

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ



ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: ПРОБЛЕМИ ТА СПОСОБИ ЇХ ВИРІШЕННЯ

Томілінські читання

Матеріали VIII науково-практичної конференції
з міжнародною участю

м. Харків, 30 жовтня 2025 року



Харків – 2025

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет**

**ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ:
ПРОБЛЕМИ ТА СПОСОБИ
ЇХ ВИРІШЕННЯ**

Томілінські читання

*Матеріали VIII науково-практичної конференції
з міжнародною участю*

м. Харків, 30 жовтня 2025 року

Харків
ХНМУ
2025

УДК 614(477)(082)
Г 87

Затверджено
Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 16 від 27.11.2025 р.

Редакційна колегія: О. А. Наконечна, К. Г. Помогайбо,
В. Г. Нестеренко, К. М. Сокол,
А. А. Подпрядова, Н. М. Мартиненко

Г87 **Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення «Томілінські читання»** : матеріали VIII науково-практичної конференції з міжнародною участю, Харків, 30 жовтня 2025 р. / Ред. кол.: О. А. Наконечна, К. Г. Помогайбо, В. Г. Нестеренко та ін. Харків, 2025. 262 с.
<https://doi.org/10.5281/zenodo.17642172>

УДК 614(477)(082)

© Харківський національний
медичний університет, 2025
© О.А. Наконечна, К.Г. Помогайбо,
В.Г. Нестеренко та ін., 2025

Гречишкіна Н.В., Литвинова Л.О., Донік О.М. Особливості викладання громадського здоров'я майбутнім медичним психологам	215
Крупеня В.І., Просоленко Н.В., Каук О.І. Вплив соціальних мереж та комп'ютерних ігор на здатність до навчання у підлітків та осіб молодого віку	218
Гурбич О.С., Мартиненко Н.М. Масаж при розсіяному склерозі: методика виконання	221
Григорова А.О., Ярославська Ю.Ю., Михайленко Н.М. Психологічна адаптація дітей на хірургічному стоматологічному прийомі ..	225
Журавель Я.В. Електронний курс як інтерактивний інструмент при викладанні освітнього компоненту: «Соціальна медицина, громадське здоров'я та наукові методи дослідження в медицині» в Харківському національному медичному університеті	228
Ріга О.О., Х'юз З. Рання діагностика аутизму у дітей: можливості та методи	230
Старкова В.Д., Лантухова Н.Д. Особливості анестезіологічного менеджменту пацієнтів з опіоїдною залежністю	232
Коваленко Н.І. Тайм-менеджмент як ключовий інструмент для підвищення самоорганізації навчальної діяльності студентів-медиків	234

Секція 9. СТУДЕНТСЬКА НАУКА

Селегень О.М., Усенко С.Г. Соціальне та психічне благополуччя вимушено переміщених осіб: аналіз факторів адаптації та безпеки в умовах війни	237
Старкова В.Д., Тищенко О.М. Обґрунтування необхідності психологічної реабілітації поранених під час війни	238
Вакуленко А.І., Андрєєв С.В. Вплив проблеми формування конкрементів сечовидільної системи внаслідок «забутого» сечовідного стенту на систему громадського здоров'я	239
Єгоркіна Д.М., Нешко С.І. Застосування проблемно-пошукового методу у вивченні англійської мови здобувачами вищої освіти	241
Тросцінський Я.Й., Сікорський М.В., Орлова Н.М. Ефективність програми медичних гарантій в акушерстві та гінекології	242

МАСАЖ ПРИ РОЗСІЯНОМУ СКЛЕРОЗІ: МЕТОДИКА ВИКОНАННЯ

Гурбич О.С., Мартиненко Н.М.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Актуальність та проблема дослідження. Розсіяний склероз (РС) – це хронічне, прогресуюче аутоімунне захворювання центральної нервової системи, яке є однією з найпоширеніших причин неінфекційної інвалідизації серед молодого працездатного населення. Клінічна картина РС вкрай гетерогенна і включає такі виснажливі симптоми, як м'язова спастичність, хронічна втома, больовий синдром, порушення ходи та зниження якості життя.

Сучасна медикаментозна терапія зосереджена переважно на модифікації перебігу хвороби та запобіганні загостренням. Однак неефективність цих методів у повному обсязі контролювати симптоматичні прояви РС зумовлює гостру необхідність інтеграції немедикаментозних, реабілітаційних втручань.

Обґрунтування застосування масажу. Серед комплексу фізичної реабілітації, лікувальний масаж посідає ключове місце, оскільки має доведену ефективність у зниженні м'язового гіпертонусу та покращенні мікроциркуляції. При РС масаж розглядається не лише як засіб механічного впливу, але і як нейросенсорна стимуляція, здатна модулювати відчуття болю та втоми, також чинити позитивний психоемоційний вплив.

