

EUROPEAN CONGRESS OF SCIENTIFIC DISCOVERY

Proceedings of IV International Scientific and Practical Conference

Madrid, Spain

1-3 April 2025

Madrid, Spain

2025

11. *Іванушко Я. Г., Назимок Є. В., Купчанко С. В.* 60
НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ СУДОМНОМУ
НАПАДІ ВАГІТНИМ
12. *Кожем'яка М. О., Кармазь М. О.* 66
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ТОТАЛЬНОГО
ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА
13. *Локота Є. Ю., Локота Ю. Є., Ізай М. Е., Грицак М. Є.* 72
ОСНОВНІ ФАКТОРИ ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА ЧАСТОТУ
ПЕРЕЛОМІВ ЗНІМНИХ ОРТОПЕДИЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ У
ПАЦІЄНТІВ З НИЖНЬОЩЕЛЕПНИМИ ІМПЛАНТАТАМИ
14. *Мельник Б. І., Мінухін Б. Д.* 74
ВПЛИВ МАЛИХ ДОЗ РАДІАЦІЇ НА ЗДОРОВ'Я: СУЧАСНІ ДАНІ
15. *Ткаченко С. С., Гуревич Є. О.* 77
ГОРМОНАЛЬНІ МЕХАНІЗМИ РЕГУЛЯЦІЇ ГОЛОДУ ТА
СИТОСТІ
16. *Чернуха О. В., Олійник Д. А., Мартиненко К. О.* 81
ЖИТТЄВИЙ ТА НАУКОВИЙ ШЛЯХ ВЛАДИСЛАВА
АНДРІЙОВИЧА ФРАНКОВСЬКОГО
17. *Ширяєва Л. Г., Ващенко В. В., Несольона Л. О., Демиденко О. Д.* 86
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З
СИНДРОМОМ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ

PHARMACEUTICAL SCIENCES

18. *Aliyeva Kubra, Balayeva Emilya, Huseynov Razi, Yusifov Fuad* 90
QUANTITATIVE DETERMINATION OF HYPEROSIDE IN PLANT
EXTRACT FOR RECTAL SUPPOSITORIES USING HIGH-
PERFORMANCE LIQUID CHROMATOGRAPHY
19. *Syrova G., Chalenko N., Kozub S., Savelieva O., Prysiazhnyi O.* 93
EXPERIMENTAL STUDY OF THE CENTRAL COMPONENT OF
ANALGESIC ACTIVITY OF NEW TWO-COMPONENT
COMPOSITIONS
20. *Дзіна О. С.* 102
МІЖНАРОДНІ ПРОТОКОЛИ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ
ЛІТНЬОГО ВІКУ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ НЕЙРОТРОПНИХ
ПРЕПАРАТІВ
21. *Коритнюк Р. С., Давтян Л. Л., Дроздова А. О., Серета П. І.,
Наумова М. І., Оліфірова Т. Ф.* 107
МИНУЛЕ І СУЧАСНЕ У ЗАСТОСУВАННІ
ОФТАЛЬМОЛОГІЧНИХ ЛІНЗ, ЯК СИСТЕМ ДОСТАВКИ
ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ТОТАЛЬНОГО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

Кожем'яка Максим Олександрович

к.мед.н., доцент

Кармазь Максим Олександрович

Магістрант

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет
м. Запоріжжя, Україна

Вступ./Introduction. Тотальне ендопротезування кульшового суглоба нині розглядається як один із найефективніших методів хірургічного лікування пацієнтів із запущеними формами дегенеративно-дистрофічних уражень, асептичним некрозом головки стегнової кістки, а також із тяжкими травмами в ділянці кульшового суглоба. Заміна уражених структур на штучні компоненти дає змогу відновити функціональність опорно-рухового апарату та покращити якість життя хворих. Утім, успішність оперативного втручання великою мірою залежить від організації й послідовності реабілітаційних заходів, спрямованих на підтримання отриманих результатів і профілактику можливих ускладнень.

Сучасні дослідження підтверджують, що належно спланована та індивідуально адаптована програма реабілітації забезпечує прискорене відновлення рухової активності й повернення пацієнта до звичної повсякденної діяльності. Зокрема, увага приділяється не лише відновленню сили м'язів чи зменшенню больового синдрому, а й формуванню правильного рухового стереотипу, який необхідний для ходьби, піднімання східцями та інших функціонально значущих дій. У дослідженнях, проведених з урахуванням комплексного підходу до післяопераційного відновлення, було виявлено, що раннє залучення фізичних вправ, міра навантаження і поетапна активізація сприяють суттєвому скороченню термінів реабілітації та поліпшенню загального стану пацієнтів.

