

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИКОНДИЛИТА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Качесов А.В., Королёв С.Б., Эль Мудни Ю.

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России, Нижний Новгород, e-mail: kachesov.av@gmail.com

Цель исследования: проанализировать отдаленные результаты оперативного лечения эпикондилита плечевой кости по предложенному авторами способу. В исследование включено 22 пациента, оперированных по поводу эпикондилита плечевой кости (25 клинических случаев). Контрольные осмотры проводили в сроки 3, 6 и 12 месяцев. Результаты лечения оценивали при помощи клинического физикального обследования, визуальной аналоговой шкалы боли, кистевой динамометрии, анкетирования вопросником неспособностей верхней конечности DASH. Наблюдали постепенное равномерное снижение болевого синдрома по ВАШ на 90%. Отмечено снижение балльной оценки неспособностей верхней конечности на $77,2 \pm 2,4\%$ с наибольшим темпом в период между третьим и шестым месяцами наблюдения. Равномерный прирост динамометрических показателей кисти в течение 1 года после вмешательства на $88,6 \pm 5,9\%$. **Выводы:** 1. Восстановление функции верхней конечности, купирование болевого синдрома происходит через 6 месяцев после предложенного оперативного вмешательства. 2. Операция по предложенной методике более эффективна, чем операция по Hohmann.

Ключевые слова: эпикондилит плечевой кости, оперативное лечение, отдаленные результаты.

RESULTS OF OPERATIVE TREATMENT OF LATERAL EPICONDYLITIS

Kachesov A.V., Korolev S.B., El Moudni Y.

State Educational Establishment of Higher Professional Training Nizhny Novgorod State Medical Academy of the Ministry of Public Health of the Russian Federation, Nizhny Novgorod, e-mail: kachesov.av@gmail.com

Aim of the research is to analyze middle- and long-term results of operative treatment of humeral epicondylitis by the purposed method. 22 patients (25 cases) were included into the research. This patients were operated by purposed method (Patent RF №2410048 27.01.2011): 9 males, 13 females aged 17-57 (39 ± 1) years old. Right limbs were affected in 18 cases and left limb in 7 cases. Outcomes were checked in terms 3, 6 and 12 months. Results were assessed by clinical examination, visual analogue pain scale (VAS), wrist dynamometry, DASH questionnaire. Moderate gradual reduction with 90% of pain level was seen. Decrease of DASH score was marked with $72 \pm 2.4\%$. Increase of the wrist dynamometry was gradual during the year after the surgery with $88.6 \pm 5.9\%$. Excellent and good results were got in all the cases. The most character symptoms of epicondylitis are pain, sickness of the wrist grip and limbs dysfunction. The most frequent specific symptoms were Thomsen and Maudsley symptoms; the rarest one was Welsh symptom. Decrease of pain and increase of the wrist strength in 3rd, 6th and 12th months are gradual. The dynamic of DASH score changes was irregular: major increase in 6th month check. Changes in 3rd and 12th months checks were in significant. Conclusions: 1. Upper limb function repairment and significant decrease of pain came in 6th months after purposed operative treatment. 2. Offered method is more effective then Hohmann procedure in operative treatment of humeral epicondylitis.

Keywords: humeral epicondylitis, operative treatment, middle- and long term results.

Эпикондилит плечевой кости – энтезопатия области прикреплений сухожилий мышц к надмышцелкам плечевой кости. О природе заболевания и терминологии в литературе существуют определенные разногласия. Большинство авторов традиционно используют термин «эпикондилит» [1]. В МКБ-10 также использовано данное название. Употребляют термин «эпикондилёз», считая его более точно отражающим суть патологического процесса: не воспалительный, а дегенеративно-дистрофический процесс [6]. Среди иностранных авторов довольно часто используют термин tennis elbow – «локоть теннисиста», отмечая, что значительное количество игроков в большой теннис страдают этим заболеванием [4].

