



АСОЦІАЦІЯ
РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО
МЕНЕДЖМЕНТУ



23 травня, Одеса

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ



ГОЛОВНИЙ
ПАРТНЕР ЗАХОДУ
ГРУПА КОМПАНІЙ
«ПРОСТРАНСТВО»

**РЕАБІЛІТАЦІЯ. РЕКРЕАЦІЯ.
ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ - 2025**

МАТЕРІАЛИ КОНФЕРЕНЦІЇ

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

АСОЦІАЦІЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ

Науково-практична конференція

**«РЕАБІЛІТАЦІЯ. РЕКРЕАЦІЯ.
ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ – 2025»**

23 травня 2025 р.

Матеріали конференції

Одеса • 2025

УДК 613.4 (043.3) + 61:796 (043.2)

Головний редактор: завідувачка кафедрою фізичної реабілітації,
спортивної медицини та фізичного виховання,
д. мед. н., проф. Ольга ЮШКОВСЬКА

Секретаріат: д. мед. н., проф. Олександр ПЛАКІДА
к. мед. н., доц. Олена ФІЛОНЕНКО
Вікторія РАДАЄВА

Р31 Реабілітація. Рекреація. Здоровий спосіб життя – 2025». 23 травня 2025 р.
Матеріали конференції. – Одеса: ПОЛІГРАФ, 2025 – 84 с.

Збірка містить матеріали науково-практичної конференції «Реабілітація. Рекреація. Здоровий спосіб життя», яка об'єднала фахівців у галузі медицини, фізичної терапії, спортивної науки, психології та здоров'язбереження. Представлені тези відображають сучасні підходи до відновлення здоров'я, профілактики хронічних захворювань, реабілітації в умовах війни, а також впровадження принципів 5Р-медицини. Особливу увагу приділено персоналізованим програмам реабілітації, рекреаційним технологіям та міждисциплінарному підходу до формування активного довголіття.

Всі тези друкуються в авторський редакції.

Підписано до друку: 10.06.2025 р. Формат 60х90/16. Папір офсетний.
Гарнітура Times New Roman. Умовн.-друк. арк. 5,25. Наклад 300 прим.

Видавництво «ПОЛІГРАФ»
Свідоцтво: серія ДК № 6977 від 14.11.2019 р.
вул. Польська, 9/13, Одеса, 65014

© Одеський національний медичний університет, 2025

СКРИНІНГ НУТРИТИВНОГО СТАТУСУ ВІЙСЬКОВИХ З АМПУТАЦІЯМИ НИЖНІХ КІНЦІВОК НА ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Бабова І.К.¹, Федяєва С.І.², Пушкар М.А.², Романів О.Р.², Бацєко Ю.О.²

¹ДЗ «Південноукраїнський національний педагогічний університет
ім. К.Д. Ушинського» (Одеса), кафедра біології
та здоров'язбережувальних технологій

²Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Кількість ампутації в Україні невпинно зростає внаслідок військових травм та їх ускладнень, старіння населення та збільшення розповсюдженості таких захворювань, як цукровий діабет, судинні захворювання нижніх кінцівок тощо. Реабілітація після ампутацій – складний і тривалий процес. Саме на етапі реабілітації зростають енергетичні потреби в білках та інших макро- та мікронутрієнтах, які важко компенсувати звичайним раціоном харчування.

Мета дослідження: Провести скринінг нутритивного статусу військових з ампутаціями нижніх кінцівок на етапі реабілітації.

Методи дослідження: На базі реабілітаційного відділення госпіталю (м. Львів) було проведено скринінгове дослідження нутритивного статусу 32 військових з односторонньою ампутацією нижньої кінцівки на рівні гомілки (транстібіальна ампутація), віком від 20 до 48 років. Всі пацієнти проходили довготривалу стаціонарну реабілітацію на етапі навчання користування постійним протезом, термін після ампутації становив від 4 до 11 місяців. Програма реабілітації включала фізичну та психологічну реабілітацію.

Всім пацієнтам була проведена оцінка нутритивного статусу з застосуванням калькулятору для оцінки маси тіла з урахуванням рівня ампутації Estimated Body Weight Loss Calculator (EBWL), протоколу скринінгу мальнутриції MUST (Malnutrition Universal Screening Tool, BAPEN, 2011).

Результати: MUST скринінг та EBWL калькулятор були недостатніми для оцінки нутритивного статусу після ампутацій. Додатково було проведено оцінку м'язової маси за допомогою оцінки скоригованої площі м'язів середини плеча (АМАС). Незважаючи на те, що EBWL вказував на нормальну вагу у 14 пацієнтів та надмірну вагу у 18 пацієнтів, у 24 осіб (75%) було виявлено знижену м'язову масу за даними АМАС. 85,7% пацієнтів із нормальним індексом маси тіла (ІМТ) та 66,7% із надмірним ІМТ мали знижену АМАС. Лише 8 пацієнтів (25%) мали АМАС у межах норми. Це свідчить про наявність саркопенічного фенотипу, навіть у пацієнтів із нормальним або підвищеним ІМТ.

Висновок: Скринінг нутритивного статусу з додатковою оцінкою скоригованої площі м'язів середини плеча у 32 військових з односторонньою транстибіальною ампутацією продемонстрував наявність саркопенічного фенотипу у 75%, що обумовлює потребу в нутритивній підтримці у формі сіпінгу високобілковими продуктами на етапі довготривалої реабілітації. Необхідним є залучення до мультидисциплінарної реабілітаційної команди нутриціолога.

ДОСВІД ІНТЕГРАЦІЇ ФІЗИЧНОЇ, ПСИХОЛОГІЧНОЇ, СОЦІАЛЬНОЇ, ТРУДОВОЇ ТА СПОРТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА РЕКРЕАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ОДЕЩИНИ

Барковський А.С.

Клінічний санаторій «Аркадія» ДПІС України

Актуальність: на тлі повномасштабної війни в Україні більшість пацієнтів надходить в заклади із бойовими травмами та їх наслідками. В післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах це переважно стани з хронічними больовими синдромами, тривалим порушенням функцій кінцівок та тулуба, органів та систем, анатомічними дефектами, та післяопераційними станами, а також з супутніми захворюваннями, які можуть загострюватись та потребувати додаткового обстеження та лікування.

Мета: висвітлення власного досвіду з формування програм оптимального і комплексного реабілітаційного відновлення постраждалих внаслідок військової агресії РФ в умовах Одещини.

Методи: впроваджена нами модель реабілітації передбачає інтеграцію фізичної, психологічної, соціальної, трудової, культурної та спортивної реабілітації, фізіотерапевтичного та медикаментозного лікування на фоні дії факторів рекреаційного середовища на базі приморського санаторію, у єдину систему комплексного медичного супроводу пацієнта.

Фізична реабілітація і адаптивний спорт реалізуються із застосуванням сучасних реабілітаційних тренажерів та засобів для фізичної терапії шляхом індивідуалізованих мультидисциплінарною командою, лікувальних програм. Фізична активність стимулює викид ендорфінів, що сприяє зниженню рівня тривоги, поліпшує психоемоційний стан та якість життя, сприяє нормалізації обміну речовин, покращенню мікроциркуляції в уражених ділянках, поліпшенню сну і апетиту. Запроваджено щоденні заняття ЛФК, кінезіотерапію, заняття на вуличному спортмайданчику, теренкур у парковій

зоні, в закладах-партнерах щотижнево плавання в спортивному басейні, в дельфінарії, в літній сезон-безпосередньо в морі на спеціалізованому інклюзивному пляжі. Заняття адаптивним спортом сприяють швидкому покращенню рухових функцій, витривалості та контролю хронічного болю, тренують кардіореспіраторну та імунну системи. Впроваджено настільний теніс, виїзди на стрільбу з лука, в двох тирах (з пневматичної зброї для важкопоранених, та спортивної – для пацієнтів без грубих порушень слуху, структури та функцій кінцівок), баскетбол, більярд, гребля. Ігротерапія, яка в першу чергу проводиться в рамках напрямку ерготерапії, робить процес реабілітації більш цікавим, інклюзивним, позитивним, покращує прихильність пацієнтів до лікувального процесу. Більшість з тренажерів гейміфіковані, що надає можливість уникати швидкої втрати інтересу до вправ, особливо в повторні реабілітаційні цикли. Для маломобільних пацієнтів та з вираженими руховими порушеннями започатковані заняття по настільним іграм (шахи, шашки, доміно, аліас), кіберспортивні та VR-технології. Групові види спорту допомагають швидше повернути навички комунікації та соціальної взаємодії, що критично для військових, які в разі поранень та хвороб опинились в мирних умовах. Командна взаємодія і гейміфікація дозволяють пацієнтам з обмеженими можливостями відчувати себе знов спроможними досягати успіху і соціально значущими, що позитивно впливає на психологічний стан.

Психологічну допомогу надає команда медичних психологів, очолена психіатром. Застосовуються різноманітні психологічні підходи: терапевтичні сесії, індивідуальний супровід; практики усвідомленості (майндфулнесс); «сімейна» реабілітація з можливістю перебування родичів разом із пацієнтом, модель «рівний-рівному» – реабілітаційне наставництво з боку побратимів. Активно задіяна «тваринна» реабілітація з безпосереднім фізичним контактом з тваринами: дельфінотерапія з можливістю плавати разом з дельфінами, каністерапія, іппотерапія, відвідування «контактного» зоопарку (що на волонтерських засадах надається місцевими закладами-партнерами), догляд за котями та собаками, що проживають на території. Запроваджено виїзди на рибалку, де водночас поєднуються перебування на рекреаційних територіях Одещини, неважка фізична активність, психологічна реабілітація та соціальна реінтеграція. Всі реабілітаційні заходи обов'язково проходять в супроводі мед. психологів, що дозволяє вчасно втручатись в процес керування емоціями, запобігати утворенню конфліктних ситуацій та непорозуміння.

Культурно-освітня реабілітація та соціальна реадaptaція здійснюється шляхом задіяння пацієнтів в групових освітніх та культурних програмах. Формування позитивного настрою, емоцій та спогадів досягається завдяки

запрошенням на виступи в закладі артистів українського шоу-бізнесу, роботи літнього та зимнього кінотеатрів з показами сімейних комедій, фільмів про історію та науково-популярних передач, організації екскурсій по місту та культурно-історичним об'єктам, відвідуванню трьох місцевих театрів (у вигляді організованих груп з супроводжуючими) дозволяє задіяти також рекреаційні потужності регіону. Таке різноманіття культурного дозвілля дозволяє максимально охопити різні індивідуальні вподобання, чим більш комфортно ресоціалізувати більшість пацієнтів, сприяє формуванню нових стійких позитивних вражень, покращенню та стабілізації психологічного стану.

Соціальна та трудова реабілітація є важливим пріоритетом. Пацієнти поступово залучаються до активностей, що сприяють соціалізації, самореалізації та реінтеграції в суспільство, до волонтерської допомоги іншим пацієнтам. Започатковано в'язання з пряжі захисних чохлах на кукси та АЗФ кісток, що є дуже корисним в холодні періоди року (проект «Прикрию побратима»), плетіння маскувальних сіток («Замаскую побратима!»). Повторювані ритмічні рухи під час в'язання створюють ефект «медитативної активності», що сприяє зниженню рівня кортизолу та покращенню емоційного стану, відновленню координації рухів, покращенню зорово-моторної інтеграції та тренуванню концентрації. Тактильна стимуляція через роботу з різними текстурами (пряжа, тканини, предмети) активує різні рецептори і зони кори головного мозку, що сприяє відновленню після травм. Залучення пацієнтів до виготовлення маскувальних сіток для фронту формує відчуття приналежності до військової справи та особистої важливості і значущості, що є критично важливим для пацієнтів з обмеженим можливостями, насамперед із бойовим досвідом та ПТСР. В закладі двічі на місяць організовано зустрічі з представниками міської влади, ветеранських організацій, волонтерами, протезними підприємствами, під час яких пацієнти отримують допомогу з юридичних, побутово-соціальних, протезних та інших питань. Розпочата співпраця з місцевими ВНЗ для навчання бажаючих водінню осіб з інвалідністю, отримання додаткової освіти та інших спеціальностей.

Медичний супровід є невід'ємною складовою. Це дозволяє своєчасно виявляти важливі зміни стану, ускладнення, та надавати необхідну медичну допомогу, оптимізувати питний та харчовий режими, провести дієтотерапію, лікування преформованими фізичними чинниками: апаратні процедури, бальнеотерапію, задіяти регенеративні технології, проводити своєчасний об'єктивний аналіз якості впроваджених заходів (оціночні шкали, опитування).

Використання елементів рекреаційного потенціалу Одещини сприяє більш ефективному подоланню наслідків бойових травм: розташування в приморській

зоні і формування на території паркових зон, наявність власного пляжу формують унікальні мікроклімат і ландшафт, що виступають додатковими лікувальними факторами (геліо-, аеро-, фітотерапія, ландшафтна терапія, таласотерапія). Для Одеси характерні помірноконтинентальний клімат з помірним зволоженням, короткою м'якою зимою і тривалим літом. У літній період року в Одесі виникає бризова циркуляція, що знижує сухість повітря вдень та підтримує тепле повітря в нічний період доби. Це робить комфортним перебування пацієнтів з травмами кінцівок з порушенням мікроциркуляції і іннервації. Наявність паркової зони створює на території низький рівень шуму, що позитивно впливає на якість (і терміни) лікування пацієнтів з акубаротравмами та психо-неврологічними розладами, які зустрічаються у переважної більшості пацієнтів з бойовою травмою.

Результати. Вдалося значно покращити якість лікування: комплаєнс пацієнтів до реабілітаційних заходів, зменшити прояви нейропатичного та ноципластичного хронічного болю, запобігати трансформацію в них ноцицептивного, сприяти нормалізації та швидкої стабілізації фізичного та психоемоційного станів навіть після короткострокового перебування в закладі, підвищити рівень оптимізму та мотивації до лікування, повернення до служби або подальшого мирного життя, соціальної реінтеграції, змінити фокус уваги пацієнтів із травматичного минулого на більш оптимістичне сьогодення, та надає віру в краще майбутнє.

