



ГБОУ ВПО Нижегородская государственная
медицинская академия Минздравсоцразвития РФ
ФГУ Нижегородский НИИ травматологии и
ортопедии Минздравсоцразвития РФ



Оперативное лечение эпикондилита плечевой кости: собственный опыт

Королев С.Б., Качесов А.В., Кленин А.А., Абраменков А.Н.,

Докладчик: Качесов А.В.

Эпикондилиты плечевой кости:

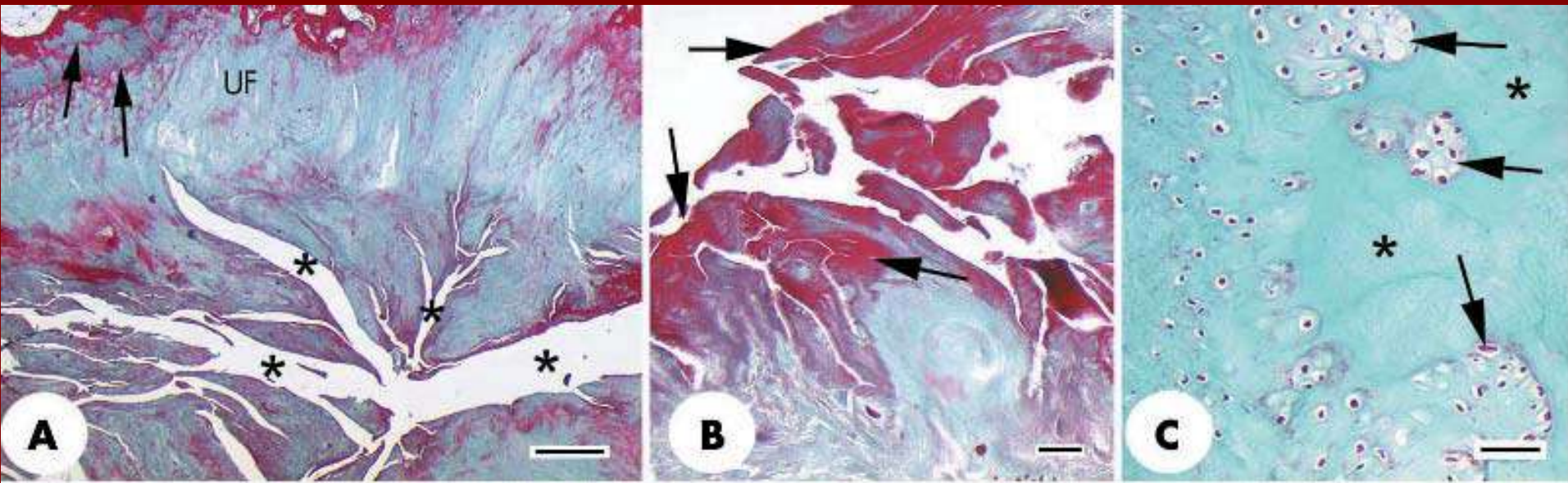
- Встречаются у 4% взрослого населения (Dejung, Pilipra, 1977).
- В структуре заболеваемости верхних конечностей от перенапряжения составляют 18-23% (Элькин, 1971).
- 64,3% всех ортопедических заболеваний локтевого сустава (Романовский, 1973).
- Среди заболеваний *правого* локтевого сустава составляют 75% (Морозов, 1971).

95%



5%

Гистологическая картина:



- А. Микроразрывы сухожилия в месте прикрепления к надмыщелку.
- В. Отложения фибрина на поверхности микроразрывов.
- С. Участки ацеллюлярного матрикса в волокнистом хряще в зоне энтезиса.

Клиническое обследование:

- Локальная болезненность при пальпации надмышцелка.
- Симптом Томсена.
- Симптом Велша.
- Симптом «уплотнения» (Романовского).
- Симптом «утомления» (Романовского).
- Симптом поднятия стула («chair-test»).
- Динамометрия кисти.