Наружный надмыщелок является местом прикрепления *m. anconeus* на задней его поверхности и *mm. extensor carpi radialis brevis et extensor digitorum communis* на передней поверхности. *M. extensor carpi radialis longus et m. brachialis* прикрепляются более проксимально в передней части надмыщелкового гребня. Дегенеративным изменениям подвергаются в первую очередь глубокие волокна в верхней части надмыщелка [2]. Существует версия о том, что в ряде случаев причиной «теннисного локтя» может служить особенность строения – задняя синовиальная складка локтевого сустава. Однако следует дифференцировать эпикондилит плечевой кости от болей в латеральной части локтевого сустава внутрисуставного происхождения [7].

Распространенность эпикондилита среди населения составляет примерно 1-3% [5]. Заболеваемость составляет 4-7 случаев на 1000 населения в год. [4]. Подвержены энтезопатиям области дистального отдела плеча пациенты от 12 до 80 лет. Наиболее часто страдают пациенты в возрасте от 30 до 50 лет. В 75% случаев страдает доминирующая верхняя конечность. Развитию энтезопатий в области надмыщелков плеча способствует определенный характер нагрузки: монотонные длительные, преимущественно стереотипные движения в виде флексии, экстензии кисти, ротации предплечья [8].

Одним из наиболее объективных показателей функции кисти является силовая характеристика [5].

Цель – проанализировать отдаленные результаты оперативного лечения эпикондилита плечевой кости по предложенному авторами способу.

Материал и методы

В исследование включено 22 пациента (25 надмыщелков) с диагнозом «эпикондилит плечевой кости», пролеченных в отделении микрохирургии ФГБУ «ПФМИЦ» Минздрава России с 2006 по 2014 г. Исследование было одобрено ЛЭК ФГБУ «ПФМИЦ» Минздрава России, всем пациентам предлагалось заполнить информированное добровольное согласие на участие в медицинском исследовании. Критериями включения в исследования были: выполненное оперативное вмешательство по предложенной авторами технологии, срок после оперативного вмешательства более 3 месяцев, выполненные клинические и рентгенологические исследования, согласие на участие в клиническом исследовании. Критериями исключения были: срок наблюдения менее 3 месяцев после операции, отсутствие данных анкетирования и динамометрии в сроки исследования, отказ от участия в клиническом исследовании. Во всех случаях была применена предложенная технология оперативного лечения эпикондилита плечевой кости (Патент РФ № 2410048 от 27.01.2011). В послеоперационном периоде пациентам проводили курс физиотерапевтического лечения, лечебную физкультуру с 5-7 суток. Имобилизацию проводили сроком на 3 недели.

Наблюдение проводили в сроки 3, 6, 12 месяцев. В исследовании участвовали 9 мужчин и 13 женщин, возраст пациентов составил от 17 до 57 (39 ± 1) лет. В 82% наблюдений (18 случаев) операция была выполнена на правой, в 18% (4 случая) – на левой верхней конечности. Диагностика основывалась на данных анамнеза, клиническом и рентгенологическом обследовании. Большинство пациентов (95%) – люди ручного легкого либо тяжелого физического труда, в 82% случаев была поражена доминирующая рука. Длительность заболевания составила от 2 месяцев до 15 лет ($29 \pm 0,4$ мес.) Предварительное консервативное лечение проходили 20 (91%) пациентов, в его ходе пациентам выполняли блокады с ГКС, курс ФТЛ; 9% (2) пациентов не проходили предварительного консервативного лечения. Клинически определяли болезненность при пальпации области надмыщелка, симптомы Томсена, Велша, Маудслей, Милла, «тест стула» (chair-test). Выраженность болевого синдрома определяли по данным визуальной аналоговой шкалы боли (ВАШ). Степень дисфункции верхней конечности до и после операции определяли при помощи вопросника неспособностей верхней конечности DASH (Disability of arm, shoulder and hand), далее – DASH. Силу кисти определяли кистевым динамометром Коллена. Рентгенографию локтевого сустава выполняли в двух стандартных проекциях всем пациентам, определяли зону остеосклероза, экзостозы и остеофиты в области прикрепления мышц к надмыщелку. Мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) выполнили одному пациенту. Результат лечения оценивали по классификации Maudsley [3].

