



Міністерство охорони здоров'я України
Національний фармацевтичний університет
Кафедра фізичної реабілітації і здоров'я
Громадська організація реабілітологів
Медичний центр фізичної реабілітації «FIZIO»



«МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ МЕДИЦИНІ»

**Збірник тез IV Всеукраїнської
конференції**



28 березня 2025 року, м. Харків



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ І ЗДОРОВ'Я
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ РЕАБІЛОЛОГІВ
МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ «FIZIO»**

**ВСЕУКРАЇНСЬКА КОНФЕРЕНЦІЯ «МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ
ПІДХІД У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ МЕДИЦИНІ»**

28 березня 2025 р., м. Харків

Збірник наукових праць

Випуск 4

Харків – 2025



УДК 613.71

Мультидисциплінарний підхід у фізичній реабілітаційній медицині
//Збірник наукових праць. – Харків, 2025. – Випуск 4. – 260 с. (укр.)

Даний випуск збірки містить матеріали Всеукраїнської конференції «Мультидисциплінарний підхід у фізичній реабілітаційній медицині» (28 березня 2025 року, місто Харків)

У збірнику розміщено наукові тези викладачів, молодих вчених, аспірантів, магістрантів, здобувачів вищої освіти, докторантів, лікарів, функціонерів сфери фізичної терапії та фізичної культури та спорту.

Тематика збірника:

- Актуальні питання фізичної та реабілітаційної медицини.
- Актуальні питання фізичної терапії та ерготерапії.

Матеріали відображені в міжнародних наукометричних базах даних **Google Scholar**

Друкується в авторській редакції

©Національний фармацевтичний університет, 2025
©Автори, 2025



ЗМІСТ

СЕКЦІЯ 1

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Бєлезной Б. Ю., Жаботинська Н. В.	13
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ТЕРМІЧНИХ ТРАВМ РІЗНОГО СТУПЕНЯ	
Ганчева О. В., Грекова Т. А., Мельнікова О. В., Каджарян Є. В., Ісаченко М. І.	15
ТЕХНІЧНІ АСПЕКТИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ІНТЕГРАЦІЇ ДОПОВНЕНОЇ РЕАЛЬНОСТІ В РЕАБІЛІТАЦІЙНУ МЕДИЦИНУ	
Громко Є.А., Петрухнов О.Д.	18
АДАПТИВНЕ ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ ЯК ЕЛЕМЕНТ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ	
Кошель Т.В.	21
ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ СПАСТИЧНИХ ПАРЕЗІВ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ ПСИХІКИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ	
Коломієць А.С.	23
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ У ОСІБ СЕРЕДНЬОГО ВІКУ З РАДИКУЛОПАТІЯМИ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА	
Кравцова А. А.	25
РОБОТА У КОМАНДІ – СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ВТРУЧАННЯ	
Мерецький В.М., Мерецька І.В.	27
ЕФЕКТИВНІСТЬ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ВПРАВ У ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ БОЛЕМ У НИЖНІЙ ДІЛЯНЦІ СПИНИ	
Ніколенко І.М., Островська Т.О.	29
ЗАСТОСУВАННЯ ВАКУУМНО-ГРАДІЄНТНОЇ ТЕРАПІЇ У ВІДНОВЛЕННІ ПРОФЕСІЙНИХ СПОРТСМЕНІВ	
Поваляєв В.В., Латогуз С.І.	32
ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТРАВМ ТА СТРАТЕГІЇ МОЖЛИВОЇ ПРОФІЛАКТИКИ У ПЛАВЦІВ	
Салій З.В., Гусенко С.Е., Федішин Л.В.	35
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З СПІНАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ	
Сіренко Д. С., Селюкова Н. Ю.	37
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПАЦІЄНТІВ З ІНСУЛЬТОМ	
Стеблюк Е. Е., Дубовенко Д. О.	39



