

А. И. Залмовер¹, Д. С. Савицкий¹, Г. Н. Вараницкий¹, Ю. А. Соколов²

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО НАРУЖНОГО ЭПИКОНДИЛИТА ПЛЕЧА

ГУ «432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский центр
Вооружённых Сил Республики Беларусь»¹
Военно-медицинский факультет в УО «БГМУ»²

В статье представлены сведения об этиопатогенезе, клинических проявлениях и методах лечения наружного эпикондилита плеча, как одной из многочисленных туннельных невропатий верхней конечности.

Ключевые слова: *наружный эпикондилит плеча, компрессионно-ишемическая невропатия, фасциомиотомия.*

A. I. Zalmover, D. S. Savitsky, G. N. Varanitsky, Yu. A. Sokolov

THE SURGICAL TREATMENT OF EXTERNAL RECURRENT SHOULDER EPICONDYLITIS

The article presents the review of modern concepts of aetiology, pathogenesis, clinical manifestations, assessment of severity and treatment of external recurrent shoulder epicondylitis.

Key words: *the external shoulder epicondylitis, compression-ischemic neuropathy.*

Наружный эпикондилит плечевой кости относится к одной из самых частых форм туннельных (компрессионно-ишемических) невропатий верхней конечности, под которыми обозначают комплекс клинических проявлений (чувствительных, двигательных, трофических), обусловленных сдавлением нерва в узких анатомических пространствах. Стенки анатомического туннеля являются естественными

анатомическими структурами (кости, сухожилия, мышцы), и в норме через туннель свободно проходят периферические нервы и сосуды. При определенных патологических условиях канал сужается, возникает нервно-канальный конфликт [1]. Туннельные невропатии составляют 1/3 от заболеваний периферической нервной системы. В литературе описано более 30 форм туннельных невропатий (табл. 1).

Таблица 1. Наиболее частые туннельные синдромы верхней конечности (Левин О. С., 2005)

Туннели срединного нерва	Синдром запястного канала (туннельный синдром запястного канала, синдром карпального канала). Пронаторный синдром (синдром круглого пронатора, синдром Сейфарта, паралич новобрачных). Супракондиллярный синдром (синдром ленты Стразера, синдром Кулона, Лорда и Бедосье).
Туннели локтевого нерва	Ульнарный туннельный синдром запястья (синдром Гюйона, синдром ложа Гюйона, компрессионная невропатия дистальной части локтевого нерва). Кубитальный туннельный синдром (синдром кубитального канала компрессионная невропатия локтевого нерва в кубитальном канале, поздний ульнарно-кубитальный травматический паралич).
Туннели лучевого нерва	Синдром компрессии лучевого нерва в области подмышечной впадины («костыльный» паралич). Синдром компрессии лучевого нерва на уровне средней трети плеча (синдром спирального канала, синдром «ночного субботного паралича», «парковой скамейки», «лавочки»). Синдром компрессии лучевого нерва в подлоктевой области («теннисный локоть», синдром супинатора, синдром Фрозе, синдром Томсона-Копеля, компрессионная невропатия глубокой (задней) ветви лучевого нерва в подлоктевой области).

Эпикондилиты (туннельные невропатии) плечевой кости встречаются у 4% взрослого населения [3].

В структуре заболеваемости верхних конечностей от перенапряжения эпикондилиты составляют 18–23% и 64,3% всех ортопедических заболеваний локтевого сустава [2]. Среди всех заболеваний локтевого сустава эпикондилит составляет 75%, причем наружный эпикондилит встречается в 95%, а внутренний – в 5% [8]. Причинами возникновения туннельных невропатий считается анатомическая узость канала, дополнительные образования (фиброзные перетяжки, костные шпоры), метаболические, эндокринные заболевания (сахарный диабет, акромегалия, гипотиреоз), заболевания, сопровождающиеся изменением в суставах, костной ткани и сухожилиях (ревматоидный артрит), объемные образования самого нерва (шваннома, неврома) и вне нерва (гемангиома, липома) а также часто повторяющиеся стереотипные движения, травмы [3].

Эпикондилит наружного надмыщелка плечевой кости «теннисный локоть» – хроническое заболевание, вызванное компрессией задней (глубокой) ветви лучевого нерва под апоневротическим краем короткого лучевого разгибателя кисти или в туннеле между поверхностным и глубоким пучками мышцы-супинатора предплечья с развитием дистрофических процессов в области прикрепления мышц к наружному надмыщелку плечевой кости, миофасциопатий и патологических изменений периневральных тканей [1]. Синдром компрессии задней (глубокой) ветви лучевого нерва может быть обусловлен мышечными перегрузками с развитием миофасциопатии или патологическими изменениями периневральных тканей. Заболевание проявляется болью в области наружного надмыщелка плечевой кости, в мышцах-разгибателях предплечья, их слабостью и гипотрофией. Тильная флексия и супинация кисти, активная экстензия пальцев против сопротивления провоцирует усиление болевого синдрома.

При обследовании пациента выявляются положительные симптомы:

– Велша: болезненность в области наружного надмыщелка плеча при одновременном выполнении разгибания и наружной ротации предплечья (удар шпагой);

– Томпсона: болезненность в области надмыщелка при попытке разогнуть/согнуть фиксированную кисть;

– «симптом стула» («chair-test») – болезненность в области надмыщелка при попытке поднять стул, взявшись за его спинку;

– болезненность при попытке разгибания фиксированного третьего пальца кисти. Активное разгибание III пальца при его прижатии и одновременном выпрямлении руки в локтевом суставе вызывает интенсивную боль в локте и верхней части предплечья (1).

