МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

КООРДИНАЦІЙНА РАДА З НАУКОВОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ, АСПІРАНТІВ, ДОКТОРАНТІВ І МОЛОДИХ ВЧЕНИХ
СТУДЕНТСЬКА РАДА

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ

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

«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ - 2026»

14-15 травня 2026 року



ЗАПОРІЖЖЯ – 2026

ЕЛОНГОВАНА КЛІНІКО-БІОХІМІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ ПАРОДОНТАЛЬНИХ ТКАНИН ПАЦІЄНТА, ЯКИЙ ПЕРЕНІС МОДИФІКОВАНУ ПЕРІОТЕРАПІЮ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ СЕЛЕНОВМІСНОГО ФАРМПРЕПАРАТУ (*LONG-TERM CASE REPORT*) 401
Бондар А. Ю.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ, ЕРГОТЕРАПІЯ, СПОРТИВНА МЕДИЦИНА 403

МЕХАНОТРАНСДУКЦІЯ В РЕАБІЛІТАЦІЇ: КЕРУВАННЯ РЕГЕНЕРАЦІЄЮ ТКАНИН ЧЕРЕЗ ФІЗИЧНЕ НАВАНТАЖЕННЯ 403
Левицький В.С., Попадинець О.М.

ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЇ КОМАНДИ З ПОСТРАЖДАЛИМИ З НАСЛІДКАМИ МІННО-ВИБУХОВИХ ТРАВМ 404
Ростикус З.В.

САНОГЕНЕТИЧНІ ЕФЕКТИ ПАРАДОКСАЛЬНОЇ ДИХАЛЬНОЇ ГІМНАСТИКИ О.М.СТРЕЛЬНІКОВОЇ В ПРАКТИЦІ ВІДНОВЛЮВАННЯ 405
Барабаш О.А.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОЇ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ АРТРОСКОПІЇ КОЛІННОГО СУГЛОБА 406
Вакуленко Є.Ю.

ОНОВЛЕНА ПОЗИЦІЯ АМЕРИКАНСЬКОЇ АСОЦІАЦІЇ СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ СТОСОВНО СИЛОВОГО НАВАНТАЖЕННЯ 407
Бишек М.Ю., Лебич А.С.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОФІЛАКТИКИ ТРАВМАТИЗМУ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНИХ ТРЕНУВАНЬ 408
Пилипенко А.Д.

ФІЗІОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ БІОЛОГІЧНОГО ЗВОРОТНОГО ЗВ'ЯЗКУ (BIOFEEDBACK) У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ 409
Бондарева С.А.

ОЦІНКА ВПЛИВУ ЕРГОНОМІКИ ПОЗИ ПІД ЧАС ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ НА СТАН ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ ЖІНКИ 410
Сак І.В.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У РАННЬОМУ ВІДНОВЛЮВАНОМУ ПЕРІОДІ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ 411
Іванюк К.А.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ В УМОВАХ АМБУЛАТОРНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ:ВІДНОВЛЕННЯ РУХОВИХ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ 412
Харлан І.В.

СОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОДІЇ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА З БАТЬКАМИ ДИТИНИ З ДЦП У ПРОЦЕСІ РЕАЛІЗАЦІЇ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ 413
Гнатенко О.С., Борисенко А.О.

ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОЇ ФІЗИЧНОЇ ТА КОГНІТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА КОГНІТИВНІ, ПСИХОЕМОЦІЙНІ ТА МОТОРНІ ДОМЕНИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПТСР: МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД 414
Матлюк М.П., Якимів О.В.

ІНТЕГРАЦІЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ В СЕРЕДОВИЩЕ ТЕРАПЕВТИЧНОГО САДІВНИЦТВА: БІОПСИХОСОЦІАЛЬНИЙ ПІДХІД 415
Корзун С. А.

РОЗВИТОК ФІЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ 416
Гой Д.В., Джебраілова А.С., Конюх С.А.

