

МАТЕРІАЛИ Х МІЖНАРОДНОЇ
СТУДЕНТСЬКОЇ НАУКОВОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ

.....

**МОДЕРНІЗАЦІЯ ТА СУЧАСНІ
УКРАЇНСЬКІ І СВІТОВІ
НАУКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ**

.....

м. Кропивницький, Україна
3 квітня 2026 рік

СЕКЦІЯ 19. МЕДИЧНІ НАУКИ ТА ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

- BARRIERS AND PROSPECTS FOR IMPLEMENTING ADAPTIVE SPORT IN THE MILITARY REHABILITATION SYSTEM
Oliinyk V.I., Scientific supervisor: Danylchenko S.I. 157
- МОЖЛИВОСТІ СПЕЦІАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВНИХ САРКОМ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ТА ЗАОЧЕРЕВИННОГО ПРОСТОРУ
Крамар А., Науковий керівник: Четверіков С.Г. 160
- ОСНОВНІ ПРИЧИНИ ХИБНОПОЗИТИВНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ТУБЕРКУЛІНОВОЇ ПРОБИ МАНТУ
Гасанова Гулчін Бакір кизи, Антоненко Д.О., Науковий керівник: Гаврилов А.В. .. 162
- РОЛЬ ВАКЦИНАЦІЇ ПРОТИ ВПЛ У ПРОФІЛАКТИЦІ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ
Фісун К.О., Науковий керівник: Плахотна І.Ю. 164
- СУЧАСНІ МЕТОДИКИ МАЛОІНВАЗИВНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ ВАРИКОЗІ НИЖНІХ КІНЦІВОК
Стельмах А.В., Єфаніна В.Є., Науковий керівник: Різа А.С. 166

СЕКЦІЯ 20. ФАРМАЦІЯ ТА ФАРМАКОТЕРАПІЯ

- ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ ІЗ РЕСПІРАТОРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ: РОЛЬ КОМБІНОВАНИХ ПРЕПАРАТІВ У ТЕРАПІЇ ГОСТРИХ І ХРОНІЧНИХ БРОНХІТІВ
Вялько Т.А., Науковий керівник: Золотайкіна М.Ю. 168
- ІННОВАЦІЙНІ ЦИФРОВІ ТЕХНОЛОГІЇ У КЛІНІЧНІЙ ФАРМАЦІЇ: ВПРОВАДЖЕННЯ ЕЛЕКТРОННИХ РЕЦЕПТІВ, ТЕЛЕМЕДИЦИНИ ТА ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ В СУЧАСНУ ПРАКТИКУ
Дика Ж.О., Науковий керівник: Новикова Л.Г. 170
- РОЗРОБКА ПЕРСОНАЛІЗОВАНИХ ПІДХОДІВ ДО ФАРМАКОТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ МУЛЬТИКОМОРБІДНІСТЮ: РОЛЬ КЛІНІЧНОГО ФАРМАЦЕВТА В ОПТИМІЗАЦІЇ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ
Сімонова Ю.О., Науковий керівник: Золотайкіна М.Ю. 173

СЕКЦІЯ 21. ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА, СПОРТ ТА ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ

- ОПЕРАТИВНЕ ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ФУТБОЛІСТІВ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПІСЛЯ ЗМАГАЛЬНИХ НАВАНТАЖЕНЬ
Белка В.О., Науковий керівник: Сокирко О.С. 176
- РОЗВИТОК ФІЗИЧНИХ ЯКОСТЕЙ НА ЗАНЯТТЯХ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ НУОУА ЗАСОБАМИ АДАПТИВНИХ ВИДІВ СПОРТУ
Пурчел А.К., Сидоренко С.Р., Науковий керівник: Гоголева О.М. 180

СЕКЦІЯ 22. АРХІТЕКТУРА ТА БУДІВНИЦТВО

- ТРАНСПОРТНО-ПЕРЕСАДКОВІ ВУЗЛИ ЯК ОДИН З КЛЮЧОВИХ ЕЛЕМЕНТІВ МОДЕРНІЗАЦІЇ МІСЬКОЇ МОБІЛЬНОСТІ
Степанюк Д.Р., Науковий керівник: Іваночко У.І. 183

СЕКЦІЯ 21.

ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА, СПОРТ ТА ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ

Бєлка Вікторія Олександрівна, здобувач вищої освіти за спеціальністю «Фізична терапія»

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Україна

Науковий керівник: Сокирко Олексій Сергійович, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і здоров'я

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Україна

ОПЕРАТИВНЕ ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ФУТБОЛІСТІВ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПІСЛЯ ЗМАГАЛЬНИХ НАВАНТАЖЕНЬ

Сучасний футбол характеризується граничними за обсягом та інтенсивністю тренувальними навантаженнями, що висуває екстремальні вимоги до функціональних систем організму атлета. Специфіка змагальної діяльності у цьому виді спорту визначається постійною зміною інтенсивності рухів, поєднанням аеробних та анаеробних режимів енергозабезпечення, необхідністю виконувати техніко-тактичні елементи в умовах наростаючого стомлення, а також суттєвими витратами енергії протягом матчу. Проблема оперативного відновлення функціонального стану після змагань виходить на перший план, оскільки ігнорування стадії втоми здатне спровокувати перенапруження центральної нервової системи й суттєво підвищити ризик травматизації опорно-рухового апарату [3].

Серед характерних рис тренувального та змагального процесів у футболі виокремлюють великий обсяг рухової діяльності, постійну зміну її інтенсивності впродовж гри, а також вплив на організм гравців навантажень різної спрямованості: аеробних, аеробно-анаеробних, анаеробних алактатних та анаеробних гліколітичних. До фізичних засобів відновлення, що набули найширшого поширення у підготовці футболістів, відносять масаж і його різновиди, гідропроцедури, теплові та електропроцедури, магнітотерапію, аероіонізацію, ультразвукову терапію. Ці засоби відрізняються простотою застосування, достатньою вивченістю та, за умови раціонального використання, відсутністю негативного впливу на організм атлета. Великий обсяг енерговитрат в обох режимах діяльності зумовлює підвищені вимоги до організації відновних заходів після кожного офіційного матчу та серій тренувальних занять.

Ефективність фізичної терапії у постзмагальному періоді базується на глибокому розумінні фізіологічних механізмів реституції. Одним із провідних

маркерів відновлення вважається динаміка серцевого ритму. Процес реституції пульсу після активної ігрової фази складається з трьох послідовних фаз: швидкого зниження частоти серцевих скорочень в межах 23,1–29,0%, стадії повільного відновлення (8,1–11,5%) та фази стабілізації (6,2–9,5%). Ретроспективний аналіз наукових публікацій підтверджує, що для повного повернення показників фізичних якостей до вихідного рівня після гри високої інтенсивності організму потрібно не менше 72 годин відновного часу, а спостережувана гетерохронність відновлення проявляється у тому, що швидкісні можливості нормалізуються значно швидше за швидкісно-силові показники.

Дослідження гетерохронності відновлення фізичних якостей футболістів після специфічних навантажень засвідчують, що зразу після гри швидкісні та швидкісно-силові показники гравців різних амплуа знаходяться нижче вихідного рівня: втрати у тесті біг на 30 м з високого старту для різних позицій сягають від 15,0 до 26,2%. Після 48 годин відновлення відбувається лише у певних показниках частини гравців, тоді як більшість фізичних якостей повертається до норми лише по закінченні 72-годинного відновного терміну. Ця закономірність є визначальною під час структурування тренувальних мікроциклів у змагальний сезон [3].

Окрему увагу в процесі реабілітації слід приділити нейродинамічним властивостям, які першими реагують на фізичне виснаження. У юних футболістів ознаки втоми проявляються через уповільнення простих і складних сенсомоторних реакцій, зниження сили нервових процесів та функціональної рухливості нервової діяльності, а також збільшення кількості помилок під час диференціювання подразників. Застосування комплексних засобів фізичної терапії, зокрема ЛФК у поєднанні з дихальною гімнастикою та фізіотерапевтичними процедурами, дозволяє значно прискорити стабілізацію центральної нервової системи. Доведено, що після впровадження спеціалізованих відновних програм показники нейродинамічних властивостей після тренування змінюються невірогідно порівняно з вихідними рівнями, що свідчить про відсутність надмірного напруження організму.

Програма профілактики фізичної перевтоми у юних спортсменів засобами фізичної реабілітації охоплює декілька обов'язкових складових: ЛФК із дихальною гімнастикою тричі на тиждень; фізіотерапевтичні процедури у вигляді хлоридно-натрієвих та хвойних ванн щодня після тренувань; рухливі ігри з елементами психокорекції двічі на тиждень; дієтотерапію. Показово, що без застосування зазначених заходів індекс Руф'є після тренування підвищувався на 56,18% у 14-річних та на 91,39% у 15-річних спортсменів, тоді як після впровадження відновної програми ці показники становили лише 9,34% та 12,32% відповідно, що переконливо засвідчує ефективність комплексного підходу до реабілітації [2].