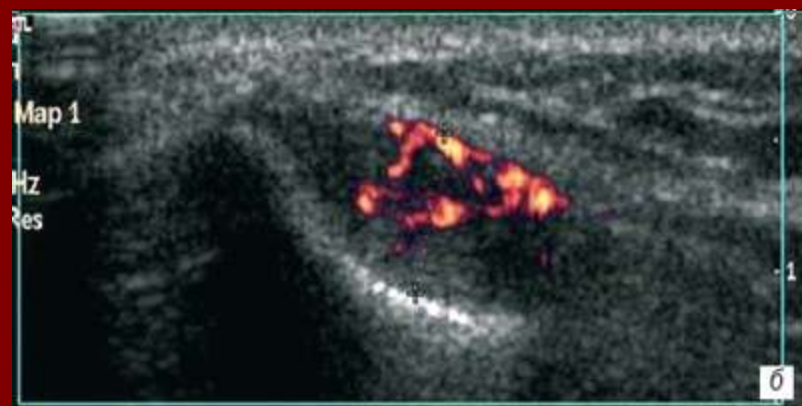
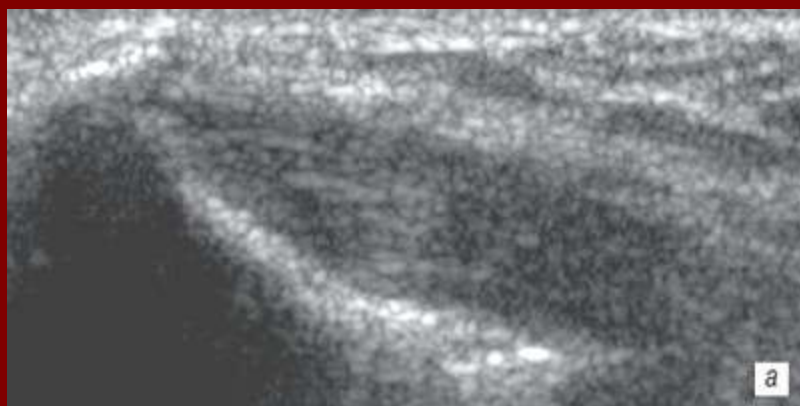
Дополнительные методы:

- Рентгенография (собственное наблюдение)



Дополнительные методы:

- Ультразвуковая диагностика

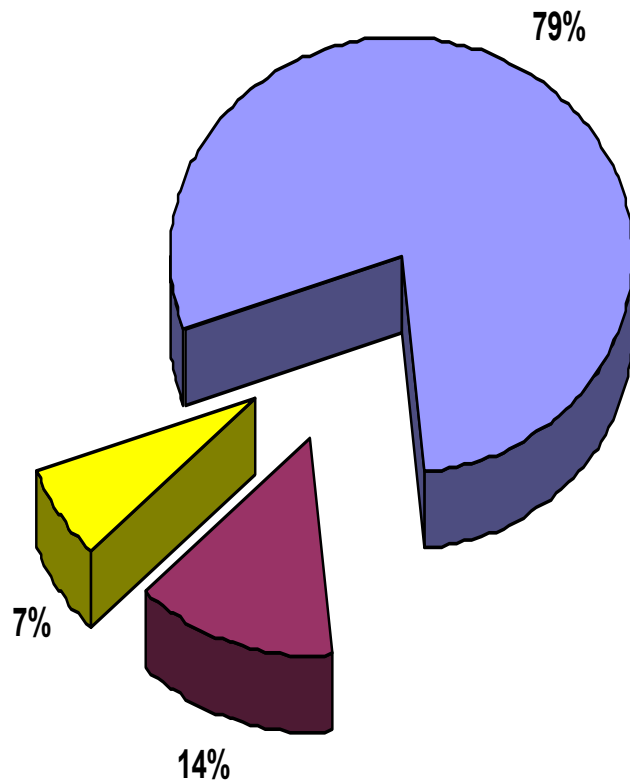


(М.В. Кислякова, J.A. Bouffard и соавт. SonoAce Ultrasound, №16, 2007)

Консервативное лечение:

- Режим, ортез, иммобилизация локтевого сустава и кисти.
- Физиотерапия (электрофорез, фонофорез с НПВС, магнитотерапия, УВЧ-терапия, массаж).
- Блокады с ГКС (Кеналог-40, Дипроспан).
- Ударно-волновая терапия.

Проанализировано 70 карт амбулаторного больного городской ПОЛИКЛИНИКИ



79% - болевой синдром устранен.

14% - болевой синдром значительно снижен, повторного обращения по поводу эпикондилита плеча в это же учреждение не было.

7% - обращение за помощью повторно после незначительного улучшения.

