

НАДМЫЩЕЛКОВЫЙ ОТРОСТОК ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Мажуга Ю.И., Лазовикова Е.В.

Белорусский государственный медицинский университет

Актуальность: На современном этапе развития медицины, диагностического оборудования и доступности информационных ресурсов травматологам-ортопедам необходимо разбираться в частностях развития скелетных структур и связанных с ними особенностях для предотвращения необоснованных манипуляций, улучшения качества медицинского обслуживания населения и повышения собственного уровня профессионализма.

Цель: Осветить перед широкой аудиторией проблемы, связанные с некоторыми особенностями плечевой кости и окружающих структур, описать анатомическую структуру – надмыщелковый отросток плечевой кости, рассмотреть клинические случаи.

Материал и методы исследования: на базе 6 ГКБ г. Минска был проведен анализ медицинской документации о проходивших лечение пациентах, имевших особенность развития плечевой кости – надмыщелковый отросток. Была обработано 171 рентгенограмма, на двух из которых имелась обсуждаемая структура. Проанализированы анатомические особенности и ход лечения.

Результаты и их обсуждение: Понимание важности применения навыков дифференцировки альтернативных анатомических структур необходимо для компетентности анатомов, радиологов, анестезиологов и хирургов и приобрело большое значение в связи с широким использованием знаний в диагностической практике. Вариантом нормы может считаться наличие у скелетных структур выростов – костных шпор.

Надмыщелковый отросток плеча (processus epicondylaris, processus supraepitrochlearis, processus supracondylaris) представляет собой рудиментарную структуру, имеющую вид костного клювовидного шипа. Он располагается в дистальной трети пле-

чевой кости примерно на 5 см проксимальнее медиального надмыщелка плеча, обращенный вершиной к локтевому суставу [1, 2], и имеет размеры, как правило, 2-20 мм, встречается всего у 0,7-2,7 процентов населения европеоидной и негроидной расы [3].

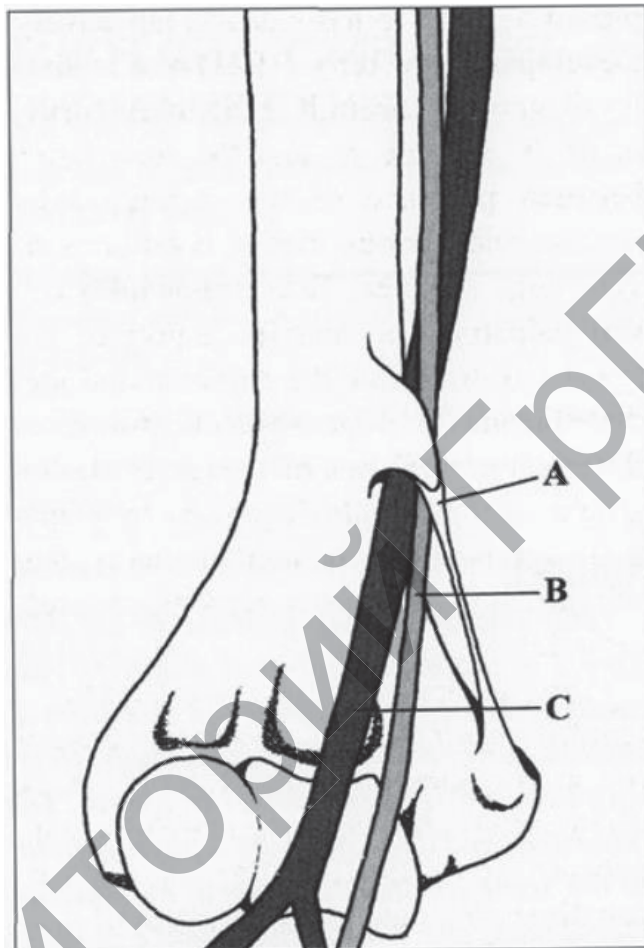


Рис.1 – Надмыщелковый отросток плечевой кости.
А- струзеровская связка, В- Медиальный нерв,
С- Плечевая артерия

Впервые надмыщелковый отросток плеча был описан эдинбургским анатомом Джоном Струзером (J.Struthers) в 1848. Также им была описана связка (по автору – струзеровская), идущая непосредственно от отростка к медиальному надмыщелку плечевой кости. Вблизи отростка проходит сосудисто-нервный пучок (срединный нерв, плечевые вена и артерия), лежащий в углублении основания шипа. Между костью, связкой и отростком образуется отверстие – foramen supracondylare [4]. Особенностью данного комплекса анатомических структур является дуалистичность его существования в организме. Он может находиться как

в нормальном состоянии, которое никоим образом не будет проявлять себя, так и в альтернативном состоянии, при котором происходит ущемление срединного нерва. Из-за наличия отростка нерв смещается и натягивается "как тетива лука", что влечет за собой проявление "туннельного синдрома".

