CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

कंधे की अस्थिरता (शोल्डर इनस्टेबिलिटी)

लैब्रम नरम कार्टिलेज (उपास्थि) का एक किनारा है, जो कंधे के उथले सॉकेट को गहरा करता है। जब यह फटता है — अक्सर कंधा उतरने के दौरान — तो जोड़ अपनी मुख्य रोक खो देता है और अस्थिर महसूस होने लगता है।

Kieran Hirpara 4.0

यह पृष्ठ मशीन द्वारा अनूदित है और अभी तक किसी चिकित्सक द्वारा जाँचा नहीं गया है। **अंग्रेज़ी संस्करण** ही आधिकारिक है।

आपको क्या महसूस होता है

कंधे की अस्थिरता (जोड़ का ढीलापन) का मतलब है कि आपके कंधे के जोड़ की बॉल अपने सॉकेट के अंदर जितना हिलनी चाहिए, उससे ज़्यादा हिलती है। कभी-कभी यह आंशिक रूप से बाहर खिसक जाती है, जिसे सबलक्सेशन कहते हैं। कभी-कभी यह पूरी तरह बाहर निकल आती है, जो डिसलोकेशन (यानी कंधा उतरना) है। कुछ लोगों को यह गिरने या किसी चोट के बाद महसूस होता है। दूसरे लोगों के कंधे ढीले होते हैं, जिन पर हमेशा से भरोसा नहीं हो पाया, और इसके पीछे कोई एक चोट नहीं होती जिसे वे कारण बता सकें।

दर्द अक्सर कंधे के अंदर गहराई में महसूस होता है, आगे या पीछे, यह इस पर निर्भर करता है कि जोड़ किस ओर खिसकता है। कुछ लोगों को तेज़ दर्द के बजाय एक अस्पष्ट-सा दर्द महसूस होता है, और कुछ को बांह में नीचे की ओर जाती झुनझुनी महसूस होती है। आपको कट-कट या चटकने का एहसास हो सकता है, या ऐसा लग सकता है कि जब आप बांह बगल की ओर या सिर के ऊपर उठाते हैं तो कंधा खिसकने वाला है। फेंकना मुश्किल हो सकता है, और फेंकने से पहले बांह को पीछे ले जाने वाले चरण (वाइंड-अप) के दौरान दर्द होना आम है।

रात में कंधा अक्सर परेशान करता है। बहुत से लोगों को उस तरफ़ करवट लेकर सोना असहज लगता है, और नींद के दौरान कंधा ढीला महसूस हो सकता है या अपनी स्थिति बदल सकता है। भारी चीज़ें उठाकर ले जाने से, जैसे शॉपिंग का सामान या छोटा बच्चा, दर्द शुरू हो सकता है। सिर के ऊपर चीज़ें उठाना, जैसे किसी ऊंची शेल्फ़ तक हाथ पहुंचाना, लक्षण शुरू होने का एक और आम कारण है।

रोज़मर्रा के काम धीरे-धीरे, बिना ज़्यादा ध्यान खींचे, मुश्किल हो सकते हैं। पीछे की ओर हाथ बढ़ाते समय, धुले कपड़े सुखाने के लिए टांगते समय, या सबसे ऊपर की शेल्फ़ से कुछ उतारते समय आप अपने कंधे को कसकर संभाल सकते हैं या हिचकिचा सकते हैं। अगर आप खेल खेलते हैं, तो हो सकता है कि टैकल, तैराकी के स्ट्रोक या सिर के ऊपर से लगाए जाने वाले शॉट के दौरान आपका अपने कंधे पर भरोसा उठ गया हो। कुछ लोग उन स्थितियों से बचने लगते हैं जो जोखिम भरी लगती हैं, जैसे बांह को बगल में दूर तक फैलाकर बाहर की ओर घुमाए रखना।