Оперативному лечению подлежат
20-30% пациентов (Эшматов, 1979; Verhaar, 1996):

- Операция Хомана (Hohmann):
серповидная фасциомиотенотомия;
- Операция Мори (Morrey):
остеоперфорация;
- Операция по Гаден (Garden): Z-образное
удлинение сухожилия короткого лучевого
разгибателя запястья;
- Артроскопические оперативные
вмешательства (release).

Недостатки предложенных методик:

- **Случаи рецидива и усиления болевого синдрома** (*присутствуют в той или иной степени во всех представленных методиках*).
- **Сложность оперативного вмешательства, необходимость специальной подготовки оператора** (*касается преимущественно артроскопического способа операции*).

Коллективом кафедры
травматологии,
ортопедии и ВПХ
Нижегородской
медицинской академии
совместно с
сотрудниками
Нижегородского НИИ
травматологии и
ортопедии был
запатентован способ
оперативного лечения
эпикондилита плечевой
кости (авторы: Королев
С.Б., Носов О.Б., Кленин
А.А., Качесов А.В.).



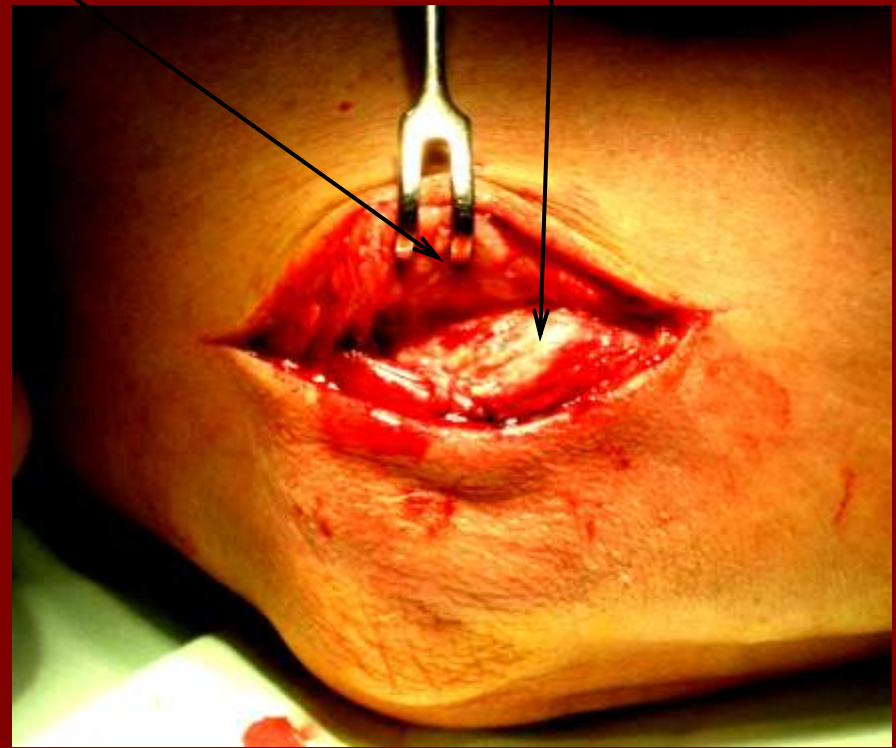
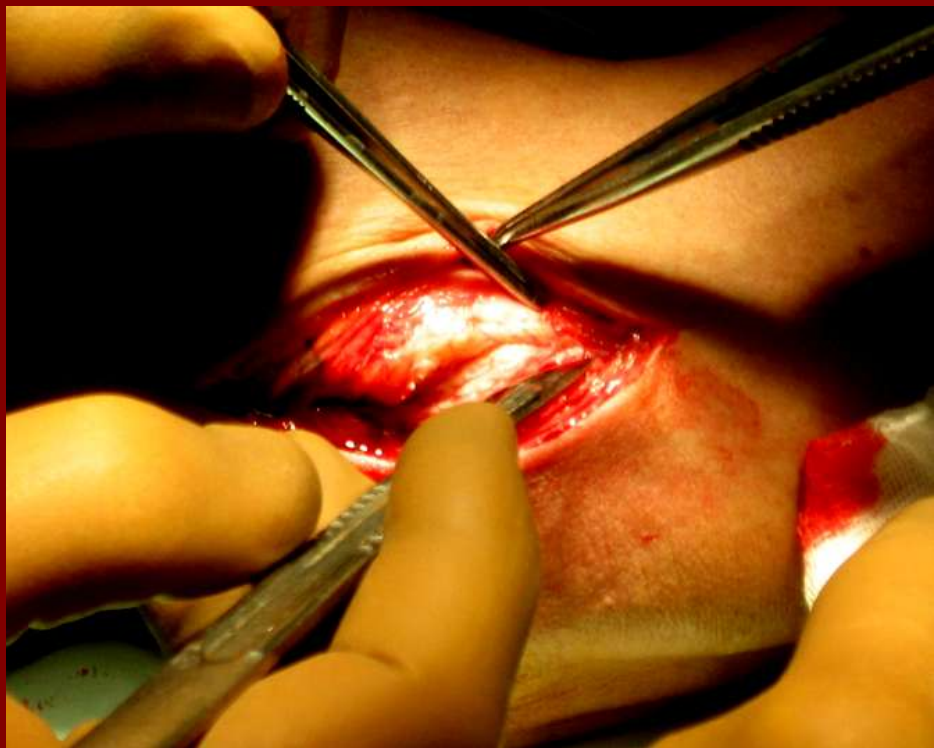
Укороченным доступом Кохера обнажается прикрепление мышц к надмыщелку



