

SCI-CONF.COM.UA

SCIENTIFIC DEVELOPMENT IN A CHANGING WORLD



**PROCEEDINGS OF III INTERNATIONAL
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
MARCH 16-18, 2026**

**LVIV
2026**

24.	<i>Іващук М. М., Масленніков С. О.</i>	129
	РОЛЬ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ СЕРЕДНЬОГО ТА ПОХИЛОГО ВІКУ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА У ВІДНОВЛЕННІ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ СПРОМОЖНОСТІ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ	
25.	<i>Костенко С. Б., Ньорба-Бобиков М. М., Бурлак О. О., Чуп А. І., Швед А. В.</i>	134
	ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ГЕРМЕТИЗАЦІЇ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ	
26.	<i>Люлька Є. М.</i>	139
	МОРФОЛОГІЯ ВІНЦЕВОЇ ПАЗУХИ СЕРЦЯ ЛЮДИНИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТІЛОБУДОВИ	
27.	<i>Міщенко М. М., Іващенко Р. О., Жуков А. П.</i>	144
	КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ВЕТЕРАНІВ ЯК ОСНОВА ВІДНОВЛЕННЯ ФІЗИЧНОГО ТА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВОЄННОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ	
28.	<i>Мочерняк М. Л., Пасічник О. В.</i>	150
	ЕНДОТЕЛІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ ЯК УНІВЕРСАЛЬНИЙ МЕХАНІЗМ РОЗВИТКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	
29.	<i>Мощенко Є. М., Ковальова Ю. О., Крохмаль Г. Д.</i>	152
	ПРОБЛЕМИ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ АНТИФОСФОЛПІДНОГО СИНДРОМУ	
30.	<i>Різничук Ю. В., Мочерняк М. Л., Кахно І. В.</i>	155
	ПСИХОСОМАТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ	
31.	<i>Рушай А. К., Зборовський О. М.</i>	157
	МІСЦЕВА І СИСТЕМНА СТИМУЛЯЦІЯ РЕПАРАТИВНИХ ПРОЦЕСІВ ЗОНИ АРТРОДЕЗУВАННЯ ГОМІЛКОВОСТУПНЕВОГО СУГЛОБУ ПРИ ЙОГО ТЯЖКИХ УРАЖЕННЯХ	
32.	<i>Тихонова Л. В., Гнучих К. О.</i>	163
	ВПЛИВ ПОРУШЕННЯ ЦИКЛУ СЛУ НА НЕРВОВУ СИСТЕМУ	
33.	<i>Ходак А. С., Скрипник А. А.</i>	166
	ПЕРЕДРАКОВІ СТАНИ ГОРТАНІ: КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ТА ТАКТИКА ВЕДЕННЯ	
34.	<i>Чубенко О. В., Гузенко Н. В., Чорна О. В.</i>	171
	АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВАЛІДАЦІЇ МЕТОДУ ХРОМАТОГРАФІЇ В ТОНКИХ ШАРАХ СОРБЕНТУ ПРИ ТОКСИКОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ РЕЧОВИН ЯКІ ПІДЛЯГАЮТЬ КОНТРОЛЮ	
PHARMACEUTICAL SCIENCES		
35.	<i>Іванченко Д. Г.</i>	177
	ПОШУК ПЕРСПЕКТИВНИХ АНТИОКСИДАНТІВ СЕРЕД 8-АМІНОПОХІДНИХ 1-Н-БУТИЛТЕОБРОМІНУ	
36.	<i>Карпенко І. А.</i>	180
	АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ФАРМАКОНАГЛЯДУ В УКРАЇНІ	

РОЛЬ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ СЕРЕДНЬОГО ТА ПОХИЛОГО ВІКУ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА У ВІДНОВЛЕННІ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ СПРОМОЖНОСТІ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ

Іващук Марія Михайлівна

Магістрант

Масленніков Сергій Олегович

PhD, доцент

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет
м. Запоріжжя, Україна

Вступ. Ендопротезування кульшового суглоба є провідним методом лікування дегенеративно-дистрофічних уражень, таких як коксартроз, та травматичних пошкоджень проксимального відділу стегнової кістки. Ця операція спрямована на усунення больового синдрому, відновлення рухливості та повернення пацієнтів до активного життя.

