

SCI-CONF.COM.UA

PERSPECTIVES OF CONTEMPORARY SCIENCE: THEORY AND PRACTICE



**PROCEEDINGS OF III INTERNATIONAL
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
APRIL 28-30, 2024**

**LVIV
2024**

12. **Ясногор С. С., Севериновська О. В.** 84
ВПЛИВ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я:
АНАЛІЗ В КОНТЕКСТІ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ТА МОЖЛИВІ
ПІДХОДИ ДО ПОПЕРЕДЖЕННЯ

MEDICAL SCIENCES

13. **Andrusovych I. V.** 91
VALUE OF CLINICAL BLOOD ANALYSIS INDICATORS OF
PATIENTS WITH COVID-19 INFECTION
14. **Рукалюк В. С., Кабарчук В. С.** 93
THE MORPHOFUNCTIONAL SUBSTRATE OF THE
ANTINOCICEPTIVE SYSTEM AND IMPLEMENTATION
PROSPECTS OF NINPT
15. **Апросіна О. Б., Волошин-Гапонов І. К.** 99
СИНДРОМ ШАРЛЯ БОННЕ
16. **Богданова В. Д.** 102
ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ
ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА
ЦЕМЕНТНОЇ ФІКСАЦІЇ
17. **Бондаренко К. В., Веснін В. В.** 104
АРТРОСКОПІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЛАТЕРАЛЬНОГО
ЕПІКОНДИЛІТУ
18. **Вавіла О. М., Карая О. В.** 108
ЕФЕКТИВНІСТЬ ВАКЦИНАЦІЇ ПРОТИ COVID-19 У
ПАЦІЄНТІВ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ
19. **Войлокова Г. О., Скиданенко Є. В., Черненко Л. М.** 113
ЗАСТОСУВАННЯ НЕБУЛАЙЗЕРІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ
ЗАХВОРЮВАНЬ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ
ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ ДО 18 РОКІВ
20. **Волошина А. С., Лантухова Н. Д.** 118
ВАЖЛИВІСТЬ НАВЧАННЯ НАДАННЮ ПЕРШОЇ МЕДИЧНОЇ
ДОПОМОГИ
21. **Вус М. В.** 122
ЕТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ
22. **Герцен Г. І., Гапон О. М., Білоножкін Г. Г.** 126
КОМПРЕСУЮЧИЙ СТРИЖЕНЬ ДЛЯ ХІРУРГІЧНОГО
ЛІКУВАННЯ НЕСТАБІЛЬНИХ ПЕРЕЛОМІВ ТІЛА КЛЮЧИЦІ
23. **Гірін В. В., Попрошаєв О. В.** 130
ВИКОРИСТАННЯ ЛАЗЕРІВ У ХІРУРГІЇ: НОВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ
ТА ПЕРСПЕКТИВИ
24. **Головаха М. Л., Чернишова А. В.** 133
МОЖЛИВОСТІ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ В
ВІДНОВЛЕННІ ПРОПРІОЦЕПЦІЇ ПІСЛЯ АУТОПЛАСТИКИ
ПЕРЕДНЬОЇ ХРЕСТОПОДІБНОЇ ЗВ'ЯЗКИ

АРТРОСКОПІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЛАТЕРАЛЬНОГО ЕПІКОНДИЛІТУ

Бондаренко Катерина Вадимівна,

Студентка

Науковий керівник: к.мед. наук, доцент

Веснін В. В.

Кафедра травматології та ортопедії

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Вступ./Introduction. Вперше дане захворювання описане як "судомо письменника", латеральний епікондиліт, або тенісний лікоть, є патологічним станом, який залучає загальний розгинач і викликає біль при розгинанні зап'ястя. Латеральний епікондиліт зазвичай пов'язаний з постійним розгинанням зап'ястя, що призводить до надмірного навантаження, і більшість таких станів, з якими стикається хірург-ортопед, пов'язані з професійною діяльністю. Конкретну патофізіологію ще належить чітко визначити. Дехто називає це процесом тендинозу, характерною ознакою якого є ангіофібробластична дисплазія м'яза-розгинача променевого зап'ястка. [1, 2, 3, 4]

Ціль роботи./Aim. Метою роботи було провести аналіз інформації щодо методів лікування латерального епікондиліту, зокрема саме артроскопії. Також, увагу було приділено диференціальній діагностиці даного захворювання.

Ключові слова: латеральний епікондиліт, артроскопія, оперативне лікування, анатомія, диференціальна діагностика.

Матеріали та методи./Materials and methods. Було проаналізовано інформацію на пошукових системах Google Scholar, PubMed, PMC free article, CrossRef.

