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.

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

значуще покращення ($p < 0,05$) за всіма досліджуваними показниками : до 38,0±1,81 б. зріс середній показник за шкалою Фугл-Мейєра (на 16,9%) , спостерігалося зниження за Ашвортом тонусу м'язів до 1,5±0,10 б. (на 28,6%) покращення індекса Берга до 46,0±0,72 б. (на 8,2%) , зменшення часу до 11,5±0,39 секунд тесту Встань та йди (на 19,0%) , до 60,0±1,94 б. зріс показник Індексу Бартела (на 8,7%). Сила м'язів в ОГ вірогідно зросла на 25,0% у верхніх (4,0±0,13) та на 26,7% у нижніх кінцівках (3,8±0,10 бала). У контрольній групі зафіксовані зміни були незначними та статистично недостовірними ($p > 0,05$): показник Фугл-Мейєра склав 30,0±1,94 б., Ашворта – 2,6±0,13 б., Берга – 42,5±0,85 б., Встань та йди – 13,8±0,49 секунд, Бартела – 55,5±1,99 б., а показники мануально м'язового тестування – 2,7±0,15 та 2,5±0,15 б. відповідно.

Висновки. Програма з комплексним підходом фізичної терапії в амбулаторних умовах є ефективним засобом відновлення функціональних можливостей так і рухових та координаційних порушень у пацієнтів після ішемічного інсульту в ранньому відновному періоді. Її застосування посприяло зміцненню моторного контролю, підвищенню м'язової сили, збільшення амплітуди руху за рахунок зменшення спастичності та покращення побутової незалежності. Отримані результати підтверджують доцільність впровадження індивідуалізованих програм фізичної терапії в амбулаторну практику та можуть бути використані для підвищення ефективності реабілітаційних заходів.

СОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОДІЇ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА З БАТЬКАМИ ДИТИНИ З ДЦП У ПРОЦЕСІ РЕАЛІЗАЦІЇ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Гнатенко О.С., Борисенко А.О.
Науковий керівник: PhD Гнатенко Т.С., Борисенко Н.М.
Кафедра фармацевтичних дисциплін
Черкаська медична академія

Актуальність. Сучасна концепція фізичної терапії дітей із дитячим церебральним паралічем (ДЦП) поступово трансформується від суто медичної моделі, де дитина є об'єктом маніпуляцій фахівця, до сімейно-центрованого підходу. Для нас, як практикуючих реабілітологів очевидним є той факт, що навіть інтенсивна годинна роботи в залі не здатна повноцінно компенсувати дефіцит рухової активності протягом дня. Тому критично важливим аспектом стає залучення батьків до терапевтичного процесу, що дозволяє перетворити щоденний побут дитини на безперервне реабілітаційне середовище.

Мета роботи. Дослідити роль та оцінити клінічну ефективність активного залучення батьків до реабілітаційного процесу як ключового фактора успішної реалізації індивідуальної програми фізичної терапії (ІПФТ) дітей із ДЦП, а також визначити вплив навчання родини на загальну динаміку відновлення рухових функцій.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 9 сімей, які виховують дітей із ДЦП (класифікованих за рівнями I–III шкали GMFCS). Усі діти проходили курс фізичної терапії на базі реабілітаційного центру під наглядом фахівця. Комплексна методика дослідження включала початкове анкетування батьків для визначення рівня їхньої теоретичної обізнаності та практичних навичок, щоденний моніторинг виконання структурованих «домашніх програм», а також об'єктивну оцінку рухового прогресу за допомогою міжнародної шкали вимірювання великих моторних функцій (GMFM-88). Оцінювання проводилося у два етапи: до початку активної фази навчання батьків та після завершення тримісячного циклу супроводу.

Отримані результати. Первинний аналіз показав, що на етапі старту дослідження лише близько 25-30% батьків мали чітке уявлення про біомеханічні цілі конкретних вправ та розуміли логіку побудови ІПФТ. Більшість − сприймали реабілітацію як дискретний процес, що відбувається виключно під час візиту до фахівця. Протягом дослідження було впроваджено систему практичних тренінгів, де батьки під контролем реабілітолога опановували навички правильного позиціонування (хендлінг), безпечного переміщення та використання допоміжних засобів реабілітації в домашніх умовах.