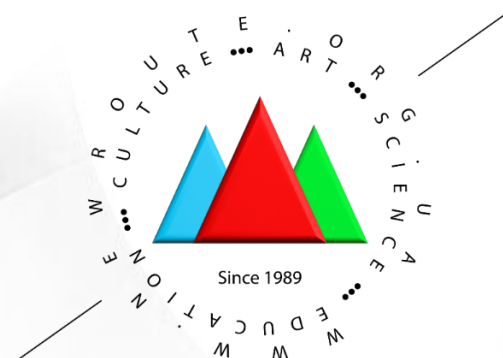


НОВИЙ КУРС • WWW.NEWROUTE.ORG.UA
НАНМ УКРАЇНИ • WWW.NEWROUTE.ORG.UA/NANMU
ISCU «PROTON GLOBAL» • WWW.NEWROUTE.ORG.UA/PROTON

ISSN 3083-7456 (online)

DOI: 10.61718/mf



MEDFOCUS

SCIENTIFIC AND ANALYTICAL
PUBLICATION



SH SCW "NEW ROUTE"

НОВИЙ КУРС • WWW.NEWROUTE.ORG.UA
НАНМ УКРАЇНИ • WWW.NEWROUTE.ORG.UA/NANMU
ISCU «PROTON GLOBAL» • WWW.NEWROUTE.ORG.UA/PROTON



ISSN 3083-7456
DOI: 10.61718/mf

MEDFOCUS

SCIENTIFIC AND ANALYTICAL
PUBLICATION

2026 • № 1

• MEDICINE • SOCIAL SECURITY • PSYCHOLOGY •
• HEALTHCARE • PHYSICAL EDUCATION • SPORTS •

MEDFOCUS НАУКОВО-АНАЛІТИЧНЕ ВИДАННЯ

- Засновано 2025 року
- Засновник та видавець – Соціально-гуманітарна науково-творча майстерня «Новий курс» (рік заснування – 1989) є науковою установою
- Міжнародний стандартний номер періодичного видання ISSN 3083-7456 (online)
- Періодичність – 4 рази на рік
- УДК 61+159.9+364+796
- Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до державного реєстру видавців, виготовлювачів і розповсюджувачів видавничої продукції ДК № 8013 від 22.11.2023
- Видавець зареєстрований у глобальному реєстрі видавців Global Register of Publishers та Crossref із префіксом 10.61718
- Видання отримує власний DOI: 10.61718/mh
- Застосовується політика відкритого доступу Open Access
- Контент розміщується в пошуковій системі наукових публікацій «Google Scholar», в репозитарії на сайті засновника
- Індукується за показниками h-індекс (Google Scholar), i10-індекс (Google Scholar)
- Включено до каталогу наукових ресурсів відкритого доступу ROAD, академічної бази даних ResearchBid, бази наукових публікацій Google Scholar, реєстру наукових видань України державної наукової установи України «Український інститут науково-технічної експертизи та інформації»
- Автори несуть відповідальність за зміст (авторство та самостійність досліджень), точність та достовірність викладеного матеріалу
- Редакція може не поділяти точку зору авторів
- Наукові публікації оприлюднюються в рамках проведення регулярної Міжнародної науково-практичної конференції-форуму «Сучасні практики охорони здоров'я та медицини» (Україна, м. Харків – Німеччина, м. Циттау – Велика Британія, м. Пул – США, м. Форт-Пірс)
- За результатами проведення Міжнародної науково-практичної конференції-форуму та оприлюднення рукописів, автори та наукові керівники отримують електронні сертифікати, які оприлюднюються на сайті видавця (згідно Порядку підвищення кваліфікації педагогічних і науково-педагогічних працівників, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 21 серпня 2019 р. № 800)
- Оприлюднюється на основі ліцензії Creative Commons Attribution License (CC BY)