Результаты

Все пациенты предъявляли жалобы на боль в области надмыщелка: в 88% после физической профессиональной работы, в 80% после незначительной (бытовой) физической работы, в 18% в покое, в том числе в ночное время. Снижение силы мышц-разгибателей кисти и пальцев отмечали 80% пациентов, 36% не могли выполнять бытовую нагрузку. До операции выраженность болевого синдрома по ВАШ составила от 7,5 до 9 (в среднем $8 \pm 0,03$). Были положительны симптом Томсена у всех пациентов, Милла – в 24 (96%), Маудслей – в 23 (92%), симптом «стула» – в 22 (85%), симптом Велша – в 16 (64%) наблюдениях. До проведения оперативного вмешательства сила кисти больной конечности составила от 0 до 14 кг*с (в среднем $5 \pm 0,89$), показатель дисфункции верхней конечности по DASH составил от 27,5 до 68 баллов (в среднем $43,5 \pm 2,88$). На рентгенограммах у 18 (72%) пациентов выявляли наличие остеофитов, экзостозов, участков остеосклероза надмыщелка. На МСКТ визуализировали очаг деструкции костной ткани надмыщелка 2×3 мм.

После выполненной операции симптомы Томсена, Маудслей, Милла, Велша и симптом «стула» отсутствовали на всех сроках наблюдения. Отмечали равномерное снижение интенсивности болевого синдрома и увеличение показателей динамометрии кисти на

различных сроках наблюдения (рис. 1, 2). Темп снижения балльной оценки неспособностей верхней конечности по DASH был наибольшим через 6 месяцев после операции (рис. 3). По истечению срока наблюдения получены следующие результаты: отличные – 21, хорошие – 2, удовлетворительные – 2.

Обсуждение

Наиболее характерным симптомом эпикондилита является боль, приводящая, при длительном течении заболевания, к выраженному снижению кистевого захвата и дисфункции конечности. Среди клинических симптомов эпикондилита наиболее часто определяли симптомы Томсена и Маудслей, реже остальных – Велша. После операции в сроки 3, 6 и 12 месяцев регресс болевого синдрома и увеличение силовых характеристик кисти идет равномерно. Динамика балльной оценки дисфункции верхней конечности в целом, напротив, неравномерна, наибольшее снижение произошло в период с третьего до шестого месяца, в период наблюдения через 12 месяцев динамика была незначительной. Г.И. Жабин и В.Н. Кокоев сообщают о 30% удовлетворительных и 70% отличных и хороших результатов [1]. Результаты предложенной операции в 84% случаев отличные, в 16% - хорошие и в 16% - удовлетворительные.