अगर आपका कंधा पूरी तरह उतर गया है, तो उसके आसपास की मांसपेशियों में अक्सर ऐंठन हो जाती है, और जब तक जोड़ को वापस अपनी जगह पर नहीं बैठाया जाता, तब तक दर्द बहुत तेज़ रहता है। अगर आपका कंधा अपने आप वापस अपनी जगह पर आ जाता है, या कभी पूरी तरह उतरे बिना ढीला महसूस होता है, तो समस्या कम स्पष्ट हो सकती है। दोनों ही स्थितियों में इन लक्षणों को गंभीरता से लेना चाहिए, क्योंकि इनसे आपके सर्जन को बहुत कुछ पता चलता है कि जोड़ के अंदर क्या हो रहा है।

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

असल में क्या हो रहा है

आपका कंधा ताकत से ज़्यादा हिलने-डुलने के लिए बना है। सॉकेट स्वाभाविक रूप से उथला होता है, और जिस बॉल को वह थामे रहता है, उसके आकार का लगभग एक-तिहाई होता है। इसे किसी गहरे कप के अंदर बैठी गेंद के बजाय टी पर टिकी गोल्फ़ की गेंद की तरह समझें। यही बनावट आपकी बांह को हर दिशा में पहुंचने देती है, लेकिन इसका यह भी मतलब है कि अपनी जगह पर टिके रहने के लिए जोड़ नरम ऊतकों पर निर्भर करता है।

नरम ऊतकों में मुख्य स्थिरता देने वाला हिस्सा सॉकेट के किनारे के चारों ओर मज़बूत कार्टिलेज (उपास्थि) का एक छल्ला है, जिसे लैब्रम कहते हैं। यह किसी उथली तश्तरी के किनारे पर उभरे हुए होंठ या बंपर की तरह काम करता है, सॉकेट को 50% गहरा करता है और बॉल को टिकने के लिए सहारा देता है। इस छल्ले के चारों ओर एक कैप्सूल होता है, यानी ऊतक की एक ढीली आस्तीन, जिसमें मोटी पट्टियां होती हैं जो तंबू की रस्सियों की तरह जोड़ को अपनी जगह पर थामे रखती हैं। रोटेटर कफ़ (कंधे को घुमाने वाली मांसपेशियों और टेंडनों का समूह) की मांसपेशियां आपके हिलने के दौरान बॉल को बीच में रखकर नियंत्रण की एक और परत जोड़ती हैं।

अस्थिरता तब होती है जब ये रोकें अपना काम करना बंद कर देती हैं। कुछ लोगों में कैप्सूल चारों ओर से ढीला होता है, इसीलिए कंधा एक से ज़्यादा दिशाओं में खिसकता है। दूसरे लोगों में कोई चोट आगे या पीछे की ओर लैब्रम और कैप्सूल को खींच देती है या फाड़ देती है, जिससे बंपर अब बॉल को थामे नहीं रख पाता। बार-बार खिसकने से लैब्रम और ज़्यादा घिस सकता है। कंधा उतरने पर बॉल जहां सॉकेट के किनारे से टकराती है, वहां उसकी चिकनी सतह में गड्ढा भी पड़ सकता है, और कुछ कंधों में सॉकेट के किनारे की अपनी हड्डी भी कम हो जाती है, जिससे बॉल के टिकने के लिए और भी कम जगह बचती है। इनमें से हर बदलाव जोड़ को खिसकने में आसान और भरोसा करने में मुश्किल बना देता है।

इसीलिए आप जो लक्षण महसूस करते हैं, वे समस्या की दिशा से मेल खाते हैं। अगर जोड़ का अगला हिस्सा प्रभावित है, तो बांह को बगल में दूर तक फैलाकर बाहर की ओर घुमाने से बॉल आगे की ओर सरक जाती है। अगर पिछला हिस्सा प्रभावित है, तो आगे की ओर या अपने शरीर के आर-पार हाथ बढ़ाने से बॉल पीछे की ओर धकेली जा सकती है। जब पूरा कैप्सूल ढीला होता है, तो कंधा कई दिशाओं में खिसक सकता है, जिनमें नीचे की ओर भी शामिल है, और इसी से झुनझुनी और जोड़ के नीचे की ओर लटकने का एहसास समझ में आता है। आपको जो कट-कट महसूस होती है, वह अक्सर सॉकेट के अंदर बॉल के हिलने के दौरान लैब्रम या कैप्सूल के अटकने से होती है।

