

**SCI-CONF.COM.UA**

# **EUROPEAN SCIENCE AND INNOVATION CONGRESS**



**PROCEEDINGS OF II INTERNATIONAL  
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE  
JANUARY 14-16, 2026**

**BARCELONA  
2026**

## UDC 001.1

The 2<sup>nd</sup> International scientific and practical conference “European science and innovation congress” (January 14-16, 2026) Barca Academy Publishing, Barcelona, Spain. 2026. 441 p.

**ISBN 978-84-15927-36-5**

The recommended citation for this publication is:

*Ivanov I. Analysis of the phaunistic composition of Ukraine // European science and innovation congress. Proceedings of the 2nd International scientific and practical conference. Barca Academy Publishing. Barcelona, Spain. 2026. Pp. 21-27. URL: <https://sci-conf.com.ua/ii-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-european-science-and-innovation-congress-14-16-01-2026-barselona-ispaniya-arhiv/>.*

**Editor**

**Komarytskyy M.L.**

*Ph.D. in Economics, Associate Professor*

Collection of scientific articles published is the scientific and practical publication, which contains scientific articles of students, graduate students, Candidates and Doctors of Sciences, research workers and practitioners from Europe, Ukraine and from neighbouring countries and beyond. The articles contain the study, reflecting the processes and changes in the structure of modern science. The collection of scientific articles is for students, postgraduate students, doctoral candidates, teachers, researchers, practitioners and people interested in the trends of modern science development.

**e-mail:** [barca@sci-conf.com.ua](mailto:barca@sci-conf.com.ua)

**homepage:** <https://sci-conf.com.ua>

©2026 Scientific Publishing Center “Sci-conf.com.ua” ®

©2026 Barca Academy Publishing ®

©2026 Authors of the articles

11. **Баранова Н. В., Крохмаль Г. Д.** 64  
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОСТІНТУБАЦІЙНОЇ  
ГРАНУЛЬОМИ У ВІДДАЛЕНИЙ ПЕРІОД ПІСЛЯ ІНТУБАЦІЇ
12. **Борис І. В., Волошина А. С., Михайлик М. В., Меркулова Н. Ф.** 67  
ОСОБЛИВОСТІ ТИПОВОГО ТА АТИПОВОГО ПЕРЕБІГУ  
ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ У ДОРΟΣЛИХ
13. **Веснін В. В., Фадєєв О. Г., Бітюкова Є. В., Васильченко М. М.** 72  
АРТРОСКОПІЧНА КАПСУЛОТОМІЯ В ТЕРАПІЇ  
РЕЗИСТЕНТНОГО АДГЕЗИВНОГО КАПСУЛІТУ ПЛЕЧОВОГО  
СУГЛОБА: КЛІНІЧНА ТА ФУНКЦІОНАЛЬНА ОЦІНКА ЗА  
ШКАЛАМИ ASES/DASH
14. **Видойник О. Я.** 77  
ВИЗНАЧЕННЯ СПАДКОВОЇ СХИЛЬНОСТІ ДО РОЗВИТКУ  
АТОПІЧНИХ УРАЖЕНЬ У ДІТЕЙ
15. **Гайдаш І. С., Гайдаш І. А.** 81  
ГІГІЄНІЧНИЙ СТАН ПОВЕРХНЕВОЇ ВОДИ ОЗЕРА СВІТЯЗЬ
16. **Діденко К. А., Нестеренко Ю. Р., Чистік М. С.** 83  
АНАЛІЗ ПРИЗНАЧЕННЯ АНТИБІОТИКІВ ПРИ ГОСТРИХ  
РЕСПІРАТОРНИХ ІНФЕКЦІЯХ У АМБУЛАТОРНИЙ  
ПРАКТИЦІ
17. **Іванюк А. В., Кучерявченко М. О.** 89  
ВПЛИВ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ НА ЯКІСТЬ НАВЧАННЯ  
СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
18. **Макаров С. О.** 93  
РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ: СУЧАСНІ СОЦІАЛЬНО-  
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ДАНІ ТА ДІАГНОСТИЧНІ ПІДХОДИ
19. **Мочерняк М. Л., Токарік Г. В.** 95  
ВПЛИВ ДЕФІЦИТУ ЗАЛІЗА ТА ОМЕГА-3 НА  
ФУНКЦІОНУВАННЯ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ
20. **Несольона Л. О., Ширяєва Л. Г., Ващенко В. В., Бітчук М. Д.,  
Березка М. І.** 99  
ПЕРСПЕКТИВА ВПРОВАДЖЕННЯ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ  
В НАДАННІ СЕРЦЕВО-ЛЕГЕНЕВОЇ РЕАНІМАЦІЇ В  
НЕВІДКЛАДНИХ СТАНАХ
21. **Нестерук С. О.** 102  
ОСОБЛИВОСТІ СУБМІКРОСКОПІЧНОГО РЕМОДЕЛЮВАННЯ  
СТРУКТУР ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ЗА УМОВ  
ПОЄДНАНОЇ ДІЇ ПІСЛЯРЕЗЕКЦІЙНОЇ ПОРТАЛЬНОЇ  
ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ЕТАНОЛУ
22. **Оршацька М. Р., Немерич О. В., Лапшин В. В.** 107  
ДО ПИТАНЬ КОРЕКЦІЇ ВАД ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ  
(ГАСТРОШИЗИСУ І ОМФАЛОЦЕЛЕ)

