



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ**

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ

**85 ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ТА СТУДЕНТІВ З
МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ - 2025»**

15-16 травня 2025 року



ЗАПОРІЖЖЯ – 2025

РОЛЬ ГОРМОНІВ У РЕГУЛЯЦІЇ ПРОЦЕСІВ ПСИХІЧНОГО, ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ, ЛІНІЙНОГО РОСТУ ТІЛА	335
<i>Закарлюка С.В.</i>	
ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ СИНДРОМІ ЗАП'ЯСТНОГО КАНАЛУ У ЖІНОК СЕРЕДНЬОГО ВІКУ	336
<i>Бойко С.О.</i>	
ВПЛИВ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО МАСАЖУ НА ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ПАЦІЄНТІВ ІЗ МІОФАСЦІАЛЬНИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА	337
<i>Бордун А. О.</i>	
ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ ДЛЯ ЗМЕНШЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ РОСЛИННОЇ СИРОВИНИ	338
<i>Рокосуєва О.І.</i>	
ВПЛИВ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА УСПІШНІСТЬ ОСТЕОІНТЕГРАТИВНОГО ПРОТЕЗУВАННЯ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЙ НИЖНІХ КІНЦІВОК.....	339
<i>Приймак Д.В.</i>	
ДОКЛІНІЧНІ ВИПРОБУВАННЯ ПОТЕНЦІЙНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ	340
<i>Радіонова В.Р.</i>	
ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ПОРУШЕННЯХ ДИХАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ..	341
<i>Бондарева С.А.</i>	
ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З НАСЛІДКАМИ КУЛЬОВИХ ПОРАНЕНЬ	341
<i>Гречка Я.С.</i>	
ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ГЕМОРАГІЧНОГО ІНСУЛЬТУ	342
<i>Баличева Р.В.</i>	
ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ВІДНОВЛЕНІ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ	343
<i>ПЕРЕГІНЕЦЬ М.М.</i>	
РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ВИКРИВЛЕННЯМ ХРЕБТА ЗА ДОПОМОГОЮ ВПРАВ ТЕРАПЕВТИЧНОГО СПРЯМУВАННЯ.....	343
<i>Коротков В.Ю.</i>	
НЕЙРОПЛАСТИЧНІСТЬ МОЗОЧКА І ПЕРСПЕКТИВИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ	345
<i>Валуїська Г.О.</i>	
ПРОФІЛАКТИЧНІ ЗАСОБИ У ТРЕНУВАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ ВОЛЕЙБОЛІСТІВ МАСОВИХ РОЗРЯДІВ.....	346
<i>Седіна А.</i>	
ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З НАСЛІДКАМИ КУЛЬОВИХ ПОРАНЕНЬ	346
<i>Гречка Я.С.</i>	
ВИКОРИСТАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ВПРАВ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ЛЕГКОАТЛЕТІВ-АМАТОРІВ (СТРИБУНІВ У ДОВЖИНУ) ПІСЛЯ ТРАВМ КОЛІННОГО СУГЛОБУ	347
<i>Приходько К.</i>	
РОЛЬ АВТОНОМНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ В РЕГУЛЯЦІЇ ВІСЦЕРАЛЬНИХ ФУНКЦІЙ.....	348
<i>Кусик Ю.А.</i>	
МАСАЖ ЯК ЗАСІБ ОЗДОРОВЛЕННЯ ОРГАНІЗМУ ПАЦІЄНТІВ РІЗНОГО НОЗОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ	348
<i>Тютюнник О.</i>	
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ТРАВМАТИЧНИХ УШКОДЖЕННЯХ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ	349
<i>ПЕРЕГІНЕЦЬ М.М.</i>	
КЛЮЧОВІ АСПЕКТИ ВІДНОВЛЕННЯ ПІСЛЯ ТРАВМ КОЛІННОГО СУГЛОБА.....	350
<i>Криниціна С.В.</i>	
ДОМЕДИЧНА ДОПОМОГА ТА ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ УЧНІВ ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ	352
<i>Попов А.</i>	
ВПЛИВ ЗНАНЬ З НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ОПІКАХ НА ВИЖИВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ.....	352
<i>Гармаш В.Ю., Білоус О.С.</i>	
ВИКОРИСТАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ВПРАВ У ПРОФІЛАКТИЦІ ТРАВМАТИЗМУ У ФУТБОЛЬНИХ АРБІТРІВ	353
<i>Мартиненко К.</i>	
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СПОРТИВНОГО ДОСВІДУ, ТРАВМАТИЗМУ, ЗАХВОРЮВАНЬ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ У ПРОФЕСІЙНИХ ВОЛЕЙБОЛІСТОК.....	354
<i>Мамедова А.Ю. Назаренко А.С.</i>	

ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ВІДНОВЛЕННІ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ

Перегінець М.М.

Науковий керівник: доцент кафедри ФРСМФВіЗ ЗДМФУ Черненко О. Є.
Кафедра: фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і здоров'я
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Вступ. Фізична терапія відіграє ключову роль у відновленні функціональних можливостей травмованої кінцівки, поверненні пацієнта до звичного способу життя та покращенні його якості. Використання засобів фізичної терапії сприяє якісному відновленню функцій верхньої кінцівки після травматичних ушкоджень. Ефективність реабілітаційного процесу залежить від комплексного підходу, що включає діагностику, індивідуалізоване планування реабілітаційного процесу та систематичний контроль за станом пацієнта.