हम इसके लिए क्या कर सकते हैं

डॉ. कीरन हिरपरा, माटर प्राइवेट हॉस्पिटल, रॉकहैम्पटन में ऊपरी अंग के सर्जन हैं, और वे आपकी समस्या के अनुसार सबसे कम चीर-फाड़ वाले विकल्पों से शुरुआत करते हैं। मरीज़ आम तौर पर अपने जीपी (आपके फैमिली डॉक्टर) के रेफ़रल से हमारे क्लिनिक आते हैं; अगर किसी फिजियोथेरेपिस्ट ने आपको हमसे मिलने की सलाह दी है, तब भी मेडिकेयर रिबेट पाने के लिए आपको अपने जीपी से रेफ़रल लेना होगा। क्लिनिक में की जाने वाली जांच से, जिसमें आपकी पूरी जानकारी लेना, शारीरिक जांच और ज़रूरत हो तो इमेजिंग (स्कैन) शामिल हैं, निदान (डायग्नोसिस) तय होता है।

कंधे की ज़्यादातर अस्थिरता में हम फिजियोथेरेपी से शुरुआत करते हैं। एक फिजियोथेरेपिस्ट आपको ऐसे व्यायाम करवाते हैं जो रोटेटर कफ़ को मज़बूत करते हैं, यानी मांसपेशियों का वह समूह जो बॉल को सॉकेट के बीच में रखता है। यह कार्यक्रम आपके कंधे की चपटी हड्डी (स्कैपुला) के आसपास की मांसपेशियों को भी मज़बूत बनाता है और आपकी बांह किसी भी पल कहां है, इसकी समझ को दोबारा सिखाता है, जिसे प्रोप्रियोसेप्शन कहते हैं। जो कंधे किसी एक चोट के बिना कई दिशाओं में ढीले हैं, उनके लिए फिजियोथेरेपी ही मुख्य इलाज है, और लगभग 80% लोग इससे बेहतर हो जाते हैं। सर्जरी के बारे में सोचने से पहले हम आम तौर पर आपसे इसे 6 से 9 महीने तक पूरा मौका देने के लिए कहते हैं। अगर आपका कंधा किसी चोट के बाद बाहर खिसका था, तो थोड़े समय के लिए, आम तौर पर 3 से 7 दिन, स्लिंग (बांह को सहारा देने वाली पट्टी) पहनने से रिहैबिलिटेशन शुरू होने से पहले चीज़ें शांत हो जाती हैं। जोड़ के पीछे की ओर पहली बार कंधा उतरने पर, बांह को 1 से 2 सप्ताह तक कोहनी को बगल में सटाकर स्थिर रखा जाता है, फिर थेरेपी शुरू होती है।

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

शुरुआती दिनों में सामान्य दर्द निवारक दवाएं और सूजन कम करने वाली दवाएं (एंटी-इन्फ्लेमेटरी) मदद कर सकती हैं, और जिन गतिविधियों से कंधे की तकलीफ़ बढ़ती है, उनमें बदलाव करना भी योजना का हिस्सा है।

