

**SCI-CONF.COM.UA**

# **PERSPECTIVES OF CONTEMPORARY SCIENCE: THEORY AND PRACTICE**



**PROCEEDINGS OF XII INTERNATIONAL  
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE  
JANUARY 13-15, 2025**

**LVIV  
2025**

## MEDICAL SCIENCES

- |     |   |     |
|-----|---|-----|
| 12. | <b><i>Semkiv A. Yu.</i></b><br>REVIEW OF AN APPLICATION OF GENOME EDITING IN<br>CANCER TREATMENT: FROM THEORY TO CLINICAL<br>UTILIZING  | 80  |
| 13. | <b><i>Апалькова Д. М., Гончарова Н. М., Євтушенко О. В.</i></b><br>СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО<br>МЕЗЕНТЕРІАЛЬНОГО ТРОМБОЗУ  | 85  |
| 14. | <b><i>Бондаренко К. В., Голозубова О. В.</i></b><br>ЛІКУВАННЯ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ<br>ВНУТРІШНЬОВЕННИМИ ПРЕПАРАТАМИ ЗАЛІЗА У ПРАКТИЦІ<br>СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ  | 89  |
| 15. | <b><i>Боякова А. С.</i></b><br>МІКРОБІОМ ЯК КЛЮЧОВИЙ ФАКТОР У РЕГУЛЯЦІЇ<br>НЕЙРОІМУННИХ ВЗАЄМОДІЙ У ДІТЕЙ З АУТИЗМОМ  | 93  |
| 16. | <b><i>Веснін В. В., Жуков А. П.</i></b><br>ФАКТОРИ РИЗИКУ РЕЦИДИВУ НЕСТАБІЛЬНОСТІ<br>ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБУ ПІСЛЯ АРТРОСКОПІЧНОГО<br>ЛІКУВАННЯ УШКОДЖЕННЯ ЗА ТИПОМ БАНКАРТА  | 99  |
| 17. | <b><i>Владиченко К. А.</i></b><br>СУЧАСНІ МЕТОДИ МОРФОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ<br>ЕМБРІОГЕНЕЗУ СЕЧОВОГО МІХУРА   | 104 |
| 18. | <b><i>Водолажський М. Л., Страшок Л. А., Кошман Т. В., Фоміна Т. В.,<br/>Завеля Е. М.</i></b><br>МІЖГАЛУЗЕВА ВЗАЄМОДІЯ ЩОДО ОРГАНІЗАЦІЇ<br>МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ УЧНІВ ЗАКЛАДІВ<br>ЗАГАЛЬНОЇ СЕРЕДНЬОЇ ТА ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ | 110 |
| 19. | <b><i>Волошина Т. А., Фатосєва Є. Т., Терьошин В. О.</i></b><br>ОБІЗНАНІСТЬ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ ЩОДО<br>ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ НЕБЕЗПЕКИ ТА МЕТОДІВ<br>ПРОФІЛАКТИКИ КОРУ  | 115 |
| 20. | <b><i>Гнатюк М. С., Стець Н. Я., Татарчук Л. В., Чолач С. Ю.</i></b><br>ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ СЕКРЕТОРНОЇ АКТИВНОСТІ<br>МІОЕНДОКРИННИХ КЛІТИН ПЕРЕДСЕРДЬ В УМОВАХ<br>КОБАЛЬТОВОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ                                      | 122 |
| 21. | <b><i>Гнутова Л. В., Денисенко К. О., Ярош К. І., Бондаренко Я. Д.,<br/>Лимаренко Д. А., Сухоносов Р. О.</i></b><br>РОЗТИНУ БУТИ: ІСТОРІЯ АНАТОМІЇ КРІЗЬ ПРИЗМУ МОРАЛІ<br>ТА ЗАКОНУ   | 127 |
| 22. | <b><i>Гончаренко Б. В., Олійник Н. З., Якименко Г. В.</i></b><br>ВПЛИВ КВІТУВАННЯ ПРЕДСТАВНИКІВ РОДУ FORSYTHIA<br>VANL НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ПАЦІЄНТІВ ПІД ЧАС<br>ПРИЙОМУ СІМЕЙНИМ ЛІКАРЕМ                                     | 134 |

# **ФАКТОРИ РИЗИКУ РЕЦИДИВУ НЕСТАБІЛЬНОСТІ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБУ ПІСЛЯ АРТРОСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ УШКОДЖЕННЯ ЗА ТИПОМ БАНКАРТА**