Мета дослідження – обґрунтувати особливості фізичної терапії при травматичному ушкодженні верхньої кінцівки.

Отримані результати. Для досягнення найкращих результатів реабілітації застосовують різні методи фізичної терапії, які сприяють відновленню функцій ушкоджених кінцівок, зменшенню больового синдрому та запобіганню розвитку ускладнень. Основними методами є:

1. Мануальна терапія – відновлює рухливість суглобів, знижує м'язову напругу, покращує кровообіг, що сприяє зменшенню болю та прискорює процес загоєння.

2. Кінезіотерапія – включає виконання активних і пасивних вправ для розвитку сили, витривалості та гнучкості м'язів, що допомагає пацієнту адаптуватися до повсякденного життя.

3. Електростимуляція – використання електричних імпульсів для стимуляції м'язів, що сприяє зміцненню їхнього тону, покращенню живлення тканин і прискоренню відновлення.

4. Ультразвукова терапія – допомагає зменшити запальні процеси, покращити кровообіг і стимулювати регенерацію тканин, що робить її важливим елементом реабілітації.

5. Тейпування – забезпечує стабілізацію ушкоджених ділянок, зменшує біль і навантаження на кінцівку, що сприяє корекції рухів.

Кожен із цих методів має важливе значення на різних етапах реабілітації, а їх застосування слід адаптувати відповідно до індивідуальних потреб пацієнта.

Висновок. Фізична терапія при травматичних ушкодженнях верхньої кінцівки потребує систематичного та професійного підходу. Вчасно розпочатий та правильно спланований реабілітаційний процес дозволяє уникнути хронічних ускладнень і повернути пацієнта до повноцінного життя.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ВИКРИВЛЕННЯМ ХРЕБТА ЗА ДОПОМОГОЮ ВПРАВ ТЕРАПЕВТИЧНОГО СПРЯМУВАННЯ

Коротков В.Ю.

Науковий керівник: проф., доктор медичних наук, Дарій В. І.

Кафедра неврології

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Після завершення спеціалізованої реабілітаційної програми для дітей із викривленням хребта, зокрема сколіозом I–II ступеня, особливої актуальності набуває питання профілактики рецидиву деформацій. Як показало проведене дослідження, за умови цілеспрямованої фізичної терапії протягом шести місяців можливо досягти суттєвого покращення постуральних, м'язових та функціональних показників у дітей шкільного віку. У дослідній групі дітей, які систематично займалися лікувальною

гімнастикою, плаванням та проходили курс масажу, спостерігалось зменшення кута сколіозу, покращення сили м'язів-розгиначів спини, екскурсії грудної клітки та витривалості. Проте отримані результати не є гарантією повного усунення патології, особливо у період пубертатного стрибка росту, коли ризик повторного розвитку викривлень суттєво підвищується.

Мета дослідження. Дослідити ефективність та окреслити принципи післяреабілітаційної підтримки дітей шкільного віку зі сколіозом I–II ступеня після завершення спеціалізованої шестимісячної реабілітаційної програми, а також визначити умови, що мінімізують ризик рецидиву деформацій у період пубертатного стрибка росту.

Матеріали та методи. У дослідженні взяла участь дослідна група дітей зі сколіотичною деформацією, які протягом шести місяців систематично виконували комплекс лікувальної гімнастики, відвідували заняття плавання та проходили курси лікувального масажу. До оцінюваних показників віднесено кут викривлення за Кобом, силу м'язів-розгиначів спини, екскурсію грудної клітки та загальну витривалість. Додатково аналізувалися поструральні навички й психоемоційні аспекти адаптації. Методика включала клінічні вимірювання, функціональні проби й опитування, а також спостереження за динамікою під час і після основного курсу терапії.

Фізіологічно обґрунтовано, що за відсутності підтримки м'язового корсету та правильних рухових стереотипів, які були сформовані у процесі лікувальної програми, може відбутися зворотний розвиток патологічних змін. Це особливо стосується тих дітей, які після завершення курсу повертаються до малорухомого способу життя, тривалого сидіння за комп'ютером чи партою, ігнорують необхідність активного дозвілля. Таким чином, післяреабілітаційна фаза має бути не менш структурованою та відповідально організованою, ніж сам період реабілітації.

Постреабілітаційна підтримка дітей із викривленням хребта має будуватися навколо принципу поступового переходу від контрольованої корекції до самостійного збереження досягнутого результату. Щоденні фізичні активності мають стати не тимчасовим зобов'язанням, а стилем життя. Доцільно рекомендувати продовження виконання комплексу вправ у домашніх умовах щонайменше 4–5 разів на тиждень. Це можуть бути вправи з елементами симетричного і асиметричного навантаження на м'язи тулуба, вправи на розтягнення та укріплення глибоких стабілізуючих м'язів, дихальні вправи (у тому числі за методикою Шрот), а також вправи для формування правильної постави перед дзеркалом. Діти мають регулярно контролювати положення тіла та навчитись усвідомлено тримати спину рівною як у статичі, так і в динаміці.