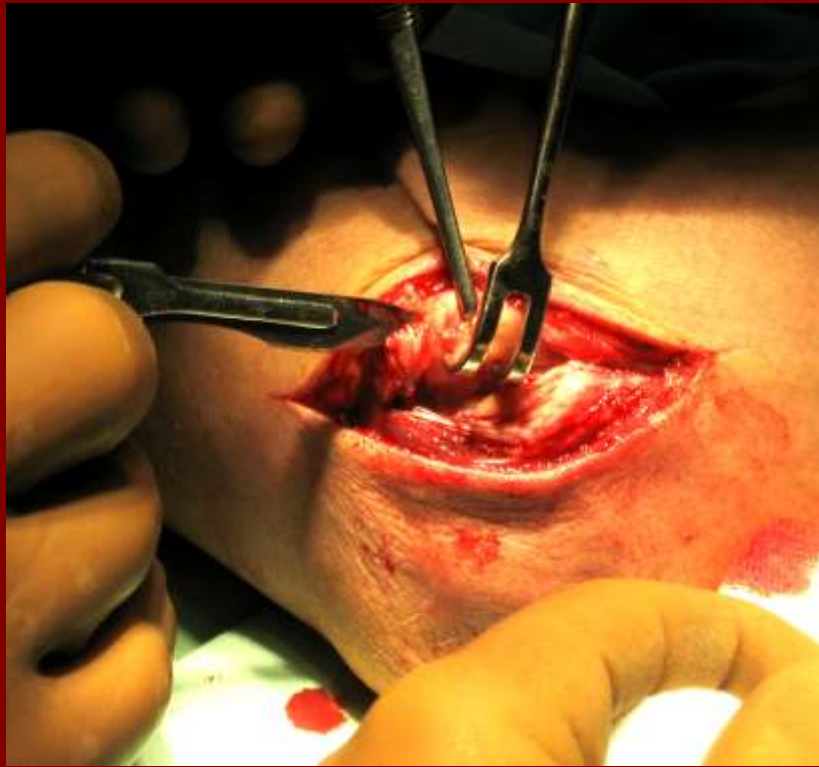
Прикрепления мышц отсепаровываются от надмыщелка