**Веснін Володимир Вікторович**

к. мед. н., асистент кафедри травматології та ортопедії

**Жуков Андрій Павлович**

студент

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

## **Вступ/Introductions.**

Плечовий суглоб є найрухливішим у всьому людському організмі. Однак, ця надзвичайна рухливість досягається за рахунок зниження його стабільності. Через недостатню відповідність кісткових поверхонь та слабкість суглобової капсули плечовий суглоб є дуже нестабільним. Однією з найбільш поширених травм верхньої кінцівки є первинний вивих плеча, який у 60-80% призводить до посттравматичної нестабільності плечового суглобу [1]. За статистикою звичний вивих плеча зустрічається переважно у спортсменів, які грають у волейбол, теніс чи гандбол, а також у людей, робота яких пов'язана з підняттям рук вгору. У більшості випадків пацієнти з переднім вивихом плеча мають ушкодження Банкарта. «Золотим стандартом» лікування вивиху плеча є артроскопічна стабілізація переднього капсулофіброзного відділу за допомогою якорних фіксаторів. За статистикою приблизно 90 % прооперованих відновлюють активний спосіб життя, проте у 2 - 24 % випадків виникає рецидив, які значно погіршують якість життя людини [1, 4].

**Ціль роботи/Aim.** Провести систематичний огляд літератури для оцінки факторів ризику рецидиву нестабільності плечового суглобу після артроскопічного лікування ушкодження за типом Банкарта.

**Матеріали і методи/Materials and methods.** У ході дослідження використано медичні матеріали, проаналізовано та синтезовано інформацію з опублікованих праць вітчизняних та закордонних лікарів на сайтах PubMed,

ResearchGate. У роботі використано сукупність загальнонаукових методів дослідження (аналіз, синтез, порівняння, узагальнення) для дослідження причин рецидиву нестабільності плечового суглобу після хірургічного лікування.

### **Результати та обговорення/Results and discussion.**

Плечовий суглоб є одним з найбільш рухливих в організмі людини, що забезпечується його особливою анатомічною будовою. Суглобова губа, як природний амортизатор, запобігає сублюксації головки плечової кістки. Ротаторна манжета, що складається з кількох м'язів і їхніх сухожилок, забезпечує динамічну стабілізацію суглоба. Додатково, сухожилок довгої головки біцепса бере участь у створенні стабілізуючого комплексу. Рецепторний апарат суглоба забезпечує нейром'язову координацію, що дозволяє виконувати точні і плавні рухи [5, 6].

Під час травматичного ушкодження плеча (первинний вивих або підвивих), структури плечового суглобу зазнають ушкоджень, що призводить до посттравматичної нестабільності плеча. Найчастіше причинами звичного вивиху є ушкодження Банкарта (відрив суглобової губи від окістя лопатки та розрив капсули суглоба), пошкодження сухожилля м'язів обертальної манжети, ушкодження Хілла – Сакса (дефекти задньозовнішньої поверхні головки плечової кістки) [1]. Також, лікарі зазначають, що рецидиви первинного вивиху плеча виникають у пацієнтів, які відмовляються від тривалої іммобілізації ураженої кінцівки або у пацієнтів, які не надають належної уваги активній реабілітації кінцівки після первинного вивиху [5]. На розвиток посттравматичної нестабільності плечового суглобу впливають стать травмованого, вік, в якому стався первинний вивих, і фізична активність пацієнта [2].

Приблизно у 90-97 % пацієнтів із звичним вивихом плеча виявлено розрив губи суглобової западини від переднього краю суглобової поверхні лопатки (ушкодження Банкарта) [1]. Оскільки фіброзно-хрящова губа не може знову прикріпитися до зони відриву, дана патологія лікується лише хірургічним

шляхом. Сьогодні «золотим стандартом» лікування нестабільності плечового суглобу є артроскопічна стабілізація капсули плечового суглоба з використанням анкерних фіксаторів (операції Bankart). Дана операція є малотравматичною, досить ефективною, дає змогу скоротити загальні терміни лікування. Реконструкція капсули плечового суглоба в передньому відділі дає змогу відновити роботу суглобу у повній мірі. Проте, у 4-20% пацієнтів після артроскопічних операцій виникає рецидив [1, 3]. За дослідженнями Лучано Андреа Россі 39% рецидивів виникли у перші 2 роки після операції, 61% рецидивів виникли у перші 4 роки після операції [8].