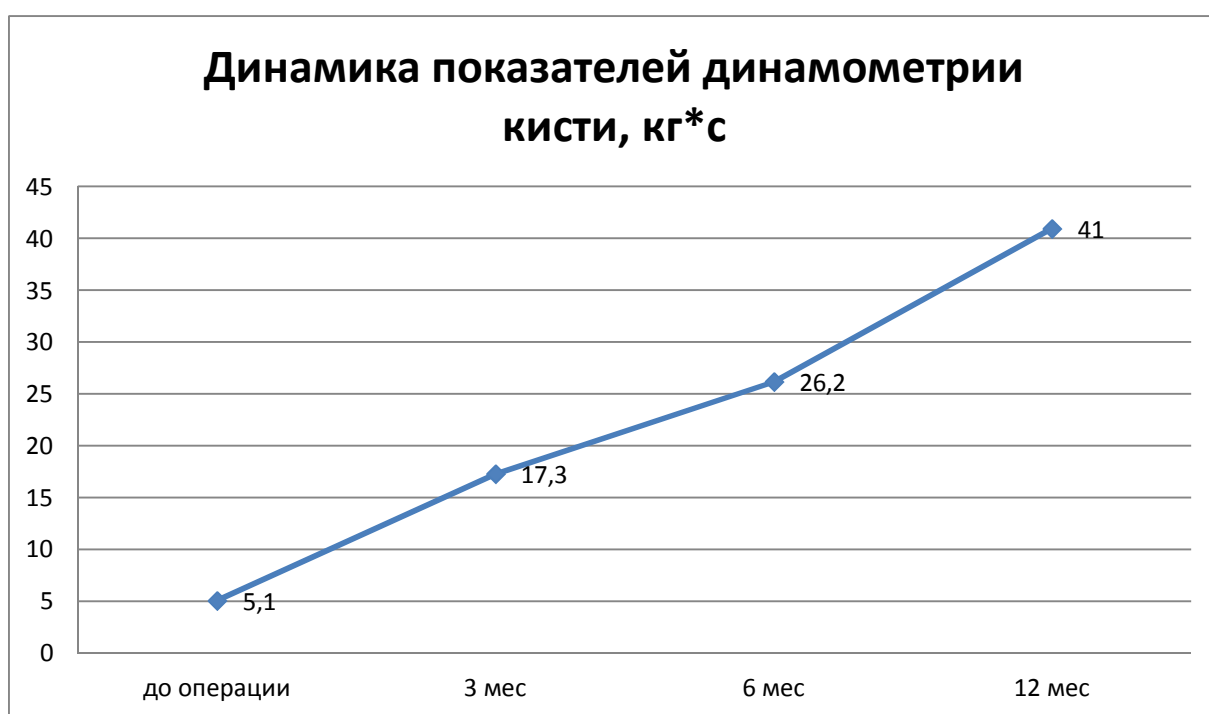


Рис. 1. Динамика показаний динамометрии кисти, кг*с

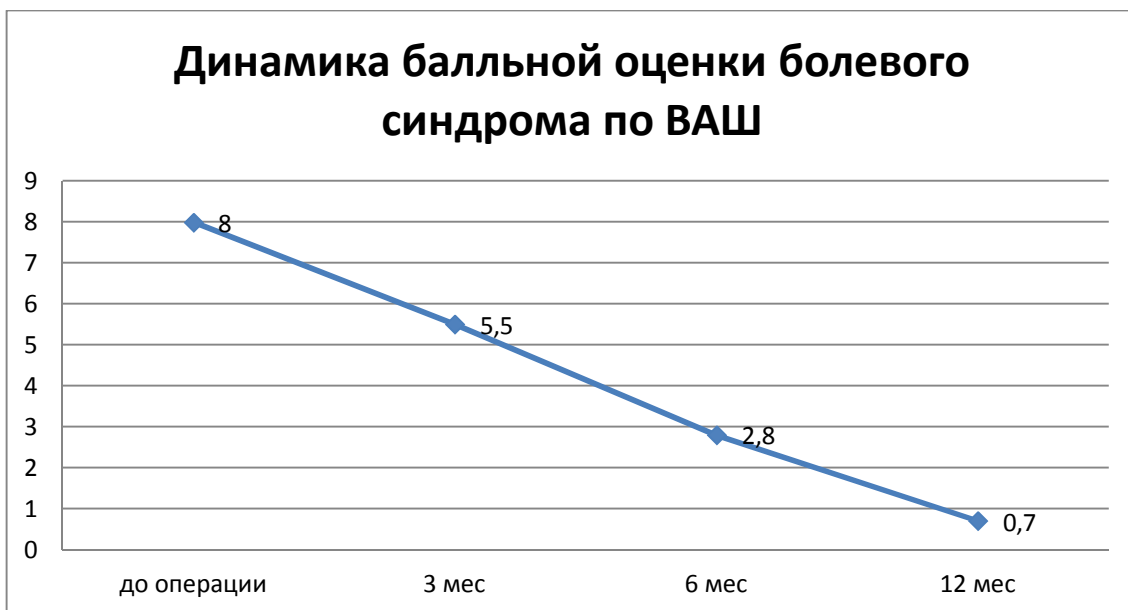


Рис. 2. Динамика выраженности болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале боли