# **АРТРОСКОПІЧНА КАПСУЛОТОМІЯ В ТЕРАПІЇ РЕЗИСТЕНТНОГО АДГЕЗИВНОГО КАПСУЛІТУ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА: КЛІНІЧНА ТА ФУНКЦІОНАЛЬНА ОЦІНКА ЗА ШКАЛАМИ ASES/DASH**

**Веснін Володимир Вікторович**

кандидат медичних наук, доцент кафедри екстреної та невідкладної медичної допомоги, ортопедії, травматології та протезування Харківський національний медичний університет

**Фадєєв Олег Геннадійович**

кандидат медичних наук, доцент кафедри екстреної та невідкладної медичної допомоги, ортопедії, травматології та протезування Харківський національний медичний університет

**Бітюкова Євгенія Володимирівна**

Здобувач вищої освіти Харківський національний медичний університет, Україна

**Васильченко Марія Максимівна**

Здобувач вищої освіти Харківський національний медичний університет, Україна

**Вступ.** Адгезивний капсуліт (“заморожене плече”) є досить поширеною патологією, що призводить до суттєвого зниження якості життя пацієнтів працездатного віку. Застосування стандартних протоколів лікування (НПЗЗ, стероїдні ін’єкції, фізіотерапія) дозволяє досягти позитивного клінічного ефекту. Однак, близько у 10-15% пацієнтів відмічається резистентний перебіг захворювання з відсутністю суттєвого покращення протягом понад 6 місяців [1]. В таких випадках артроскопічна капсулотомія розглядається як сучасний та малоінвазивний метод, що дозволяє швидко відновити працездатність, проте потребує об’єктивної оцінки результатів за міжнародними шкалами ASES та DASH [2].

**Мета роботи.** Оцінити ефективність артроскопічної капсулотомії у пацієнтів з резистентним адгезивним капсулітом (“заморожене плече”) шляхом аналізу наукових даних щодо динаміки больового синдрому, відновлення

амплітуди рухів та функціонального стану плечового суглоба за міжнародними шкалами ASES та DASH.

**Матеріали і методи.** Був проведений огляд актуальної наукової літератури, що дало змогу дослідити результативність хірургічного релізу капсули, як методу вибору при неефективності консервативної терапії, оцінивши динаміку болювого синдрому та відновлення амплітуди рухів.

**Результати літературного огляду.** Плечовий суглоб вирізняється найбільшим обсягом рухів серед суглобів людини, що пов'язано з особливостями його будови. Він утворений

головкою плечової кістки та суглобовою западиною лопатки, в стабільність рухів забезпечується суглобовою капсулою. Капсула є тонкою й еластичною структурою, яка відіграє ключову роль у підтриманні функції суглоба [3].

Адгезивний капсуліт (frozen shoulder) – це стан, при якому внаслідок потовщення та фіброзних змін капсули виникає біль і стійке обмеження активних та пасивних рухів у плечовому суглобі. Розрізняють первинний (ідіопатичний) та вторинний капсуліт (на тлі травм, операцій або метаболічних порушень, зокрема цукрового діабету). При резистентному перебігу адгезивного капсуліту формуються грубі колагенові спайки, які призводять до стійкого зменшення його об'єму та різкого обмеження рухливості [4]. Консервативне лікування в цьому випадку не дає позитивних результатів, тому виникає необхідність застосування хірургічних методів лікування. Артроскопічна капсулотомія є доволі ефективним та мінімально інвазивним втручанням, яке спрямоване на усунення капсулярної контрактури та відновлення обсягу рухів у плечовому суглобі.

Основними критеріями для оперативного лікування є відсутність позитивної динаміки від консервативної терапії протягом 3-6 місяців, збереження інтенсивного нічного болю та стійке обмеження пасивних рухів (особливо зовнішньої ротації та відведення) [5].