Висновки. Наведений досвід демонструє побудовану робочу і ефективну модель комплексної реабілітації військовослужбовців. Така модель може стати прикладом для розбудови системи реабілітації в інших регіонах України.

СКАНДИНАВСЬКА ХОДЬБА: ВІД РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ТРЕНУВАНЬ ДО СПОРТИВНИХ ЗМАГАНЬ

Безега С.І.

Українська асоціація скандинавської ходьби

Скандинавська ходьба – це ефективний вид фізичної активності, який залучає до 90% м'язів завдяки активному використанню рук та м'язів спини завдяки додатковій опорі на палиці. Однією з важливих переваг цього виду рухової активності є те, що тренування зазвичай відбуваються на свіжому повітрі, що, у свою чергу, має виражений антистресовий ефект. Поєднання помірного фізичного навантаження з природним середовищем створює умови для релаксації, покращення настрою, зменшення симптомів тривожності та профілактики депресивних станів.

Ходьба є найбільш доступним і поширеним видом фізичної активності, що активно застосовується на всіх етапах реабілітації, сприяючи покращенню кровообігу, дихання, обміну речовин та загальному оздоровленню організму. Ритмічне чергування напруження і розслаблення м'язів під час ходьби забезпечує помірне, легко дозоване фізичне навантаження, що тренує адаптаційні механізми організму та може варіюватися за тривалістю, темпом, рельєфом маршруту і режимом відпочинку.

Скандинавська ходьба є безпечним і доступним видом фізичного навантаження, який можна практикувати протягом усього року. Людина сама обирає локацію для тренування відповідно до власних уподобань, що підвищує мотивацію та зручність. Через простоту входу у практику та адаптивність до різних фізичних можливостей, цей вид активності є привабливим для широкого кола людей, включаючи представників вразливих груп: осіб із надмірною вагою, людей похилого віку, пацієнтів у процесі реабілітації після травм, операцій або хронічних захворювань.

У дослідженні біомеханіки ходи було показано, що скандинавська ходьба вимагає більше механічної роботи, зокрема за рахунок роботи рук і пальців, спричиняючи вищі енергетичні витрати (на 20% більше порівняно зі звичайною ходьбою), але й забезпечує довший крок, швидший темп та ефективніше переміщення центру маси.

Особливу цінність скандинавська ходьба має, як інструмент відновлення біомеханіки руху. Оскільки основою є ходьба – базова функція людського тіла, – через вдосконалення техніки руху можна впливати на поставу, координацію, дихання та роботу серцево-судинної системи. У практиці тренера чи інструктора часто трапляються ситуації, коли пацієнтів після операцій на хребті або з порушеннями опорно-рухового апарату скеровують на тренування зі скандинавської ходьби з метою м'якого включення у рухову активність. Для таких людей це є безпечний і фізіологічно виправданий спосіб активізації м'язів і загального тонуусу організму.

Дослідження показують, що чотири тижнева програма скандинавської ходьби суттєво зменшила відчуття інвалідності, пов'язаної з болем у нижній частині спини, покращила фізичну форму (зростання сили верхньої та нижньої частини тіла, гнучкості, витривалості в тесті 6-хвилинної ходьби) та позитивно вплинула на самооцінку здоров'я – як фізичну, так і психічну.

Наступне дослідження, де 12-тижнева програма для жінок, які тренувалися за програмою скандинавської ходьби, продемонстрували зниження маси тіла, відсотка жиру та діастолічного тиску, а також збільшення пікового споживання кисню. Водночас вони тренувалися з

більшою інтенсивністю, не відчуваючи вищого навантаження, і краще дотримувалися програми.

Порівняно з іншими аеробними навантаженнями, такими як біг, скандинавська ходьба є доступнішою: біг не завжди рекомендований через надмірне навантаження на суглоби або недостатню підготовленість серцево-судинної системи, тоді як звичайна ходьба часто не дозволяє досягти потрібних тренувальних пульсових зон. Скандинавська ходьба займає проміжне місце між ними, забезпечуючи кардіотренування середньої інтенсивності з урахуванням індивідуальних можливостей. Важливою частиною тренувального процесу є акцент на поставу, дихання та активацію м'язів, відповідальних за стабілізацію тіла. Ці елементи тісно пов'язані з повсякденною функціональністю людини, тому скандинавська ходьба має не лише спортивно-оздоровчий, а й профілактичний та корекційний ефект.

Окрім реабілітаційного та оздоровчого аспектів, скандинавська ходьба активно розвивається у спортивному напрямку. Змагання зі скандинавської ходьби проводяться на регіональному, національному та міжнародному рівнях, охоплюючи різні вікові категорії та рівні підготовки. Учасники виходять на відстані 5, 10 та 21 км. Під час змагань є спеціальні категорії для учасників з обмеженими можливостями, що розвиває інклюзивність спільноти. В міжнародних змаганнях є категорії: учасники з порушеннями зору, онкологічними діагнозами, захворюваннями серцево-судинної системи чи опорно-рухового апарату. В Україні діють, наприклад, клуби скандинавської ходьби «Guide Walker»(м. Київ), «KR ОК без обмежень» (м. Кривий ріг), що об'єднують учасників з вадами зору, які активно беруть участь у спортивних заходах, тренуються та привозять медалі з міжнародних змагань.

Таким чином, учасники, залежно від своїх індивідуальних можливостей і потреб, можуть використовувати скандинавську ходьбу як ефективний засіб відновлення, реабілітації та поступового повернення до активного способу життя. Головне – правильно підібрати навантаження, починати з оздоровчих тренувань, поступово розвивати фізичну витривалість і, за бажанням, підтримувати мотивацію участю у змаганнях. Скандинавська ходьба – це доступна, науково обґрунтована форма рухової активності, яка поєднує турботу про тіло, психоемоційний стан і соціальну взаємодію.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІСЛЯ ПЕРЕЛОМУ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ

Борчану Л.І., Осколкова М.Д.

Одеський національний медичний університет

Актуальність: Переломи стегнової кістки є одними з найсерйозніших травм опорно-рухового апарату, особливо у людей похилого віку, коли вони часто пов'язані з остеопорозом та падіннями. Незалежно від віку, перелом призводить до значних обмежень рухливості, тривалого больового синдрому та довгого періоду відновлення. Несвоєчасна або недостатня реабілітація може мати серйозні наслідки, серед яких хронічний біль, що значно знижує якість життя; м'язова слабкість, що призводить до нестабільності та підвищує ризик повторних падінь; порушення ходи, що може призвести до компенсаторного болю в інших суглобах та хребті; ризик розвитку контрактур; залежність від сторонньої допомоги та тривала втрата працездатності. З огляду на високу частоту, тяжкість наслідків та тривалий період відновлення, фізична реабілітація після перелому стегнової кістки є надзвичайно актуальною для забезпечення максимально повного відновлення функціональної здатності, запобігання ускладненням та повернення пацієнта до активного життя.

Мета: проаналізувати теоретичні матеріали наукової літератури щодо актуальності фізичної реабілітації після перелому стегнової кістки.

Матеріали і методи: узагальнення, аналіз та порівняння науково-методичної літератури з питання фізичної реабілітації після перелому стегнової кістки.

Результати: При вивченні науково-методичної літератури з питання фізичної реабілітації після перелому стегнової кістки було виокремлено важливість оптимальних термінів початку та розробки індивідуальних програм реабілітації, необхідність мультидисциплінарного підходу, що включає співпрацю між лікарями, фізичними терапевтами, ерготерапевтами, психологами та іншими фахівцями, розуміння впливу різних факторів (вік пацієнта, супутні захворювання, тип перелому, мотивація пацієнта, якість медичної допомоги) на результати реабілітації. Основною метою фізичної реабілітації після перелому стегнової кістки є відновлення втрачених функцій та досягнення максимально можливого рівня незалежності пацієнта, що полягає у відновленні обсягу рухів у кульшовому та колінному суглобах, відновленні сили та витривалості м'язів, що забезпечують стабільність та рух, відновленні навичок ходьби з використанням допоміжних засобів та поступовим переходом до самостійної ходьби, покращенні рівноваги та координації для зниження ризику падінь, запобіганні розвитку стійких обмежень рухів та поверненні до повсякденної діяльності. Досягнення цілей реабілітації

потребує індивідуального підходу, ретельно розробленої програми реабілітації, постійного моніторингу процесу та активної участі пацієнта.

Висновки: Фізична реабілітація є важливим компонентом відновлення після переломів стегнової кістки. До основних цілей фізичної реабілітації відноситься відновлення об'єму рухів та сили м'язів нижньої кінцівки, що були ослаблені через травму та іммобілізацію, відновлення навичок ходьби та здатності утримувати рівновагу, мінімізація ризику розвитку контрактур, м'язової атрофії та інших ускладнень, повернення пацієнта до повсякденної діяльності. Ранній початок реабілітації є ключовим фактором успіху. Чим раніше розпочинаються заняття, тим кращих результатів можна досягти. Необхідним є індивідуальний підхід. Програма реабілітації повинна бути розроблена з урахуванням віку пацієнта, супутніх захворювань, типу перелому та загального стану здоров'я. Співпраця фахівців мультидисциплінарної команди є важливою для комплексного відновлення пацієнта. Вирішальною є активна участь пацієнта і чітке виконання рекомендацій лікаря та фізичного терапевта. Отже, фізична реабілітація відіграє незамінну роль у відновленні пацієнтів після перелому стегнової кістки, покращуючи їх функціональні можливості, якість життя та знижуючи ризик ускладнень.

ШАХИ ТА ШАХМАТИ ЯК МЕТОД ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Бурдін І.Є.

Одеський національний медичний університет

Актуальність теми

Сучасний ритм життя та воєнний стан в Україні зумовлюють значне зростання психоневротичних розладів, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія та тривожність. Реабілітація таких пацієнтів є викликом для медиків, зокрема лікарів фізичної та реабілітаційної медицини.

Мета роботи

Дослідження використання настільних спортивних ігор (шахи, шахмати) у комплексній реабілітації пацієнтів.

Матеріали та методи

У реабілітації застосовуються комплексні методи, включаючи:

- масаж,
- арттерапію,
- настільні спортивні ігри (шахи, шахмати).

Результати

Використання у реабілітації настільних спортивних ігор (шахи, шахмати) сприяє виробленню «гормонів щастя» (серотоніну, дофаміну) та знижує рівень кортизолу, покращуючи емоційний стан і якість сну, що допомагає зменшити депресію та тривожність, прискорюючи реабілітацію.

Висновки

1. Залучання пацієнтів до настільних спортивних ігор – ефективний метод реабілітації при психоневротичних розладах.
2. Поєднання настільних спортивних ігор (шахи, шахмати) з іншими методиками реабілітації, дає кращі результати.

ПІДГОТОВКА ФАХІВЦІВ З РЕАБІЛІТАЦІЇ В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ

Волгіна Л.М, Куртян Т.В., Чумак Ю.Ю.

Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика

У військовий час більша частина роботи фахівців з реабілітації стосується невідкладних станів: наслідків мінно-вибухових травм, опіків, травм опорно-рухового апарату, ампутацій, черепно-мозкових травм, інсультів, серцево-судинних захворювань та хронічного болю. Під час повномасштабної війни в Україні реабілітація розвивається досить швидко, і наразі стає життєво важливою. Тому знання з реабілітації є невід'ємною частиною сучасної медичної освіти, а отже, мають бути інтегровані в підготовку всіх медичних працівників і сприяти залученню багатьох спеціалістів до мультидисциплінарних реабілітаційних команд.

Слід сказати, що до процесу реабілітації як у гострому, післягострому так і в довготривалому реабілітаційному періодах, залучають спеціалістів з громадського здоров'я, організації патронажів і супервізій у громадах, соціальних працівників і сімейних лікарів. Крім того, до реабілітації також мають активно долучатися різнопланові фахівці по роботі з ветеранами на місцях у громадах, які повинні вміти визначати їх можливості, виконувати професійні завдання, досягати довготривалих цілей реабілітації, працевлаштування та незалежної життєдіяльності. Серед кращих практик розвитку фахівців з реабілітації можна виділити рекомендації стосовно підготовки фахівців з реабілітації до екстремальних ситуацій.

Надважливим питанням в освітньому процесі фахівців з реабілітації є питання навчання здобувачів для створення ефективних мультидисциплінарних реабілітаційних команд, яке полягає в розподілі ролей між фахівцями різних

професій у побудові реабілітаційних планів, прийнятті рішень та організації реабілітаційної допомоги.

Якщо звернутися до практики кафедри Реабілітаційної медицини, фізичної терапії та спортивної медицини Національного університету охорони здоров'я ім. П.Л. Шупика (Київ, Україна), то підготовка фахівців включає значну практичну компоненту, фокусуючись на стажуванні у відділеннях різного спрямування.

В рамках підготовки спеціалістів мультидисциплінарної команди важливо навчання їх на одних базах та в одному навчальному закладі. Це дає можливість, за рахунок навчальних годин на семінарах та практичних заняттях навчати їх комунікувати між собою. Для прикладу: навчання лікарів ФРМ складає 720 годин, з них обов'язкові компетенції – 660 годин; навчання магістрів з фізичної терапії загальний обсяг складає 3600 годин, з них обов'язкові компетентності – 2700 годин; навчання магістрів з ортезування та протезування загальний обсяг складає 3600 годин, з них обов'язкові компетентності – 2700 годин. Саме це дозволяє готувати фахівців до міжпрофесійної співпраці, залучати їх до наукових досліджень з впровадженням результатів у свою майбутню практичну діяльність, і таким чином забезпечувати високоякісні інноваційні послуги з фізичної та реабілітаційної медицини.