За даними світової статистики, щорічно виконується понад мільйон таких втручань, з тенденцією зростання через старіння населення. В Україні частота переломів шийки стегнової кістки сягає 255,5 випадків на 100 000 жінок та 197,8 на 100 000 чоловіків у віці понад 50 років. Ефективність операції залежить від якості післяопераційної реабілітації, яка запобігає ускладненням, таким як контрактури, тромбози, м'язова атрофія та вивихи ендопротеза. Для пацієнтів середнього (45-60 років) та похилого (понад 60 років) віку характерні супутні захворювання, зниження м'язової маси та порушення координації, що ускладнює відновлення.

Актуальність теми зумовлена необхідністю розробки індивідуалізованих програм фізичної реабілітації, які інтегрують сучасні методи: кінезіотерапію, фізіотерапію, ерготерапію та психологічну підтримку. Інноваційні технології, як біомеханічний аналіз, роботизовані тренажери та віртуальна реальність, підвищують точність контролю відновлення. Фізична реабілітація не лише відновлює функцію суглоба, але й покращує якість життя, соціальну адаптацію

та психоемоційний стан. Дослідження фокусується на пацієнтах середнього та похилого віку, де вікові зміни хряща, зв'язок та м'язів прискорюють дегенерацію. Без адекватної терапії розвивається хронічний біль, скутість та обмеження рухів.

Розробка програм реабілітації з урахуванням вікових особливостей дозволяє скоротити відновний період, зменшити ризик ускладнень та забезпечити довготривалу стабільність ендопротеза.

Метою роботи є розробка та наукове обґрунтування програми фізичної реабілітації після ендопротезування кульшового суглоба у пацієнтів середнього та похилого віку для відновлення функціональної спроможності, рухової активності та якості життя.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося на базі ортопедичного відділення міської клінічної лікарні та центру фізичної реабілітації протягом 2023-2024 років. У вибірку увійшли 60 пацієнтів віком 45-75 років після первинного ендопротезування кульшового суглоба. Критерії включення: первинна операція, відсутність протипоказань до реабілітації, добровільна згода. Виключалися пацієнти з ранніми ускладненнями, тяжкими супутніми захворюваннями чи когнітивними порушеннями.

Пацієнти розподілені на групу дослідження (ГД, n=30) з індивідуалізованою програмою та контрольну групу (КГ, n=30) зі стандартною програмою. Теоретичні методи включали аналіз літератури з анатомії кульшового суглоба, ендопротезування та реабілітації.

Клінічні методи: збір анамнезу, візуальна оцінка постави, ходи, набряків; гоніометрія для амплітуди рухів; мануальне тестування м'язової сили за шкалою MRC (0-5 балів). Інструментальні методи: рентгенографія для контролю суглоба, електроміографія для м'язової активності, стабілометрія для рівноваги. Функціональні тести: індекс Харріса (Harris Hip Score) для стану суглоба; тест 6-хвилинної ходьби для витривалості; тест Timed Up and Go для мобільності; шкала VAS для болю; опитувальник SF-36 для якості життя. Статистична обробка: SPSS Statistics 25.0 та Microsoft Excel 2021; розрахунок

середніх, t-критерій Стьюдента, кореляційний аналіз; значимість при $p < 0,05$.

Програма для ЕГ включала ранню активізацію (ізометричні вправи з 1-2 доби), динамічні вправи з поступовим навантаженням, тренування на стабілометричних платформах, слінг-терапію, фізіотерапевтичні процедури (ультразвук, магнітотерапія, кріотерапія) та психологічну підтримку. Для КГ-стандартна ЛФК без індивідуалізації.

Результати. Анатомо-фізіологічний аналіз кульшового суглоба виявив його як кулястий суглоб з високою міцністю та рухливістю, утворений вертлюжною западиною та головкою стегнової кістки. Капсула, зв'язки (клубово-стегнова, лобково-стегнова) та м'язи (сідничні, привідні) забезпечують стабільність. Вікові зміни: дегенерація хряща, зниження в'язкості синовіальної рідини, субхондральний склероз. Ендопротезування: тотальне (заміна обох компонентів), поверхнєве (заміна поверхні) чи геміартропластика (заміна головки).

