

SCI-CONF.COM.UA

SCIENTIFIC RESEARCH: MODERN CHALLENGES AND FUTURE PROSPECTS



**PROCEEDINGS OF VIII INTERNATIONAL
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
MARCH 17-19, 2025**

**MUNICH
2025**

12.	Біловол А. М., Пустова Н. О., Юрова А. А., Луценко І. В.	69
	СТАВЛЕННЯ ДО ТЕЛЕМЕДИЦИНИ У СФЕРІ ДЕРМАТОЛОГІЇ	
13.	Веснін В. В., Кочкіна К. О., Петрова К. С., Гранкіна В. О.	73
	ДИСПЛАЗІЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА У ДІТЕЙ: СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ (АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)	
14.	Власенко А. С., Дзиза А. В.	77
	ГРУДНЕ ВИГОДОВУВАННЯ ЯК ОСНОВА ЗДОРОВОГО РОЗВИТКУ ЛОР-ОРГАНІВ У НЕМОВЛЯТ	
15.	Діденко А. В.	82
	РОЛЬ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ У ПРОФІЛАКТИЦІ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ТРАВМ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ	
16.	Завгородній Б. С., Комежяка М. О.	88
	ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОГРАМИ «FAST TRACK» У РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КОЛІННОГО СУГЛОБА	
17.	Канищур Р. Ю.	90
	РОЛЬ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ У ПРОФІЛАКТИЦІ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА	
18.	Каратаєва Н. А., Олимжонов Оллоёрбек Бахтиёр угли	95
	ПОЛЛИНОЗ И ЕГО РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СРЕДИ СЕЗОННЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	
19.	Локота Є. Ю., Локота Ю. Є., Ізай М. Е., Грицак М. Є.	103
	ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ЗНЯТТЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ВІДБИТКУ ЗА ДОПОМОГОЮ УДОСКОНАЛЕНОЇ ВІДБИТКОВОЇ ЛОЖКИ	
20.	Сушецька А. С., Аксьонова А. С., Кривоногих К. Р.	106
	ГІПОДИНАМІЯ ТА ЇЇ НАСЛІДКИ СЕРЕД СТУДЕНТІВ	
21.	Трошина В. Д., Переверзєва А. О., Іванченко С. В.	110
	РОЛЬ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ У ПРОФІЛАКТИЦІ ДЕФІЦИТУ ВІТАМІНУ В12 НА ТЛІ ТРИВАЛОЇ ТЕРАПІЇ МЕТФОРМІНОМ У ПАЦІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ	
22.	Філюк І. О., Кальбус О. І., Шастун Н. П.	115
	ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ ІНФЕКЦІЇ COVID-19	
23.	Ширяєва Л. Г., Ващенко В. В., Несольона Л. О., Данько Ю. С., Цимбал В. М.	120
	СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ	
PHARMACEUTICAL SCIENCES		
24.	Коритнюк Р. С., Ренський М. О., Мірошник Е. Г.	124
	ДЕЯКІ ПИТАННЯ ЛІКУВАННЯ НИРКОВИХ І ПЕЧІНКОВИХ КОЛІКІВ	

РОЛЬ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ У ПРОФІЛАКТИЦІ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

Канцур Роман Юрійович

Магістрант

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

м. Запоріжжя, Україна

Вступ. Ендопротезування кульшового суглоба є визнаним і поширеним методом хірургічного лікування дегенеративно-дистрофічних захворювань, таких як коксартроз, спрямованим на усунення больового синдрому та відновлення функціональних можливостей нижньої кінцівки. Незважаючи на високу ефективність оперативного втручання, його результати значною мірою залежать від якості та своєчасності післяопераційної реабілітації. Відсутність належної фізичної терапії може призводити до розвитку серйозних ускладнень, таких як тромбози, контрактури, м'язова атрофія та обмеження рухливості суглоба, що суттєво погіршують якість життя пацієнтів і нівелюють позитивний ефект операції. Сучасні підходи до фізичної терапії акцентують увагу на індивідуалізації реабілітаційних програм, враховуючи фізичний стан, вік, супутні захворювання та особливості оперативного втручання кожного пацієнта. Інтеграція інноваційних технологій, таких як функціональна електростимуляція, стабілометрія, магнітотерапія та слінг-терапія, відкриває нові можливості для підвищення ефективності відновлення та профілактики ускладнень. У цьому контексті дослідження ролі фізичних вправ і реабілітаційних заходів у післяопераційному періоді набуває особливої актуальності, оскільки дозволяє не лише оптимізувати процес відновлення, але й розробити практичні рекомендації для покращення функціональних результатів і соціальної адаптації хворих.