Всі клінічні компетентності фахівців мультидисциплінарної команди з фізичної реабілітації на практиці відображені в Білій книзі фізичної та реабілітаційної медицини в Європі, розробленій Європейським альянсом фізичної та реабілітаційної медицини (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance). Для ФРМ є специфічним поєднання лікувальної та реабілітаційної стратегій шляхом застосування множинних інтервенцій, спрямованих як на лікування патології, так і на подолання обмежень життєдіяльності. У багатьох випадках втручання та програми реабілітації поєднують стратегії в залежно від індивідуальних потреб пацієнта.

Сфера клінічних компетентностей фахівців з реабілітації також включає освіту та навчання, менеджмент, координацію та консультації. Лікарі ФРМ, які очолюють міждисциплінарні реабілітаційні команди, можуть також зробити свій внесок на усіх рівнях реабілітаційного процесу, зокрема шляхом надання освіти і навчання іншим надавачам послуг охорони здоров'я. В багатьох клінічних випадках, можуть знадобитися різні рівні реабілітації, і цей процес має бути координованим. Ця координація є основною компетентністю лікарів ФРМ, та також потрібна для організаторів охорони здоров'я в екстремальних умовах.

На сьогоднішній день, в умовах воєнного стану, основними кваліфікаційними викликами для українських фахівців з реабілітації є брак

компетентностей для надання реабілітаційної допомоги пацієнтам з комплексними станами здоров'я, спричиненими війною (політравма, необхідність надання реабілітаційної допомоги в умовах тривалих запальних процесів, опіків, поєднання з травмами органів зору, слуху, розладами комунікації). Також є гостра потреба в формуванні навичок комунікації з ветеранами і пацієнтами з порушенням психоемоційних станів.

Сьогодні, при розробці програм реабілітації, з реабілітаційної медицини ми можемо спиратись на нові програми інших країн, наприклад: від Federation of the Royal Colleges of Physicians (Rehabilitation Medicine Training Curriculum), Australasian Faculty of Rehabilitation Medicine (Rehabilitation Medicine), American Academy for Physical Medicine and Rehabilitation (Specialized Curricula Projects).

Отже, базуючись на міжнародних рекомендаціях стосовно компетенцій, якими повинні володіти фахівці з реабілітації, можна виділити ключові навички й компетенції, яких потребують українські фахівці та мультидисциплінарні команди і завдяки імплементації їх у навчальні програми в рамках навчання на одному підрозділі дають можливість сформувати високоякісну професійну мультидисциплінарну команду для реалізації поставлених реабілітаційних цілей у пацієнтів з комплексними станами порушення здоров'я спричиненими війною.

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ ВІЙСЬКОВИХ ПІСЛЯ БОЙОВИХ ДІЙ

Волянська В.С., Гуца С.Г., Балашова І.В., Польщаків Т.В.,
Загородня Л.І., Добровольська О.О.

ПП «Лікувально-оздоровчий комплекс «Біла Акація»

Воєнні дії можуть призвести до травм як фізичних, так і психологічних, особливо поставматичних стресових розладів (ПТСР). Щоб відновити здоров'я, потрібна всебічна допомога. За даними міжнародних досліджень у країнах, де мала місце війна, поширеність ПТСР серед осіб, які перебували в зоні бойових дій, зростає вдвічі.

Воєнні дії є потужним стресом, що призводять до функціональних порушень організму, розвитку соматичних захворювань і виникненню патологічних реакцій.

Психотерапевтичні та психокорекційні методи збільшують стійкість до несприятливих психогенних впливів, корегують систему взаємовідносин особистості, пом'якшують вегетативні та соматичні розлади, формують активну позицію хворого щодо подолання недуги.

Послідовність та поетапність має бути залучена у системі медико-психологічної реабілітації. Реабілітаційні завдання, її форми та методи змінюються в залежності від етапу проведення.

Основними етапами організації системи реабілітаційних заходів є:

1. Перший етап. Первинна психопрофілактика, що здійснюється на етапі перед направленням військовослужбовців до бойових дій (превентивна реабілітація).

2. Другий етап. Медико-психологічна реабілітації здійснюються під час виконання військовослужбовцями їх професійної роботи.

3. Третій етап. Медико-психологічна реабілітація здійснюються після виведення військовослужбовців з бойових дій (для їх відпочинку, відновлення бойової готовності).

4. Четвертий етап. Медико-психологічна реабілітація проводиться в лікувально-профілактичних закладах, які здійснюють первинну, вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

5. П'ятий етап системи медико-психологічної реабілітації – відділення медико-психологічної реабілітації медичних центрів та госпіталів ветеранів війни.

Заходи медико-психологічної реабілітації проводять офіцери-психологи, психологи, медичні працівники, військові психологи зі складу позаштатних груп психологічного забезпечення.

Найбільш часто ми маємо справу з ознаками передневротичних розладів за типом психоадаптаційного стану, а саме: *психовегетативний варіант* (вегетосудинні запаморочення: серцебиття, коливання артеріального тиску). Дані прояви зустрічалися від декількох разів на тиждень до 1-2 разів на місяць.

Астенічний варіант (короткочасні астенічні розлади: зниження фізичного тону і відчуття вираженої втомлюваності; відчуття млявості, слабкості, бажання виспатися, проблеми із засинанням (незважаючи на відчуття явної перевтоми), зниження концентрації уваги, ускладнень при виконанні службових обов'язків).

Дистимічний варіант. Має місце безпричинна тривога, неспокій, внутрішній дискомфорт, нестійкий настрій, з елементами дратівливості або незадоволеності, песимістичною оцінкою майбутнього, апатією. Такі стани зникають після повноцінного відпочинку або відпустки.

Змішаний варіант, коли не має певної психопатологічної симптоматики. Це може бути астено-вегетативний, вегето-дистимічний варіант розладів (психовегетативних порушень з астенічними або дистимічними проявами).

Саме клініко-психопатологічне обстеження доповнюється низкою спеціальних клінічних шкал і психодіагностичних методик:

1. «Опитувальник для первинного скринінгу посттравматичного стресового розладу (ПТСР)».

2. Опитувальник респондента про стан здоров'я (PHQ-9) – шкала самооцінки депресії.

3. Шкала оцінки впливу травматичної події.

4. Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду.

5. Анкета «Стрес-фактори».

6. Шкала для клінічної діагностики ПТСР (Clinical administered PTSD Scale - CAPS).

7. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант).

Реабілітаційний підхід обов'язково передбачає заняття з психотерапевтом та використання різних методів, включаючи індивідуальну, групову терапію, залучення членів сім'ї для швидкої реабілітації.

Психотерапія може включати *індивідуальні сесії* з терапевтом, які дозволяють реалізувати та розуміти пацієнтів їх емоції та проблеми. Перевага індивідуальних сесій полягає в тому, що людина може більше відкриватися і відчувати себе більш вільно в діалозі. Крім того, вся увага психотерапевта зосереджена на конкретній проблемі.

Групова терапія є важливою частиною всебічної психологічної допомоги для учасників бойових дій. Участь у групових сесіях дозволяє людям однієї професії спілкуватися один з одним та обговорювати загальні проблеми або стресові ситуації, що відбулися з ними у війні. Це допомагає зрозуміти, що вони не самотні, і є багато людей, які вже змогли подолати цей шлях. Групова терапія може включати різні методи, такі як музична або арт-терапія та інші типи.

Під час планування реабілітаційних заходів для військовослужбовців, необхідно використовувати диференційований підхід, з урахуванням потреби в медико-психологічній, психіатричній та соціальній допомозі. Реабілітаційні заходи рекомендується проводити через 7-10 днів після повернення з території бойових дій для короткострокової відпустки для оздоровлення.

Не лише психічні розлади спіткають бійців, вони також можуть зіткнутися з проблемами зі здоров'ям та фізичними травмами, отриманими внаслідок бойових дій. Рани, струс мозку, акубаротравми, опіки, втрата кінцівок та інші можливі пошкодження тіла можуть довго обмежувати фізичні можливості людини, що неминуче призведе до упадку духу та стресу. Психологічні проблеми, у свою чергу, будуть заважати концентрації на позитивному результаті, що призведе до порочного кола.

Тому окрім психологічного супроводу пацієнта, особливо на санаторно-курортному етапі, потрібно залучати весь арсенал фізіотерапевтичних та бальнеологічних факторів. Особливо внесок у стан цієї проблеми вносять такі методи фізіотерапевтичного впливу, як: гальванізація шийно-комірцевої ділянки, електросон-терапія, транскраніальна магнітна стимуляція, загальний масаж, кінезіотерапія, скандинавська хода, бальнеотерапія (підводний масаж, душ Шарко, ванни з бішофітом, озонові ванни, гідрокінезотерапія).

Тривалість психологічної реабілітації військовослужбовців, які мають показання, має тривати не менше 14 діб. Строк санаторно-курортного лікування становить 21 календарний день.

Таким чином, у значної частини військовослужбовців, які постраждали в результаті участі у бойових діях, спостерігаються психогенні розлади. Це вимагає оперативної оцінки їх стану, прогнозу розвитку розладів, проведення всіх можливих лікувальних і реабілітаційних заходів.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ СИНДРОМІ ІМПІДЖМЕНТУ ПЛЕЧА

Дземішкевич О.С., Бичківська В.О.

Одеський національний медичний університет

Актуальність: Синдром імпіджменту плеча є однією з провідних причин болю у плечовому суглобі, як серед молодих активних людей та спортсменів, так і серед людей похилого віку. Без належної реабілітації синдром імпіджменту плеча призводить до обмеження рухливості у плечовому суглобі і, як наслідок, має місце втрата працездатності.

Мета: Ознайомлення з програмами та методами реабілітації пацієнтів з синдромом імпіджменту плеча у гострому, підгострому та довготривалому періодах. Оцінка впливу початку реабілітації на втрату працездатності пацієнтів з синдромом імпіджменту плеча.

Матеріали та методи дослідження: У дослідженні приймали участь 60 пацієнтів з синдромом імпіджменту плеча: 20 з них розпочали реабілітацію в гострому, 20 – в підгострому, 20 – в довготривалому періодах.

Спираючись на сучасні дослідження українських фахівців у реабілітації було виділено три періоди:

- Гострий – метою цього періоду є зменшення больового синдрому, ознак запалення, профілактика гіпотрофії м'язів. Методи: обмеження навантаження, ізометричні вправи для м'язів плеча, передпліччя, кисті, фізіотерапія (ультразвук, магнітотерапія, кріотерапія), прийом НПВС, міорелаксантів.

- Підгострий – метою цього періоду є відновлення амплітуди рухів, покращення стабільності суглоба. Методи: пасивні та активні вправи для збільшення амплітуди рухів, вправи для стабілізації плеча та збільшення сили м'язів ротаторної манжети, постізометрична релаксація, фізіотерапія (магнітотерапія).

- Довготривалий – метою цього періоду є повне відновлення функцій плеча, повернення до повсякденного, спортивного навантаження. Методи: силові вправи для м'язів верхнього плечового поясу, зокрема м'язів ротаторної манжети, стабілізація плеча на нестабільних платформах.

Результати дослідження: З 20 пацієнтів, які почали реабілітацію у гострому періоді, обмеження активних рухів у плечовому суглобі спостерігалось у 1 пацієнта. З 20 пацієнтів, які почали реабілітацію у підгострому періоді, обмеження активних рухів у плечовому суглобі спостерігалось у 3 пацієнтів. З 20 пацієнтів, які почали реабілітацію у довготривалому періоді, обмеження активних рухів у плечовому суглобі спостерігалось у 10 пацієнтів.

Висновок: В результаті дослідження було виявлено, що початок реабілітації в гострому періоді покращує якість життя та значно скорочує частоту виникнення обмежень активних рухів у плечовому суглобі і, як наслідок, втрати працездатності у пацієнтів.

ЗНАЧЕННЯ ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ПЕДІАТРИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

Єрмакова А.В.

Одеський національний медичний університет

Актуальність: дитячий церебральний параліч (далі ДЦП) є однією з найпоширеніших причин дитячої інвалідизації. ДЦП значно знижує якість життя пацієнтів та їхніх родин. У сучасній медичній практиці важливе місце займає фізіотерапія. Однак, питання ефективності різних фізіотерапевтичних методів у реабілітації пацієнтів з ДЦП залишається актуальним та дискусійним.

Мета: проаналізувати теоретичні матеріали наукової літератури щодо ефективності використання фізіотерапії у реабілітації педіатричних пацієнтів з ДЦП.

Методи: аналіз релевантної науково-методичної літератури з питання використання фізіотерапії у реабілітації педіатричних пацієнтів з ДЦП.

Результати: за результатами проведеного аналізу науково-методичної літератури було встановлено, що фізіотерапія в цілому позитивно впливає на функціональний стан опорно-рухової та нервової системи у пацієнтів зі спастичним, дискінетичним та атаксичним типом ДЦП. Методи фізичної терапії не показали достатньої ефективності в покращенні великої моторики, але виявились ефективними для покращення показників м'язової сили і швидкості ходи.

Висновки: аналіз науково-методичної літератури показав, що фізіотерапевтичні методи лікування є важливим елементом комплексної реабілітації педіатричних пацієнтів з ДЦП. Фізичні вправи позитивно впливають на постуральну стійкість, формування стабільної ходи, покращують стабільність хребта і поставу, що сприяє компенсації нервово-м'язового дефіциту і відповідному підвищенню рівня якості життя.

РОЛЬ ВЧИТЕЛЯ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ У ФОРМУВАННІ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СТАРШОКЛАСНИКІВ

Жиденко А.О., Апецько А.М

Національний університет «Чернігівський колегіум» ім. Т.Г. Шевченка

Сім'я є запорукою здоров'я для дитини, джерелом формування її моральних якостей і надалі здорового способу життя (ЗСЖ). Завдяки батькам дитина пізнає навколишній світ, знайомиться з правилами та нормами поведінки, стає особистістю. Високий рівень вербального спілкування між батьками і дітьми, врахування їх думки, готовність батьків прийти на допомогу, якщо це буде потрібно, формує ціннісне ставлення дитини до життя.