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ КОМПЛЕКСНОГО ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ШРОТ-ТЕРАПІЇ ТА КОРСЕТОТЕРАПІЇ ШЕНО НА РЕСПІРАТОРНУ ФУНКЦІЮ У ДІТЕЙ ЗІ СКОЛІОЗОМ 418
Філатова К.В.

МЕДИЧНА І ФАРМАЦЕВТИЧНА ІНФОРМАТИКА, МЕДИЧНИЙ ІНЖИНІРИНГ 419

ЕФЕКТИВНІСТЬ АІ У СТВОРЕННІ НАВЧАЛЬНИХ ПРЕЗЕНТАЦІЙ: ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ 419
Ковальчук А. О.

Отримані результати. Аналіз вибірки показав, що середній рівень болю в спині та шиї серед опитаних становить 5,9 бала, що свідчить про наявність помірного клінічного дискомфорту в популяції. Встановлено, що лише 32 % (55 осіб) забезпечують собі повну опору для хребта під час годування, тоді як 41% (69 осіб) годують без опори, а 27% (46 осіб) використовують її епізодично. Порівняльний аналіз виявив пряму залежність: у групі жінок, які перебувають у вимушеній позі без опори, середній бал болю становить 7,8, тоді як за умови використання повної стабілізації спини цей показник знижується до 3,1 бала. Це свідчить, що відсутність ергономічної підтримки підвищує інтенсивність больового синдрому у 2,5 рази. Основними ділянками м'язового напруження визначено шийний відділ хребта (74% респондентів), що пов'язано з тривалою статичною флексією голови, міжлопаткову ділянку (60%) через протракцію плечового поясу та поперековий відділ (45%) внаслідок відсутності підтримки фізіологічного лордозу. Виявлено також суттєвий вплив фізичної активності: 58 жінок (34%), які регулярно виконують розминку, відмітили рівень болю на 2,8 бала нижчий, порівняно з групою осіб, що нехтують фізичними вправами. Найбільш критичним періодом для опорно-рухового апарату визначено перший місяць лактації, що пов'язано з етапом функціональної адаптації м'язової системи.

Висновки. Результати дослідження підтверджують, що порушення ергономіки пози під час грудного вигодовування є провідним чинником виникнення больового синдрому (середній показник 5,9 бала). Найбільш вразливою ланкою є шийно-грудний перехід, що зумовлено специфічною біомеханікою пози (нахил голови) та відсутністю опори для ліктів і спини. Використання ергономічно правильних поз та забезпечення повної опори для хребта дозволяє знизити інтенсивність болю більш ніж у два рази (з 7,8 до 3,1 бала). Програми реабілітації для жінок у період лактації повинні обов'язково включати навчання правилам біомеханіки пози та вправи для розвантаження м'язів-розгиначів хребта, починаючи з раннього післяпологового періоду.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У РАННЬОМУ ВІДНОВЛЮВАНОМУ ПЕРІОДІ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ

Іванюк К.А.
Науковий керівник: к.фіз.вих., доцент Гурєєва А.М.
Кафедра фізичного виховання, спорту та реабілітації
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Мета дослідження. Визначити особливості та ефективність застосування засобів фізичної реабілітації у пацієнтів після мозкового інсульту в ранньому відновлювальному періоді з метою покращення функціонального стану та підвищення рівня самостійності.

Методи дослідження. У роботі використано аналіз науково-методичної літератури, функціональні тести (ММТ, шкала Ашворта, шкала Берга, індекс Бартела, MMSE), а також методи та засоби реабілітації: терапевтичні вправи, лікувальний масаж, механотерапія, преформовані фізичні чинники у вигляді електростимуляції та тренування оволодінням допоміжними засобами. Застосовано порівняльний аналіз показників до та після курсу реабілітації.