SPONDYLITIS FUNCTIONAL INDEX ПРИ АНКІЛОЗУЮЧОМУ СПОНДИЛОАРТРИТІ У КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА	
Ковельська А.В., Жученко В.Д., Захаренков О.Т.	105
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЗАСТОСУВАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ВПРАВ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2-ГО ТИПУ	
Козир Д. О., Галашко В. В.	109
ЕФЕКТИВНІСТЬ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ВПРАВ ПРИ РІЗНИХ ПОШКОДЖЕННЯХ КОЛІННОГО СУГЛОБА	
Колесник А.О., Ковельська А.В., Безугла В.В.	112
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ЖІНОК З МЕНОПАУЗАЛЬНИМ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ	
Кочуровська А.О., Лукашенко Л.В.	115
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ	
Кравчук І.Р.	118
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ НЕСПЕЦИФІЧНОМУ БОЛЮ У ПОПЕРЕКОВОМУ ВІДДІЛІ ХРЕБТА НА ДОВГОТРИВАЛОМУ ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ	
Крилевська К.О., Жаботинська Н.В.	121
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ МІОДИСТОРОФІЇ ДЮШЕННА	
Кухарук О.Т., Мятига О.М.	125
ЗАСТОСУВАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ВПРАВ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНСУЛЬТУ В ПЕРІОД ВІДНОВЛЕННЯ	
Латогуз С.І., Тріщило Т.В.	127
ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ З ПОСТКОВІДНИМ СИНДРОМОМ	
Майданович В.М.	131
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ПОШКОДЖЕНІ РОТАТОРНОЇ МАНЖЕТИ ПЛЕЧА У ВАЖКОАТЛЕТІВ	
Макаричев В.О.	133
ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ БОЛЬОВИХ ВІДЧУТТІВ У ОСІБ ПІСЛЯ ДЕКОМПРЕСИВНО-СТАБІЛІЗУЮЧИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ ПІД ВПЛИВОМ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ	
Мангушева О.О., Лазарєва О.О., Ларсен А.Е.	136
ОПЕРАЦІОНАЛІЗАЦІЯ ПРИНЦИПУ КЛІЄНТООРІЄНТОВАНОСТІ В ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНІЙ ПРАКТИЦІ КРИЗЬ ПРИЗМУ КАНАДСЬКОЇ МОДЕЛІ ВИКОНАННЯ ЗАНЯТЬ І ЗАЛУЧЕННЯ	
Мельник Р. М.	139
РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ ПОСТІММОБІЛІЗАЦІЙНИХ КОНТРАКТУРАХ ЛІКТЬОВОГО СУГЛОБА	



ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ З ПОСТКОВІДНИМ СИНДРОМОМ

Латогуз С.І., Тріщило Т.В.

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна, si.latohuz@knmu.edu.ua, tvtrishchylo.4m18@knmu.edu.ua

Вступ. Уперше коронавірус було виявлено в 1965 році. У 2002 році виявлено ТГРС – вірус (летальність: до 9 – 10%). У 2012 році виявлено БКРС – вірус (летальність: досягала 35%). Головною небезпекою COVID – 19 стала швидкість розповсюдження. Виявилось, що після одужання багато хворих страждають від довготривалих симптомів, або ускладнень. Для встановлення зв'язку з COVID-19, до МКХ-10 було додано новий код: U09.9 у формулюванні «Post COVID-19 condition» («постковідний синдром») – скарги і симптоми, які розвиваються під час або після гострої фази хвороби і тривають більше 12 тижнів та не є наслідком іншого діагнозу. За офіційними даними Центру системної науки та інженерії при Університеті Джона Хопкінса на 28.04.2021 у світі зафіксовано 505803 нових випадків захворювання. В Україні – 9709 випадків, тобто кожні 10 хвилин з'являється близько 67 хворих, з яких 6-7 (10%) осіб матимуть прояви постковідного синдрому.

Мета. Практично перевірити дієвість та обґрунтувати ефективність запропонованого комплексу засобів та методів фізичної терапії при постковідному синдромі.

Матеріали та методи. В дослідженні приймали участь дві групи осіб (група 1 і група 2). Група 1 включає 9 осіб і є контрольною (та, що не піддається терапевтичному впливу). Група 2 включає 10 осіб і є експериментальною (та, що піддається впливу терапії). Різниця між кінцевими показниками груп дозволить виявити результативність обраних засобів фізичної терапії при постковідному синдромі. У суб'єктивному оцінюванні брали участь лише особи з 2-ї (експериментальної) групи. До суб'єктивних критеріїв відносяться зміни в самопочутті конкретної особи. Кожним пацієнтом перед початком терапії було проведено самооцінку по таким симптомам: довготривала втома, відсутність запахів, задишка, головний біль, порушення сну, когнітивні порушення, потемніння в очах, болі у м'язах та суглобах, кардіологічні симптоми (пацієнтам було роз'яснено, що до таких віднесено



тяжкість та біль у грудях), діарея. Оцінка проводилася в анкеті самооцінювання щодо симптомів постковідних хворих за шкалою від 1 до 10, де 1 – відсутність прояву, а 10 – дуже сильний, нестерпний прояв. Аналогічне анкетування проводилося після проходження фізичної терапії. Порівняння цих двох анкет покаже суб'єктивну ефективність комплексу для кожної особи та групи в цілому.

Комплекс засобів фізичної терапії:

1-й варіант комплексу ортостатичних вправ:

1 – розгинання тулуба в попереку;

2 – згинання тулуба лежачі;

3 – згинання рук стоячи.

2-й варіант комплексу ортостатичних вправ:

1 – зміна положення тіла з переміщенням по канату;

2 – нахили тулуба стоячи;

3 – вставання зі згинаннями рук.

1-й варіант вправ для розвитку витривалості – теренкур (близько 2-х кілометрів, кут – 5-10°)

2-й варіант вправ для розвитку витривалості – біг підтюпцем (10-20 хвилин у повільному темпі (7-9км/год.))

3-й варіант вправ для розвитку витривалості – плавання (5 – 10 хвилин активного плавання за температури води 18-20).

Масаж:

1-а зона – область носа та носо-губного трикутника (10% часу сеансу).

2-а зона – спина (40 % часу сеансу).