Актуальність теми також визначається швидким зростанням кількості оперативних втручань на кульшовому суглобі. З урахуванням демографічних

тенденцій і збільшення відсотка населення літнього віку, фахівці прогнозують подальше зростання частоти таких операцій. Це висуває підвищені вимоги до організації реабілітаційного процесу та формування найбільш ефективних протоколів відновлення, які враховують загальний стан хворого, його супутні захворювання й особливості виконаного хірургічного втручання (цементна або безцементна фіксація, тип імплантату тощо).

Ціль роботи./Aim. Розробити та обґрунтувати сучасні підходи до реабілітації пацієнтів після тотального ендопротезування кульшового суглоба з акцентом на покращення функціональних можливостей, зниження больового синдрому та прискорення повернення до повсякденної активності.

Матеріали та методи./Materials and methods. У дослідженні використано дані клінічного спостереження за групою пацієнтів різного віку, які перенесли тотальне ендопротезування кульшового суглоба. Враховувалися такі показники, як інтенсивність больових відчуттів (визначена за візуально-аналоговою шкалою), обсяг активних і пасивних рухів у суглобі (оцінено гоніометрично), функціональний стан м'язів (через мануальне м'язове тестування або з використанням електротензодинамометрії), рівень побутової та соціальної активності (за допомогою опитувальників, а також стандартних тестів на ходьбу).

Для відстеження динаміки одужання застосовували низку специфічних методик: тест «Встань та йди», 6-хвилинний тест ходьби, а також опитувальник Lower Extremity Functional Scale (LEFS). Це дозволило оцінити, наскільки швидко пацієнти відновлюють уміння пересуватися, підніматися східцями та повертатися до виконання хатніх і робочих завдань. Фахівці зі сфери фізичної терапії розробляли комплекс вправ, адаптований під індивідуальні можливості кожного пацієнта. Зокрема, у ранньому післяопераційному періоді наголос робився на дихальну гімнастику, ізометричні вправи для м'язів стегна та гомілки, а також обережну розробку кульшового суглоба в безболісному діапазоні. Надалі, у пізніших фазах реабілітації, додавалися вправи на зміцнення м'язового корсета, тренування рівноваги, збільшення амплітуди рухів

та відновлення ходьби з повним навантаженням на оперовану кінцівку.

Результати та обговорення./Results and discussion. Аналіз отриманих даних продемонстрував, що комплексний підхід до реабілітації, який включає ранню мобілізацію пацієнта, систематичне збільшення навантаження та застосування спеціальних фізичних вправ, дає змогу суттєво скоротити період перебування у стаціонарі та покращити функціональні результати в середньостроковій перспективі.

На першому етапі (протягом перших трьох–чотирьох днів після операції) учасники дослідження виконували переважно статичні вправи: ізометричні скорочення м'язів стегна і сідниць, легке згинання в колінному й кульшовому суглобах у межах безпечної амплітуди, а також дихальну гімнастику для профілактики застійних явищ у легенях. У цей період важливим було дотримання обмежень щодо положення кінцівки, щоб не спровокувати вивих ендопротеза, особливо якщо операція виконувалась із застосуванням безцементної технології.

На другому етапі (кінець першого–другий тиждень) поступово розширювався комплекс рухів, переходили до використання додаткових опорних засобів (ходунків чи милиць), тренувалися навички самостійного вставання з ліжка та пересування на короткі дистанції. У цей період особливу увагу приділяли вправам на покращення пропріоцепції та рівноваги, адже відсутність впевненості в оперованій кінцівці може негативно позначатися на моторному відновленні. Пацієнтам пояснювали важливість рівномірного розподілу маси тіла під час ходьби, щоб уникнути надмірного перевантаження як оперованого, так і здорового суглоба.

На третьому етапі, який тривав від третього–шостого тижня, значна частина хворих уже могла переходити до вправ із помірним опором, займатися на велотренажері та виконувати невеликі присідання з контролем постави. У дослідженні було відмічено, що застосування 6-хвилинного тесту ходьби в цей період дало змогу чіткіше виявити прогрес у витривалості та рівновазі пацієнтів. Ті особи, які дотримувалися рекомендацій щодо послідовного

збільшення навантаження, демонстрували зниження суб'єктивних больових відчуттів та стабільне покращення показників сили м'язів (за даними електротензодинамометрії).

