

Мажуга Ю. И., Лазовикова Е. В.
НАДМЫЩЕЛКОВЫЙ ОТРОСТОК ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ
Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Беспальчук П. И.
Кафедра травматологии и ортопедии
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

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.

Надмышцелковый отросток плеча (*processus epicondylaris, processus supraepitrochlearis, processus supracondylaris*) представляет собой рудиментарную структуру, имеющую вид костного шипа. Он располагается в дистальной трети плечевой кости примерно на 5 см проксимальнее медиального надмышцелка плеча и имеет размеры 2-20 мм, встречается всего у 0,7-2,7 процентов населения европеоидной и негроидной расы. Впервые надмышцелковый 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 надмышцелку плечевой кости. Вблизи отростка проходит сосудисто-нервный пучок (срединный нерв, плечевые вена и артерия), лежащий в углублении у основания шипа. Между костью, связкой и отростком образуется отверстие – *foramen supracondylare*. 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 заключается в резекции надмышцелкового отростка плечевой кости и связки.

Таким образом, надмышцелковый отросток, видимый на рентгенограмме, может стать причиной ошибочного диагноза, а также являться причиной клинических нарушений. Поэтому в травматологической практике врачу стоит учитывать данную особенность человеческого организма.