малоберцовой кости, т.к. не ведет к видимой гипертрофии и укреплению мышечного корсета нижней конечности.

**А.А. Трофимова, И.Г. Ханнанова, Р.Ф. Масгутов, А.М. Еремеев, А.А. Богов**

### ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЛУЧЕВОГО НЕРВА

*Республиканская клиническая больница МЗ РТ (Казань)*

**Цель исследования:** выбор тактики лечения больных с посттравматической нейропатией лучевого нерва, используя метод стимуляционной элетромиографии.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было обследовано 32 пациента с посттравматической нейропатией лучевого нерва на сроках до и через 1–3, 7–9, 12 месяцев после оперативного вмешательства. Всем больным была произведена однотипная операция (эндоневролиз) Методом стимуляционной электромиографии определяли амплитуду максимального М-ответа, количество двигательных единиц соответствующих мышц, а также скорость распространения проведения импульса по двигательным волокнам нервов. Исходя из полученных данных, пациентов распределяли в две группы: 1) аксональный тип поражения, 2) смешанный тип поражения. В качестве контроля служили те же показатели, полученные на интактной конечности.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ

У больных 1-й группы с преимущественным поражением аксона ( $n = 11$ ) до оперативного вмешательства показатели амплитуды максимального М-ответа и количества двигательных единиц составили 17 % от контрольных значений ( $p < 0,05$ ), после операции наблюдалась их положительная динамика по сравнению с дооперационными показателями. При этом изменения скорости распространения проведения импульса выражены не значительно, что свидетельствует о целостности миелинового футляра определенного количества нервных волокон. У больных второй группы со смешанным типом поражения нервного проводника ( $n = 12$ ) до оперативного вмешательства максимальная амплитуда и количество двигательных единиц составляли 9 % относительно контрольных значений ( $p < 0,05$ ). В послеоперационном периоде положительная динамика наблюдалась на поздних сроках обследования, так на сроке 12 месяцев значения максимальной амплитуды и количество двигательных единиц составили 26 % относительно контроля. Скорость распространения проведения импульса до операции была достоверно снижена на 10 % ( $p < 0,05$ ), после операции наблюдалось увеличение скорости распространения возбуждения, что говорит о восстановлении проводящих функций нервных волокон. Клинические данные показали, что при смешанном типе повреждения положительные результаты восстановления разгибания конечности были получены лишь в 2 % случаев. Данной категории больных для восстановления двигательной функции показана операция мышечно-сухожильная пластика.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Таким образом, полученные данные электромиографического обследования больных с посттравматической нейропатией лучевого нерва позволяют судить о работе нервно-мышечного аппарата, способствуют выбору наиболее оптимальной тактики лечения.