Незважаючи на його широке застосування, у науковій літературі досі бракує уніфікованих, стандартизованих протоколів виконання масажу для пацієнтів із різними типами та стадіями РС, особливо з урахуванням вираженості спастичності та синдрому хронічної втоми.

Метою цієї роботи є наукове обґрунтування та детальний опис адаптованої методики і техніки лікувального масажу для пацієнтів із розсіяним склерозом. Описаний підхід базується на принципах індивідуалізації та безпеки, з особливим акцентом на техніках зниження спастичності, покращення трофіки м'язів та запобігання виснаженню пацієнта під час процедури.

Психосоціальні та етичні аспекти масажної терапії при розсіяному склерозі.

Робота з пацієнтами, які мають прогресуюче нейродегенеративне захворювання (РС), вимагає від спеціаліста глибокого розуміння динаміки хвороби та обмеженості терапевтичної мети. Необхідно враховувати вторинний психологічний стрес у членів родини та опікунів, що виникає внаслідок функціонального регресу пацієнта та підвищеної потреби у догляді. У пацієнтів із РС відзначається висока поширеність великого депресивного розладу та підвищений ризик суїцидальної поведінки, що вимагає інтегрованого психіатричного супроводу в реабілітаційному процесі. При плануванні реабілітації необхідно враховувати потенційний вплив хворобомодифікуючої терапії (DMARDs) та симптоматичного медикаментозного лікування на рівень втоми, когнітивні функції та загальний тонус нервової системи. Психоемоційна стійкість та професійне вигорання спеціалістів, які працюють з хронічними прогресуючими захворюваннями, є ключовим фактором, що впливає на якість надання допомоги. Реабілітолог повинен демонструвати високий рівень емпатії та позитивне підкріплення для оптимізації комплаєнсу пацієнта.

Методологічні основи та терапевтичний вплив. Методика і техніка масажу, що застосовуються фахівцем з фізичної терапії, спрямовані на підтримку функціонального стану м'язової системи пацієнта.

Основна мета масажного впливу – активація міофасціального комплексу та стимуляція м'язової активності. Це досягається шляхом покращення периферійного крово- та лімфообігу (забезпечення трофіки), що є критично важливим для запобігання атрофії та підтримання м'язового тону.

Для посилення терапевтичного ефекту та нейромоторної активації доцільно інтегрувати рефлекторні вправи, оскільки вони стимулюють проходження нервових імпульсів (сприяють нейромоторній пластичності) та покращують зв'язок «мозок-м'яз».

Перш ніж запропонувати оптимізовану (або авторську) схему масажу для пацієнтів із розсіяним склерозом, проведемо аналіз інших потенційних варіантів, що використовуються для реабілітаційної допомоги при цьому діагнозі.

1. Традиційна двоетапна схема (Схема «Спина-Живіт»)

Перший підхід, який є класичним (традиційним), передбачає виконання масажу у двох основних позиціях пацієнта:

1.1. Етап I: позиція на животі (лежачи обличчям донизу)

Масаж починають з найбільшої анатомічної ділянки, спини, після чого послідовно переходять до опрацювання плечового пояса, шийного відділу хребта та шийно-комірцевої зони (ШКЗ). Етап завершується масажем волосистої частини голови.

1.2. Етап II: позиція на спині (лежачи обличчям догори)

Пацієнта перекладають у позицію лежачи на спині. У цій позиції опрацьовуються нижні кінцівки, передньочеревна стінка (живіт) (за відсутності протипоказань), верхні кінцівки, після чого масаж завершується повторним опрацюванням ШКЗ та волосистої частини голови.

1.3. Принципи опрацювання кінцівок

Масаж кінцівок виконується від периферії до центру (тобто проксимально), у напрямку розташування регіонарних лімфатичних вузлів.

- Верхня кінцівка: рекомендована послідовність опрацювання: від ліктьового суглоба до плеча, від зап'ястка до ліктьового суглоба, і кисть – від пальців до зап'ястка.

- Нижня кінцівка: опрацьовується за аналогічним принципом (від периферії до центру, сегментно).

2. Адаптована схема, орієнтована на активацію (Схема «Живіт-Кінцівки»)

Другий варіант методики передбачає початок масажу з передньочеревної стінки (живота) з основною метою стимуляції перистальтики кишечника та покращення абдомінального кровообігу. Цей підхід є доцільним при щоденному або черезденному курсі масажу для зміни акцентів навантаження між різними м'язовими групами.