Коли дитина приходить вчитися до школи, відповідальність за її здоров'я бере на себе керівництво школи, керуючись законом України Про повну загальну середню освіту. «Стаття 21. 1. Заклад освіти створює безпечне освітнє середовище з метою забезпечення належних і безпечних умов навчання, виховання, розвитку учнів, а також формує у них гігієнічні навички та засади здорового способу життя. Заклади охорони здоров'я спільно з органами управління освітою та органами охорони здоров'я щороку забезпечують безоплатне проведення медичного огляду учнів, моніторинг стану здоров'я, здійснення лікувально-профілактичних заходів у закладах освіти незалежно від підпорядкування, типу і форми власності.» Крім того, в Основах законодавства України про охорону здоров'я є зміни у визначення термінів «життєдіяльність» – це діяльність особи, що передбачає її

повсякденне функціонування у спосіб та в обсязі, звичайних для неї, зокрема шляхом самообслуговування, орієнтації, пересування, спілкування, контролю за своєю поведінкою, навчання, трудової діяльності. У визначенні терміну «здоров'я» теж є зміни, а саме, раніше статут Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) визначав «здоров'я» трьома сукупними критеріями – як стан повного тілесного, душевного та соціального добробуту, а не лише як відсутність хвороб чи фізичних дефектів. Сучасне визначення «здоров'я» передбачається, як стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб або порушень структур та функцій організму». Тобто основні зміни у цих двох визначеннях стосуються саме функціонування організму. Таким чином, на перше місце ставиться можливість збереження функцій організму (енантиостаз). З метою допомоги учням закладів навчальної та середньої освіти (ЗНО та ЗСО) в Освітню програму цих закладів було введено предмет «Основи здоров'я», посібники для якого є дуже яскравими, барвистими з необхідною інформацією та цікавими прикладами. Але у старших класах вже немає предмета «Основи здоров'я», на яких вчитель міг розповідати і показувати на достовірних прикладах переваги здорового способу життя в порівнянні з негативними (шкідливими) звичками. Також, всім викладачам, як ЗСО, так і закладів вищої освіти (ЗВО) відомі принципи, які лежать в основі здорового способу життя: це раціональне харчування, оптимальний руховий режим, загартовування організму, особиста гігієна, відсутність шкідливих звичок, позитивні емоції, інтелектуальний, моральний та духовний розвиток. На уроках з інших предметів, зокрема фізики, хімії, математики викладачам не буде часу розповідати про ці принципи ЗСЖ, тому, що багато своєї специфічної інформації, але на уроках фізичної культури можна наочно показати наскільки дотримання учнями ЗСЖ може допомогти розвинути наступні якості: м'язову силу, швидкість, гнучкість, витривалість (динамічну, статичну), спритність та координацію рухів, які завжди користуються повагою у молоді. Правильний підбір форм та засобів фізичної культури значно покращує весь процес навчання новим руховим діям і формує в учнів позитивне емоційне ставлення до навчання.

Мета роботи: показати можливості вчителя фізкультури для залучення старшокласників та впровадження у їх життя ЗСЖ.

Всім відомо, що стан здоров'я людини залежить на 20% від спадковості, на 10% від рівня розвитку медицини, на 20% від стану довкілля та на 50% від способу життя. Ця істина особливо актуальна для підлітків та учнів старших класів. Крім того, з початку повномасштабного вторгнення і активних бойових

дій значно зменшилась загальна кількість закладів загальної середньої освіти, кількість учнів та вчителів, як в Україні, так і в Чернігівській області зокрема. Тому роль вчителя фізкультури, як наставника і вихователя старшокласників, стає найважливішою. Регулярна фізична активність є обов'язковою та незамінною складовою здорового способу життя у будь-якому віці. Вона не лише покращує самопочуття, але і приносить значну користь для здоров'я. Також відомо, що тривалість сидіння або знаходження у горизонтальному положенні вдень (не враховуючи нічний сон) не повинна перевищувати 4,5 години, але для школярів України ці цифри значно більші. Згідно Стандарту Вищої Освіти України для Першого (бакалаврського) рівня, Спеціальності 017 Фізична культура і спорт та Освітньо-професійним програмам (ОП): Спеціальності 017 Фізична культура і спорт та Предметної спеціальності А4.11. Середня освіта (Фізична культура) у студентів цих спеціальностей необхідно сформувати наступні фахові та предметні компетентності: ФК 5. Здатність зміцнювати здоров'я людини шляхом використання рухової активності, раціонального харчування та інших чинників здорового способу життя; ФК 7. Здатність застосовувати знання про будову та функціонування організму людини; ФК 8. Здатність до управління процесом навчання рухових дій, розвитку фізичних якостей та вирішення оздоровчих і виховних задач в процесі проведення різних форм організації занять фізичними вправами в закладах середньої освіти. Викладачі ЗВО за допомогою нормативних компонентів ОП формують у майбутніх вчителів фізичної культури ці компетентності та наступні програмні результати навчання (ПРН): 9. Демонструвати готовність до зміцнення особистого та громадського здоров'я шляхом використання рухової активності людини та інших чинників здорового способу життя, проведення роз'яснювальної роботи серед різних груп населення; 14. Застосовувати у професійній діяльності знання анатомічних, фізіологічних, біохімічних, біомеханічних та гігієнічних аспектів занять фізичною культурою і спортом. Ці ПРН, які отримали молоді вчителі допоможуть їм у школі виконувати свої професійні обов'язки, щодо формування у старшокласників ЗСЖ. Щоденні різноманітні фізичні вправи, які виконують учні на уроках, або після них, в вільних час (мінімальна тривалість помірної та середньої за інтенсивністю фізичної активності повинна становити 30 хвилин на день або 150 хвилин на тиждень) зменшують ризик небезпечних захворювань серцево-судинної, дихальної та інших фізіологічних систем у старшокласників; покращують функціональний стан їх кісток та суглобів; сприяють збалансованому харчуванню для компенсації енергетичних витрат організму. Водночас, вчителі фізкультури мають підвищену відповідальність за здоров'я учнів, тому знання

фізіології та біохімії є дуже важливими для них. Це дозволяє їм об'єктивно оцінити процеси та механізми впливу фізичних вправ на організм учнів та зміни стану фізіологічних систем організму при спортивній діяльності. Тому є необхідним формування у вчителів наступних ПРН: 14. Застосовувати у професійній діяльності знання анатомічних, фізіологічних, біохімічних, біомеханічних та гігієнічних аспектів занять фізичною культурою і спортом; 15. Визначати функціональний стан організму людини та обґрунтовувати вибір засобів профілактики перенапруження систем організму осіб, які займаються фізичною культурою і спортом.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ У ГІНЕКОЛОГІЇ

Звада В.В.

Одеський національний медичний університет

Актуальність. Реабілітаційні заходи у післяопераційному періоді гінекологічних хворих є важливим аспектом у відновленні фізичного та психологічного стану, сприяє зниженню виникнення ускладнень і покращення якості життя.

Завдання і мета дослідження:

1. Визначення ефективності та особливостей реабілітації жінок у післяопераційному періоді гінекологічного профілю.
2. Надання доступної, безпечної та спеціалізованої допомоги.
3. Індивідуальний та комплексний підхід до кожного пацієнта.
4. Оцінити сучасні підходи до реабілітації.

Матеріали та методи дослідження. До дослідження було залучено 50 жінок віком 25 – 55 років, які знаходяться на різних етапах післяопераційного періоду з приводу гінекологічних патологій.

1. Ранній післяопераційний період (1–3 доби) включає стабілізацію загального стану, профілактику ускладнень, дихальну гімнастику, ЛФК у ліжку.

2. Пізній післяопераційний період (4–14 доба) полягає у поступовому відновленні функціональної активності, загоєнні операційної рани, розширенню фізичного навантаження, фізіотерапевтичних процедурах, корекції харчування, психологічній підтримці.

3. У віддалений післяопераційний період (до 6 місяців) важливе повне функціональне відновлення, індивідуальні реабілітаційні програми, емоційна та сексуальна реабілітація.

Результати досліджень. За результатами проведених досліджень було встановлено, що 80% жінок у перші дні реабілітації відмітили покращення фізичного та емоційного стану, зменшення болю, прискорення загоєння рани, поступове відновлення організму.

Висновки. Реабілітаційні заходи після оперативного втручання у гінекології є важливим елементом у відновленні загального стану пацієнток, попередженні ускладнень та покращенні результатів лікування.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО РАННЬОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ТОТАЛЬНОГО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

Зінчук Б.А.

КНП «Міська клінічна лікарня №10» Одеської міської ради

Вступ: тотальне ендопротезування кульшового суглоба є ефективним методом хірургічного лікування дегенеративно-дистрофічних захворювань опорно-рухового апарату, зокрема коксартрозу. Проте ефективність оперативного втручання значною мірою залежить від своєчасно розпочатої та правильно організованої реабілітації. Рання реабілітація є ключовою ланкою у відновленні функціональної активності пацієнта, зменшенні ризиків ускладнень та скороченні термінів перебування в стаціонарі.

Мета: Огляд сучасних методів та стратегій ранньої реабілітації після тотального ендопротезування кульшового суглобу, спрямованих на відновлення рухової активності, зменшення больового синдрому та профілактику післяопераційних ускладнень.

Принципи ранньої реабілітації: Індивідуальний підхід з урахуванням віку, соматичного стану та рівня фізичної активності доопераційно;

Безперервність та поетапність реабілітаційного процесу;

Активна участь мультидисциплінарної команди: лікаря-фізіотерапевта, реабілітолога, медичної сестри, ерготерапевта.

Етапи ранньої реабілітації:

Перший етап (1–3 доба): дихальні вправи, ізометричне напруження м'язів, активні рухи у дистальних відділах кінцівок, вертикалізація під наглядом;

Другий етап (4–7 доба): розширення рухової активності, навчання навичкам самостійного пересування з допоміжними засобами (ходунки, милиці), відновлення побутових навичок;

Третій етап (до 3–4 тижнів): поступове збільшення навантаження, формування стійкої ходи, вправи на баланс, підвищення витривалості.

Сучасні технології у реабілітації:

Використання електростимуляції, кінезіотейпування, апаратної механотерапії.

Біологічний зворотний зв'язок (biofeedback) для корекції рухових стереотипів.

Очікувані результати:

Зменшення тривалості госпіталізації.

Зниження частоти післяопераційних ускладнень (тромбози, контрактури).

Підвищення якості життя та рівня незалежності пацієнта.

Висновки: Рання реабілітація після тотального ендопротезування кульшового суглобу є невід'ємною складовою комплексного лікування. Сучасні підходи базуються на принципах індивідуалізації, мультидисциплінарної взаємодії та використанні новітніх технологій. Ефективна реабілітація забезпечує швидке функціональне відновлення та соціальну адаптацію пацієнтів.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ВТРАТІ ВЕРХНІХ КІНЦІВОК

Кальніна Т.О.

Одеський національний медичний університет

Актуальність: за останні роки відзначається тривожна тенденція зростання кількості травматизації верхньої кінцівки, що призводить до зниження якості життя пацієнтів, піднімає питання раннього втручання, яке визначає головну роль в процесі відновлення та реабілітації.

Мета: проаналізувати методи фізичної терапії при травматичних ушкодженнях верхньої кінцівки та розробити ефективний індивідуальний плани реабілітації для з'ясування функціональних можливостей пацієнтів.

Матеріали і методи: узагальнення, аналіз та порівняння науково-методичної літератури з питання актуальності фізичної реабілітації при втраті верхніх кінцівок.

Результати: за результатами проведеного аналізу науково-методичної літератури щодо актуальності фізичної реабілітації пацієнтів при травматичних ушкодженнях верхньої кінці найкращий результат дає тактика спрямована на відновлення рухливості, сили та функціональності ушкодженої кінцівки, зниження набряку та болю. Як допоміжні інструменти добре зарекомендували себе лімфодренажний масаж і пасивний рухи ушкодженої кінцівки.

Висновки: Після проведення аналізу науково-методичної літератури було виявлено, що індивідуально підібрана програма реабілітації, мультидисциплінарність, а також постійний професійний ріст членів мультидисциплінарної команди допомагає ефективно відновити функції верхніх кінцівок та забезпечує максимальну зручність для пацієнтів.

ВИКОРИСТАННЯ МАЙДАНЧИКІВ, ЩО ІМІТУЮТЬ НАВКОЛИШНЄ СЕРЕДОВИЩЕ В РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ ПРОЦЕСІ У КНП «МІСЬКА ЛІКАРНЯ №8» М. ОДЕСА

Кіціс А.Г.

Одеський національний медичний університет

Вступ. На сучасному етапі розвитку реабілітаційної медицини постала нагальна потреба у пошуку нових ефективних рішень для подолання наслідків складних травматичних уражень. Особливої актуальності набуває проблема реабілітації пацієнтів із порушеннями функцій опорно-рухового апарату, дефіцитами просторової орієнтації та когнітивними розладами. В умовах зростання кількості таких випадків, що обумовлене як бойовими діями, так і загальними тенденціями старіння населення, необхідним є впровадження інноваційних підходів, які дозволяють не тільки відновлювати фізичні функції, а й забезпечувати інтеграцію особи у реальне життєве середовище. Одним із перспективних напрямів є застосування спеціалізованих тренувальних майданчиків, що імітують типові умови навколишнього простору, сприяючи формуванню навичок безпечної мобільності, розвитку самостійності та покращенню якості життя реабілітованих осіб.

Мета дослідження: визначення ефективності використання спеціалізованих тренувальних майданчиків, що імітують умови реального середовища, у процесі комплексної реабілітації пацієнтів із порушеннями функцій опорно-рухового апарату та просторової орієнтації. Особлива увага приділялася оцінці впливу такого підходу на фізичну мобільність, рівновагу, функціональну незалежність та емоційний стан пацієнтів.