Отримані результати. Застосування комплексу засобів фізичної терапії в ранньому відновному періоді після інсульту забезпечило достовірне покращення рухової активності, координації та м'язової сили, а також сприяло профілактиці контрактур за рахунок систематичного виконання терапевтичних вправ. Основу програми складають активні, активно-пасивні та протидіючі рухи для відновлення м'язової сили, гнучкості та об'єму рухів у суглобах. Вправи підбираються індивідуально з урахуванням віку, тяжкості порушень та клінічних особливостей пацієнтів, з особливим акцентом на кінцівки, уражені геміпарезом, та м'язи тулубу та спини, що відповідають за підтримку рівноваги та

постуральний контроль. Регулярне дозоване навантаження дозволило поступово відновлювати обсяг активних і пасивних рухів, підвищувати витривалість пацієнтів та покращувати функціональний стан опорно-рухового апарату.

Впровадження лікувального масажу на верхні та нижні кінцівки забезпечило зниження спастичності, нормалізацію м'язового тонусу та покращення периферичного кровообігу. Додатково спостерігалося зменшення больового синдрому, покращення трофіки тканин і підвищення еластичності м'язово-зв'язкового апарату, що позитивно вплинуло на загальний стан пацієнтів.

Проведені реабілітаційні втручання, зокрема механотерапія та електростимуляція, сприяли відновленню функціональної рухливості, активації уражених м'язів і моторних нейронів. Це дозволило покращити нервово-м'язову провідність, підвищити силу скорочень м'язів та прискорити процеси нейропластичності, що є ключовими у відновленні після інсульту.

Також встановлено, що навчання пацієнтів використанню допоміжних засобів, зокрема чотирьохопорної палиці, сприяло формуванню правильної ходи, покращенню рівноваги та координації рухів. У результаті відзначалося підвищення рівня самостійної мобільності, зниження ризику падінь і зростання функціональної незалежності пацієнтів у повсякденному житті.

Висновки. Ефективність відновлення пацієнтів після мозкового інсульту на ранньому етапі реабілітації значною мірою зумовлюється своєчасністю її початку, застосуванням комплексного підходу та індивідуалізацією підбору реабілітаційних засобів. Послідовне й систематичне впровадження відновлювальних заходів забезпечує покращення функціонального стану організму та сприяє підвищенню рівня якості життя пацієнтів.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ В УМОВАХ АМБУЛАТОРНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ:ВІДНОВЛЕННЯ РУХОВИХ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ

Харлан І.В.
Науковий керівник: к.мед.н., доц. Назаренко О.В.
Кафедра внутрішніх хвороб 1
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Мета дослідження. Провести оцінювання ефективності складеної програми реабілітації в умовах амбулаторії для відновлення рухових спроможностей, здатності до пересування, рівня самообслуговування пацієнтів після ішемічного інсульту на ранньому відновному періоді.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 30 пацієнтів з віком від 50 до 55 років, їх було розподілено на дві групи:основну (ОГ) і контрольну (КГ). Пацієнти основної групи проходили інноваційні методи реабілітації, в них входили: PNF- терапія, CIMT – терапія (примусове використання ураженої кінцівки через обмеження здорової), а також електростимуляцію м'язових волокон. Ці підходи були спрямовані на розвиток нейропластичності та повернення до чітких координованих рухів. Контрольна група отримувала звичайну програму реабілітації після інсульту. Оцінка ефективності програми реабілітації оцінювали за шкалою Фугл-Меєра, модифікованою шкалою Ашворта, мануально м'язового тестування, шкала балансу Берга, і тестом «Встань та йди». Статистичний аналіз проводили за допомогою методів варіаційної статистики.

Отримані результати. На початковому етапі дослідження достовірних відмінностей між групами не встановлено (за шкалами Фугл-Мейєра, Бартела, Берга та іншими показниками $p > 0,05$), що свідчить про вихідну однорідність груп. Після завершення 30-денного курсу реабілітації в основній групі зафіксовано статистично