

ской области, в отдельных МО, таких как Асбест, Первоуральск, Серов онкологическая настороженность профпатологов и профпатологический аспект в работе онкологов приводят к более эффективной профилактической и медико-социальной работе общей лечебной сети, а следовательно, большей социальной адаптации больных с ПЗН.

ШИРОКОВ В.А., ЛЕЙДЕРМАН Е.Л., ЗЫРЯНОВ М.Н.

ФГУН «Екатеринбургский медицинский научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих промпредприятий» Роспотребнадзора, ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. В.Д. Чаклина Росздрава», г. Екатеринбург, Россия

ДИАГНОСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПЛЕЧЕВОГО ЭПИКОНДИЛИТА

В настоящее время эпикондилит рассматривается как проявление «кумулятивной травмы» («cumulative trauma injury»), в основе которой лежит надрыв (микронадрыв) сухожилий в месте прикрепления к костным выступам (надмыщелкам) в условиях производственных, спортивных и бытовых нагрузок. Следует отметить, что при достаточно очерченной клинической картине данного заболевания, отсутствуют единые подходы к диагностике, затрудняющие решение экспертных вопросов, что является особенно актуальным в клинике профессиональных болезней.

Целью настоящего исследования являлось выделение критериев диагностики плечевого эпикондилита на основании определения информационной ценности диагностических признаков.

В неврологическом отделении ЕМНЦ был обследован 31 пациент с установленным диагнозом эпикондилита. Из 62 обследованных рук в 47 случаях был выявлен наружный, а в 49 случаях – внутренний эпикондилит. На основании клинических данных и результатов дополнительного обследования было выделено 17 признаков: боль, болезненность, реверсивные тесты, признаки рентгенологического и ультразвукового исследования (УЗИ).

Изучение информативной ценности (ИЦ) клинико-инструментальных признаков (симптомов) эпикондилита проводили на основании расчета статистической вероятности (частоты признаков). Ин-

формативным считался тот признак, мера информативности которого больше 1,0.

В ходе проведенного исследования по определению ИЦ признаков эпикондилита получены данные о том, что признак «боль в области надмыщелка» обладает более высокой ИЦ при наружном эпикондилите (1,02), чем при внутреннем (0,97). Обратная картина наблюдается при оценке ИЦ пальпаторной болезненности. При функциональных исследованиях с тестами на противодействие (реверсивные) имеет значение супинационно-пронационный тест, но все-таки большую ИЦ представляет при внутреннем эпикондилите противодействие сгибанию кисти (1,95), а при наружном – разгибанию (2,12).

При УЗИ локтевых суставов получены данные, что изменения экзогенности, остеофитоз, параоссальные обызвествления более характерны для наружного эпикондилита, а рубцовый процесс и неровность кортикального слоя чаще выявлялись при внутреннем эпикондилите. Рентгенография показала, что при наружном эпикондилите чаще выявлялась периостальная реакция (1,25) и параоссальные изменения (1,3), а при внутреннем – неровность контура надмыщелка (1,2). Структурная перестройка костной ткани становится рентгенопозитивной спустя продолжительное время от начала болезни, в то время как с помощью УЗИ морфологические изменения могут выявляться на «дорентгенологической» стадии.

Минимальными критериями, необходимыми для диагноза эпикондилита, можно считать наличие двух клинических и одного инструментального. В случае наличия инструментальных признаков без клинических проявлений в момент обследования может иметь место клиническая ремиссия. При определении связи заболевания с профессией помимо профессионального стажа необходимо тщательное физиолого-эргономическое описание характера труда с детализацией сгибательно-разгибательной нагрузки кисти и пальцев, а также супинационно-пронационных движений предплечья.