Матеріали і методи: дослідження було проведене на базі реабілітаційного відділення КНП «Міська лікарня №8» м. Одеса в період з жовтня 2024 року по березень 2025 року. У дослідженні взяли участь 30 пацієнтів віком від 35 до 75 років, які перенесли травми опорно-рухового апарату або черепно-мозкові ушкодження, що супроводжувалися порушеннями когнітивних функцій та просторової орієнтації. Усі учасники були випадковим чином розподілені на дві

порівнянні за основними характеристиками групи: контрольну та основну. Пацієнти основної групи, на додаток до стандартного курсу медичної реабілітації, проходили спеціалізовані тренування на тренувальних майданчиках, які імітували типові умови реального середовища. До їхньої структури входили різнорівневі та нестабільні поверхні, штучно створені перешкоди, а також тактильні та звукові орієнтири, призначені для покращення просторової орієнтації та функціональної адаптації.

Для об'єктивної оцінки ефективності застосовувалися стандартизовані шкали:

- 10-метровий тест ходи для визначення швидкості пересування;
- шкала рівноваги Берга для оцінки стійкості та контролю положення тіла;
- індекс Бартела для вимірювання рівня функціональної незалежності в повсякденній діяльності;
- шкала тривожності та депресії HADS для оцінки психоемоційного стану.

Результати статистично оброблялися із застосуванням критерію Стьюдента, з рівнем значущості $p < 0,05$.

Результати. Аналіз динаміки функціонального стану пацієнтів після завершення курсу реабілітації виявив достовірні позитивні зміни у всіх основних показниках у пацієнтів основної групи.

Зокрема:

- середній час проходження 10-метрового тесту зменшився з $15,2 \pm 3,8$ с до $11,6 \pm 2,7$ с ($p < 0,01$), що свідчить про покращення швидкості та впевненості ходи;
- показник рівноваги за шкалою Берга зріс з $33,7 \pm 6,2$ до $42,5 \pm 5,7$ балів ($p < 0,01$), що вказує на значне підвищення постурального контролю;
- індекс Бартела, що оцінює самостійність у повсякденній діяльності, підвищився з $61,3 \pm 12,5$ до $79,2 \pm 10,6$ балів ($p < 0,001$), що свідчить про зменшення залежності від сторонньої допомоги;
- рівень тривожності за шкалою HADS знизився з $11,4 \pm 2,8$ до $7,2 \pm 2,4$ бала ($p < 0,01$), а рівень депресії – з $10,7 \pm 3,0$ до $6,9 \pm 2,3$ бала ($p < 0,01$), що відображає позитивну динаміку емоційного стану.

У контрольній групі також відзначалися позитивні зміни, проте вони були менш вираженими і не охоплювали всі досліджувані показники на достовірному рівні.

Обговорення. Отримані результати переконливо свідчать про високу ефективність впровадження майданчиків, що імітують навколишнє середовище, в процес фізичної реабілітації. Такий підхід дозволяє не лише тренувати м'язову силу та координацію, а й відновлювати здатність

орієнтуватися у просторі, адаптуватися до змінних умов навколишнього середовища та відновлювати навички самостійного пересування. Крім фізичних аспектів, симульоване середовище позитивно впливає на психоемоційний стан пацієнтів, сприяючи зниженню тривожності, страху падінь та розвитку впевненості у власних силах.

Імітація реальних життєвих ситуацій дозволяє пацієнтам поступово, без ризику для здоров'я, адаптуватися до викликів повсякденного життя, що є запорукою успішної соціальної реінтеграції.

Висновки. Застосування тренувальних майданчиків, що відтворюють умови реального життєвого середовища, продемонструвало високу ефективність у реабілітації пацієнтів із порушеннями опорно-рухової функції та просторової орієнтації. Такий інноваційний підхід не лише сприяв значному покращенню фізичних параметрів, але й позитивно вплинув на психоемоційний стан пацієнтів, зумовлюючи формування стійких рухових адаптацій і зростання рівня функціональної самостійності. Отримані емпіричні дані підтверджують доцільність системного включення імітаційних майданчиків до комплексних програм медичної реабілітації та засвідчують необхідність подальших наукових розробок, спрямованих на оптимізацію їх структури, методичного забезпечення та інтеграцію у стандартизовані протоколи відновного лікування.

СТАЦІОНАРНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ В ПІСЛЯГОСТРОМУ ПЕРІОДІ

Кобець В.В.

Одеський національний медичний університет

Актуальність: Інсульт залишається однією з провідних причин смертності та інвалідності у світі. Післягострий період, який настає після стабілізації стану пацієнта, є вирішальним для відновлення основних функцій. Стаціонарна реабілітація в цей період дозволяє забезпечити інтенсивний, контрольований та комплексний підхід до відновного лікування.

Мета: Оцінити ефективність стаціонарної реабілітації в післягострому періоді у хворих після інсульту та визначити ключові фактори, що впливають на позитивну динаміку відновлення.

Методи:

– Спостереження за пацієнтами, які проходили реабілітацію в умовах стаціонару.

– Застосування ЛФК, фізіотерапії, ерготерапії, логопедичних та психокорекційних заходів.

– Робота мультидисциплінарної команди.

– Вимірювання результатів за допомогою функціональних шкал.

Результати: пацієнти, які отримували інтенсивну стаціонарну реабілітацію, продемонстрували значне покращення рухових, мовних і когнітивних функцій. Виявлено, що ранній початок реабілітаційних заходів і високий рівень взаємодії спеціалістів сприяють кращим результатам та скороченню термінів відновлення.

Висновки: стаціонарна реабілітація є ефективною формою медичної допомоги в післягострому періоді після інсульту. Її успішність залежить від своєчасного початку, індивідуалізації підходу та командної взаємодії медичних працівників.

ЕКЗОСКЕЛЕТНА РОБОТИЗОВАНА РЕАБІЛІТАЦІЯ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Коріневський О.Ю.

Одеський національний медичний університет

Актуальність теми: число людей із ураженням нижніх кінцівок, що призводить до проблем з ходою, значно зростає. Так, порушення ходи супроводжують такі захворювання та стани як: інсульт, пошкодження спинного мозку, дитячий церебральний параліч, паркінсонізм, розсіяний склероз, черепно-мозкова травма, післяопераційний період. Поліпшення ходи для пацієнта є як бажаним, так і важливим результатом соціальної та професійної реінтеграції.

Мета: аналіз результатів та труднощів при застосуванні роботизованих екзоскелетів, як у контексті відновлення функцій нижніх кінцівок та ходи, так і загального впливу на здоров'я пацієнта.

Матеріали: рецензійні наукові журнали та статті з дослідженнями застосування роботизованих екзоскелетів у реабілітації (Park and Chung 2018, Straudi et al. 2015, Beretta et al. 2020, Mehrholz et al. 2020, Gorman et al. 2016, PubMed).

Результати дослідження:

При застосуванні роботизованих екзоскелетів:

1. Пацієнти демонструють клінічно значущі покращення швидкості ходьби, виміряні за допомогою тесту на ходьбу на 10 метрів.

2. Витривалість при ходьбі у пацієнтів з тяжкими та помірними порушеннями ходи, виміряна за допомогою 6-хвилинного тесту на ходьбу, збільшується понад мінімальну клінічно значиму різницю.

3. Люди, які проходять електромеханічне тренування ходьби у поєднанні з фізіотерапією після інсульту, з більшою ймовірністю зможуть ходити самостійно, аніж люди, які проходять тренування ходьби без цих пристроїв.

4. Приводять до поліпшень, що перевищують мінімальну клінічно значущу різницю у функціональній рухливості, виміряною за допомогою Time-Up-and-Go.

5. Роботизоване тренування ходьби призводить до клінічно значимих покращень статичної та динамічної рівноваги, виміряних за допомогою шкали балансу Берга у цільовій групі пацієнтів.

6. Покращують стан серцево-судинної системи (який вимірюється за піковим споживанням кисню) у пацієнтів, які ще не можуть самостійно пересуватися.

Висновки: Переваги при застосуванні в реабілітації роботизованих екзоскелетів крім покращення функції ходи, також відзначається загальний вплив на здоров'я пацієнта: збільшення сили у нижніх кінцівках, поліпшення постави, збільшення щільності кісток, поліпшення роботи кишечника, поліпшення сну, зменшення болю, зниження рівня холестерину, зменшення спастичності, зниження рівня серцево-судинних захворювань, зниження захворюваності на діабет.

Недоліками є: високі витрати на придбання та використання роботизованих систем, відсутність переконливих клінічних даних щодо покращення стану пацієнтів та необхідність стандартизованих заходів для протоколу терапії та оцінки. Також вони мають зазвичай громіздкий розмір. Велика тривалість ходьби може призвести до деяких несприятливих наслідків, таких як підвищений ризик переломів, саден, пролежнів та падінь. Що стосується пацієнтів із серцевими захворюваннями, пристібання ременями до цих машин також може бути небезпечним, оскільки при необхідності серцевої реанімації або під час інших надзвичайних ситуацій пацієнт не є доступним.

ВИКОРИСТАННЯ ФІТНЕС-ПРОГРАММ У СИСТЕМІ ЗАНЯТЬ З ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Коростильова Г.Ю.

Одеський національний медичний університет

Сучасний підхід до організації освітнього процесу у вищих навчальних закладах полягає в тому, що цей процес орієнтований на формування у здобувачів умінь самостійно здобувати нові знання, використовувати їх у своїй професійній діяльності.

Сформоване в останні роки нове уявлення про цінності професійної освіти вивело на перший план розвиток особистості, її саморозвиток і самореалізацію в професії, в тому числі за допомогою самостійної роботи. Самостійну роботу правильно розглядати скоріше як засіб залучення студентів у самостійну пізнавальну діяльність, засіб її логічної і психологічної організації.

Проблемою фізичного виховання у вищому медичному навчальному закладі, як вибіркової дисципліни є недостатня кількість занять з викладачем (1 раз на тиждень) та недостатня зацікавленість у заняттях фізичним вихованням. Сучасна навчальна діяльність має інтенсивний характер. Це призводить до значних психофізичних перевантажень, погіршується засвоєння навчального матеріалу, порушується оптимальний стан фізичної працездатності. Це становище погіршується тим, що студенти нерационально використовують режим праці і відпочинку, у них не сформовано культуру підтримання та зміцнення психофізичного здоров'я засобами фізичної культури і спорту.

Для підвищення інтересу здобувачі вищої медичної освіти до фізкультурно-оздоровчої діяльності необхідно використовувати такі види рухової активності, які мають бути найпривабливішими та найпоширенішими. Фітнес-програми відрізняються ефективністю тренування в поєднанні із задоволенням від нього, тому фітнес привертає увагу студентської молоді.

Отже, можна констатувати наявність проблеми між необхідністю формування фізично здорового фахівця під час навчання у виші та відсутністю мотивації здобувачів займатися фізичною культурою і спортом, необхідністю зміни формату проведення занять з фізичної культури з використанням нових підходів та нових технологій.

Гіпотеза. Використання фітнес-технологій у фізичному вихованні здобувачів вищої медичної освіти матиме позитивний вплив на їхню мотиваційно-споживчу сферу, що, своєю чергою, відіб'ється на покращенні показників фізичного і психічного стану, навчальної успішності та у формуванні здорового способу життя.

Мета дослідження - визначити роль фітнес-технологій у вдосконаленні навчально-виховного процесу з фізичної культури у вищому медичному закладі.

Завдання дослідження:

- узагальнити досвід застосування фітнес-технологій у навчальному процесі вишу;
- розробити та перевірити ефективність експериментальних програм фітнес-технологій з фізичного виховання у виші.

Матеріали та методи дослідження. Для розв'язання поставлених завдань на кафедрі фізичної реабілітації, спортивної медицини та фізичного

виховання Одеського національного медичного університету було організовано науково-дослідну роботу. У дослідженні були задіяні здобувачі 1 та 2 курсів сформовано групи: основна – 60 студентів (не мають медичних протипоказань до занять з фізичного навантаження), спеціальна – адаптивна, 50 студентів (займаються за оздоровчою програмою) та контрольна група – 60 студентів (заняття проводяться традиційно). В експериментальній роботі взяло 170 студентів віком 17-20 років.

Впровадження фітнес-технологій проводилися таким чином:

- 1) під час навчального процесу з фізичного виховання;
- 2) як форми самостійної роботи вдома, фітнес-центрах, спортзалах, спортивних комплексах

Як показує практика, найбільший інтерес виникає і згодом розвивається та закріплюється під час навчального процесу, на заняттях з фізичного виховання, а надалі переростає у самостійну роботу.

Розглянемо приклад експериментальної програми для основної групи студентів, які не мають протипоказань до занять фізичним вихованням: як розминку можна використовувати базові елементи класичної аеробіки, основна частина заняття – степ-аеробіка або фітбол-аеробіка, силові або танцювальні види аеробіки, а заключна частина – стретчинг та психофізіологічна релаксація.

Програма для спеціальної групи здобувачів які мають медичні протипоказання до занять фізичним вихованням ми використовували фітнес-програми, націлені на гармонізацію фізичного розвитку, поліпшення статури, формування і підтримання гарної постави такі як: фітнес – йога та пілатес це спеціальні положення тіла, за яких напруга м'язів і подразнення м'язових нервів впливає на центральну нервову систему, а через неї на роботу серця, органів кровообігу і дихання.