Дистрофия сухожильной части мышц,
прикрепляющихся к надмыщелку

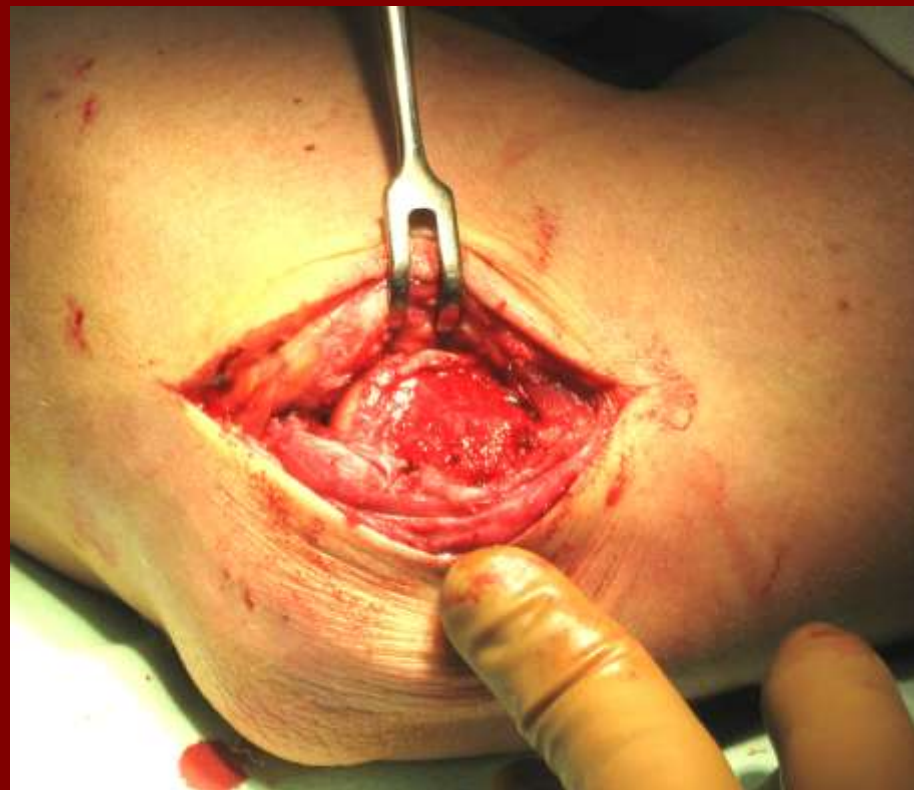
Некроз костной
ткани надмыщелка



Участок с явными признаками дистрофии
ткани сухожилий иссекается до
появления четкой волокнистой структуры



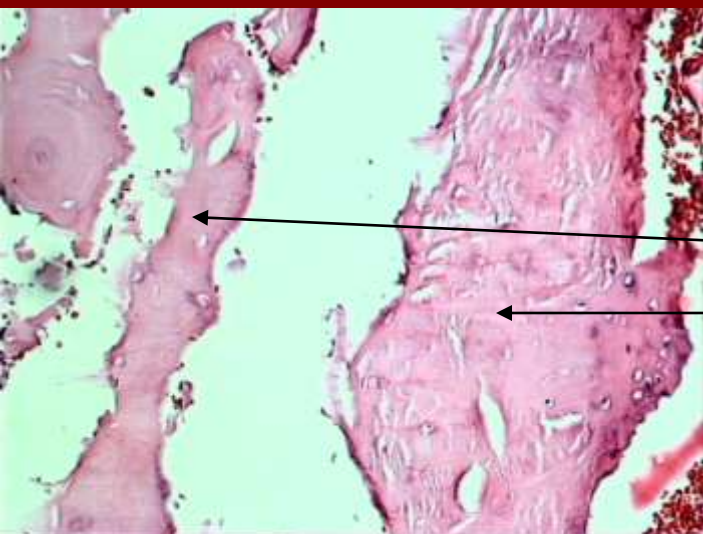
Некротизированная часть
надмышцелка удаляется долотом
до кровоточащей кости.



Иссеченные дистрофически измененные
ткани сухожилий, некротизированные
ткани надмышцелка.

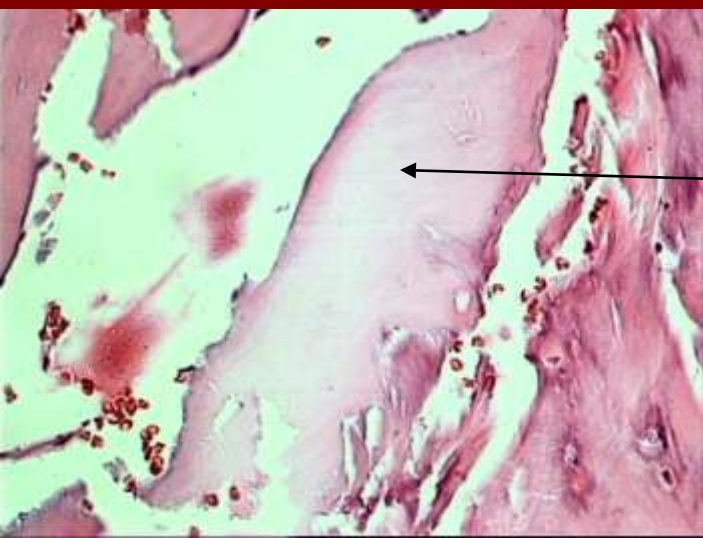


Микроскопия препарата надмышцелка (собственное наблюдение)



- Увеличение *200

Участки некроза костной ткани



- Увеличение *400

Отсутствие какой-либо структуры –
некроз костной ткани.