Метою даної роботи була оцінка ефективності застосування засобів фізичної терапії в реабілітації пацієнтів після ендопротезування кульшового

суглоба на етапі відновлення.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось протягом 2023–2024 років на базі відділення ортопедії та травматології міської клінічної лікарні та спеціалізованого центру фізичної реабілітації, що забезпечило доступ до необхідного обладнання та кваліфікованих спеціалістів.

У дослідженні взяли участь 60 пацієнтів віком від 45 до 70 років, які перенесли первинне ендопротезування кульшового суглоба. Учасники були розподілені на дві групи: основну, до якої увійшли 30 осіб, що проходили реабілітацію за спеціально розробленою програмою, та контрольну, також із 30 осіб, які отримували стандартний комплекс реабілітаційних заходів. Критеріями включення до дослідження були первинне ендопротезування, відсутність протипоказань до фізичної реабілітації та добровільна згода на участь. Пацієнти з ускладненнями в ранньому післяопераційному періоді, тяжкими супутніми захворюваннями або когнітивними порушеннями виключалися з вибірки. Методологічна основа роботи включала комплексний підхід до оцінки ефективності реабілітації. Теоретичний аналіз передбачав узагальнення науково-методичної літератури, присвяченої фізичній терапії після ендопротезування, що дозволило сформулювати наукове підґрунтя для розробки програми. Клінічні методи охоплювали збір анамнезу, візуальну діагностику (оцінку постави, ходи, наявності набряків), гоніометрію для вимірювання амплітуди рухів у суглобі та оцінку м'язової сили за п'ятибальною шкалою. Серед інструментальних методів застосовувалися рентгенографія для візуалізації стану суглоба, електроміографія для аналізу м'язової активності та стабілометрія для оцінки рівноваги й розподілу ваги між кінцівками.

Для кількісної та якісної оцінки результатів використовувалися валідовані інструменти: візуально-аналогова шкала (VAS) для оцінки інтенсивності больового синдрому, шкала Harris Hip Score для аналізу функціонального стану кульшового суглоба та опитувальник SF-36 для визначення якості життя з урахуванням фізичних, емоційних і соціальних аспектів. Статистична обробка

даних проводилась із застосуванням програмного забезпечення SPSS Statistics 25.0 та Microsoft Excel 2021. Обробка включала розрахунок середніх величин, оцінку достовірності відмінностей за t-критерієм Стьюдента та кореляційний аналіз, при цьому результати вважалися статистично значущими при $p < 0.05$. Розроблена для основної групи програма реабілітації передбачала використання ізометричних і динамічних вправ для зміцнення м'язів, фізіотерапевтичних процедур, таких як ультразвукова терапія, магнітотерапія та кріотерапія, а також тренувань на стабілометричних платформах для відновлення рівноваги. Важливим компонентом програми була психологічна підтримка, спрямована на підвищення мотивації пацієнтів до активної участі в процесі відновлення.

Результати дослідження засвідчили, що індивідуалізована програма фізичної реабілітації має значні переваги над стандартними підходами за всіма досліджуваними параметрами. На початковому етапі обидві групи мали схожий функціональний стан: середній показник за шкалою Harris Hip Score коливався в межах 40–50 балів, що вказувало на суттєві порушення рухливості та виражений больовий синдром (7–8 балів за VAS). Через три місяці реабілітації в основній групі спостерігалось значне покращення: середній бал за Harris Hip Score зріс до 75, тоді як у контрольній групі він становив 65. Через шість місяців ці показники досягли 85 балів у основній групі та 73 балів у контрольній, що свідчить про більш швидке та повне відновлення функцій суглоба в пацієнтів, які проходили індивідуалізовану програму. Аналогічна тенденція простежувалася в оцінці больового синдрому: через три місяці середній рівень болю в основній групі знизився до 3 балів, а через шість місяців – до 1–2 балів, у той час як у контрольній групі ці показники становили 5 і 3–4 бали відповідно. Таке значне зменшення болю в основній групі пояснюється комплексним застосуванням фізіотерапевтичних методик, які сприяли регенерації тканин, зменшенню запальних процесів і покращенню кровообігу.