Відповідно до результатів досліджень, здійснених лікарями різних країнах у період з 1997 р. по 2021 р. [1, 3, 7, 9], є кілька факторів ризику рецидиву нестабільності плечового суглобу після артроскопічного лікування ушкодження за типом Банкарта: високий рівень спортивної активності (78% пацієнтів із рецидивом вивиху плеча займалися спортом), наявність значних пошкодження кісткових утворень плечового суглобу - суглобової западини лопатки (дефіцит гленоїда) і головки плечової кістки (пошкодження Хілла-Сакса), зниження міцності та пружності м'яких структур (суглобово-плечових зв'язок і капсули), синдром гіпермобільності суглобу, численна (більше 1) кількість вивихів до операції, затримка хірургічного втручання від першого вивиху до операції більше 6 місяців.

За дослідженнями Е. А. Беяк у 69% випадків причиною рецидиву після операції Банкарта стала повторна травма. Основними видами травми, які призвели до рецидиву вивиху плеча є: падіння на руку, кидальні рухи рукою, спроба удару рукою, підтягування на перекладині, виконання кидка у боротьбі. 62% даних травм відбулися під час займання спортом, 38% - у побуті [3].

За дослідженнями Паздніков Р. В. рецидиви вивиху плеча після артроскопічного лікування можливі через те, що під час операції не були враховані всі ушкодження плечового суглобу. У пацієнтів з вираженим кістковим дефектом гленоїда і головки плечової кістки стабілізуючих операцій Банкарта буває недостатньо [1].

## **Висновки/Conclusions.**

Незважаючи на досить високу ефективність операції Банкарта, повністю уникнути рецидивів нестабільності плечового суглобу не вдається. Найчастіше вони пов'язані з недооцінкою особливостей первинного ушкодження стабілізуючих структур плечового суглоба та високим рівнем спортивної активності пацієнтів після операції. Виявлення факторів ризику на доопераційному етапі дозволить оптимізувати тактику лікування пацієнтів із звичним вивихом плечового суглоба.

## **СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:**

1. Паздніков Р. В. Анкерна стабілізація капсули в разі передньої травматичної нестабільності плечового суглоба. Режим доступу: [https://sytenko.org.ua/wp-content/uploads/thesis/Pazdnikov\\_RV\\_Thesis.pdf](https://sytenko.org.ua/wp-content/uploads/thesis/Pazdnikov_RV_Thesis.pdf)
2. Qingxiang Hu, MD, Zhekun Zhou. Association of the stability ratio with postoperative clinical function and recurrence of instability in patients with anterior shoulder instability
3. Е. А. Бемяк, А. А. Кубашев. Факторы риска рецидива нестабильности плечевого сустава после артроскопического лечения повреждения Банкарта. Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2015, № 3
4. Zhenxing Shao. Short-Term Complications of Arthroscopic Bristow or Latarjet Procedure with Screw Versus Suture-Button Fixation: A Prospective Study of 308 Consecutive Cases by a Single Surgeon. The Journal of Bone and Joint Surgery 106(13), 2024
5. Матвеев Р. П. Анализ результатов лечения первичного травматического вывиха плеча / Р. П. Матвеев, В. А. Асланов // Травматология и ортопедия России. – 2011. – № 1 (59). – С. 96-100.
6. Function of the glenohumeral ligaments in active stabilisation of the shoulder joint / J. Jerosch, J. Steinbeck, H. Clahsen [et al.] // Knee Surg., Sports. Traumatol., Arthroscopy. – 1993. – Vol. 1, № 3/4. – P. 152-158.

7. Беляк Е. А., Кубашев А. А., Лазко Ф. Л., Ломтатидзе Е. Ш., Абдулхабирова М. А., Птицын К. А., При' зов А. П. Опыт применения операции Латарже для лечения пациентов с передней нестабильностью плечевого сустава. Травматология и ортопедия России. 2014.

8. A 2-Year Follow-up May Not be Enough to Accurately Evaluate Recurrences After Arthroscopic Bankart Repair: A Long-term Assessment of 272 Patients With a Mean Follow-up of 10.5 Years. PubMed, 2023 Feb;51(2) Режим доступа: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36594485/>

9. Age, participation in competitive sports, bony lesions, ALPSA lesions, > 1 preoperative dislocations, surgical delay and ISIS score > 3 are risk factors for recurrence following arthroscopic Bankart repair: a systematic review and meta-analysis of 4584 shoulders. PubMed, 2021 Dec;29(12) Режим доступа: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34420117/>