Результати дослідження. Вихідні показники до експериментальної роботи. Проба Штанге і проба Генчі в основній і контрольній групах були зареєстровані на межі середнього і нижче середнього рівнів: проба Штанге (с) в ОГ – $42,86 \pm 0,662$, у КГ – $41,84 \pm 0,779$; проба Генчі (с) в ОГ – $33,48 \pm 0,451$, у КГ – $34,27 \pm 0,774$ ($p > 0,05$). Показники життєвої ємності легень (ЖЄЛ) перебували в межах середнього рівня їхнього розвитку: в ОГ – $2,51 \pm 0,642$, у КГ – $2,41 \pm 0,883$ ($p > 0,05$). Індекс Руф'є: в ОГ – $9,27 \pm 0,374$, у КГ – $7,82 \pm 0,268$ ($p > 0,05$). Початкові показники тесту Купера також перебували на одному рівні: в ОГ – $4373 \pm 8,894$, у КГ – $4372 \pm 7,675$, що дало нам змогу зробити висновок про рівність основної та контрольної груп за порівнюваними показниками.

Через чотири місяці від початку експерименту достовірні позитивні зрушення відзначено за показниками, що характеризують функціональні можливості дихальної системи тих, хто займається в дослідній групі. Так, приріст показників проби Штанге і проби Генчі в ОГ був більш значним, ніж у КГ: проба Штанге в ОГ – 21,2 %, у КГ – 12,4 %; проба Генчі в ОГ – 18 %, у КГ – 10,6 % ($p > 0,05$). Показник ЖЕЛ збільшився в ОГ на 27 %, у КГ – на 19,5% ($p > 0,05$). Зміни індексу Руф'є відбулися в обох групах: у КГ приріст показників становив 15,8 % ($p < 0,05$), у той час як в ОГ підвищення показників було значнішим – 22,5 % ($p > 0,05$). При використанні тесту Купера було отримано аналогічний результат. В ОГ відбулося достовірне поліпшення показників на 22,0 % ($p > 0,05$) порівняно з вихідним рівнем. У КГ цей показник збільшився на 18,1 % ($p < 0,05$).

В спеціальній (адаптивній) групі не проводили тестування фізичних показників, проводили фіксацію задоволеності заняттями і психоемоційний стан під час і після заняття. Загалом можна відзначити в даній групі високий рівень задоволеності та хороший емоційний фон під час занять і позитивну емоційну оцінку всього курсу занять.

Висновок. Роль фітнес-технологій під час організації занять із фізичного виховання у вищі з кожним днем зростає. Величезна кількість форм занять сприяє широкому використанню фітнес-технологій. Впровадження фітнес-технологій у навчальний процес з фізичного виховання сприяє підвищенню інтересу бажання брати участь у навчальних заняттях і отримувати позитивні емоції, стимулює здобувачів до самостійних занять. Після впровадження фітнес-програм, як варіативної форми занять з фізичного виховання, відбулася позитивна зміна у ставленні здобувачів до занять фізичною культурою, відбулося підвищення психоемоційного статусу та фізичних показників, підвищенню мотивації до тренувань.

МЕТОДИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ УРАЖЕННІ ОРГАНІВ СЛУХУ ВНАСЛІДОК БОЙОВИХ ДІЙ

Кравець С.В., Азізова А.Б.

Одеський національний медичний університет

Ключові слова: ураження слуху, бойові дії, фізична реабілітація, компенсаторні механізми, координація, психоемоційний стан, функціональний стан, вестибулярна реабілітація, рівновага, нейропластичність, мультисенсорна

інтеграція, індивідуалізований підхід, аудіологічне обстеження, вестибулярне тестування, психоемоційна оцінка, якість життя, соціальна інтеграція.

Актуальність: Ураження органів слуху складає значну проблему для військовослужбовців та цивільних осіб, які зазнали впливу бойових дій. Акустичні травми, вплив вибухових хвиль та інші фактори можуть приводити до тимчасової або постійної втрати слуху, що істотно позначається на якості життя, комунікації та соціальній інтеграції постраждалих. Фізична реабілітація, орієнтована на відновлення компенсаторних механізмів, підвищення координаційних здібностей та покращення психоемоційного благополуччя, є важливим елементом комплексного підходу до реабілітації осіб з порушеннями слуху, зумовленими бойовими діями.

Мета роботи: Визначити та обґрунтувати ефективні методи фізичної реабілітації для покращення функціонального стану осіб з ураженнями органів слуху, спричиненими бойовими діями.

Матеріали та методи: Проведено аналіз та узагальнення даних методичної та наукової літератури, стосовно даної проблеми.

Результати дослідження: Аналізуючи матеріали наукових статей, методичної та наукової літератури щодо фізичної реабілітації, що включає результати досліджень з фізичної реабілітації при порушеннях слуху різної етіології, а також дослідження, присвячені реабілітації військовослужбовців після бойових травм. Розглядаються методи вестибулярної реабілітації, тренування рівноваги та координації, кінезіотерапія, ерготерапія, а також психофізіологічні методи. Реабілітація, вимагає комплексного підходу, що враховує не лише прямі наслідки втрати слуху, але й супутні вестибулярні порушення, проблеми з рівновагою та координацією, а також психоемоційний стан постраждалих. Бойові дії часто призводять до акустичних травм, контузій, які можуть одночасно ушкоджувати слуховий та вестибулярний апарати, а також спричиняти посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та інші психологічні проблеми.

Ефективність методів фізичної реабілітації ґрунтується на наступних принципах: Нейропластичність: Мозок має здатність до структурної та функціональної перебудови у відповідь на досвід та тренування. Фізичні вправи та спеціальні терапевтичні підходи стимулюють нейропластичні процеси, сприяючи компенсації втрачених функцій. Мультисенсорна інтеграція: Порушення слуху змінюють спосіб отримання інформації про навколишній світ. Фізична реабілітація навчає мозок ефективніше використовувати інші сенсорні канали (зорову, пропріоцептивну, тактильну) для орієнтації та підтримки рівноваги. Вестибулярно-окулярний рефлекс (ВОР) та вестибуло-спінальний рефлекс (ВСП): Ці рефлекс є ключовими для стабілізації погляду під час рухів

голови та підтримки рівноваги тіла. Ураження внутрішнього вуха порушує ці рефлекси, а вестибулярна реабілітація спрямована на їх відновлення та адаптацію. Пропріоцепція та кінестезія: Відчуття положення тіла в просторі та відчуття руху є критично важливими для рівноваги та координації. Спеціальні вправи покращують усвідомлення тіла та сприяють автоматизації рухів. Психоемоційний вплив: Фізична активність має позитивний вплив на настрій, знижує рівень стресу та тривожності, що є особливо важливим для осіб, які пережили травматичні події. Покращення фізичного стану сприяє підвищенню самооцінки та впевненості. Реабілітаційний процес повинен бути індивідуалізованим та базуватися на ретельній оцінці функціонального стану пацієнта, включаючи: Аудіологічне обстеження: Визначення типу та ступеня втрати слуху. Вестибулярне тестування: Оцінка функції вестибулярного апарату (відеоністагмографія, калоричні проби, стабілографія). Оцінка рівноваги та координації: Використання спеціальних тестів (тест Ромберга, тест ходьби по тандему, тест піднімання зі стільця). Оцінка пропріоцепції: Тести на визначення положення кінцівок у просторі з закритими очима. Оцінка психоемоційного стану: Використання опитувальників для виявлення симптомів тривоги, депресії, ПТСР. Оцінка функціональних можливостей: Оцінка здатності до самообслуговування, побутової та професійної діяльності.

На основі результатів обстеження розробляється індивідуальна програма фізичної реабілітації.

Висновок: Застосування комплексу методів фізичної реабілітації є важливим компонентом у відновленні функціонального стану та покращенні якості життя осіб з ураженнями органів слуху, отриманими внаслідок бойових дій. Індивідуалізований підхід, врахування супутніх травм та психоемоційного стану є ключовими факторами успішної реабілітації.

МЕТОДИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ ПАРКІНСОНА

Кравець С.В., Середовська В.Ю., Івасик Я.С.
Одеський національний медичний університет

Ключові слова: фізична терапія, Хвороба Паркінсона, реабілітація, вправи, ерготерапія, когнітивна підтримка, стійкість, баланс

Актуальність. Хвороба Паркінсона – це прогресуюче хронічне захворювання центральної нервової системи, яке переважно вражає людей старшого віку. Її основні прояви – тремор, ригідність м'язів, уповільненість

рухів і постуральна нестійкість – значно обмежують щоденну активність пацієнтів. З огляду на зростання тривалості життя населення, кількість людей із цією патологією щороку зростає. Проте лише медикаментозне лікування не завжди дає стійкий ефект, особливо на пізніх стадіях. У зв'язку з цим фізична реабілітація відіграє ключову роль у збереженні функціональності, незалежності та якості життя таких пацієнтів.

Мета роботи. Визначити найефективніші сучасні методи фізичної реабілітації при хворобі Паркінсона, що сприяють покращенню рухової активності, рівноваги, психологічного стану та повсякденної самостійності хворих.

Матеріали і методи. Здійснено аналітичний огляд доказової медичної літератури, включаючи клінічні настанови, метааналізи та рекомендації неврологічних асоціацій. Основні джерела: бази *PubMed*, *Cochrane Library*, сайти ВООЗ та Європейської асоціації з питань Паркінсона.

Результати дослідження. Найбільш результативними методами реабілітації виявилися:

Кінезотерапія (рухова терапія): регулярні вправи допомагають підтримувати м'язову силу, рухливість суглобів і знижують ризик контрактур.

Баланс-тренінг: сприяє стабілізації положення тіла, запобігає падінням та покращує впевненість пацієнта у власному русі.

Елементи аеробного навантаження (ходьба, велотренажер): активізують кровообіг, підтримують серцево-судинну систему та сприяють виділенню ендорфінів.

Ерготерапія: орієнтована на адаптацію до щоденних дій, таких як одягання, приготування їжі, догляд за собою, з урахуванням обмежень пацієнта.

Когнітивно-поведінкова підтримка: особливо важлива при зниженні уваги, пам'яті та емоційній нестабільності, що часто супроводжує ХП.

Інноваційні методи: до них належать музикотерапія, танцювальні заняття (аргентинське танго), а також системи з віртуальною реальністю – вони мотивують до активності, урізноманітнюють тренування та сприяють соціальній інтеграції.

Висновки. Фізична реабілітація при хворобі Паркінсона має бути персоналізованою, довготривалою і багатокomпонентною. Поєднання класичних і сучасних методів дозволяє зменшити рухові порушення, покращити якість життя та емоційний стан пацієнтів. Активна участь у реабілітаційному процесі, підтримка родини та залучення міждисциплінарної команди – основа ефективного відновлення.

ДОСВІД РОБОТИ ЕРГОТЕРАПЕВТА У МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНІЙ КОМАНДІ ФІЗИЧНОЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Маковецька К.М., Янгічер О.П., Зайцев А.С.

*ДНП «Український медичний центр реабілітації матері та дитини
МОЗ України»*

Актуальність. Ерготерапія – комплекс реабілітаційних заходів у особи із порушенням психічних або фізичних функцій організму, спрямованих на відновлення повсякденної діяльності людини із урахуванням наявних фізичних обмежень. Для підвищення ефективності процесів ерготерапії матері та дитини, комплекс реабілітаційних заходів доцільно проводити із залученням мультидисциплінарної команди в спеціалізованому відділенні фізичної та реабілітаційної медицини Українського Медичного центру реабілітації матері та дитини МОЗ України (далі – УМЦР).

Мета роботи: доведення у скороченій формі результатів отриманого практичного досвіду роботи з дітьми ерготерапевта та фізичного терапевта в мультидисциплінарній команді фізичної та реабілітаційної медицини у ДНП «Український медичний центр реабілітації матері та дитини МОЗ України» м. Одеси.

Об'єкти діяльності: функції та активність людини, їх порушення та корекція з метою відновлення повноцінної життєдіяльності відповідно до бажань і потреб людини в умовах довкілля.

В цій науково-практичній публікації наведено досвід роботи фізичного та ерготерапевта в мультидисциплінарній команді фізичної та реабілітаційної медицини, зокрема – в роботі з дітьми, які мають складні порушення розвитку: розлади мовлення, дитячий церебральний параліч, гідроцефалію та судомну готовність.

До мультидисциплінарної команди УМЦР входять: лікар фізичної та реабілітаційної медицини, фізичний терапевт та ерготерапевт, логопед (терапевт мови та мовлення), психолог, медична сестра. За потребою у роботу команди може залучатися логічно необхідний спеціаліст медичного закладу, яким часто є дитячий невролог. Кожен має власну зону відповідальності, але всі об'єднані спільною метою: підвищити функціональну незалежність дитини та якість її життя. Активну участь у роботі мультидисциплінарної команди приймають батьки або інші члени родини дитини, що надзвичайно важливо. Роль ерготерапевта – допомогти дитині адаптуватися до повсякденного життя. Це базові, але критично важливі речі: самостійне харчування (зокрема – з

використанням адаптованого посуду), одягання, особиста гігієна, комунікація, ігрова діяльність, підготовка до навчання, побутова самостійність.

Наприклад, діти з гідроцефалією часто мають знижений м'язовий тонус, швидко втомлюваність і труднощі з концентрацією. Для ефективної роботи їм потрібні чітка структура заняття, часта зміна активностей, візуальні підказки, таймери, мотиваційні стимули. У випадку дітей із судомною готовністю важливе завдання – безпека. Ми уникаємо тригерів: різких звуків і світла, надмірного навантаження. Завдяки взаємодії лікаря та психолога ми контролюємо емоційний стан дитини, щоб запобігти перевантаженню.

Ерготерапевт розробляє для таких дітей візуальні розклади дня, адаптовані сценарії побутових дій, інтегрує ігрові завдання для розвитку виконавчих функцій. Невід'ємна складова процесу – активна участь родини. Завжди включаються батьки дитини у планування втручання: разом визначаються цілі, які справді важливі саме для цієї дитини – наприклад, тримати чашку, сидіти за столом, вдягатися без стресу. Батьки проходять коротке навчання, як безпечно та ефективно підтримувати розвиток вдома. Співпраця в команді – це не тільки обмін інформацією, а й постійний процес координації, планування, перегляду та коригування індивідуального плану втручання. Команда разом проводить оцінювання за МКФ, формулює функціональні цілі, розподіляє ролі, аналізує прогрес і коригує дії. Такий підхід дозволяє уникати дублювання функцій та суперечливих рекомендацій, забезпечуючи сталий прогрес. Робота з такими дітьми вимагає не лише професійних знань, а й гнучкості, емпатії, здатності помічати потенціал навіть у найменших кроках реабілітаційного процесу. Саме завдяки команді, фахівці, отримують сили, щоб рухатися вперед разом із дитиною та її родиною, і таким чином, ерготерапія – це про сенс життя. Про повернення дитині її природного права бути активною, самостійною, щасливою. І це можливо лише у взаємодії різних фахівців.

