

навколишніх, гіпервідповідальність, прагнення допомогти усім навколишнім, завжди приносити в жертву свої інтереси.

Таким чином, проведений кореляційний аналіз дозволив встановити характер взаємозалежностей між показниками суб'єктивного контролю і показниками міжособистісних стосунків. Отримані нами кореляційні зв'язки дозволяють перейти до якісного аналізу результатів емпіричного дослідження, що є подальшим етапом нашого дослідження.

Література:

1. Варій М. Й. Морально-психологічний стан військ : навчальний посібник. Львів, 2016. 162 с.

2. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Корня Л.В. Психологічне вивчення особового складу Збройних Сил України : методичний посібник. Київ : ФОП Маслаков, 2019. 288 с.

3. Ложкін Г. В. Психологічне супроводження діяльності військовослужбовців в екстремальних умовах : навч. посіб. Житомир : ЖВІРЕ, 2002. 273 с.

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-479-8-112>

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО СТАНУ ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ З ОЖИРІННЯМ ТА ЕНДОПРОТЕЗОМ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА ЯК ПЕРЕДУМОВИ СТВОРЕННЯ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Парцей О. С.

здобувач вищої освіти четвертого рівня (доктор філософії)

за спеціальністю 227 – Фізична терапія, ерготерапія

Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника

*Науковий керівник: **Шеремета Л. М.***

доктор медичних наук, професор,

завідувачка кафедри терапії, реабілітації та морфології

Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника

м. Івано-Франківськ, Україна

Ожиріння, відповідно до класифікації Всесвітньої організації охорони здоров'я, діагностують у людей з індексом маси тіла (ІМТ) вище 30 кг/м², що негативно впливає не тільки на можливість виконувати інтенсивні фізичні навантаження, а й на щоденну активність. «Епідемія» ожиріння

розпочалася у 1980-х роках, коли кількість осіб з ожирінням збільшилася вдвічі порівняно з попередніми десятиліттями; з того часу щороку їх додається по 10% [6].

Етіологія ожиріння суперечлива і залишається причиною наукових дискусій до теперішнього часу. Різними авторами висловлено такі основні гіпотези: переїдання на фоні зниженого фізичного навантаження; переважання у сучасній їжі високоочищених цукрів; генетична зумовленість [1, с. 362–369; 6]. Сьогодні понад 60% усіх захворювань та витрат на лікування припадає на частку населення з надмірною масою тіла та ожирінням різного ступеня. Надмірна вага збільшує ризики виникнення діабету (на 44%), ішемічної хвороби серця (на 23%), і, що особливо важливо для медичних фахівців, безпосередньо впливає на розвиток артрозу великих суглобів [4, с. 6–13].

Надмірна маса є фактором розвитку таких супутніх захворювань, як остеоартроз, цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, атеросклероз, обструктивне апное сну тощо. При надмірній вазі виникає адинамія, що призводить до подальшого збільшення ваги, надалі – починаються проблеми із суглобами. Больовий синдром у суглобах знижує рухливість і спричиняє вадне коло. Виникають метаболічні зміни у суглобах, які «включають» цей ланцюжок, що сприяє розвитку остеоартрозу. Важливим для попередження та лікування цього стану є зміна способу життя, у тому числі харчування, фізична терапія, медикаментозна терапія.

Пацієнти з ожирінням потребують операцій з ендопротезування великих суглобів у 8,5 разів частіше, ніж люди з нормальною масою. Зайва вага призводить до збільшення тривалості операції, складнощів та помилок у встановленні компонентів ендопротезу, а після операції – до розвитку ранніх інфекцій у ділянці хірургічного втручання та дислокації ендопротезу (приблизно у 2–3 рази частіше, ніж у пацієнтів з нормальним індексом маси тіла); ревізійні операції потрібні таким пацієнтам в 1,5 рази частіше. Основними проблемами ендопротезування (за даними різних реєстрів) є асептичне розхитування компонентів (38,8–56,5%), остеоліз (5–14%), інфекції (11,8–27,9%), інші причини (13–27%) [5, с. 370–379].

Зі збільшенням тривалості операції тотального ендопротезування кульшового суглоба у пацієнтів з ожирінням частіше виникають інфікування, висока інтра- та післяопераційна втрата крові та тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок. Порівняльний аналіз частоти післяопераційних ускладнень у пацієнтів, яким виконано артропластику кульшового суглоба, виявив, що при індексі маси тіла $<30 \text{ кг/м}^2$ ризик їх розвитку становить 25%, при ІМТ $30\text{--}40 \text{ кг/м}^2$ – 31%, а при ІМТ $>40 \text{ кг/м}^2$ – 38% [3, с. 413–419].