Починаючи з шостого–восьмого тижня пацієнти переходили до заключного етапу відновлення, коли пріоритет надавався більш інтенсивним функціональним тренуванням. Хворі поступово поверталися до повсякденних занять, які вимагали складніших рухових координацій (наприклад, підйом східцями з мінімальною підтримкою, ходьба на довші дистанції, елементи звичних спортивних чи робочих навантажень). Суттєвим фактором успіху було правильне дотримання принципу «безболісного діапазону»: збільшення амплітуди рухів і сили виконувалося настільки швидко, наскільки дозволяв рівень комфорту пацієнта. За результатами опитувальника LEFS, більшість хворих продемонстрували підвищення оцінок функціональності до рівня, який наближався до довідкових показників осіб того самого віку без патології кульшового суглоба.

Позитивний вплив на загальний стан і швидкість відновлення мав облік типу фіксації протеза. Для пацієнтів із цементною фіксацією в дослідженні зазначали швидше досягнення впевненості в ходьбі, адже імплантат був більш стабільним від початку. У разі безцементної фіксації наголошувалося на поступовішій мобілізації та ретельнішому контролю виконання вправ, оскільки кісткова тканина повинна «врости» в поверхню протеза. Недотримання цих рекомендацій могло призвести до асептичного розхитування компонентів.

Крім фізичних вправ, учасники отримували консультації щодо профілактики тромбозів, які є досить серйозним ускладненням у ранньому післяопераційному періоді. Задля цього використовували спеціальні компресійні панчохи та за необхідності призначали фармакотерапію. З огляду на психологічні аспекти відновлення, важливою частиною програми були регулярні бесіди з фахівцями, які допомагали пацієнтам позбутися страху болю та можливих ускладнень, а також підтримували їхню мотивацію дотримуватися реабілітаційної програми.

Таким чином, результати проведених клінічних спостережень свідчать, що пацієнти, яким було надано комплексну й поетапну реабілітаційну підтримку, швидше поверталися до побутової та соціальної активності. Показники сили м'язів, амплітуди рухів і витривалості в них відновлювалися динамічніше, ніж у групі осіб, які знехтували або скоротили обсяг реабілітації до мінімуму.

Висновки./Conclusions. Успішне відновлення функціональних можливостей після тотального ендопротезування кульшового суглоба залежить від цілого комплексу чинників, серед яких рання мобілізація, поступове нарощування навантажень і залучення сучасних методик фізичної терапії мають першочергове значення. Критично важливим є індивідуальний підхід до кожного пацієнта, урахування його віку, типу операції (цементна або безцементна фіксація), рівня фізичної підготовленості та супутніх захворювань. Результати дослідження, в якому застосовувався поетапний протокол реабілітації, продемонстрували значне поліпшення показників обсягу рухів, сили м'язів і зменшення больового синдрому вже впродовж перших шести-восьми тижнів після операції.

Застосування ізометричних вправ у ранній фазі сприяє попередженню атрофії м'язів і тромбозів, тоді як у пізніший період поступове введення силових та координаційних тренувань забезпечує оптимальне відновлення функціональності й повернення хворого до соціальної та професійної активності. Ефективність програми значною мірою зростає за умови психологічної підтримки та активної участі самого пацієнта, який розуміє важливість дотримання рекомендацій і техніки безпечного збільшення навантажень.

Виявлена позитивна динаміка за результатами візуально-аналогової шкали болю, 6-хвилинного тесту ходьби та LEFS підтверджує, що своєчасна й правильно організована реабілітація після тотального ендопротезування кульшового суглоба дозволяє значно прискорити відновлення рухової активності та запобігти ускладненням. Такий комплексний підхід може бути

рекомендований як базовий при формуванні реабілітаційних протоколів у стаціонарах і амбулаторних умовах, а також для подальших досліджень, спрямованих на вдосконалення існуючих методик.

СПИСОК ДЖЕРЕЛ

1. Dias R. C., Domingues Dias J. M., Ramos L. R. Impact of an exercise and walking protocol on quality of life for elderly people with OA of the knee // *Physiotherapy Research International*. – 2003. – № 8. – P. 121–130.
2. Emkey R., Rosenthal N., Wu S. CAPSS-114 Study Group. Efficacy and safety of tramadol/acetaminophen tablets (Ultracet) as add-on therapy for osteoarthritis pain in subjects receiving a COX-2 no steroidal anti-inflammatory drug: a multicentric, randomized, double-blind, placebo-controlled trial // *Rheumatol.* – 2004. – № 31. – P. 150–156.
3. Gossec L., Paternotte S., Bingham III C. O. OARSI/OMERACT Initiative to Define States of Severity and Indication for Joint Replacement in Hip and Knee Osteoarthritis // *J Rheumatol* August. – 2011. – № 38. – P. 1765–1769.
4. Hunter D. J., Neogi T., Hochberg M. C. Quality of osteoarthritis management and the need for reform in the US // *Arthritis Care & Research*. – 2011. – № 63. – P. 31–38.