3-тя зона – грудна (20% часу сеансу).

4-та зона – ноги (30% часу сеансу).

Сеанс масажу триває близько однієї години (всього 9 сеансів).

1-й метод фізіотерапії – теплолікування. Область між лопатками та на правій частині грудей 15-20 хв., парафін П-1 та П-2 ,52-54°C, 10-12 сеансів з проміжками в один день.

2-й метод – загартування. Контрастний душ, 3-5 циклів. Кожного дня різниця температур збільшується на 2-4°C.

3-й метод – бальнеотерапія. Хлоридні гідрокарбонатно-сульфатні з кальцієм води: мінералізація – 2-5 г/л, по 100мл за прийом, двічі на день, 20



днів; мінералізація – 5-15 г/л у кількості 200-250 мл двічі на день. Температура води становить 45-55°C. Щоденно.

Результати та їх обговорення. Виходячи з різниці середніх оцінок початкової та кінцевої анкет, можна спостерігати зміни практично по всіх зазначених симптомах.

Згідно з анкетною, найбільш вираженим симптомом є довготривала втома. Її суб'єктивний рівень до початку терапії становив 4,9, а після терапії – 1,7. Це свідчить про значну позитивну зміну самопочуття усіх осіб. Особливо помітними стали результати осіб під номером 3, 9, 10. Вони відзначали також відчутне покращення фізичної працеспроможності. Рівень задишки при цьому зменшився з 3,8 до 1,3, та став найменш помітним для осіб 1, 3, 5, 6, 7.

Розповсюдженим сенсорним симптомом є відсутність запахів. Рівень аносмії серед групи зменшився з 3,9 до 2,8.

Помітно зменшилися прояви больових відчуттів різної локальності: міальгія та артралгія – з 4,3 до 1,7; головний біль – з 2,7 до 1; болі та тиск в грудях – з 1,7 до 1.

Для таких симптомів як потемніння в очах, та порушення сну характерною є різка відмінність у вираженості прояву серед осіб у початковому анкетуванні. Особи 1, 2, 3, 6, 10 – відчували значні порушення сну, а 1, 2, 3, 7, 9 – мали середньої та значної частоти випадки потемніння в очах. Загалом, значення змінились у сторону зменшення відчуття симптомів: потемніння в очах – з 3,6 до 1,4; порушення сну – з 3,2 до 1,6.

Деякі особи відзначали покращення розумової працеспроможності (3, 7, 8). Середня оцінка вираженості когнітивних порушень групи знизилася – з 1,4 до 0,9.

Прояви діареї були досить виражені лише для 2-х осіб (3, 7), а середня оцінка групи змінилася – з 1,3 до 0,5.

Загалом, можна заключити, що після проходження комплексу фізичної терапії, самопочуття пацієнтів покращилося.

Порівнюючи динаміку змін контрольної та експериментальної груп можна впевнено зробити висновок, що проходження фізичної терапії за розробленим мною комплексом, позитивно впливає на адаптаційні можливості та функціональний резерв серця. У той час як індекс групи 1 практично не змінився, індекс групи 2 зменшився практично в 3 рази. У окремих осіб з групи



1 (1, 3, 4, 8), у кінці терапії індекс Руф'є мав значення ≤ 3 , що можна розцінювати як «відмінна» працеспроможність.

Під час дослідження функціональних проб спостерігалась певна тенденція. З першого по п'ятий день індекс зростав, а з шостого по сьомий – відбувався спад до рівня нижчого за початковий. Схожа ситуація виникає ще два рази, і корелюється з днем тижню: спадання припадає на вихідні, коли відсутні вправи та масаж. На мою думку така динаміка вказує на активні відновні процеси у період відпочинку після проходження тижневої частини комплексу.

Протягом трьох тижнів середні показники функціональності дихальної системи змінювалися переважно досить плавно, з короткотривалим піком у 18 день, що можна списати на похибку виміру.

Загалом середній об'єм ЖЕЛ експериментальної групи виріс на 121 см³, що на 112 см³ більше (або в 13 разів більше) приросту контрольної групи. Середній дихальний об'єм експериментальної групи виріс на 11,5 см³, що на 10,4 см³ більше (або в 10 разів більше) приросту контрольної групи.

Стосовно об'єктивних показників підвищення насиченості крові киснем – було проведено пульсоксиметрію. Її результати показали, що порівняно з початковими замірами групи 2, середній рівень сатурації збільшився на 1,8%, і сягає 98,1%. Середній рівень сатурації групи 1 за той же період, але без терапевтичного впливу, збільшився на 0,2%, і сягає 96,2%. Тому, можна сказати, що після проходження комплексу фізичної терапії, функціональний резерв крові, та рівень адаптивної можливості легень було покращено. Такі результати підтверджують прогрес у збільшення легеневого комплаєнсу.

Висновки. Було з'ясовано, що при виконанні розробленого комплексу засобів фізичної терапії для хворих з постковідним синдромом досягнуто відчутно більше терапевтичного прогресу ніж без його виконання.