2.1. Етап I: позиція на спині (лежачи обличчям догори)

Послідовність опрацювання в цій позиції:

- 1) Верхні кінцівки: масаж виконується від периферії до центру (від кінчиків пальців проксимально до плечового суглоба). Опрацьовуються обидві кінцівки (уражена/здора сторона).

2) Шийно-комірцева зона (ШКЗ) та голова: опрацювання ШКЗ, місць кріплення м'язів на потилиці та волосистої частини голови з акцентом на рефлекторних точках.

3) Додаткові лімфодренажні рухи: можливе включення лімфодренажних рухів для стимуляції відтоку вздовж верхніх кінцівок (від шиї до фаланг пальців), що виконуються синхронно обома руками масажиста вздовж масажних ліній.

2.2. Етап II: опрацювання нижніх кінцівок (незмінна позиція)

Масаж нижніх кінцівок виконується послідовно від периферії проксимально (від кінчиків пальців стоп) до кульшових суглобів.

Спеціальні позиції та техніки для опрацювання задньої поверхні:

Техніка 1 (Опрацювання гомілки): ногу пацієнта згинають у колінному суглобі та встановлюють перпендикулярно до робочої поверхні (стопа *упирається* в поверхню, коліно спрямоване вгору). Для додаткової фіксації стопи та посилення тиску масажист може обережно присісти на неї.

Техніка 2 (Опрацювання стегна): нога зігнута в коліні та розміщується на робочій поверхні під кутом таким чином, щоб коліно спиралося на гомілкову кістку протилежної ноги пацієнта. Це створює кут додаткової опори, розкриваючи площу для комплексного опрацювання м'язів стегна (зверху, з боків та знизу). Коліно пацієнта можна додатково фіксувати (притиснути до тулуба спеціаліста) для забезпечення стабільності.

2.3. Етап III: позиція на животі (лежачи обличчям донизу)

Спина та кінцівки: масаж розпочинається зі стоп, рухаючись лімфодренажними лініями вгору до сідничних м'язів. Далі послідовно опрацьовуються поперековий відділ, спина (вгору паравертебрально), ШКЗ та волосиста частина голови.

Завершення: на фінальному етапі виконуються м'які рухи на відтік лімфоток (вздовж рук, що вже були промасажовані в попередньому етапі) та завершальне опрацювання фаланг пальців рук або маківки голови з використанням рефлекторних точок (наприклад, по меридіанах).

3. Схема масажу, орієнтована на дистально-проксимальну активацію (Схема «Периферія-Центр»)

Ця модель масажу демонструє позитивні терапевтичні результати і передбачає дистально-проксимальну (від периферії до центру) послідовність опрацювання зон, акцентуючи увагу на кінцівках та рефлекторних зонах.

3.1. Послідовність опрацювання

Пропрацювання починається з дистальних та нейрорефлекторних зон у такій послідовності:

1) Центральна нейрорефлекторна зона: місця кріплення м'язів на потилиці, волосиста частина голови, шийно-комірцева зона (ШКЗ) та плечовий пояс.

2) Верхні кінцівки: масаж виконується від кінчиків пальців у напрямку проксимально до плечового суглоба. У позиції пацієнта лежачи на животі додатково опрацьовується зона лопаток.

3) Нижні кінцівки: повторюється дистально-проксимальна послідовність: опрацювання від периферії (кінчики пальців стоп, стопа) до центру (кульшовий суглоб).

3.2. Завершальний етап

Після опрацювання кінцівок застосовується стандартна схема масажу із детальним опрацюванням м'язів спини.

3.3. Терапевтичний акцент

Дана методика підсилює акцент на роботі з кінцівками, зокрема, дистальними відділами (пальці рук, кисть, пальці ніг, стопа). Початок масажу із периферійних рефлекторних зон (голова, кінцівки) має на меті посилення пропріоцептивної та нейромоторної стимуляції перед опрацюванням центральних зон.

4. Обґрунтування та особливості авторської методики масажу при розсіяному склерозі

4.1. Емпірична база та адаптивність методики

Пропонована авторська схема лікувального масажу є результатом семирічної практичної апробації та модифікації. Її розробка ґрунтувалася на мультидисциплінарному підході, враховуючи клінічні рекомендації лікарів та фахівців з фізичної терапії, також суб'єктивні потреби та побажання пацієнтів. Методика є адаптивною і корелюється зі станом здоров'я пацієнта та періодом перебігу захворювання (від початкових стадій до вираженого нейром'язового дефіциту).