Редакційна колегія

Кучин Сергій Павлович, доктор економічних наук, професор,
академік Національної академії наук вищої освіти України,
член Асоціації клінічних психологів та психотерапевтів України (головний редактор)
Валецький Юрій Миколайович, доктор медичних наук, професор
Кожедуб Олена Василівна, кандидат соціологічних наук, доцент
Коробчук Людмила Іванівна, кандидат педагогічних наук, доцент
Раціборинська-Полякова Наталія Володимирівна, кандидат медичних наук, доцент
Родіна Юлія Дмитрівна, кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент
Лисенко Ірина Анатоліївна, кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент
Сторож Олена Василівна, кандидат психологічних наук, доцент
Христова Тетяна Євгенівна, доктор біологічних наук, професор

M42

Medfocus: науково-аналітичне видання. № 1. – Харків: СГ НТМ «Новий курс», 2026.

© СГ НТМ «Новий курс», 2026

© Автори, 2026



II Міжнародна науково-практична конференція-форум (2026)
«Сучасні практики охорони здоров'я та медицини»

Україна, м. Харків – Німеччина, м. Циттау – Велика Британія, м. Пул – США, м. Форт-Пірс

ТЕМАТИКА КОНФЕРЕНЦІЇ

Охорона здоров'я
Соціальне забезпечення
Медицина
Психологія
Фізична культура
Спорт

ОРГАНІЗАТОРИ

Національна академія наук і мистецтв України
International Scientific-creative Unit «Proton Global»
Соціально-гуманітарна науково-творча майстерня «Новий курс»

www.newroute.org.ua

Струков Гліб Олексійович

Студент

Харківський національний медичний університет

Науковий керівник: Петрухнов Олександр Дмитрович, кандидат наук з фізичного виховання та спорту,
викладач, Харківський національний медичний університет

ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

Ендопротезування кульшового суглоба є одним із найбільш поширених і клінічно ефективних методів хірургічного лікування дегенеративно-дистрофічних уражень опорно-рухового апарату, зокрема коксартрозу III–IV стадії, асептичного некрозу головки стегнової кістки, посттравматичних деформацій та наслідків переломів проксимального відділу стегнової кістки. За даними епідеміологічних досліджень, частота тотального ендопротезування кульшового суглоба неухильно зростає у зв'язку зі старінням населення, підвищенням рівня фізичної активності людей середнього та старшого віку, а також удосконаленням хірургічних технологій. Збільшення кількості оперативних втручань обумовлює необхідність удосконалення післяопераційного супроводу та оптимізації реабілітаційних програм. Незважаючи на високий відсоток технічного успіху операції та покращення якості імплантів, відновлення повноцінної функції нижньої кінцівки значною мірою залежить від ефективності фізичної реабілітації. Післяопераційний період супроводжується складними біомеханічними та нейро-м'язовими змінами, що включають порушення м'язового балансу, атрофію м'язів стегна та сідничної групи, зниження пропріоцептивної чутливості, зміну стереотипу ходьби та обмеження амплітуди рухів у кульшовому суглобі. Больовий синдром різної інтенсивності може зберігатися протягом кількох тижнів або місяців, що негативно впливає на рівень активності пацієнта та його мотивацію до відновлення. Крім того, недостатня або несвоєчасна реабілітація може призводити до формування компенсаторних рухових стратегій, перевантаження суміжних суглобів, порушення постави та підвищення ризику вторинних ускладнень, зокрема нестабільності протеза, контрактур, тромбозів глибоких вен та зниження загальної функціональної незалежності. Збереження помірної або вираженої залежності у повсякденній діяльності значно знижує якість життя пацієнтів та збільшує соціально-економічні витрати системи охорони здоров'я. У зв'язку з цим особливої актуальності набуває впровадження структурованих, науково обґрунтованих, індивідуалізованих програм фізичної реабілітації, спрямованих на поетапне відновлення рухової функції, нормалізацію м'язового тону, покращення пропріоцепції та відновлення функціональної автономії пацієнтів. Комплексний підхід, що поєднує кінезотерапію, механотерапію, пропріоцептивне тренування та ерготерапевтичні втручання, розглядається як перспективний напрям оптимізації післяопераційного відновлення. Саме тому дослідження ефективності таких програм є актуальним завданням сучасної фізичної терапії та реабілітаційної медицини. Метою дослідження було визначити ефективність комплексної індивідуалізованої програми фізичної реабілітації у пацієнтів після ендопротезування кульшового суглоба порівняно з традиційною програмою відновлення. Ключові слова: ендопротезування кульшового суглоба; тотальне ендопротезування; фізична реабілітація; післяопераційне відновлення; кінезотерапія; пропріоцептивне тренування; механотерапія; ерготерапія; больовий синдром; індекс Бартел.