Відновлення м'язової сили також продемонструвало вищу ефективність індивідуалізованого підходу. На початку дослідження середній рівень м'язової

сили в обох групах становив 2–3 бали за п'ятибальною шкалою, що відображало виражену м'язову слабкість через тривалу іммобілізацію та післяопераційний стан. Через три місяці в основній групі цей показник зріс до 4 балів, а через шість місяців досяг 4,5–5 балів, наближаючись до нормального функціонального рівня. У контрольній групі прогрес був менш вираженим: 3 бали через три місяці та 3,5–4 бали через шість місяців. Такі результати пов'язані з використанням у основній групі спеціалізованих вправ, включаючи ізометричні для раннього етапу, динамічні з поступовим збільшенням навантаження та тренування на стабілометричних платформах і слінг-системах, які дозволяли зміцнювати м'язи без перевантаження суглоба. Якість життя, оцінена за опитувальником SF-36, також значно покращилася в основній групі. Якщо на початковому етапі показники фізичного функціонування (PF) становили 30 балів, соціального функціонування (SF) – 40 балів, а психологічного здоров'я (MH) – 40 балів, то через шість місяців у основній групі вони досягли 85, 80 і 70 балів відповідно. У контрольній групі ці показники були нижчими: 65, 60 і 60 балів, що вказує на меншу ефективність стандартної реабілітації в забезпеченні соціальної адаптації та емоційного благополуччя.

Порівняльний аналіз результатів підтверджує, що індивідуалізована програма забезпечує швидше відновлення за всіма ключовими параметрами. Різниця між групами була особливо помітною в оцінці функціонального стану (12 балів за Harris Hip Score), зменшенні болю (2 бали за VAS) і якості життя (20 балів за PF). Обговорення результатів підкреслює важливість ранньої активізації, яка починалася з ізометричних вправ у перші години після операції, а також поступового введення активних рухів і сучасних технологій, таких як слінг-терапія, що зменшувала компресійне навантаження на суглоб і сприяла нейром'язовій активації. Психологічна підтримка відіграла важливу роль у подоланні страху рухів і підвищенні мотивації, що позитивно вплинуло на загальні результати. У контрольній групі повільніший прогрес був зумовлений обмеженістю стандартних методик, які не враховували індивідуальних

особливостей пацієнтів і не передбачали використання інноваційного обладнання.

Висновки. На основі отриманих даних можна зробити висновок, що комплексний підхід до фізичної реабілітації після ендопротезування кульшового суглоба є високоефективним і дозволяє досягти кращих результатів порівняно зі стандартними програмами. Індивідуалізована програма, яка включає сучасні фізіотерапевтичні методи, адаптовані фізичні вправи та психологічну підтримку, забезпечує швидше відновлення функціонального стану суглоба, суттєве зменшення больового синдрому, підвищення м'язової сили та покращення якості життя. Застосування таких технологій, як ультразвукова терапія, магнітотерапія, кріотерапія, стабілометрія та слінг-терапія, прискорює регенерацію тканин, відновлення рухливості та координації, що є критично важливим для профілактики ускладнень, таких як тромбози чи м'язова атрофія. Рання активізація, яка передбачає ізометричні вправи з перших годин після операції, створює основу для подальшого успішного відновлення, а поступове збільшення навантаження сприяє адаптації організму до ендопротеза. Використання Міжнародної класифікації функціонування (МКФ) полегшує оцінку стану пацієнтів і координацію роботи мультидисциплінарної команди, що підвищує ефективність реабілітаційного процесу. Розроблені в рамках дослідження рекомендації включають поступове введення фізичних вправ із контролем навантаження, інтеграцію інноваційних технологій і регулярний моніторинг стану пацієнтів для своєчасної корекції програми. Ці заходи можуть бути впроваджені в клінічну практику для оптимізації реабілітації після ендопротезування кульшового суглоба, що сприятиме не лише медичному відновленню, але й поверненню хворих до активного способу життя та соціальної інтеграції. Таким чином, результати роботи підтверджують необхідність комплексного та індивідуалізованого підходу до фізичної терапії як ключового елемента успішної реабілітації, що має як медичне, так і соціально-психологічне значення для пацієнтів.