सर्जरी की बात तब आती है जब फिजियोथेरेपी से आराम नहीं मिला हो, या जब आपके लक्षण बार-बार काम या खेल में बाधा डालते रहें। यह जानना भी ज़रूरी है कि जिन युवा खिलाड़ियों का कंधा उतरता है, उनमें बिना सर्जरी के अस्थिरता अक्सर लौट आती है, इसलिए हम ऑपरेशन पर देर के बजाय जल्दी बात कर सकते हैं। किसी भी ऑपरेशन से पहले हम कंधे की ध्यान से जांच करते हैं और स्कैन से लैब्रम, जोड़ की सतहों, और सॉकेट के किनारे से कोई हड्डी कम हुई है या नहीं, इसकी जांच करते हैं। सर्जरी का प्रकार इस पर निर्भर करता है कि जांच में क्या मिलता है। बहुत से कंधों के लिए फटे हुए लैब्रम और कैप्सूल का दूरबीन से रिपेयर (आर्थ्रोस्कोपी से वापस जोड़ना) सही रहता है। अगर सॉकेट के किनारे की काफ़ी हड्डी घिस गई हो, या बॉल में गड्ढा बड़ा हो, तो हम ऐसी प्रक्रिया की सलाह दे सकते हैं जिसमें सॉकेट के आगे के हिस्से में हड्डी जोड़कर उसकी गहराई वापस लाई जाती है। अगर आपका कंधा एक से ज़्यादा दिशाओं में खिसकता है और आप जानबूझकर उसे उतार सकते हैं, तो आम तौर पर सर्जरी की सलाह नहीं दी जाती, और फिजियोथेरेपी ही मुख्य इलाज बनी रहती है। कोई भी ऑपरेशन आप और हम मिलकर तय करते हैं, जब आप विकल्पों को समझ लेते हैं।

क्या उम्मीद करें

एक बार शुरू होने के बाद कंधे की अस्थिरता शायद ही कभी अपने आप ठीक होती है। कुछ लोगों में यह आती-जाती रहती है, और खिसकने की घटनाओं के बीच शांत दौर रहते हैं। दूसरों में, खासकर कम उम्र के लोगों में, यह बार-बार दोहराया जाने वाला सिलसिला बन जाती है। जिन मरीज़ों का कंधा 22 साल से कम उम्र में उतरता है, उनमें से 70% को आगे भी अस्थिरता होती है, और उनमें से आधे लोगों को आखिरकार जोड़ को स्थिर रखने के लिए सर्जरी की ज़रूरत पड़ती है। बार-बार हुई घटनाओं का इतिहास इस बात का सबसे मज़बूत संकेत है कि बिना इलाज के कंधा खिसकता रहेगा।

इसे बिना इलाज के छोड़ देने में खिसकने के अलावा भी असली जोखिम हैं। हर नई घटना सॉकेट के किनारे की और हड्डी घिस सकती है, जोड़ की चिकनी सतह को नुकसान पहुंचा सकती है, और बाद में होने वाले किसी भी ऑपरेशन को ज़्यादा जटिल बना सकती है। लंबे समय में, जिन लोगों का कंधा उतरा था, उनमें से दो-तिहाई को, उनकी उम्र चाहे जो भी हो, 25 साल के अंदर उस कंधे में घिसाव वाला गठिया (आर्थराइटिस) हो गया। इसीलिए हम यह देखने का इंतज़ार करने के बजाय कि आगे क्या होता है, पहली बार कंधा उतरने को भी गंभीरता से लेते हैं।

अच्छी तरह संभाली गई देखभाल से आगे की तस्वीर अक्सर ज़्यादा स्थिर रहती है। ढीले कंधों के लिए फिजियोथेरेपी ही मुख्य इलाज है, और 40 साल से कम उम्र के ज़्यादातर लोग जो इसे 6 महीने देते हैं, उनका इलाज बिना सर्जरी के हो जाता है। जब सर्जरी की ज़रूरत होती है, तो इसका लक्ष्य स्थिरता वापस लाना और आपको फिर से अपने कंधे पर भरोसा करने देना होता है। ताकत और हिलने-डुलने की क्षमता लौट आने पर खिलाड़ी आम तौर पर फिर से खेल सकते हैं। जोड़ के पीछे की ओर की अस्थिरता की सर्जरी के बाद, 3 साल पर 90% खिलाड़ी फिर से खेल रहे थे, और 67% अपने पिछले स्तर पर लौटे। उस तरह के रिपेयर के बाद भारी काम और संपर्क वाले खेल (कॉन्टैक्ट स्पोर्ट) आम तौर पर 6 महीने तक टाले जाते हैं।

