

GLOBAL TRENDS IN SCIENCE AND EDUCATION

Proceedings of I International Scientific and Practical Conference

Kyiv, Ukraine

10-12 February 2025

Kyiv, Ukraine

2025

11.	Бенца Т. М., Пастухова О. А., Цимбалюк І. Л. ОСОБЛИВОСТІ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ПАЦІЄНТІВ З ТИРЕОТОКСИКОЗОМ ТА АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ	71
12.	Гаврилов А. В., Говорова В. В. НОВІ МЕТОДИ ПРОФІЛАКТИКИ РЕСПІРАТОРНО- СИНЦИТІАЛЬНОГО ВІРУСУ (RSV) У ДІТЕЙ	74
13.	Дзевульська І. В., Маліков О. В. ЕПОНІМІЧНІ ТЕРМІНИ МОРФОЛОГІЧНИХ УТВОРЕНЬ НИРКИ	77
14.	Забродський І. С., Назимок Є. В., Іванушко Я. Г. КАНІСТЕРАПІЯ ЯК ОДИН ІЗ МЕТОДІВ ПОДОЛАННЯ БОЙОВОГО СТРЕСУ	81
15.	Касіян Д. В. ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОЇ ПАЗУХИ ЯК ФАКТОРИ РИЗИКУ ПЕРФОРАЦІЇ МЕМБРАНИ ШНАЙДЕРА ПІД ЧАС ПРОЦЕДУРИ ВІДКРИТОГО СИНУС- ЛІФТИНГУ	88
16.	Кожем'яка М. О., Кармазь М. О. РЕАБІЛІТАЦІЯ З ВИКОРИСТАННЯМ КІНЕЗІОТЕРАПІЇ ПІСЛЯ ТОТАЛЬНОГО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА: РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ	92
17.	Копійка Г. К., Канарьова О. В. АНКІЛОГЛОСІЯ – ХІРУРГІЧНА ПРОБЛЕМА В ПРАКТИЦІ ПЕДІАТРА	98
18.	Падалко А. А., Дзюба Д. О. МУЛЬТИМОДАЛЬНА ЗАГАЛЬНА АНЕСТЕЗІЯ ПРИ КЕСАРЕВОМУ РОЗТИНІ	103
19.	Падалко А. А., Дзюба Д. О. ПОРІВНЯННЯ РІЗНОВИДІВ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЇ ЗАГАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ ПРИ КЕСАРЕВОМУ РОЗТИНІ	107
20.	Ріжняк О. Л. ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ ВИКОРИСТАННЯ ШІ ПРИ ВИВЧЕННІ ЛАТИНСЬКОЇ МОВИ ТА МЕДИЧНОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ	112
21.	Рушай А. К. КІЛЬЦЕВІ ФІКСАТОРИ ЯК ОСНОВНИЙ МЕТОД ФІКСАЦІЇ ПРИ ВІДКРИТИХ ПЕРЕЛОМАХ ГОМІЛКИ	115
22.	Сергєєва Л. В. КІР: СТАН ПРОБЛЕМИ В УКРАЇНІ	121
23.	Скиданенко Є. В., Войлокова Г. О., Голозубова О. В. ІМУНІЗАЦІЯ ДОРОСЛОГО НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ: ПРОБЛЕМИ, ТА ШЛЯХИ ЇХ ВИРІШЕННЯ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ	126

РЕАБІЛІТАЦІЯ З ВИКОРИСТАННЯМ КІНЕЗІОТЕРАПІЇ ПІСЛЯ ТОТАЛЬНОГО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА: РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Кожем'яка Максим Олександрович

к.мед.н., доцент

Кармазь Максим Олександрович

Магістрант

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет
м. Запоріжжя, Україна

Вступ. Тотальне ендопротезування кульшового суглоба є одним із найбільш ефективних методів лікування важких захворювань і травм кульшового суглоба. Оскільки ці операції стають все більш поширеними, реабілітація після таких втручань набуває особливої важливості. Належно організований процес реабілітації, зокрема за допомогою кінезіотерапії, є ключем до успішного відновлення функціональності суглоба та покращення якості життя пацієнтів. Кінезіотерапія є важливою складовою реабілітаційного процесу після ендопротезування кульшового суглоба. Вона сприяє відновленню рухової активності, зміцненню м'язів, покращенню амплітуди рухів та відновленню координації. Метод дозволяє пацієнтам швидше повернутися до повсякденної активності та знизити ризик ускладнень, пов'язаних з обмеженням рухливості.