Окрім домашньої лікувальної гімнастики, важливо забезпечити достатній обсяг загальної рухової активності. Серед видів спорту, що рекомендовані для підтримки досягнутого ефекту, особливе місце займає плавання, оскільки воно забезпечує симетричне укріплення м'язів спини та знижує навантаження на хребет завдяки впливу водного середовища. Плавання на спині або із застосуванням дошки для корекції постави повинно проводитися щонайменше один раз на тиждень. Також доцільним є включення до рухового режиму занять танцями, йогоподібними вправами, вправами на балансувальних платформах, аеробікою, що додатково стимулює розвиток координації та формує вертикальну стійкість тіла.

Формування активного способу життя повинно відбуватися із залученням найближчого соціального оточення дитини – батьків, педагогів, медичних працівників. Саме вони є посередниками між сформованими навичками під час курсу реабілітації та їх реальним закріпленням у щоденній практиці. Батьки мають забезпечити фізично-ергономічно сприятливе середовище вдома, організувати робоче місце згідно з анатомічними вимогами, контролювати дотримання режиму рухової активності. Учителі фізичного виховання повинні враховувати стан дитини під час уроків та, за можливості, індивідуалізувати завдання для учнів, які пройшли реабілітацію. Медичний працівник закладу освіти має відслідковувати показники динаміки стану дитини, зокрема під час профілактичних оглядів, а за потреби – направляти до спеціалістів.

Отримані результати. Приріст сили м'язів-розгиначів, збільшення екскурсії грудної клітки та покращення показників витривалості. Діти опанували правильні рухові стереотипи та навчилися свідомо контролювати положення тіла у статичній й динамічній. Позитивна фізична динаміка супроводжувалася зростанням самооцінки та зниженням соціального напруження. Водночас встановлено, що відсутність підтримувальних фізичних навантажень і повернення до малорухомого способу життя у період швидкого росту значно підвищує ризик рецидиву деформацій.

Висновки. Післяреабілітаційна фаза є невід'ємним продовженням лікувального процесу та має ґрунтуватися на поступовому переході від контрольованої корекції до самостійного збереження результатів. Щоденна помірна рухова активність, виконання коригувальних вправ удома 4–5 разів на тиждень, регулярне плавання, заняття танцями чи аеробікою, а також систематичний контроль постави забезпечують довготривалу стабілізацію стану хребта. Ефективність підтримки зростає за умови активної участі батьків, педагогів і медичних працівників, які створюють фізично та психоемоційно сприятливе середовище. Комплексна стратегія післяреабілітаційної підтримки перетворює разовий курс реабілітації на сталу основу здорового розвитку дитини та профілактику рецидиву сколіотичних деформацій.

НЕЙРОПЛАСТИЧНІСТЬ МОЗОЧКА І ПЕРСПЕКТИВИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Валуйська Г.О.

Науковий керівник: доц. Бессараб Г.І

Кафедра фармакології та медичної рецептури з курсом нормальної фізіології

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Мета дослідження: Аналіз можливостей фізичної реабілітації на основі вивчення нейропластичності мозочка як ключового механізму компенсації неврологічних дефіцитів.

Матеріали та методи: огляд наукової літератури з нейрофізіології, реабілітології та клінічної неврології; аналіз сучасних методів відновлення пацієнтів з мозочковими ураженнями; узагальнення клінічних підходів до стимуляції нейропластичності.

Отримані результати: Мозочок відіграє ключову роль не лише в координації рухів, а й у регуляції когнітивних та емоційних процесів. Завдяки високому рівню нейропластичності він здатний до значної функціональної перебудови після ушкоджень. Ця пластичність проявляється в адаптації синапсів, залученні нових нейронних шляхів та активації компенсаторних механізмів з боку інших структур головного мозку, таких як кора великих півкуль і таламус.

Проведений аналіз сучасної наукової літератури та клінічного досвіду демонструє, що цілеспрямовані реабілітаційні втручання, зокрема фізичні вправи, баланс-тренінг, когнітивно-моторні завдання, а також використання нейростимуляційних технологій, сприяють активації нейропластичних процесів. У результаті таких втручань спостерігається покращення рухової функції, рівноваги, а також деяких когнітивних здібностей пацієнтів з мозочковими ураженнями.

Висновки: Враховуючи здатність мозочка до нейропластичної перебудови, фізична реабілітація пацієнтів з його ураженнями повинна бути спрямована не лише на відновлення рухових функцій, а й на загальну активацію центральної нервової системи. Індивідуалізація програм реабілітації, поєднання сенсомоторного та когнітивного тренування, а також використання сучасних нейротехнологій значно підвищують ефективність терапії. Комплексний підхід, що ґрунтується на фізіологічному розумінні нейропластичності мозочка, відкриває нові перспективи для покращення якості життя пацієнтів та їхнього функціонального відновлення.