К наиболее распространенным дополнительным методам обследования относят:

- рентгенографию сустава;
- УЗИ мягких тканей;
- электронейромиографию;
- КТ, МРТ.

Лечение включает общую этиотропную терапию и местные воздействия. Учитывают возможную связь туннельного синдрома с ревматизмом, бруцеллезом, артрозо-артритами обменного происхождения, гормональными нарушениями и другими состояниями, способствующими компримированию нерва окружающими тканями. Комплексное лечение включает физиотерапию, назначение вазоактивных, противоотечных и ноотропных препаратов, антигипоксантов и антиоксидантов, миорелаксантов, ганглиоблокаторов и др. (6, 7) Хирургическая декомпрессия с рассечением сдавливающих нерв тканей показана при безуспешности консервативного лечения (5).

Пациенту рекомендуется снять нагрузку, ношение специального фиксатора мышц в верхней трети предплечья, снимающего нагрузку с надмыщелков плеча и разгрузку мышц предплечья, выполняющего поддержку и защиту локтевого сустава. Бандаж обеспечивает дозированную локальную компрессию. Применяется физиотерапия (электрофорез, фонофорез с НПВС, магнитотерапия, МИА-терапия, УВЧ-терапия). Выполняются новокаиновые блокады с глюкокортикостероидами (кеналог-40, дипроспан), ударно-волновая терапия (7).

Результаты консервативного лечения эпикондилита плеча. (Королёв С. Б. с соавторами): 79% – болевой синдром устранен; 14% – болевой синдром начительно снижен; 7% – повторное обращение за помощью после естественного улучшения. Оперативному лечению подлежат 20–30% пациентов (5,8).

Наиболее часто выполняются следующие оперативные вмешательства:

- операция Хомана (Hohmann): серповидная фасциомиотомия;
- операция Мори (Morrey): остеоперфорация;
- операция по Гарден (Garden): Z-образное удлинение сухожилия короткого лучевого разгибателя запястья;
- артроскопические оперативные вмешательства (release) [5, 6].

При наружном эпикондилите плеча мы применяем фасциомиотомию – модификацию операции Хомана [5, 8].

Дугообразным доступом обнажается место прикрепления мышц к наружному надмыщелку плечевой кости. Продольно рассекается фасция предплечья на протяжении 5 см. Волокна короткого разгибателя запястья пересекаются до надкостницы поперечно до 1,5 см. Фасция и волокна мышцы не ушиваются. Швы на кожу.

В травматологических отделениях 432 ГВКМЦ всего оперировано по поводу наружного эпикондилита 11 пациентов (2 из них на обеих руках). Срок наблюдения от 4 месяцев до 7 лет. У всех результаты – хорошие. Рецидивов заболевания не отмечено.

Выводы

1. Наружный эпикондилит плечевой кости относится к одной из самых частых форм туннельных (компрессионно-ишемических) невропатий верхней конечности и проявляется болью в области наружного надмыщелка плече-

вой кости, в мышцах-разгибателях предплечья, их слабостью и гипотрофией.

2. Комплексное этиотропное лечение приводит к восстановлению трудоспособности у 70–80% пациентов.

3. При отсутствии эффекта от консервативного лечения показана хирургическая декомпрессия с рассечением сдавливающих нерв тканей-фасциомиотомия.

Литература

1. Берзиньш, Ю. Э. Туннельные поражения нервов верхней конечности / Ю. Э. Берзиньш, Р. Т. Думбере. - Рига: Зинатне. - 1989. - 212 с.
2. Жулев, Н. М. Невропатии: руководство для врачей / Н. М. Жулев. - СПб: Издательский дом СПбМАПО. - 2005. - 416 с.
3. Левин, О. С. Полинейропатии / О. С. Левин. - М.: МИА, 2005.
4. Оперативное лечение эпикондилита плечевой кости: Клинические рекомендации / Утв. на заседании президиума АТОР 24.04.2014 г., г. Москва. - Н. Новгород. - 2013. - 16 с.
5. Рывлин, Я. Б. Атлас амбулаторно-поликлинической хирургии / Я. Б. Рывлин. - М., 1973. 129 с.
6. Atroshi, I. Outcomes of endoscopic surgery compared with open surgery for carpal tunnel syndrome among employed patients: randomized controlled trial / I. Atroshi, G. U.Larsson, E. Ornstein, M. Hofer, R. Johnsson, J. Ranstam // BMJ, Jun., 24. - 2006. Vol. 332 (7556), p. 1473.
7. Graham, R. G. A prospective study to assess the outcome of steroid injections and wrist splinting for the treatment of carpal tunnel syndrome / R. G.Graham, D. A.Hudson, M. Solomons // Plast. Reconstr. Surg. - Feb., 2004. - Vol. 113(2). - P. 550–556.
8. Marvin, Y. L. Surgical Treatment of Lateral Epicondylitis. A Systematic Review. Y. Lo Marvin, MD; Marc R. Safran, MD. 2008. - Vol. 142 (1). - P.132–138.