Приклад з нашої практики: хлопчик Єгор, віком 5 років, має складну неврологічну патологію: гліома хізмально-гіпоталамічної ділянки та зорових трактів обох очей, гідроцефалію, атрофію зорового нерва, афазію та дисфагію; є затримка розвитку та формування навичок; з 3-ох місяців хлопчик постійно спостерігається лікарями; у 5-ть місяців виявлено пухлинний процес, згодом проведено операцію та курс хіміотерапії. На даний час у нашому Центрі Єгор проходить комплексну реабілітацію: ерготерапію, фізичну терапію, психолого-педагогічну корекцію, фізіотерапію та масаж.

Отримані досягнення: 1) фізична терапія: покращення м'язового тону, зростання сили м'язів спини (за мануальним тестуванням), покращення статичної та динамічної – краще стоїть, впевненіше піднімає тулуб; 2) ерготерапія

та психо-педагогічна корекція: Єгор почав відпрацьовувати етикет обличчя, краще тримає ложку, зріс рівень мотивації до самообслуговування. Пріоритети на майбутнє – продовження як стаціонарної, так і амбулаторної реабілітації в комфортному, адаптованому середовищі. Ми спостерігаємо позитивну динаміку у формуванні навичок самообслуговування, що стало можливим завдяки створенню підтримуючого психоемоційного клімату та роботі над когнітивними функціями. При цьому, за принципами сімейної реабілітації, підтримка надається також мамі Єгора – пані Наталі. Вона є активною учасницею команди та важливою ланкою в успіху сина.

На підставі законодавства України, організаційно-правових документів, медичних інструкцій та протоколів виконання робіт з реабілітації, інших літературних джерел, під час функціонування ДНП «Український медичний центр реабілітації матері та дитини МОЗ України» м. Одеси:

А) в процесі виконання процедур ерготерапії фахівці нашого Медичного Центру: 1) сприяють набуттю людьми з обмеженнями життєдіяльності максимального рівня функціональності та незалежності в усіх аспектах життя через терапевтичне використання заняттєвої активності та активних реабілітаційних технологій, відновленню у них фізичного, соціального та психічного здоров'я, поверненню людини до нормального соціального, професійного та побутового функціонування, відновлення автономності, інтеграції її у суспільство у закладах охорони здоров'я, освіти, соціального захисту та за їх межами; 2) проводять обстеження, оцінювання та тестування окремих пацієнтів або груп; визначають причини та рівень обмеження життєдіяльності на основі обстеження структур і функцій організму людини; оцінюють активність людини, напрямок та ступінь впливу контекстових факторів на її заняттєву активність; 3) у співпраці з пацієнтом визначають реабілітаційні цілі, розробляють і впроваджують програму ерготерапії у рамках індивідуальної програми реабілітації; 4) працюють з пацієнтами усіх вікових категорій з неврологічними, ортопедичними патологіями, сенсорними розладами, психічними, серцево-судинними та іншими захворюваннями; 5) здійснюють реабілітаційні заходи з метою розвитку, відновлення або компенсації функцій організму людини, які обмежують життєдіяльність та функціональну незалежність, включаючи рухові, нейром'язові, розумові, сенсорно-перцептивні, когнітивні та емоційно-регуляторні функції; 6) застосовують: терапевтичні вправи, терапевтичні заняття, преформовані фізичні чинники, моделюють та виготовляють ортези з метою підтримки постраждалих структур організму людини у рамках індивідуальної програми реабілітації; методики корекції сенсорних, когнітивних та моторних функцій,

пов'язаних із проблемами харчування; методики підвищення мотивації хворих; 7) сприяють розширенню і покращенню заняттєвої участі пацієнта в усіх сферах: активності повсякденного життя (самообслуговуванні, самодогляді та догляді за іншими особами), професійній діяльності, дозвіллі, грі, освіті, соціальній участі, відпочинку і сні; 8) на основі результатів реабілітаційного ерготерапевтичного обстеження надають рекомендації: щодо обладнання і технології підтримки для підвищення функціональної незалежності та соціально-побутової адаптації, включаючи технічні та інші засоби реабілітації; щодо влаштування доступного і безпечного функціонального середовища вдома, на роботі, в громадських місцях, у соціальному оточенні осіб з обмеженими фізичними, когнітивними та емоційними можливостями; родичам та опікунам щодо виявлених порушень і шляхів досягнення особами з обмеженими фізичними, когнітивними та емоційними можливостями максимальної незалежності і нормального рівня здоров'я, залучають їх до планування і виконання домашніх програм реабілітації; щодо залучення інших фахівців сфери охорони здоров'я (у межах компетенції ерготерапев); 9) співпрацюють з лікарями фізичної та реабілітаційної медицини, фізичними терапевтами, фахівцями освіти (спеціальної освіти), терапевтами мови та мовлення (логопедами), фахівцями психічного здоров'я, соціальними працівниками.

Б) практика ерготерапевта Медичного Центру розповсюджується на: 1) оцінку факторів, які впливають на повсякденні види діяльності людини: структури організму (опорно-руховий апарат, нервову, серцево-судинну систему і т. д.); функції організму (нейром'язові, сенсорно-перцептивні, зорові, психічні, когнітивні, тощо); уміння і навички, включаючи моторику і праксис, сенсорно-перцептивні навички, емоційну регуляцію, когнітивні, комунікативні і соціальні навички; фізичне і соціальне середовище; культурні, особистісні, часові та віртуальні контексти, які впливають на заняттєву активність; звички, ролі, моделі поведінки; цінності пацієнта; переконання та духовність пацієнта; 2) методи та/або підходи, обрані для терапевтичного втручання: розвиток, покращення, відновлення навички чи вміння; компенсація, модифікація чи адаптація діяльності або середовища для підтримки заняттєвої активності або попередження травми, прогресування хвороби; підтримка навички з метою попередження прогресування хвороби, погіршення функціонального стану; профілактика або попередження травматизму; 3) втручання і процедури, обрані для терапевтичного втручання з метою покращення якості і безпеки виконання повсякденних видів діяльності: терапевтичне використання занять, вправ і діяльності; розвиток повсякденних видів діяльності, побутових навичок, а також

навичок, необхідних для здійснення освітньої чи професійної діяльності, інтеграції у суспільство; розвиток, відновлення чи компенсація нейром'язових, сенсорно-перцептивних, зорових, психічних чи когнітивних функцій організму; навчання членів сім'ї, опікунів, тощо; консультативна допомога для організацій; модифікація середовища (житлові, робочі, навчальні, громадські приміщення), адаптація діяльності, застосування принципів ергономіки; оцінка індивідуальних потреб, дизайн, виготовлення, примірка, корекція, функціональне тренування використання ортезів, протезів, адаптивного обладнання і позиціонування; оцінка, рекомендації і навчання способів покращення функціональної мобільності, включаючи оперування інвалідними візками чи засобами пересування; реабілітація осіб з порушеннями зору.

Висновки. 1. Ерготерапія в «Українському медичному центрі реабілітації матері та дитини МОЗ України» у м. Одеса охоплює комплекс заходів, спрямованих як на відновлення виконання хворими повсякденних функцій організму, так і на створення комфортних умов життя, адаптацію середовища для людей з особливими потребами, забезпечення можливості відновлення їх трудових навичок та забезпечення їхньої соціальної адаптації. 2. Отримані результати практичної роботи у цьому Медичному Центрі реабілітації матері та дитини доводять, що лише командна взаємодія дозволяє створити справді ефективне, безпечне та індивідуалізоване реабілітаційне втручання. Адже потреби таких дітей надзвичайно комплексні, і жоден спеціаліст не може охопити їх самотужки.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ СИСТЕМИ БЕСТ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Мартинюк О.А.

Одеський національний медичний університет

Зростання захворюваності на остеоартроз, схильність його до циклічного перебігу, часті рецидиви, відносно короткі ремісії після курсу лікування, високі показники тимчасової та стійкої втрати працездатності та інвалідизація, обумовлюють медичну, соціальну та економічну значущість цієї проблем.

Незважаючи на використання у лікуванні артрозу сучасних медикаментозних засобів, розробку і впровадження нових лікувальних технологій, інвазійних технологій, суттєвих успіхів у терапії та профілактиці цього захворювання досягти не вдається. Цифри захворюваності не тільки не знижуються, але мають тенденцію до зростання. У віці старшому за 65 років,

понад половини населення всього світу хворіють на артроз (68% жінок, 58 % чоловіків), а показники непрацездатності, зумовлені артрозом, за останнє десятиріччя зросли у 3–5 разів. Зокрема, деформуючим остеоартрозом страждають від 7 до 22% людей, жінки хворіють у 2 рази частіше ніж чоловіки.

Проблема лікування остеоартрозу до останнього часу ще повністю не вирішена і відносно тактики фізичної терапії та реабілітації. Сучасні заходи консервативного лікування тільки призупиняють на деякий час прогресування патологічних деструктивно-дистрофічних змін в суглобах, і не в змозі кардинально вплинути на перебіг захворювання.

В нашому дослідженні представлена перше розроблена концепція терапії та реабілітації артрозу крижово-клубового суглоба на основі методики фізичної реабілітації за системою БЕСТ. Було переведено клінічне дослідження особливостей навантаження елементів кінематичного ланцюга «поперековий відділ хребта – крижово-клубовий суглоб – таз», а також особливості пасивної стабілізації крижово-клубового суглоба за умов нахилу таза, крижі, асиметрії ширини суглобових щілин у фронтальній площині та різних варіантів поперекового лордозу в сагітальній площині за допомогою інноваційної системи фізичної реабілітації БЕСТ.

Остеоартроз – це найпоширеніше захворювання суглобів з ураженням як великих, так і дрібних суглобів. Початок остеоартрозу провокується дуже різними факторами, включаючи порушення розвитку, обміну речовин та суглоба, але в будь-якому випадку до патологічного процесу залучаються всі тканини суглоба, особливо страждає хрящова тканина.

Характерною ознакою ушкодження хряща при остеоартрозі є втрата матриксних речовин, що об'єднуються терміном «глікозаміносультат». Прогресивне зниження вмісту хондроїтинсультату, кератансультату та гіалуринової кислоти супроводжується розщепленням волокон і розкладанням матриксу з утворенням поверхневих дефектів та тріщин різної глибини. Однак, справжня причина остеоартрозу досі незрозуміла.

Система БЕСТ- це комплексний підхід до пацієнта, та можливості системного впливу на різні системи людини (кровотворну, лімфатичну, гормональну та інші).

Засновниками цієї методики були Зуєв Є.Й., він був основоположником методики (старший науковий співробітник НДІ фізичної культури, лікар-практик). Активним новатором та продовжувачем став Березовський О.М. (доктор натуральної медицини, академік ЕАЕН, член Української Національної Товариства натуральної медицини, володар медалі імені Альберта Швейцера «За гуманізм і служіння народу).

Ця унікальна методика існувала і Одесі з 1988 р. До 2022 року в Одесі працювало більше 20 реабілітологів. Зараз реабілітологи БЕСТ практикують по всім куточкам України, Європи та світу.

Відмінною особливістю методів терапії є гармонічний сплав різних прийомів і технік нетрадиційної медицини, які існують у світі, так в системі БЕСТ поєднуються методи китайської традиційної медицини, індійської його-терапії, адаптованої слов'янської медицини та сучасних напрямків психотерапії.

Удосконалена методика фізичної терапії БЕСТ для осіб зрілого віку з деформуючим остеоартрозом враховувала індивідуальний підхід до кожного пацієнта, залежала від перебігу остеоартрозу, складалась з трьох періодів і охоплювала різні підходи до формування комплексу вправ реабілітації БЕСТ.

На підставі відомих уявлень про ККС, як унікальний суглоб, що з'єднує хребет, таз і нижні кінцівки, результатів власних досліджень особливостей ККС і його зв'язок методом кінцевих елементів і верифікації цих даних у хворих з артрозом ККС, дослідження м'язів стабілізаторів ККС і вертикального положення тіла, ми пропонуємо концептуальну модель терапії та реабілітації за системою БЕСТ.

Для гострої фази було розроблено комплекс заходів для знеболення та відновлення функції суглобів, зниження тонуусу м'язів. Була розроблена програма терапії з 3-х етапів, для досягнення стійкого позитивного результату лікувально-відновлювальних процесів.

Представимо фрагмент результатів проведеної терапії для учасника Ірина К. жінка 1965 р. н. звернулась 1.11.2023 року, із скаргами на постійний біль у тазостегнових та колінних суглобах. Медикаментозні препарати не допомагали, постійний біль відчувала протягом року.

Діагноз МР-ознаки правобічного коксартрозу II-III ст, лівобічного коксартрозу I ст., феморо-ацетабулярного імпінджменту за «рапсег» типом білатерально, пошкодження ацетабулярної губи справа, дегенеративні зміни ацетабулярної губи зліва, лігаментопатія круглої зв'язки справа, двобічний snspring-синдром, двобічний синовіт КС.

За обраний для дослідження термін терапії було проведено 10 сеансів фізичної реабілітації за системою БЕСТ в період з 1.11.2021-10.03.2022 рр. Терапія буде проводиться і далі до покращення результатів. Спочатку періодичність була: 3 сеанси 1 р. на тиждень; 2 сеанси 1 раз на 2 тижня; 2 сеанси 1 раз на три тижня; 3 сеанси 1 раз на тиждень.

