

Ю. И. Мажуга, Е. В. Лазовикова
АНАТОМИЯ И ПАТОЛОГИЯ НАДМЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА
ПЛЕЧА

Научный руководитель канд мед. наук, доц. П. И. Беспальчук
Кафедра травматологии и ортопедии,
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. В работе описаны некоторые анатомические, патологические и медицинские аспекты надмыщелкового отростка плечевой кости, рассмотрены примеры патологии и лечения.

Ключевые слова: надмыщелковый отросток, *processus supracondylaris, humerus.*

Resume. The article provides information about some anatomical, pathological and medical aspects of the supracondylar process of the humerus, the examples of the pathology and the treatment.

Keywords: supracondylar process, *processus supracondylaris, humerus.*

Актуальность. На современном этапе развития медицины, диагностического оборудования и доступности информационных ресурсов травматологам 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.

Материал и методы. На базе 6 ГКБ г. Минска был проведен анализ проходивших лечение пациентов, имевших особенность развития плечевой кости – надмыщелковый отросток. Была сделана выборка больных с теми или иными патологиями в области плечевой кости, в которой определены пациенты, имеющие надмыщелковый отросток. 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 [1, 2, 3].

Надмышцелковый отросток плеча (*processus epicondylaris, processus supraepitrochlearis, processus supracondylaris*) представляет собой рудиментарную структуру, имеющую вид костного клювовидного шипа. Он располагается в дистальной трети плечевой кости примерно на 5 см проксимальнее медиального надмышцелка плеча, обращенный вершиной к локтевому суставу [1], и имеет размеры, как правило, 2-20 мм, встречается всего у 0,7-2,7 процентов населения европеоидной и негроидной расы [2].

Также надмышцелковый отросток следует дифференцировать с остеофитами - различными по происхождению костными разрастаниями, возникающими вследствие оссификации (окостенения) надкостницы, связок или других прилежащих к кости тканей. Часто остеофиты протекают бессимптомно и выявляются лишь при рентгенографии в виде дополнительных костных образований, расположенных по краям суставных поверхностей или других участков костей. Рентгенологическая картина остеофитов различна и зависит от фазы развития. Остеофиты могут развиваться вследствие травмы, а также при дистрофических изменениях в суставах и позвоночнике, воспалительных процессах в кости и прилежащих тканях и др. заболеваниях.

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 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 в случае бессимптомного протекания не проводится, а в случае проявления выше описанного синдрома заключается в резекции надмышцелкового отростка плечевой кости и связки.

В исследованной выборке рентгенограмм из 173 вариантов (79 женщин и 94 мужчин) было найдено 2 случая наличия надмышцелкового отростка у разных пациентов, у обоих на левой плечевой кости. У одного из пациентов

«Студенты и молодые учёные Белорусского государственного медицинского университета –
медицинской науке и здравоохранению Республики Беларусь»

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, нараставшее ограничение движений в локтевом суставе. Выполнена операция удаления надмышцелкового отростка после рассечения связки. Послеоперационный период протекал гладко. Отмечено полное выздоровление.

Заключение. Таким образом, надмышцелковый отросток, видимый на рентгенограмме, может стать причиной ошибочного диагноза, а также являться причиной клинических нарушений, равно как и находиться в нормальном состоянии, не вызывая клинических нарушений. Поэтому в травматологической практике врачу стоит учитывать данную особенность человеческого организма.

Информация о внедрении результатов исследования. По результатам настоящего исследования опубликована 1 статья в сборнике материалов, 1 тезисы доклада, получен 1 акт внедрения в образовательный процесс (кафедра травматологии и ортопедии БГМУ), 1 акт внедрения в лечебный процесс (УЗ «б ГКБ г. Минска»).

Y. I. Mazhuha, E. V. Lazovikova

ANATOMY AND PATHOLOGY OF THE SUPRACONDYLAR PROCESS OF THE HUMERUS

*Tutor assistant professor P. I. Bespalchuk
Department of Traumatology and Orthopedics,
Belarusian State Medical University, Minsk*

Литература

1. Пивченко, П. Г. Клинические аспекты надмышцелкового отростка – редкой аномалии плечевой кости / П. Г. Пивченко, Т. П. Пивченко // Военная медицина. – 2006. – №1. – С. 62-64.
2. Case, D. T. E. Frequency and form of the supracondylar process among ancient nubians / Case D. T., Burnett S. E // Journal of Paleopathology. – 2000. – №12(3). – С. 17-27.
3. Jafari, D. An unusual case of median nerve compression with ipsilateral supracondylar process / Jafari D., Taheri H., Shariatzadeh H., Pahlevansabagh A., Najd-Mazhar F. // Medical Journal of the Islamic Republic of Iran. – 2008. – №3. – С. 152-155.
4. Krishnamurthy, J. Supracondylar process of the humerus - a case report / Krishnamurthy J., Lakshminarayan J. L. G. // International Journal of Anatomical Variations. – 2013. – №6. – С. 98-100.
5. Witt, C.M. The supracondyloid process of the humerus / Witt, C.M. // J. Mo. Med. Assoc. – 1950. – Vol. 47. – P. 445-446.