Система фізичної терапії після травматичних ушкоджень або стану глибокого стомлення повинна реалізовуватися через п'ять взаємопов'язаних принципів: невідкладності, етапності, комплексності та системності, індивідуалізації та дозованості. Відповідно до принципу комплексності, реабілітаційна програма включає патогенетично обґрунтовані біомедичні й педагогічні засоби відновлення: консервативне лікування, харчування за спеціальними дієтами, фізичну терапію та психотерапію.

На початкових етапах відновлення провідною метою є зменшення больового синдрому й усунення запальних процесів, тоді як надалі стратегія зміщується у бік нормалізації об'єму рухів, підвищення м'язового тону та відновлення пропріоцептивної функції. Індивідуалізація програм має враховувати характер і терміни виникнення травми, вік, стать та кваліфікацію спортсмена [4].

Центральне місце в арсеналі засобів фізичної реабілітації займають терапевтичні вправи, які мають не лише відновну, а й тренувальну спрямованість і комплексно впливають на відновлення стабільності та рухливості травмованих суглобів, м'язового тону та координації рухів, пропріоцептивної функції, спеціальних рухових умінь й загальної фізичної працездатності. Основний перелік таких засобів охоплює масажні маніпуляції, вправи на стретчинг, циклічні локомоції низької інтенсивності, вправи на розслаблення здорових кінцівок, лікувальну гімнастику, кондиційне тренування для великих м'язових груп, дихальні вправи та локальні вправи на тренажерах і технічних засобах реабілітації. Активне застосування таких вправ у тренувальному циклі дає змогу не лише прискорити відновлення після мікротравм, а й реалізувати ефективну профілактику спортивного травматизму.

Виконання терапевтичних вправ у підготовчій частині тренувального заняття спрямоване на активізацію процесів пропріорецепції, вегетативної та соматичної іннервації, збудження нервової системи, що в сукупності забезпечує оптимальну адаптацію організму до подальших фізичних навантажень. Активне застосування вправ стретчингу, самомасажу та циклічних локомоцій у підготовчій частині дозволяє не лише прискорити підготовку м'язово-скелетного апарату до роботи, а й суттєво знизити ризик травм в основній частині заняття. Вправи ж у завершальній частині тренування сприяють функціональному заспокоєнню та поверненню частоти серцевих скорочень, частоти дихання й артеріального тиску до фізіологічної норми [1].

Поєднання фізичних вправ із засобами преформованих фізичних чинників – зокрема електролікуванням або ультразвуковою терапією – посилює загальний терапевтичний ефект та прискорює регенеративні процеси в ушкоджених тканинах. Ультразвук, проникаючи у тканини на значну глибину, активізує кровообіг, зменшує набряки й чинить протизапальну дію, а оптимальним підходом вважається послідовне або паралельне застосування декількох відновних засобів у межах єдиної комплексної процедури.

Системна інтеграція відновлювальних і стимулюючих впливів у структуру мікроциклів дозволяє підтримувати стабільно високу працездатність футболістів протягом тривалого змагального сезону. Координація зусиль лікаря, фізичного терапевта та тренера у межах єдиної реабілітаційної групи запобігає переходу гострого стомлення у хронічну перевтому й забезпечує своєчасне повернення атлета до повноцінної ігрової діяльності.

Список використаних джерел:

1. Дорошенко Є. Ю., Малахов С. М., Черненко О. Є., Гурєєва А. М., Шаповалова І. В., Сазанова І. О., Олійник М. О., Світлична Т. С. Терапевтичні вправи у процесі фізичної реабілітації спортсменів із травматичними ушкодженнями опорно-рухового апарату (на матеріалі футзалу). *Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики*. 2019. Т. 12, № 3 (31). С. 357–364. DOI: 10.14739/2409-2932.2019.3.184252.

2. Заїкіна Г. Л., Бермудес В. П. Оцінка ефективності засобів фізичної реабілітації юних футболістів з ознаками стомлення на основі вивчення їх нейродинамічних властивостей. *Молодий вчений*. 2018. № 11 (63). С. 542–546.
3. Лисенчук Г., Перепелиця О. Оперативне відновлення спортивної працездатності футболістів: ретроспективний аналіз. *Актуальні проблеми фізичного виховання та методики спортивного тренування*. 2024. № 3. С. 86–97. DOI: <https://doi.org/10.31652/3041-2463/2024-3-7>.
4. Пустовойт Б. А. Основні принципи фізичної терапії у спортсменів після травм опорно-рухового апарату. *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*. 2021. № 6 (1). С. 26–30. DOI: [https://doi.org/10.15391/prrt.2021-6\(1\).04](https://doi.org/10.15391/prrt.2021-6(1).04).