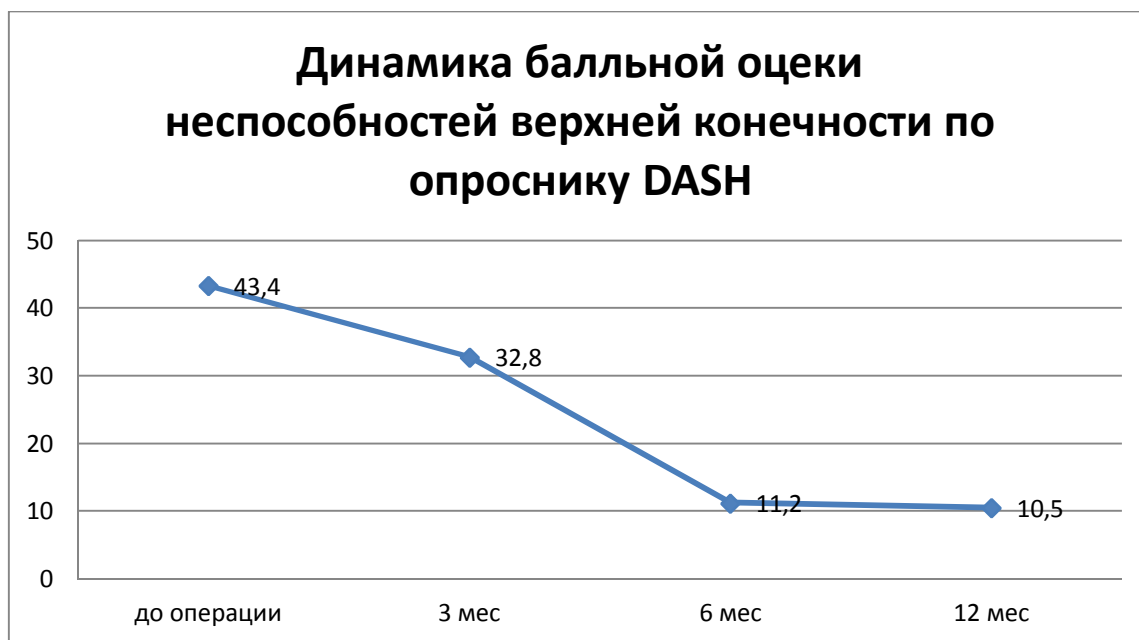


Рис. 3. Динамика степени дисфункции верхней конечности по DASH

Выводы

1. Восстановление функции верхней конечности при применении предложенной технологии происходит через 6 месяцев после оперативного вмешательства: значительное снижение болевого синдрома, увеличение силовых характеристик кисти, снижение показателей балльной оценки по шкале DASH.
2. Предложенная операция дает больше хороших и отличных результатов по сравнению с операцией Nohmann.

Список литературы

1. Жабин Г.И., Кокоев В.Н. Оперативное лечение эпикондилита плеча // Травматология и ортопедия России. – 2004. – № 1. – С. 56-57.
2. Best T. A systematic review of four injection therapies for lateral epicondylitis: prolotherapy, polidocanol, whole blood and platelet rich plasma // Br. J. Sports. Med. – 2009. – 43 (7). – P. 471-481.
3. Bigorrea N. Lateral epicondylitis treatment by extensor carpi radialis fasciotomy and radial nerve decompression: Is outcome influenced by the occupational disease compensation aspect? // Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research. – 2011. – № 97. – P. 159-163.
4. Bisset L. Mobilisation with movement and exercise, corticosteroid injection, or wait and see for tennis elbow: randomised trial // BMJ. – 2006. – № 333 (7575). – P. 939.
5. Blanchette M., Normand M. Impairment assessment of lateral epicondylitis through electromyography and dynamometry // J Can Chiropr Assoc. – 2011. – 55 (2). – P. 96-106.
6. Gasens T., Peerbooms J.C., van Laar W., den Outsten B.L. Ongoing positive effects of platelet-rich plasma versus corticosteroid injection in lateral epicondylitis a double-blind randomized controlled trial with 2-year follow-up // Am J Sports Med. – 2011. – № 39 (6). – P. 1200-1208.
7. Stanley D., Trail I. Operative Elbow Surgery. – Churchill Livingstone, 2012. - P. 533-546.
8. Owens B.D., Murphy K.P., Kublo T.R. Arthroscopic release for lateral epicondylitis // Arthroscopy. – 2001. – 17 (6). – P. 582-587.
9. Pienimaki T., Siira P., Vanharanta H. Widespread pain in chronic epicondylitis // Eur. J. Pain. – 2011. – 15 (9). – P. 921-927.