यहां ईमानदारी ज़रूरी है, क्योंकि कोई भी इलाज जोखिम को पूरी तरह खत्म नहीं करता। कंधे के आगे के हिस्से के दूरबीन से रिपेयर (आर्थ्रोस्कोपी) के बाद, बीच की अवधि के फॉलो-अप तक 30% कंधों में फिर से अस्थिरता हुई, और 8 से 10 साल में लगभग एक-तिहाई कंधे कम से कम एक बार फिर से उतरे। अगर कैप्सूल को ज़रूरत से ज़्यादा कस दिया जाए तो जकड़न हो सकती है, हालांकि ऐसा कम ही होता है। कई दिशाओं में ढीले कंधों में, दूरबीन वाली या ओपन, दोनों में से किसी भी सर्जरी के बाद 7% मामलों में अस्थिरता लौट आती है। ये आंकड़े आपको हतोत्साहित करने के लिए नहीं हैं। यह वह वास्तविक तस्वीर है जिसका इस्तेमाल हम आपकी उम्र, आपके खेल और आपके स्कैन के साथ मिलाकर ऐसी योजना बनाने के लिए करते हैं जिससे आपके कंधे के अपनी जगह पर टिके रहने की सबसे अच्छी संभावना हो।

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

डॉक्टर को कब दिखाएं

अपने जीपी से जल्दी मिलें अगर आपका कंधा उतर गया है और वापस अपनी जगह पर नहीं जा रहा, या अगर चोट के बाद आप अपनी बांह को बाहर की ओर घुमा या उठा नहीं पा रहे। विशेषज्ञ से जांच करवाने के लिए कहें अगर कंधा बार-बार खिसकता रहता है, अगर घटनाएं पहले से ज़्यादा आसानी से होने लगी हैं, या अगर पहली बार कंधा खेल के दौरान उतरा था। इमरजेंसी विभाग जाएं अगर कंधा उतरने के बाद आपको बांह में सुन्नपन, झुनझुनी या कमज़ोरी महसूस हो, क्योंकि जोड़ के पास से गुज़रने वाली नर्व (तंत्रिकाएं) खिंच सकती हैं या दब सकती हैं। अगर दर्द और ढीलापन आपकी नींद खराब कर रहे हैं, आपके काम को सीमित कर रहे हैं, या आपको फेंकने, सिर के ऊपर उठाने या चीज़ें उठाकर ले जाने से रोक रहे हैं, तो भी जांच करवाएं। अगर बिना किसी चोट के आपका कंधा भरोसे लायक नहीं लगता, तो उसके और बिगड़ने का इंतज़ार करने के बजाय उसकी जांच करवाना फिर भी सही रहेगा।

विस्तार से

यह हिस्सा आपके अपने इलाज के फ़ैसलों के लिए ज़रूरी जानकारी से आगे जाता है। कंधे की अस्थिरता के बारे में यह अतिरिक्त जानकारी पढ़ने लायक है, क्योंकि असली फ़ैसला दरअसल "ऑपरेशन करें या नहीं" नहीं है — बल्कि यह है कि कौन-सा ऑपरेशन, और यह इस बात पर टिका है कि हड्डी का माप क्या है, न कि कंधा कैसा महसूस होता है।

फ़ैसला करने वाला कारक हड्डी की कमी है

सॉफ्ट-टिशू रिपेयर (नरम ऊतक को वापस जोड़ना) फटे हुए लैब्रम को फिर से जोड़ता है और कैप्सूल को कसता है। यह सॉकेट के आगे के हिस्से से गायब हड्डी की भरपाई नहीं कर सकता, और जब उस किनारे का काफ़ी हिस्सा चला जाता है, तो नरम ऊतक चाहे कितनी भी अच्छी तरह रिपेयर किया गया हो, कंधा उस कमी वाली जगह के ऊपर से खिसककर बाहर निकल सकता है।