Надмышцелок многократно перфорируется спицей Киршнера на глубину 10-15 мм.



Центральная часть апоневроза
разгибательной группы мышц предплечья
многократно перфорируется скальпелем
на протяжении 3-5 см в шахматном
порядке (10-12 перфораций)



Узловыми швами восстанавливается прикрепление мышц-разгибателей к окружающим тканям. Помещается резиновый выпускник (на 1 сутки). Шов раны.



Задний гипсовый лонгет от плечевого сустава до средних фаланг пальцев.

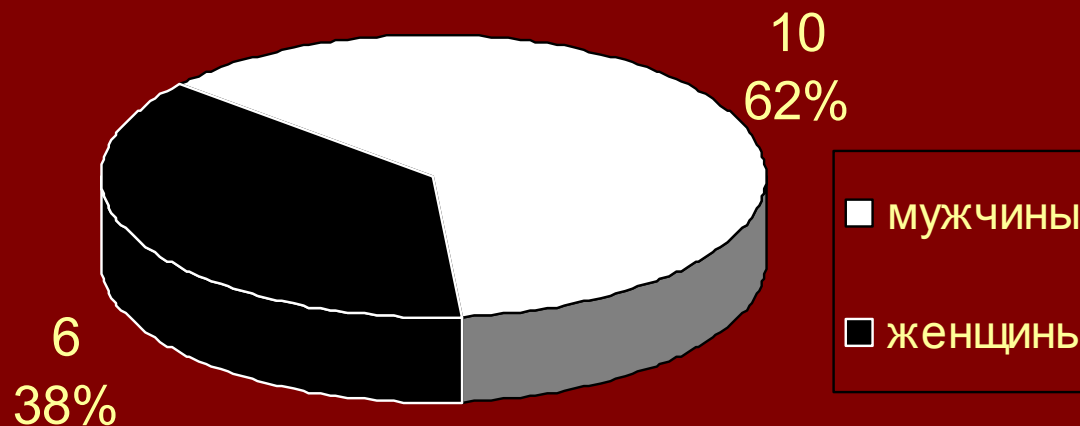


Послеоперационный период:

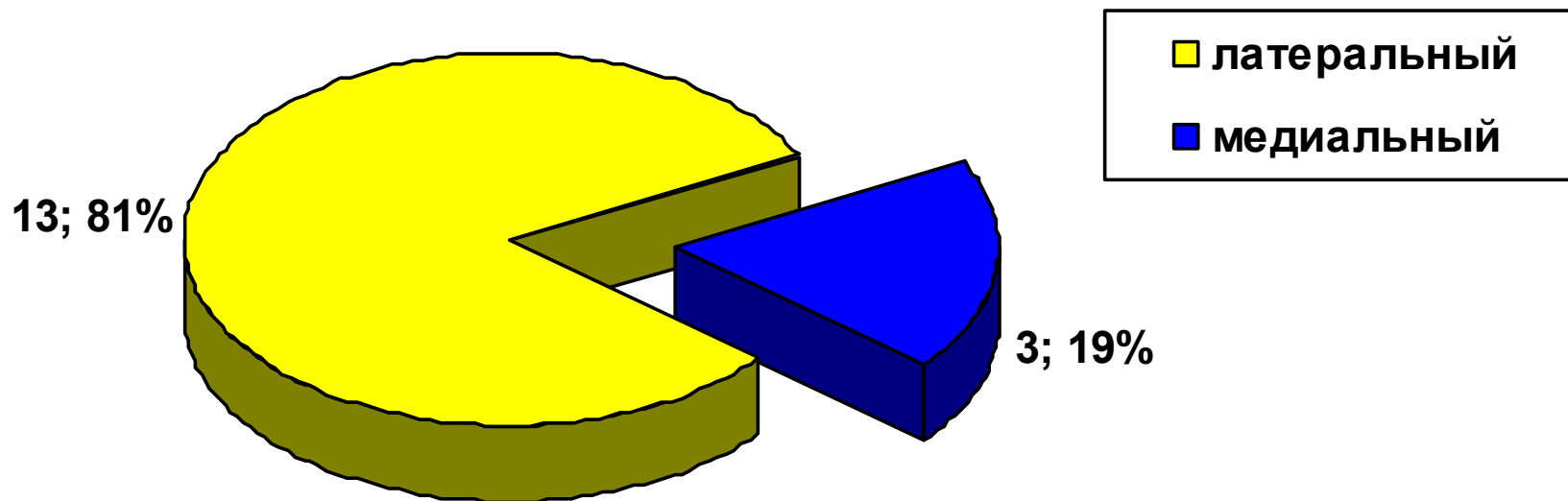
- Антибактериальная терапия (Цефазолин, Амписид №5)
- Симптоматическая терапия (Кетанов 1 мл * 2 раза в сут.)
- С первых суток ЛФК, с 3-5 суток ФТЛ (магнитотерапия)
- Средний срок пребывания в стационаре после операции 9,5 суток.
- Выписка на амбулаторное лечение, иммобилизация 21 сутки после операции.