Вступ. Ендопротезування кульшового суглоба (ТЕКС) є «золотим стандартом» хірургічного лікування термінальних стадій коксартрозу, асептичного некрозу головки стегнової кістки, наслідків переломів шийки стегна та тяжких посттравматичних деформацій. Щороку у світі виконується понад 1 млн операцій тотального ендопротезування кульшового суглоба, і прогнозується подальше зростання їх кількості внаслідок старіння населення, збільшення тривалості життя та підвищення функціональних вимог пацієнтів середнього віку. В Україні також спостерігається тенденція до зростання частоти ортопедичних втручань, що актуалізує питання ефективної післяопераційної реабілітації.

Попри високий рівень технічної досконалості сучасних імплантів та вдосконалення хірургічних доступів, клінічний результат операції визначається не лише якістю протеза, але й повнотою функціонального відновлення пацієнта. Після оперативного втручання формуються виражені нейро-м'язові та біомеханічні порушення: зниження сили сідничних м'язів, інгібіція m. gluteusmedius, дисбаланс між флексорами та екстензорами кульшового суглоба, порушення пропріоцепції, зміна стереотипу ходьби та зменшення амплітуди

рухів. Збереження больового синдрому та страх руху додатково обмежують активність пацієнтів, уповільнюючи відновлення.

За даними сучасних досліджень, до 30–40% пацієнтів через 6 місяців після ТЕКС зберігають дефіцит м'язової сили та асиметрію ходьби, що негативно впливає на функціональну незалежність і якість життя. Недостатня або несвоєчасна реабілітація може призводити до формування патологічних компенсаторних механізмів, перевантаження поперекового відділу хребта та контралатерального кульшового суглоба, а також підвищення ризику тромбоемболічних ускладнень і контрактур.

Сучасні підходи до післяопераційного відновлення передбачають ранню мобілізацію, прогресивне силове тренування, пропріоцептивні вправи та функціонально орієнтовану терапію. Значна увага приділяється методикам PNF, нейром'язовій активації стабілізаторів таза, тренуванню балансу та ерготерапевтичним втручанням. Водночас у клінічній практиці нерідко застосовуються традиційні протоколи реабілітації без достатньої індивідуалізації навантаження, що може знижувати ефективність відновлення.

Таким чином, актуальною залишається проблема розробки та наукового обґрунтування комплексних індивідуалізованих програм фізичної реабілітації, які враховують функціональний стан пацієнта, етап загоєння тканин, рівень м'язового дефіциту та показники болю. Недостатня кількість порівняльних досліджень ефективності різних програм відновлення в умовах української системи охорони здоров'я обумовлює необхідність подальших наукових пошуків.

Метою дослідження було визначити ефективність комплексної індивідуалізованої програми фізичної реабілітації у пацієнтів після ендопротезування кульшового суглоба порівняно з традиційною програмою відновлення.

Метою дослідження є: оцінка ефективності розширеної програми фізичної терапії у пацієнтів після ендопротезування кульшового суглоба шляхом аналізу динаміки больового синдрому, функціональної незалежності, амплітуди рухів, м'язової сили та толерантності до фізичного навантаження впродовж 12 тижнів реабілітації.

Методи дослідження: у роботі застосовано такі методи дослідження: теоретичний аналіз науково-методичної літератури з проблеми фізичної терапії та реабілітації; узагальнення практичного досвіду впровадження реабілітаційних програм; порівняльний метод для зіставлення отриманих результатів; методи класифікації та систематизації з метою структурування отриманих даних і формування узагальнених висновків.