19,307 मरीज़ों की एक सिस्टमैटिक रिव्यू ने आर्थ्रोस्कोपिक बैंकार्ट रिपेयर के बाद दोबारा अस्थिरता होने के स्थापित जोखिम कारकों की पहचान की: **कम उम्र**, **ग्लेनॉइड (सॉकेट) की हड्डी की कमी**, और **ऑफ-ट्रैक हिल-सैक्स घाव**; इसके साथ संपर्क वाले और प्रतियोगी खेल, फिक्सेशन में इस्तेमाल हुए उपकरणों की संख्या और लिंग भी आम तौर पर बताए गए [1]।

"ऑफ-ट्रैक" को समझाना ज़रूरी है। हिल-सैक्स घाव वह गड्ढा है जो कंधा उतरते समय सॉकेट के किनारे से टकराने पर ह्यूमरस (बांह की हड्डी) के सिर के पिछले हिस्से में बन जाता है। यह मायने रखता है या नहीं, यह इस पर निर्भर करता है कि हिलने की पूरी रेंज के दौरान यह ग्लेनॉइड के संपर्क में रहता है (ऑन-ट्रैक), या किनारे से गिरकर उसमें फंस जाता है। विफलता का अनुमान इन दोनों कमियों के आपसी संबंध से लगता है, इनमें से किसी एक से अकेले नहीं।

बड़ा ऑपरेशन क्या देता है, और उसकी क्या कीमत है

जहां हड्डी की कमी काफ़ी ज़्यादा हो, वहां हड्डी को एक जगह से दूसरी जगह लगाना वह समस्या हल करता है जो रिपेयर नहीं कर सकता। सीधी तुलना में, आर्थ्रोस्कोपिक बैंकार्ट रिपेयर की तुलना में लैटार्जे ऑपरेशन से **दोबारा अस्थिरता की दर कम** रही, मरीज़ों द्वारा बताए गए नतीजे बेहतर रहे और खेल में वापसी जल्दी हुई, जबकि इसमें **जटिलताओं (कॉम्प्लिकेशन) की दर ज़्यादा** रही [2]। **3,088** मरीज़ों की एक लंबी अवधि की तुलना में ओपन लैटार्जे के बाद दोबारा अस्थिरता और दोबारा ऑपरेशन (रिवीज़न) कम पाए गए, और दोनों में गठिया की दर **लगभग बराबर** रही [3]; यह उस आम आपत्ति का जवाब देता है कि जोड़ के पार हड्डी ले जाने से घिसाव ज़रूर तेज़ होगा।

इसकी कीमत मापी जा चुकी है: **7,175** मरीज़ों के आंकड़े मिलाकर देखने पर, लैटार्जे के बाद कुल जटिलता दर **6–7%** थी, जो ज़्यादातर ग्राफ्ट (लगाई गई हड्डी) से जुड़ी थी, और ओपन और आर्थ्रोस्कोपिक तरीकों के बीच कोई खास अंतर नहीं था [4]।

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

बीच का विकल्प

चुनाव सिर्फ़ दो में से एक का नहीं है। **2,100** मरीज़ों में, **रेम्प्लिसाज** जोड़ने से — यानी हिल-सैक्स गड्ढे को कैप्सूल और टेंडन (कंडरा) से भर देना ताकि वह फंस न सके — अकेले बैंकार्ट रिपेयर की तुलना में दोबारा अस्थिरता कम हुई, और बाहर की ओर घुमाने की क्षमता (एक्सटर्नल रोटेशन) में कोई खास कमी **नहीं** आई, और लैटार्जे की तुलना में दोबारा ऑपरेशन की ज़रूरत भी कम हो सकती है [5]।