В ФГУ НИИИТО Минздравсоцразвития РФ, ГУ
МСЧ ГУВД Нижегородской области по
предложенной нами методике выполнено 16
оперативных вмешательств с 2008 по 2011 г.г.

Гендерный состав пациентов:

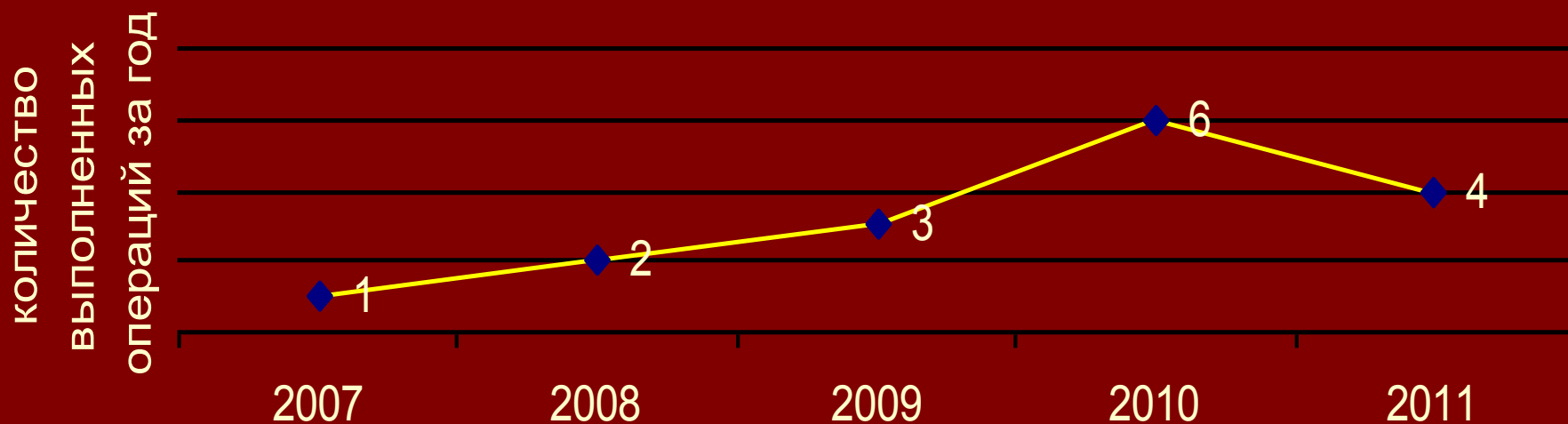


Средний возраст пациентов составил 40,7 л.
Все пациенты связывали свое заболевание с
нагрузками в профессиональной или бытовой
деятельности.



15 (93,75%) пациентов до операции прошли курс консервативной терапии средней продолжительностью 42,9 недель. Средняя продолжительность заболевания составила 37,4 месяцев.

Динамика количества выполненных операций:



Все оперированные нами пациенты вернулись к прежней трудовой и бытовой деятельности, болевой синдром устранен, результат оценен как **ОТЛИЧНЫЙ**.

Выводы:

- Эпикондилит плечевой кости является значимой медико-социальной проблемой современного общества.
- Эпикондилит плечевой кости является весьма актуальной проблемой для исследования по вопросам патоморфогенеза, диагностики и лечения.
 - Предложенный способ оперативного лечения является радикальным, патогенетически обоснованным, а результаты его применения – отличными.

Спасибо за внимание!

Если у Вас возникли вопросы,
прошу их задавать.