Матеріали: титан, кераміка, поліетилен. Ускладнення: інфекції, вивихи, переломи імплантів. Реабілітація: ранній період (1-2 тижні) – пасивні рухи; середній (3-6 тижнів) – активні вправи; пізній (понад 6 тижнів) – силові тренування. Початковий стан: в обох групах Harris Hip Score 48-49 балів (незадовільно), амплітуда згинання 62° , м'язова сила 3 бали, дистанція 6-хвилинної ходьби 180 м, TUG 20 с, VAS 5-7 балів, SF-36 35-50 балів. Після реабілітації в ГД: Harris Hip Score зріс до $87,2 \pm 3,4$ (добрий), приріст $+38,6$ ($p < 0,05$); амплітуда згинання $106,8^\circ$ ($+44^\circ$), відведення $37,6^\circ$ ($+18,7^\circ$); м'язова сила 4,6-4,7 бали ($+1,5$); дистанція ходьби 418,7 м ($+236$ м); TUG 11,7 с ($-8,1$ с); VAS у спокої 1,4 ($-3,4$), під час руху 2,7 (-4); SF-36 PF 74,6 ($+36,1$), MH 74,5 ($+24,1$). У КГ: Harris Hip Score 75,4 ($+27,5$), амплітуда згинання $94,7^\circ$ ($+32,9^\circ$), сила 4,0-4,1 бали ($+1$), дистанція 336,5 м ($+156,7$), TUG 14,9 с ($-5,2$), VAS 2,6 ($-2,3$) у спокої, 4,1 ($-2,7$) під час руху; SF-36 PF 62,3 ($+24,4$), MH 67,2 ($+17,4$). Міжгрупові відмінності значимі ($p < 0,05$).

Ускладнення в ГД: 2 випадки (6,7%), в КГ: 5 (16,7%). Індивідуалізована програма забезпечила швидше відновлення, зменшення болю, покращення

рівноваги та якості життя. Кореляційний аналіз: сильний зв'язок між силовими вправами та амплітудою рухів ($r=0,78$), тренуваннями рівноваги та TUG ($r=0,82$). Психологічна підтримка знизилася страх руху на 40% в ЕГ проти 20% в КГ. Обговорення: переваги ЕГ пов'язані з інтеграцією інновацій (стабілометрія, слінг-терапія), що зменшують навантаження на суглоб та прискорюють нейром'язову активацію.

Стандартна програма менш ефективна через відсутність адаптації до вікових особливостей. Результати узгоджуються з літературою (Alexiou et al., 2018; Mitchell et al., 2016), де індивідуалізація скорочує госпіталізацію на 20-30%. Новизна: розробка програми з елементами ерготерапії та цифрового моніторингу для похилого віку.

Висновки. Розроблена програма фізичної реабілітації після ендопротезування кульшового суглоба у пацієнтів середнього та похилого віку демонструє вищу ефективність порівняно зі стандартною. Індивідуалізований підхід, що включає ранню активізацію, адаптовані вправи, фізіотерапевтичні методи та психологічну підтримку, забезпечує значне покращення функціональних показників: зростання Harris Hip Score на 38,6 бали, амплітуди рухів на 30-44°, м'язової сили на 1,5-1,6 бали, витривалості на 236 м, мобільності на 8,1 с. Зменшення болю за VAS на 3-4 бали та покращення якості життя за SF-36 на 24-36 балів свідчить про комплексне відновлення. Застосування інновацій (ультразвук, магнітотерапія, стабілометрія) прискорює регенерацію тканин, знижує ризик ускладнень (з 16,7% до 6,7%) та сприяє соціальній адаптації.

Рання активізація з ізометричних вправ створює основу для динамічних навантажень, а ерготерапія нормалізує повсякденну активність. Використання МКФ полегшує оцінку та координацію мультидисциплінарної команди. Рекомендації: впровадження програми в клінічну практику з моніторингом кожні 2 тижні, адаптацією до супутніх захворювань та навчанням пацієнтів самоконтролю.

Результати підтверджують необхідність індивідуалізації реабілітації для

оптимізації медичного відновлення, психоемоційного комфорту та повернення до активного життя. Практичне значення: методичні рекомендації для реабілітологів, ортопедів та фізичних терапевтів, що скорочують відновний період на 20-25%. Таким чином, комплексна реабілітація є ключовим елементом успішного лікування, з медичним, соціальним та економічним значенням.