Результати дослідження. Аналіз динаміки клініко-функціональних показників у пацієнтів після ендопротезування кульшового суглоба продемонстрував позитивні зміни в обох групах протягом 12-тижневого періоду реабілітації. Водночас у пацієнтів основної групи відзначалася більш виражена позитивна динаміка за всіма досліджуваними показниками, що свідчить про ефективність комплексної індивідуалізованої програми фізичної реабілітації.

На початку дослідження (T0) статистично значущих відмінностей між групами не виявлено ($p > 0,05$), що підтверджує однорідність вибірки та порівнюваність вихідних показників.

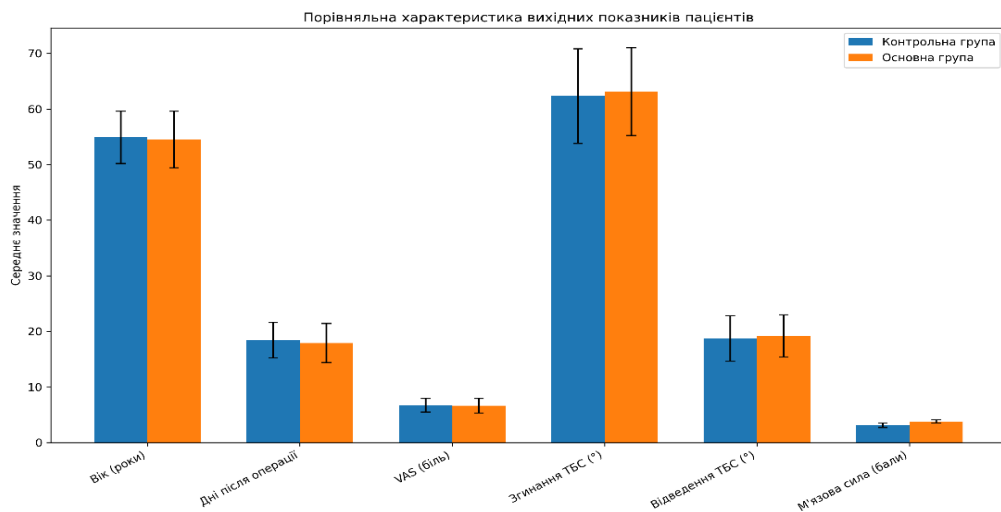


Рисунок 1. Порівняльна характеристика вихідних клініко-функціональних показників пацієнтів контрольної та основної груп

Через 6 тижнів (Т1) та після завершення 12-тижневого курсу (Т2) спостерігалось достовірне покращення показників у двох групах, однак ступінь змін у пацієнтів основної групи був значно більшим ($p < 0,05$).

Аналіз больового синдрому (ВАШ) у пацієнтів контрольної групи інтенсивність болю зменшилася з $6,7 \pm 1,2$ бала до $3,6 \pm 1,0$ бала, що становить зниження на 46,3%. В основній групі показник ВАШ знизився з $6,6 \pm 1,3$ до $2,1 \pm 0,8$ бала, що відповідає зменшенню на 68,2%. Міжгрупова різниця після 12 тижнів була статистично значущою ($p < 0,05$).

Аналіз функціональної незалежності (індекс Бартел). У контрольній групі показник зріс з $55,6 \pm 6,8$ до $72,4 \pm 6,1$ бала (+16,8 бала; 30,2%).

В основній групі індекс Бартел підвищився з $56,8 \pm 7,1$ до $84,1 \pm 5,8$ бала (+27,3 бала; 48,0%), що достовірно перевищувало показники контрольної групи ($p < 0,05$).

Аналіз амплітуди згинання кульшового суглоба. У контрольній групі амплітуда згинання збільшилася з $62,4 \pm 7,8^\circ$ до $95,3 \pm 7,9^\circ$ (+32,9°). В основній групі приріст становив $45,4^\circ$ (з $63,1 \pm 8,1^\circ$ до $108,5 \pm 6,8^\circ$), що наближається до функціонально повноцінних значень та достовірно перевищує результати контрольної групи ($p < 0,05$).