Туннельный синдром был описан в 1963 Кулоном, Лордом и Бедосье. Клиническими проявлениями синдрома являются боль в зоне иннервации срединного нерва, парестезия, снижение силы сгибания кисти и пальцев. Такие симптомы также характерны для синдрома круглого пронатора, однако в данном случае характерна ещё компрессия плечевой артерии, а также расстройство функции круглого пронатора. Существуют тесты для диагностики туннельного синдрома срединного нерва, проводятся рентгенологические исследования. Лечение в случае бессимптомного протекания не проводится, а в случае проявления выше описанного синдрома заключается в резекции надмыщелкового отростка плечевой кости и связки.

В исследованной выборке рентгенограмм из 171 вариант было найдено 2 случая наличия надмыщелкового отростка у разных пациентов, у обоих на левой плечевой кости. У одного из пациентов рентгенологическое исследование проводилось по поводу вывиха в локтевом суставе, и шип был выявлен случайно. В другом случае больной жаловался на непостоянные боли и наличие опухолевидного образования в проксимальной зоне предплечья, нарастающее ограничение движений в локтевом суставе. Выполнена операция удаления надмыщелкового отростка после рассечения связки. Послеоперационный период протекал гладко. Отмечено полное выздоровление.

Вывод. Таким образом, надмыщелковый отросток, видимый на рентгенограмме, может стать причиной ошибочного диагноза, а также являться причиной клинических нарушений, равно как и находиться в нормальном состоянии, не вызывающем клинических нарушений. Поэтому высококвалифицированному специалисту необходимо учитывать данную особенность человеческого организма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Одинцов, О.С. Случай оперативного лечения пациента с надмыщелковым отростком / О.С. Одинцов, О.С. Борисов, О.А. Соколовский // Матер. Научно-практич. Конференции травматологов и ортопедов Респуб-

лики Беларусь. «Восстановительная травматология и ортопедия» / Под ред. Беспальчука П.И. – Минск, 1997. – С. 58-59.

2. Пивченко, П. Г. Клинические аспекты надмышцелкового отростка – редкой аномалии плечевой кости / П. Г. Пивченко, Т. П. Пивченко // Военная медицина. - 2006. - №1. - С. 62-64.

3. Case, D. T. Frequency and form of the supracondylar process among ancient nubians / D. T. Case, S. E. Burnett // Journal of Paleopathology . - 2000. - №12(3). - С. 17-27.

4. An unusual case of median nerve compression with ipsilateral supracondylar process /D. Jafari, H. Taheri, H. Shariatzadeh, A. Pahlevansabagh, F. Najd-Mazhar // Medical Journal of the Islamic Republic of Iran. - 2008. - №3. - С. 152-155.

ЭКСТРЕННЫЕ И ОТСРОЧЕННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

Мазуркевич Д. А., Неверов П.С., Мрочко Л.А.

Белорусский государственный медицинский университет

Актуальность. Уже первый эпизод кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) при синдроме портальной гипертензии (СПГ), более чем в 50% случаев приводит к летальному исходу. В 70-90% случаев кровотечения из ВРВПЖ рецидивируют, имеют более тяжелое течение и сопровождаются летальностью около 70%. На данный момент, несмотря на некоторые успехи в развитии хирургических методов остановки и профилактики кровотечений из ВРВПЖ, проблема совершенствования лечебных мероприятий является окончательно нерешённой [1,2]. Значительная часть пациентов с кровотечением из ВРВПЖ при СПГ поступает в неспециализированные отделения, в которых возможности для предотвращения рецидивов кровотечения из ВРВПЖ ограничены.

Цель: Определить оптимальный метод достижения гемостаза при кровотечениях из варикозно расширенных вен в зависимости от клинической ситуации и уровня технического обеспечения учреждения здравоохранения, а также оценить непосредственные исходы и отдаленные результаты лечения кровотечений из ВРВПЖ.

Материал и методы. Был проведен ретроспективный анализ медицинских карт 403 пациентов с СПГ, находившихся на