यह फेंकने वाले खिलाड़ियों और उन सभी के लिए मायने रखता है जिनका खेल बाहर की ओर घुमाने के आखिरी कुछ डिग्री पर निर्भर करता है, जहां कंधे को स्थिर करने के ऑपरेशन को लेकर पारंपरिक चिंता हमेशा यही रही है कि अस्थिरता के बदले जकड़न मिल जाएगी।

नतीजों वाले शोध को सावधानी से पढ़ें

दो निष्कर्ष आपको बताए गए किसी भी पक्के-से लगने वाले आंकड़े को संतुलित करने चाहिए।

19,156 मरीज़ों की एक रिव्यू का निष्कर्ष था कि बैंकार्ट रिपेयर के नतीजे बताने वाले अध्ययनों का एक बड़ा हिस्सा **कम पद्धतिगत गुणवत्ता और प्रमाण के निचले स्तर** का है [6]।

और इलाज तक पहुंच सबके लिए बराबर नहीं है: **43,054** मरीज़ों में, अल्पसंख्यक नस्ल या जातीयता, सरकारी बीमा, कम आय और ज़्यादा सामाजिक अभाव — इन सभी से बैंकार्ट रिपेयर **करवाने की संभावना कम** हुई, और सरकारी बीमा का संबंध लंबे इंतज़ार से भी पाया गया [7]। प्रकाशित नतीजों में कुछ अंतर इस बात को दर्शाता है कि कौन सर्जरी तक पहुंचा और कब, न कि ऑपरेशन क्या करता है।

संदर्भ

[1] Bulleit CH, Hurley ET, Jing C, Hinton ZW, Doyle TR, Anakwenze OA, et al. Risk factors for recurrence following arthroscopic Bankart repair: a systematic review. J Shoulder Elbow Surg. 2024;33(11):2539-49. https://doi.org/10.1016/j.jse.2024.04.017

[2] Hossein Zadeh R, Daliri M, Sadeghi M, Hossein Zadeh R, Sahebi M, Moradi A, et al. Arthroscopic Bankart repair vs. Latarjet procedure for recurrent shoulder instability: a meta-analysis. J Shoulder Elbow Surg. 2024;33(12):e652-e674. https://doi.org/10.1016/j.jse.2024.06.024

[3] Meyer AM, Lorentz SG, Klifto CS, Bradley KE, Lau BC, Dickens JF, et al. Open Latarjet results in lower recurrent instability and revision rates than arthroscopic Bankart repair at long-term follow-up. Arthroscopy. 2025;41(9):3693-705. https://doi.org/10.1016/j.arthro.2024.12.038

[4] Hurley ET, Schwartz LB, Mojica ES, Campbell KA, Matache BA, Meislin RJ, et al. Short-term complications of the Latarjet procedure: a systematic review. J Shoulder Elbow Surg. 2021;30(7):1693-9. https://doi.org/10.1016/j.jse.2021.01.024

[5] Gonzalez-Morgado D, Ardebol J, Noble MB, Galasso LA, Menendez ME, Denard PJ. No difference in external rotation loss after isolated Bankart repair, remplissage, or Latarjet: a systematic review and meta-analysis. Am J Sports Med. 2025;53(2):493-500. https://doi.org/10.1177/03635465241241825

[6] Moran FG, Hurley ET, Storme JG, Karavan MP, Downey SA, Klifto CS, et al. Studies on Bankart repair for anterior shoulder instability show poor reporting of data and reflect low levels of evidence: a systematic review. Arthroscopy. 2023;40(3):963. https://doi.org/10.1016/j.arthro.2023.07.010

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

[7] Gentile B, Muo E, Saraf SM, Rumps MV, Mulcahey MK. The impact of social determinants of health on shoulder instability and likelihood of surgery: a systematic review. JSES Rev Rep Tech. 2025;5(4):828-33. https://doi.org/10.1016/j.xrrt.2025.05.006

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au