4.2. Клінічні виклики та особливості патогенезу

При розробці методики було враховано прогресуючий характер розсіяного склерозу, що проявляється поступовою втратою рухової функції та дисфункцією м'язової системи. Клінічні прояви, що вимагають корекції, включають:

- Регрес рухової здатності (від самостійної ходи та соціальної адаптації до необхідності використання допоміжних засобів і, зрештою, втрати здатності до самостійної зміни положення тіла).
- Втрату функціональності кистей та зниження дрібної моторики.
- Вторинні ортопедичні деформації (посилення поперекового лордозу, елементи сколіотичної постави).
- Суглобові ускладнення (наприклад, набряк гомілкових суглобів) та асиметричний парез однієї сторони тіла.

4.3. Технічні та логістичні модифікації

Невід'ємною частиною методики є відхід від класичних технік, що зумовлено клінічними протипоказаннями та психоемоційним станом пацієнтів:

1) **Позиціонування:** через дискомфорт та тривогу пацієнтів (страх падіння, неможливість самостійно контролювати положення), що унеможливило виконання масажу на животі та на стандартному масажному столі, процедуру доцільно проводити у домашніх умовах на твердій, стабільній поверхні (жорсткий диван).

2) **Техніки впливу:** класичний масаж (погладження, розтирання, розминання, вібрація з використанням олій) сприймається пацієнтами негативно. Натомість, позитивне сприйняття викликають елементи тайського масажу, протискання по сухій шкірі та інтеграція з елементами лікувальної фізичної культури (ЛФК).

3) **Використання вправ:** на початкових стадіях хвороби доцільно застосовувати ізометричні вправи. При втраті функції опори реабілітолог виконує пасивні та пасивно-активні рухи в суглобах (згинання/розгинання кінцівок).

4.4. Параметри проведення процедури

Оптимальний режим проведення масажу:

- Частота: 1–2 рази на тиждень. Збільшення частоти призводить до перевтоми пацієнта та знижує ефективність відновлення.
- Тривалість: 90 хвилин. Коротші сеанси не дозволяють комплексно опрацювати всі м'язові групи.
- Логістичні вимоги: необхідність зусиль асистента для зміни положення пацієнта, також можливість переривання процедури через потреби пацієнта (туалет), особливо при інтенсивному впливі на лімфатичні лінії.

Кінцевим результатом застосування даної методики є усунення застою в м'язовій системі та підтримка м'язового функціоналу.

Висновок. Сучасна нейрореабілітація РС визначається активними, функціонально орієнтованими втручаннями, підкріпленими високим рівнем доказів. Масаж слід розглядати не як самостійну лікувальну процедуру, як допоміжний інструмент мультидисциплінарної команди. Його основна цінність полягає в симптоматичному полегшенні (втома, біль, спазми), що, своєю чергою, може покращити переносимість та участь пацієнта в активних сесіях фізичної терапії.

Література:

1. Multiple Sclerosis Recovery of Function and Neurorehabilitation / ed. By Jurg Kesslerling, Giancarlo Comi, Alan J. Thompson. Cambridge, 2010. 260 p.

2. Sirbu C.A., Thompson D.-C., et al. Neurorehabilitation in Multiple Sclerosis – A review of Present Approaches and Future Considerations. *J Clin Med*. 2022 Nov 27;11(23):7003. doi: 10.3390/jcm11237003

3. Rietberg M.B., Brooks D., Uitdehaag B.M.J., Kwakkel G. Exercise therapy for multiple sclerosis. *Cochrane Database of Systematic reviews* 2005, Issue 1. Art. No.: CD003980. DOI: 10.1002/14651858.CD003980.pub.2.

4. Amatya B., Khan F., Galea M. Rehabilitation for people with multiple sclerosis: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, Issue 1. Art. No.: CD012732. DOI: 10.1002/14651858.CD012732.pub.2. Accessed 16 October 2025.

5. Zhang T, Yan HX, An Y, Yin L, Sun PP, Zhao JN, Yan JT. The Efficacy and Safety of Manual Therapy for Symptoms Associated with Multiple Sclerosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Integr Complement Med*. 2022 Oct; 28(10):780-790. doi: 10.1089/jicm.2021.0382. Epub 2022 Oct 7. PMID: 36206232; PMCID: PMC9595630.

ПСИХОЛОГІЧНА АДАПТАЦІЯ ДІТЕЙ НА ХІРУРГІЧНОМУ СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ

Григорова А.О., Ярославська Ю.Ю., Михайленко Н.М.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Вступ. Проблема психологічної адаптації дітей на стоматологічному прийомі на теперішній час є актуальною. За даними різних авторів кожна друга дитина у віці від 2 до 10 років боїться іти на прийом до лікаря-стоматолога. Під час прийому діти відчують психоемоційний стрес, що у подальшому може призвести до відмови відвідування лікаря-стоматолога на довгий час.