**Методика проведення втручання.** Операція виконується під загальною

або комбінованою анестезією в положенні пацієнта на боці або в позиції “крісло шезлонг”. Через стандартні артроскопічні порти проводиться ревізія суглоба. Техніка передбачає послідовне розсічення капсули в передньо-верхньому сегменті, вивільнення інтервалу ротаторів та розсічення нижньої пахвової складки під візуальним контролем. Це дозволяє уникнути пошкоджень пахвового нерва та хрящових поверхонь [6].

Клінічні покращення функції та рухливості плеча відзначаються невдовзі після операції та прогресивно покращуються від 2 тижнів до 24 місяців після втручання. Через 24 місяці обсяг рухливості стає майже таким самим, як у протилежному, не оперованому плечі [7]. У проведеному мережевому метааналізі, що загалом включав 73 пацієнти та був опублікований Ignacio Pasqualini та співавт., в листопаді 2024 року доведено, що артроскопічна хірургічна капсулотомія є найефективнішим методом лікування щодо збільшення обсягу рухів плечового суглоба при адгезивному капсуліті. Клінічно значущі результати були досягнуті вже через 2-4 місяці після операції, а до 12 місяця спостереження позитивного результату досягли понад 90% пацієнтів [8].

Функціональна оцінка плечового суглоба після проведення артроскопічної капсулотомії зазвичай проводиться за шкалами ASES (American Shoulder and Elbow Surgeons Score) та DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand). Шкала ASES дозволяє оцінити больові відчуття та функціональну активність плечового суглоба у повсякденному житті. Оцінка балів коливається від 0 до 100, де 0 це найнижчий рівень функціонування, а 100 це найвищий [9]. В свою чергу шкала DASH дає змогу комплексно оцінити функцію всієї верхньої кінцівки. Складається переважно з 30 пунктів та оцінює як невеликі, так і значні порушення функції верхньої кінцівки після оперативного втручання [10]. Прикладом оцінки наведемо дослідження, як опублікували у 2024 році Brandon Ziegenffus та співавт., в якому проводили оцінювання результатів оперативного лікування адгезивного капсуліту за шкалами, включаючи шкали ASES та DASH. Результати показали статистично та клінічно значущі

покращення результатів у активних та пасивних рухах плечового суглоба невдовзі після проведення лікування.

**Висновок.** Артроскопічна капсулотомія в лікуванні резистентного адгезивного капсуліту плечового суглоба виявляє найбільш ефективний результат порівняно з іншими методами лікування та є пріоритетом вибору у випадках, коли консервативне лікування не має достатнього ефекту.

### **ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА:**

1. Idiopathic adhesive capsulitis: long-term results of conservative treatment. PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15373308/>. Accessed Dec 2025.
2. Vangsgaard GK, Krogsgaard MR, Hansen CF. A systematic review of patient-reported outcome measures for idiopathic adhesive capsulitis. *BMC Musculoskelet Disord.* 2025;26:452. doi:10.1186/s12891-025-08443-z.
3. Shoulder joint. Wikipedia, the free encyclopedia. Available from: [https://en.wikipedia.org/wiki/Shoulder\\_joint](https://en.wikipedia.org/wiki/Shoulder_joint). Accessed December 24, 2025.
4. Le HV, Lee SJ, Nazarian A, Rodriguez EK. Adhesive capsulitis of the shoulder: review of pathophysiology and current clinical treatments. *Shoulder Elbow.* 2017;9(2):75-84.
5. Hsu JE, Anakwenze OA, Warrender WJ, Abboud JA. Current review of adhesive capsulitis. *J Shoulder Elbow Surg.* 2011;20(3):502–514.
6. Arthroscopic capsular release in frozen shoulder syndrome. PubMed. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19439128/> (accessed Dec 2025).
7. Ziegenfuss B, Italia K, Stalin KA, Whitehouse S, Gupta A, Cutbush K. The clinical course and outcomes following arthroscopic frozen shoulder 360° release. 2024;8(6);1196-1206.
8. Pasqualini I, Rossi LA, Oyem PC, Tanoira I, Hurley ET, Ranalletta M. Time Required to Achieve Clinically Significant Outcomes After Anteroinferior Arthroscopic Capsular Release for Shoulder Adhesive Capsulitis. *Orthop J Sports Med.* 2024 Nov 4;12(11).
9. Agel J, Hebert-Davies J, Braman JP. American Shoulder and Elbow

Surgeons score: what does it tell us about patients selecting operative treatment of a rotator cuff injury? 2023;7(5):751-755.

10. Ogura K, Yakoub MA, Christ AB, Fujiwara T, Nikolic Z, Boland PJ, Athanasian EA, Healey JH. The critical difference in the DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder, and Hand) outcome measure after essential upper extremity tumor surgery. *J Shoulder Elbow Surg.* 2021 Sep;30(9):e602-e609.