Аналіз 6-хвилинного тесту ходьби

У контрольній групі дистанція збільшилася з $185,4 \pm 28,6$ м до $295,8 \pm 36,9$ м. В основній групі приріст становив $188,7 \pm 30,2$ м до $355,6 \pm 38,7$ м; міжгрупові відмінності після 12 тижнів були статистично значущими ($p < 0,05$), що свідчить про кращу адаптацію до фізичного навантаження та відновлення толерантності до ходьби у пацієнтів основної групи.

Аналіз показників ММТ

Сила відвідників стегна у контрольній групі зросла з $3,1 \pm 0,4$ до $4,3 \pm 0,4$ бала (+1,1 бала). В основній групі приріст був більш вираженим — з $3,2 \pm 0,3$ до $4,8 \pm 0,3$ бала (+1,5 бала), що наближається до практично повного відновлення м'язової сили. Статистичний аналіз із використанням t-критерію Стюдента підтвердив достовірність міжгрупових відмінностей після завершення реабілітації ($p < 0,05$).

Порівняльний аналіз результатів реабілітації пацієнтів контрольної та основної груп дозволив оцінити вплив різних підходів до фізичної терапії на відновлення функціонального стану після ендопротезування кульшового суглоба. Отримані дані свідчать, що застосування комплексної, індивідуалізованої програми фізичної реабілітації забезпечує більш виражені та стійкі позитивні зміни порівняно зі стандартним відновним підходом.

Таблиця 1. Динаміка клініко-функціональних показників у пацієнтів після ендопротезування кульшового суглоба (M \pm SD).

Показник	Група	T0 (початок)	T1 (6 тижнів)	T2 (12 тижнів)
ВАШ, бали	Контрольна (n=18)	$6,7 \pm 1,2$	$4,9 \pm 1,1$	$3,6 \pm 1,0$
	Основна (n=18)	$6,6 \pm 1,3$	$3,8 \pm 1,0$	$2,1 \pm 0,8$
Індекс Бартел, бали	Контрольна	$55,6 \pm 6,8$	$65,2 \pm 6,5$	$72,4 \pm 6,1$
	Основна	$56,8 \pm 7,1$	$72,6 \pm 6,3$	$84,1 \pm 5,8$
Згинання кульшового суглоба, °	Контрольна	$62,4 \pm 7,8$	$82,6 \pm 8,5$	$95,3 \pm 7,9$
	Основна	$63,1 \pm 8,1$	$92,8 \pm 7,6$	$108,5 \pm 6,8$
6-хвилинний тест ходьби, м	Контрольна	$185,4 \pm 28,6$	$240,6 \pm 32,4$	$295,8 \pm 36,9$
	Основна	$188,7 \pm 30,2$	$285,3 \pm 34,1$	$355,6 \pm 38,7$
ММТ (сила відвідників стегна), бали (0–5)	Контрольна	$3,1 \pm 0,4$	$3,8 \pm 0,5$	$4,3 \pm 0,4$
	Основна	$3,2 \pm 0,3$	$4,2 \pm 0,4$	$4,8 \pm 0,3$

Висновки. Проведене дослідження підтвердило високу клінічну ефективність комплексної індивідуалізованої програми фізичної реабілітації у пацієнтів після ендопротезування кульшового суглоба. Встановлено, що структурований поетапний підхід, який поєднує кінезотерапію, пропріоцептивне тренування, механотерапію, фізіотерапевтичні методи та елементи ерготерапії, сприяє більш швидкому зменшенню больового синдрому, відновленню амплітуди рухів і покращенню функціонального стану нижньої кінцівки. У процесі реабілітації в обох групах спостерігалась позитивна динаміка клініко-функціональних показників, що підтверджує доцільність застосування фізичної терапії у післяопераційному періоді. Водночас у пацієнтів, які

проходили комплексну індивідуалізовану програму, відновлення рухової функції, толерантності до фізичного навантаження та рівня функціональної незалежності відбувалося більш інтенсивно та повноцінно.