Ціль роботи: оцінити та порівняти ефективність двох реабілітаційних програм після ендопротезування кульшового суглоба за допомогою комплексного аналізу клініко-функціональних показників і показників якості життя.

Матеріали та методи дослідження: У дослідженні використовуються клінічні методи: медичний огляд, пальпація, гоніометрія. Також застосовується функціональних тестів, зокрема мануально-м'язового тестування та тестів ходьби. Для оцінки ефективності реабілітаційних заходів використовуються опитувальники (ВАШ, The Lower Extremity Functional Scale, SF-36).

Завдання:

1. Визначити динаміку болю за допомогою візуальної аналогової шкали болю (ВАШ) до та після реабілітації.
2. Оцінити зміни обсягу рухів у кульшовому суглобі (згинання, розгинання, відведення, приведення) за гоніометричними вимірюваннями.
3. Проаналізувати динаміку м'язової сили за методикою мануально-м'язового тестування (Manual Muscle Testing, MMT).
4. Оцінити вплив реабілітації на швидкість виконання основних функціональних завдань за тестом "Встань та йди" (Timed Up and Go) і 6-хвилинним тестом ходьби.
5. З'ясувати ступінь поліпшення функціональних можливостей нижніх кінцівок за шкалою LEFS (Lower Extremity Functional Scale).
6. Охарактеризувати вплив реабілітаційних втручань на якість життя за опитувальником SF-36.
7. Провести статистичне порівняння отриманих результатів між основною та порівняльною групами для визначення ефективності програм реабілітації.

У дослідженні взяли участь хворі, які перенесли ендопротезування кульшового суглоба з приводу дегенеративно-дистрофічних уражень. Загальна кількість пацієнтів становила 22 особи, які було розподілено на дві групи: **основну** (n=11) та **порівняльну** (n=11). Розподіл пацієнтів здійснювався методом випадкової вибірки, вони були проінформовані про особливості двох програм реабілітації та робили вибір самостійно.

Організація реабілітаційних заходів

Основна група: пацієнти отримували комплексну реабілітаційну програму, яка включала:

- Індивідуально підібрані фізичні вправи для відновлення обсягу рухів і сили м'язів (у перші тижні акцент на ізометричні вправи та контрольоване тренування при ходьбі з опорою).
- Спеціальні вправи на стабілізацію та пропріоцептивне тренування.

- Фізіотерапевтичні процедури (магнітотерапія, ультразвук, низькочастотна електротерапія тощо).
- Навчання пацієнтів правильно користуватися допоміжними пристроями (милиці, тростина), а також правилам поведінки в побуті.
- Контроль інтенсивності болю, регулярна оцінка динаміки рухливості.

Порівняльна група: пацієнти отримували стандартний протокол фізичної реабілітації (основна увага приділялася лише базовим вправам для збільшення обсягу рухів і загальної ходьби з дозованим навантаженням). Фізіотерапевтичні процедури виконувалися за стандартною схемою, без додаткових занять із пропріоцептивного тренування та без розширеного навчального блоку.

Тривалість реабілітації в обох групах становила 6 тижнів із подальшим клінічним та функціональним тестуванням, при цьому розглядався саме ранній етап реабілітації.

Результати та обговорення

До початку реабілітації в обох групах відчуття болю були приблизно однаковими: 5,0 балів (основна група) проти 5,0 (порівняльна), різниці немає ($p = 0,82$). Після реабілітації в основній групі рівень болю достовірно знизився до 2,0, тоді як у порівняльній – лише до 3,0. При порівнянні груп після втручання відзначено статистично значущу різницю ($p < 0,05$).

Покращення обсягу рухів у кульшовому суглобі спостерігалось в обох групах. Наприклад, показник згинання в основній групі зріс із 79° до 100° , тоді як у порівняльній – із 74° до 88° . Хоча приріст був помітно більшим в основній групі, за результатами U-критерію Манна–Уїтні статистично значущої різниці між групами ($p > 0,05$) виявлено не було. Аналогічна тенденція простежувалася і за показниками розгинання, відведення та приведення.

До початку реабілітації сила м'язів у більшості пацієнтів обох груп була знижена до 2/5 або 3/5. Медіана в основній групі становила 2/5, у порівняльній – 2/5. Після програми реабілітації в основній групі показники

покращилися до 4/5, тоді як у порівняльній – до 3/5. Однак різниця між групами не набула статистичної значущості ($p > 0,05$).