Фактор ожиріння може не тільки збільшити час артропластики, а й призвести до післяопераційних труднощів при мобілізації та вертикалізації пацієнта: пацієнт може мати тривале загосення рани після операції, підвищений ризик зараження, швидкість інфікування та ризик перипротезних переломів. Високий рівень ускладнень у пацієнтів з ожирінням може бути обумовлений труднощами доступу до суглоба за рахунок великої кількості жирової та м'язової тканин у ділянці суглоба. Це може зробити операцію більш складною та тривалою, особливо за рахунок виконання розрізу та встановлення протеза. Труднощі при хірургічному розрізі, тривалий час операції підвищують ймовірність поверхневих та глибоких інфекцій. У пацієнтів з ожирінням спостерігаються не тільки підвищена травматизація м'яких тканин, подовження часу операції, а й підвищене навантаження на протез, що може призвести до його передчасного зношування, розхитування та вивиху [7, с. e20.00100].

Крововтрата під час тотального ендопротезування є причиною виникнення анемії у пацієнтів, що негативно впливає на післяопераційне клініко-функціональне відновлення [7, с. e20.00100].

Визначна роль у післяопераційному відновленні належить реабілітаційному втручання, в першу чергу – засобам фізичної терапії. Також вони з доведеною ефективністю сприяють покращенню функціонування при ожирінні, при геріатричних синдромах у осіб похилого віку [2, с. 50–58].

Отже, користь тотального ендопротезування у пацієнтів із вираженим ожирінням безперечна. Проте від хірурга-ортопеда артропластика вимагає ретельного передопераційного планування для мінімізації ризиків ускладнень після операції, від пацієнта – готовності знизити індекс маси тіла та кардинальної зміни звичного способу життя, фізичного терапевта – індивідуалізованого втручання з врахуванням асоційованої з віком патології. У сукупності ці заходи дозволять досягти високої якості життя після тотального ендопротезування кульшового суглоба.

Література:

1. Аравіцька М. Г. Аналіз індивідуальних шляхів покращення комплаєнсу хворих ожирінням як аспект визначення цілей реабілітації. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2019. Том 4, № 6 (22). С. 362–369. DOI: 10.26693/jmbs04.06.362
2. Дідоха І. В., Аравіцька М. Г. Вплив засобів фізичної терапії на рівень кінезофобії, соматичні маркери саркопенії та показники ризику падіння у осіб похилого віку з хворобою Паркінсона. *Art of Medicine*. 2021. № 2 (18). С. 50–58. DOI: 10.21802/artm.2021.2.18.50
3. Abbruzzese K, Valentino AL, Scholl L, et al. Physical and Mental Demand During Total Hip Arthroplasty. *Orthop Clin North Am*. 2022. № 53(4). P. 413–419. doi:10.1016/j.ocl.2022.06.005

4. Aravitska Mariia, Saienko Olesia. The influence of physical therapy on indicators of locomotive syndrome in elderly persons with osteoarthritis of the knee and obesity. *Clinical and Preventive Medicine*. 2023. № 4. P. 6–13. [https://doi.org/10.31612/2616-4868.4\(26\).2023.01](https://doi.org/10.31612/2616-4868.4(26).2023.01)

5. Karachalios TS, Koutalos AA, Komnos GA. Total hip arthroplasty in patients with osteoporosis. *Hip Int*. 2020. № 30(4). P. 370–379. doi: 10.1177/1120700019883244

6. WHO. Obesity and overweight. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

7. Mukka S, Rolfson O, Mohaddes M, Sayed-Noor A. The Effect of Body Mass Index Class on Patient-Reported Health-Related Quality of Life Before and After Total Hip Arthroplasty for Osteoarthritis: Registry-Based Cohort Study of 64,055 Patients. *JB JS Open Access*. 2020. № 5(4). e20.00100. doi: 10.2106/JBJS.OA.20.00100

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-479-8-113>

ПСИХОЛОГІЧНЕ ТА ФІЗИЧНЕ ЗДОРОВ'Я СУЧАСНОЇ МОЛОДІ

Пасхін Г. І.

аспірант кафедри педагогіки та психології

Міжнародний гуманітарний університет

м. Одеса, Україна

Сучасна молодь перебуває під впливом стрімких соціально-економічних, культурних та технологічних змін, які суттєво впливають на їхній спосіб життя, цінності, а також психологічне та фізичне здоров'я. Диджиталізація, постійний інформаційний потік, соціальні мережі та високі очікування формування суспільства створюють нові виклики для молодого покоління. Також, зростає кількість випадків тривожних розладів, депресії, нервових розладів та розладів харчової поведінки тощо.

Епідемія COVID-19 та її наслідки також стали каталізатором змін у здоров'ї молоді, підсилюючи ізоляцію, стрес та невизначеність майбутнього. До цього додані наслідки війни в Україні, що суттєво впливають на психологічний стан молодих людей, провокуючи зростання рівня тривожності, страху, посттравматичних стресових розладів (ПТСР), а також впливаючи на соціальні взаємодії та самоідентифікацію.

Фізичне здоров'я також перебуває під загрозою через малорухливий спосіб життя, незбалансоване харчування, перевантаження гаджетами та