Результати та обговорення./Results and discussion. Первинні патологічні зміни відбуваються в проксимальному м'язово-сухожильному відділі променевого розгинача зап'ястка який є компонентом загального

розгинача, що включає в себе сухожилля довгого розгинача променевого зап'ястка, загального розгинача пальців та ліктьового розгинача зап'ястка. Проксимальне прикріплення сухожилля розгинача відбувається на передньому схилі латерального надвиростка дистального відділу плечової кістки. Кісткова анатомія латерального надвиростка має пірамідальну конфігурацію, з довгими переднім і заднім схилами та коротким дистальним сегментом. Надвиростковий відросток виникає з дистальної третини латерального надвиросткового гребеня та латеральної між'язової перегородки. Ліктьова колатеральна зв'язка і комплекс кільцевих зв'язок, які прикріплюються до дистального кінця надвиросткового відростка, є можливими джерелами болю і важливими оточуючими структурами під час хірургічного вивільнення латерального надвиростка. [5]

Щодо диференціальної діагностики, то лікарі можуть діагностувати латеральний епикондиліт, коли пацієнт скаржиться на біль у бічному відділі ліктя, проте необхідно виключити інші причини болю. Подібний характер болю може бути спричинений симптомами, що відсилають до латеральної частини ліктьового суглоба, внаслідок компресії корінців шийних нервів С6 та С7, защемлення заднього міжкісткового нерва, післяопераційного утиску остеофітами олекранону або радіокапітеллярного остеоартриту.

Рентгенологічне обстеження у пацієнтів з болем у ліктьовому суглобі є важливим для виключення перелому, вивиху, дегенеративних захворювань суглобів, пухлинних утворень та іншої прихованої патології кісток або м'яких тканин. Стандартне рентгенологічне дослідження включає передньо-задню, бічну та аксіальну проекції ліктьового суглоба. При аксіальному знімку розглядаються медіальні та латеральні зчленування ліктьового суглоба. Для отримання цього знімка лікоть повністю згинають (135-140°) і розміщують на касеті, як для передньо-задньої проекції. Рентгенівський промінь спрямовують перпендикулярно до касети. З латеральним епикондилітом не пов'язані специфічні рентгенологічні знахідки, але іноді спостерігається кальцифікація або екзостоз надвиростка біля місця відходження сухожилля. [6] Така

кальцифікація в літературі не має чіткої кореляції з патологією сухожилля.

Артроскопічна процедура

Одним з найефективніших та сучасних способів лікування латерального епікондиліту є артроскопічне вивільнення. Через рік після операції 33 з 35 пацієнтів відзначили поліпшення симптомів і повернулися до роботи. [7]

Переваги артроскопічного лікування над відкритими процедурами полягають у можливості внутрішньосуглобового обстеження і, що більш важливо, збереженні загального розгинача. Як і при інших артроскопічних процедурах, пацієнти після артроскопічного вивільнення мають коротший період реабілітації і раніше повертаються до своєї попередньої діяльності. Під час артроскопії у пацієнтів з латеральним епікондилітом помітні зміни.

Описано три типи змін. Ураження типу I характеризуються запаленням і зношуванням в глибині і відсутністю ознак відвертого розриву. Пошкодження типу II - це поверхневі лінійні розриви. Пошкодження типу III - часткові або повні відриви з ретракцією. [8]

Висновки./Conclusions. Задовільне лікування латерального епікондиліту є результатом правильного діагнозу, за яким слідує контрольована програма лікування. В данному огляді представлено найбільш актуальний метод лікування латерального епікондиліту. Але необхідно продовжити дослідження результатів як безопераційного, так і оперативного лікування, щоб кожен пацієнт міг досягти максимального покращення. Необхідні збалансовані оцінки конкретних груп пацієнтів, а також визначення оптимального лікування для кожної групи. Це дозволить інтегрувати наявну інформацію та покращити лікування пацієнтів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Kraushaar, BS, Nirschl RP: Tendinosis of the elbow (tennis elbow): Current concepts review. J Bone Joint Surg Am 81:259-278, 1999
2. Kuklo TR, Taylor KF, Murphy KP, et al: Arthroscopic release for lateral epicondylitis: A cadaveric model. Arthroscopy 15:259-264, 1999

3. Leadbetter WB: Cell-matrix response to injury. Clin Sports Med 11:533-578, 1992
4. Leadbetter WB: Anti-inflammatory therapy in sports injury: The role of nonsteroidal drugs and corticosteroid injection. Clin Sports Med 14:353-410, 1995
5. Murphy K, Baker CL Arthroscopic findings associated with lateral epicondylitis [abstract]. Orthop Trans 21:222, 1997
6. Nirschl RP: Tennis elbow. Orthop Clin North Am 4:787-800, 1973
7. Nirschl RP, Pettrone FA: Tennis elbow: The surgical treatment of lateral epicondylitis. J Bone Joint Surg Am 61:832-839, 1979
8. Almekinders LC, Baynes AJ, Bracey L W An in vitro investigation into the effects of repetitive motion and nonsteroidal antiinflammatory medication on human tendon fibroblasts. Am J Sports Med 23:119-123, 1995