Отримані результати засвідчують, що системний вплив на м'язовий баланс, пропріоцепцію та координацію рухів дозволяє мінімізувати формування компенсаторних рухових стратегій, сприяє нормалізації біомеханіки ходьби та підвищує рівень повсякденної активності пацієнтів. Статистична обробка даних підтвердила достовірність міжгрупових відмінностей після завершення реабілітаційного курсу, що свідчить про наукову обґрунтованість запропонованого підходу.

Перспективи подальших досліджень: Перспективи подальших досліджень полягають у розширенні вибірки пацієнтів, подовженні термінів спостереження та вивченні довгострокової ефективності програм фізичної терапії після ендопротезування кульшового суглоба. Доцільним є також впровадження індивідуалізованих реабілітаційних протоколів з урахуванням вікових та функціональних особливостей пацієнтів.

DOI: 10.61718/mf2026.01.01

Прохорова Ганна Олександрівна

ORCID: 0009-0009-8623-1814

Аспірант

ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин імені В. П. Комісаренка НАНМ України»

Орленко Валерія Леонідівна

ORCID: 0000-0002-8400-576X

Доктор медичних наук

Заступник директора з наукової роботи клініки, завідувач науково-консультативним відділом амбулаторно-профілактичної допомоги хворим з ендокринологічною патологією

ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин імені В. П. Комісаренка НАНМ України»

МІОКІНІРИЗИН ТА ЙОГО ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ІЗ ПОКАЗНИКАМИ СКЛАДУ ТІЛА У ПАЦІЄНТІВ З ОЖИРІННЯМ І ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Актуальність теми: ожиріння та підвищена вага тіла, які в більшості випадків супроводжують метаболічний синдром та цукровий діабет 2 типу (ЦД 2), є одними з незалежних факторів ризику загальної смертності, у тому числі від серцево-судинних хвороб та онкологічних захворювань [1]. Згідно з останніми рекомендаціями пацієнтам з ЦД 2 та/або з ожирінням рекомендована фізична активність, так як м'язова система найбільший орган, який поглинає глюкозу [2]. Напротязі останніх років медична спільнота довела, що окрім механічної скелетна мускулатура виконує ендокринну функцію і здатна виділяти сигнальні молекули - міокіні. Іризин є одним із найбільш вивчених міокінів, який відіграє роль як і в кістково-м'язовому обміні, так і в підвищенні термогенезу та покращення метаболічного гомеостазу [3]. Вивчення міокінів, а саме іризину є однією з ключових ланок у розумінні механізмів, що лежить в основі ожиріння та метаболічних ускладнень. З огляду на фізіологічні ефекти іризину у перспективі може стати мішенню для терапії ЦД 2 та ожиріння.

Метою нашого дослідження було оцінити кореляційні взаємозв'язки міокіну іризину з показниками ожиріння у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу.

Матеріали та методи: композиційний склад тіла визначали методом біоелектричного імпедансного аналізу за допомогою приладу Tanita BC -731. Концентрацію іризину у сироватці крові визначали імуноферментним методом (ELISA) на планшетному імуноферментному аналізаторі Statfax 3200 (США).

Результати: кореляційний аналіз у загальній когорті показав зниження іризину ($r=-0,24$; $p=0,025$), зменшення товщини підшкірно-жирової тканини ($r=-0,28$; $p=0,008$) та рівня вітаміну D ($r=-0,25$; $p=0,018$), а також підвищення товщини вісцерального жиру ($r=0,25$; $p=0,022$) у з віком (рис.1). Позитивний зв'язок між ІМТ та м'язовою масою ($r=0,32$; $p=0,003$), ймовірно, відображає збільшення абсолютної м'язової маси, що супроводжує вищу масу тіла, а не збережену якість м'язів або метаболічні функції.

Аналіз взаємозв'язку іризину з показниками складу тіла показав наступне. Виявлено достовірний зв'язок з товщиною підшкірно-жирової клітковини ($r=0,25$; $p=0,022$), а всі інші зв'язки були не достовірні ($p>0,05$), що, ймовірно, відображає гіпертрофію м'язової тканини без якості, жирову інфільтрацію, інсулінорезистентність м'яза, знижену нейром'язову активацію у хворих на ожиріння і ЦД2.