Час виконання тесту "Встань та йди" скоротився у всіх пацієнтів, проте в основній групі це покращення було виразнішим. Так, до реабілітації середній час становив 20,0 секунд, а після – 13,0 секунд. У порівняльній групі час скоротився з 22,3 секунд до 17,0 секунд. При порівнянні показників після реабілітації за U-критерієм різниця виявилася статистично значущою ($p < 0,05$).

Початкові значення в обох групах були порівняно низькими: 245 м (основна група) проти 230 м (порівняльна). Після втручання в основній групі зафіксовано істотний приріст до 400 м, тоді як у порівняльній групі – лише до 295 м. Різниця між групами після реабілітації є статистично значущою ($p < 0,05$).

Перед початком реабілітації оцінка LEFS була 28 балів в основній групі проти 22 балів у порівняльній ($p > 0,05$), тобто статистично суттєвої різниці не зафіксовано. Після реабілітації показники значно зросли в основній групі – 52, тоді як у порівняльній – 34. Отримана різниця має високий рівень значущості ($p < 0,05$), що свідчить про кращу функціональну відновлюваність в основній групі.

Порівняльний аналіз доменів опитувальника SF-36 (PF, Pain, SF, GH, Vitality) показав відсутність статистично значущих відмінностей на початку спостереження. Однак після реабілітації в основній групі спостерігалось суттєве зростання за всіма параметрами. Зокрема, фізичне функціонування збільшилося з 45 до 75, а у порівняльній групі – лише з 35 до 50. Показник болю (Pain) поліпшився з 30 до 60 в основній групі проти 20 до 35 у порівняльній. Для всіх зазначених показників $p < 0,05$.

У дослідженні виявлено, що хоча гоніометричні показники та результати ММТ покращилися більше в основній групі порівняно з контрольною, статистично значущої різниці не виявлено, що, можливо, пов'язано з обмеженою кількістю спостережень або високим індивідуальним розкидом даних. Результати тестів «Встань та йди» та 6-хвилинного тесту ходьби свідчать про те, що пацієнти основної групи швидше відновлюють динамічну

рівновагу, координацію та витривалість, що є особливо важливим для повернення до самостійного життя після ендопротезування кульшового суглоба. Покращення за шкалою LEFS підкреслює, що функціональні можливості нижніх кінцівок мають значний вплив на якість життя, сприяючи поверненню до звичної рутинної діяльності та роботи. Крім того, покращення показників SF-36 свідчать про позитивний вплив розширеної реабілітаційної програми не лише на фізичний стан, а й на психоемоційний та соціальний аспекти, завдяки зменшенню болю та підвищенню рухливості, що сприяє зростанню життєвої активності.

Висновок

Отже, комплексний аналіз результатів свідчить про те, що розширена реабілітаційна програма забезпечує якісніше відновлення після ендопротезування, допомагаючи пацієнтам швидше повернутися до активного способу життя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Tugarov D. R., Krynytska I. Y. ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ: СУЧАСНИЙ СТАН. *Медсестринство*. 2017. № 1. URL: <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2016.1.7370>.
2. Оріховська А., Федоренко С., Колиушко К. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ОСІБ ПІСЛЯ ТОТАЛЬНОГО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА. *Теорія і методика фізичного виховання і спорту*. 2020. № 1. С. 81–86. URL: <https://doi.org/10.32652/tmfvs.2020.1.81-86>.
3. Physical Impairments and Functional Limitations: A Comparison of Individuals 1 Year After Total Knee Arthroplasty With Control Subjects / M. Walsh et al. *Physical Therapy*. 1998. Vol. 78, no. 3. P. 248–258. URL: <https://doi.org/10.1093/ptj/78.3.248>.
4. Глиняна О. О., Копочинська Ю. В., Худецький І. Ю. Фізична реабілітація при ендопротезуванні органів та суглобів : навч. посіб. Київ : КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2020. 190 с.

5. Fishchenko V. O., Saleh O. K. J., Karpinska O. D. Біомеханічне обґрунтування реабілітаційних заходів після тотального ендопротезування колінного суглоба. *TRAUMA*. 2022. Т. 23, № 1. С. 66–71. URL: <https://doi.org/10.22141/1608-1706.1.23.2022.884>.