За результатами анкетування відчуття болю знизилось після 1 сеансу, значно знизилось після 3 сеансу. Опора на обидві ноги відбулась після 2

сеансу. Ходити стало легше після 3 сеансу. Колінні суглоби перестали боліти після 2 сеансу. Після 4 сеансу почала боліти спина, оскільки змінився характер ходи. Відмічено зниження остеопорозу великої гомілкової кістки.

Після 1 сеансу перестала скаржитися на біль в сідничному нерві, головний біль, постійну втому та безсоння.

ДОСВІД ІНТЕГРАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ІНФРАСТРУКТУРИ У ПРИРОДНЕ СЕРЕДОВИЩЕ: ПРИКЛАД МІСЬКОЇ ЛІКАРНІ №8 м. ОДЕСА

Мемрук С.А.

КНП «Міська лікарня №8» ОМР

Актуальність теми. Сьогодні реабілітація не обмежується тільки відновленням фізичних функцій. Сучасні підходи дедалі більше зосереджені на створенні середовища, яке допомагає людині повернутися до повноцінного життя – фізично, психологічно та соціально. Особливе значення має інтеграція природного простору у реабілітаційний процес. Поєднання тренувальних зон, що відтворюють умови реального життя, із природними чинниками істотно підвищує ефективність відновлення. Адже саме в таких умовах пацієнти не тільки тренують рухові навички, а й поступово відновлюють впевненість у собі, навчаються орієнтуватися у навколишньому світі та долати життєві труднощі.

Об'єкт аналізу. Міська лікарня №8 м. Одеса – це сучасний медичний заклад, який впевнено інтегрує інноваційні підходи у сфері реабілітації. Однією з переваг закладу є його унікальне розташування: лікарня знаходиться в парковій зоні поблизу морського узбережжя. Такий природний ландшафт створює ідеальні умови для комплексного оздоровлення, сприяючи не тільки фізичному відновленню, а й психоемоційній стабілізації пацієнтів.

Інфраструктура реабілітації. У структурі Міської лікарні №8 м. Одеса створено спеціалізовані тренувальні майданчики, що імітують елементи навколишнього середовища. Вони є невід'ємною складовою фізичної реабілітації пацієнтів із порушеннями опорно-рухового апарату та функцій просторової орієнтації.

Майданчики включають різноманітні типи покриттів (пісок, гравій, плитка, трава), елементи штучних перешкод (бордюри, сходи, пандуси), а також тактильні та візуальні орієнтири, інтегровані з аудіопідказками для покращення навігації. Таке комплексне середовище дозволяє моделювати умови повсякденного життя, забезпечуючи пацієнтам можливість безпечно тренувати навички пересування, рівноваги та орієнтування у просторі.

Переваги інтегрованого підходу. Поєднання спеціалізованих тренувальних майданчиків із природним ландшафтом сприяє підвищенню ефективності реабілітаційного процесу. Зокрема, відзначається покращення фізичної витривалості, розвитку координаційних навичок, зниження рівня тривожності та психоемоційного напруження у пацієнтів. Водночас формується стійка мотивація до самостійного пересування та активного способу життя, що в подальшому підвищує рівень функціональної незалежності та загальної якості життя осіб, які проходять реабілітацію.

Рекреаційні можливості. Розташування лікарні створює оптимальні умови для впровадження рекреаційних програм, які включають лікувальну ходьбу, дихальну гімнастику, елементи аеробних вправ на свіжому повітрі. Рекреаційна активність є важливою складовою комплексної реабілітації, оскільки сприяє не лише фізичному оздоровленню, але й покращенню психоемоційного стану пацієнтів, їх соціальній адаптації та поверненню до активної участі у повсякденному житті.

Висновки. Досвід Міської лікарні №8 м. Одеса демонструє ефективність комплексного підходу до реабілітації, що передбачає інтеграцію сучасної інфраструктури у природне середовище. Поєднання фізичної реабілітації, рекреаційних заходів та програм формування здорового способу життя забезпечує не лише високі результати фізичного відновлення, а й сприяє психоемоційному оздоровленню пацієнтів. Реалізація такого підходу істотно підвищує ефективність відновлювальних програм, полегшує процес соціальної адаптації та створює передумови для повернення пацієнтів до активного, повноцінного життя.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ КІЛЬКОСТІ РУХІВ ЗУБНОЇ ЩІТКИ ДЛЯ ДОСЯГНЕННЯ ОПТИМАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Михайлова А.О., Герасимова І.В.

Одеський національний медичний університет

Актуальність. Гігієна ротової порожнини є важливою складовою загального здоров'я людини. Вона відіграє ключову роль у профілактиці стоматологічних захворювань, включаючи карієс, гінгівіт та пародонтит. Одним з основних методів підтримки здоров'я зубів та ясен є щоденне чищення зубів з використанням правильної техніки та не менше двох разів на день. Однак у літературі відсутня єдина думка, скільки часу потрібно чистити зуби. Деякі

джерела радять чистити зуби 2 хвилини, інші пропонують збільшувати час до 3-5 хвилин для більш ретельного очищення. Одні експерти вважають, що 8-10 рухів зубною щіткою достатньо, щоб очистити один зуб, інші наполягають на кількості 15-20 рухів. Через відсутність єдиного стандарту у пацієнтів може скластися хибне уявлення про індивідуальну гігієну, що може знизити ефективність профілактики стоматологічних захворювань.

Мета: Емпіричним методом визначити мінімальну кількість рухів зубної щітки, необхідну для досягнення оптимального рівня гігієни ротової порожнини.

Матеріали та методи. Для досягнення поставлених завдань було досліджено 10 осіб різного віку та статі від 20 до 43 років. Чищення зубів проводилося методом Басса з допомогою мануальної щітки. Досліджувані чистили зуби починаючи з 10 рухів зубною щіткою на один сегмент (кількість зубів, що покривається робочою поверхнею щітки) збільшуючи кожен наступний день кількість рухів на один поки кількість рухів не досягла 20. Використовувалися такі методи оцінки:

- Візуалізація нальоту за допомогою фарбувальних препаратів.
- Суб'єктивна оцінка учасників.

Висновок. Проведене дослідження показало, що мінімальна кількість рухів зубною щіткою для якісного видалення нальоту складає 17-20 рухів на один сегмент зубів. Збільшення кількості рухів до 20 забезпечує максимальне очищення зубів, що підтверджується даними візуалізації нальоту. Суб'єктивна оцінка учасників збіглася з об'єктивними даними і сприяла мотивації надалі дотримуватися цієї методики чищення зубів.

РЕАБІЛІТАЦІЯ МАЙБУТНЬОГО: ЗАСТОСУВАННЯ РОБОТИЗОВАНИХ СИСТЕМ У ВІДНОВЛЕННІ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ

Моторна К.А.

Одеська обласна клінічна лікарня

Актуальність теми: Інсульт залишається однією з провідних причин смертності та інвалідності в Україні. За даними Міністерства охорони здоров'я, щороку в країні реєструється понад 130 тисяч випадків інсульту, з яких близько 35% припадає на осіб працездатного віку .

Смертність від інсульту в Україні залишається високою: до 40% пацієнтів помирають протягом першого місяця після події, а близько 50% – протягом року.

Внаслідок повномасштабної війни в Україні кількість інсультів зросла на 16%, а середній вік пацієнтів знизився на 10-15 років .

Відновлення ходи після інсульту є ключовим аспектом реабілітації, оскільки порушення рухових функцій значно знижує якість життя пацієнтів. Традиційні методи реабілітації не завжди забезпечують достатню ефективність, особливо у випадках тяжких порушень. У цьому контексті застосування екзоскелетів – роботизованих пристроїв, що підтримують та стимулюють рухи пацієнта, – відкриває нові можливості для відновлення ходи. Екзоскелети дозволяють проводити інтенсивні, повторювані тренування, що сприяє нейропластичності та покращенню моторних функцій.

Таким чином, впровадження екзоскелетів у процес реабілітації після інсульту є актуальним напрямом, який може суттєво покращити результати відновлення та якість життя пацієнтів.

Мета дослідження: Метою даного дослідження є комплексна оцінка ефективності застосування екзоскелетів у процесі реабілітації ходи пацієнтів, які перенесли інсульт. Зокрема, дослідження спрямоване на:

1. Визначення впливу роботизованої реабілітації на покращення моторної функції нижніх кінцівок, зокрема відновлення симетричності кроку, підвищення стабільності та швидкості ходи.

2. Порівняння результатів реабілітації за допомогою екзоскелетів із традиційними фізіотерапевтичними методами, які базуються на мануальній роботі терапевта, механотерапії та пасивних тренажерах.

3. Аналіз динаміки змін функціонального стану пацієнтів за допомогою валідованих клінічних шкал, таких як:

- Functional Ambulation Classification (FAC),
- 6-Minute Walk Test (6MWT),
- Modified Rankin Scale,
- Berg Balance Scale.

4. Оцінка безпечності та переносимості екзоскелетної терапії для пацієнтів із різним ступенем неврологічного дефіциту після інсульту.

5. Визначення оптимальних умов і термінів впровадження екзоскелетів у реабілітаційний процес, а також розробка рекомендацій щодо їх інтеграції в мультидисциплінарну модель відновлювального лікування.

6. Вивчення впливу екзоскелетної терапії на психоемоційний стан пацієнтів та їхню мотивацію до активної участі у реабілітаційному процесі.

Таким чином, дослідження має на меті не лише підтвердити ефективність екзоскелетів як інструменту фізичної реабілітації, але й обґрунтувати їх роль у формуванні нової моделі персоналізованої, технологічно підтриманої медичної допомоги після інсульту.

Матеріали і методи: У дослідженні брали участь 60 пацієнтів, які перенесли ішемічний або геморагічний інсульт протягом останніх 6 місяців.

Усі пацієнти мали клінічно підтверджене порушення функції ходи та були направлені на курс фізичної реабілітації. Середній вік: $58,3 \pm 9,4$ років. Гендерний склад: 32 чоловіки, 28 жінок. Критерії включення: стабільний неврологічний стан, можливість проходження вертикалізації, відсутність тяжких когнітивних порушень. Критерії виключення: активна фаза серцево-судинної недостатності, порушення опорно-рухового апарату, що унеможливають використання екзоскелету.

Групи дослідження:

- Основна група ($n=30$): пацієнти проходили курс реабілітації з використанням мобільного екзоскелету ZEPU-A11

- Контрольна група ($n=30$): пацієнти проходили стандартний курс фізичної терапії без роботизованої підтримки.

Методика реабілітації: Курс тривав 4 тижні, з частотою 5 занять на тиждень.

У сесіях з екзоскелетом пацієнти проходили від 300 до 800 метрів за одне тренування з поступовим збільшенням навантаження.

Методи оцінки ефективності: Для оцінки динаміки відновлення використовувались клінічно валідовані шкали:

- FAC (Functional Ambulation Category) – рівень самостійності при ходьбі.
- 6MWT (6-Minute Walk Test) – функціональна витривалість.
- Berg Balance Scale (BBS) – оцінка рівноваги.
- Modified Rankin Scale (mRS) – ступінь загальної інвалідизації.
- SF-36 – якість життя.

Оцінювання проводилося до початку, після закінчення курсу та через 3 місяці після завершення терапії.

Статистична обробка: Дані аналізувались за допомогою програмного забезпечення SPSS, використовувались методи варіаційної статистики, порівняння середніх (t-критерій Стьюдента), рівень значущості встановлено на рівні $p < 0,05$.

Результати: Після завершення 4-тижневого курсу реабілітації були отримані наступні клінічні та функціональні показники у пацієнтів обох груп.

1. Поліпшення функції ходи (за шкалою FAC).

- У основній групі (з екзоскелетом) середній бал за шкалою FAC зріс з $2,1 \pm 0,6$ до $4,2 \pm 0,8$ ($p < 0,01$).

- У контрольній групі – з $2,0 \pm 0,7$ до $3,1 \pm 0,9$ ($p < 0,05$).

Висновок: темпи покращення у групі з екзоскелетом були статистично значущо вищими.

2. Витривалість та дистанція ходи (6MWT).

- Пацієнти з основної групи продемонстрували збільшення середньої дистанції з 110 м до 265 м.

- У контрольній групі – з 115 м до 180 м.

Різниця між групами також була достовірною ($p < 0,05$).

3. Покращення рівноваги (Berg Balance Scale)

- Основна група: з $31,2 \pm 4,5$ до $45,7 \pm 5,2$.

- Контрольна група: з $30,9 \pm 4,7$ до $38,1 \pm 5,6$.

Різниця показує позитивний вплив екзоскелету на відновлення пострального контролю.

4. Рівень інвалідизації (Modified Rankin Scale)

- Частка пацієнтів з оцінкою 0–2 (мінімальні обмеження) зросла з 10% до 46% у основній групі.

- У контрольній групі – лише до 26%.

5. Якість життя (SF-36)

У пацієнтів, які використовували екзоскелет, спостерігалось покращення в фізичному та емоційному доменах. Суб'єктивно вони відмічали підвищення впевненості у власних силах, менше емоційне виснаження та більшу мотивацію до активності.

6. Побічні ефекти та безпечність

Жоден пацієнт не зазнав серйозних ускладнень під час реабілітації з екзоскелетом. У кількох випадках відмічено незначну м'язову втому після перших сесій, яка проходила за кілька днів адаптації.

Висновки:

Застосування екзоскелетів у реабілітації пацієнтів після інсульту є ефективним засобом відновлення порушеної ходи, що підтверджено позитивною динамікою клінічних показників у порівнянні з традиційною фізіотерапією.

Пацієнти, які проходили курс роботизованої реабілітації, продемонстрували суттєво вищі показники за шкалами FAC, 6MWT, Berg Balance Scale та Modified Rankin Scale, що свідчить про більш швидке відновлення рухової функції, рівноваги та функціональної незалежності.

Використання екзоскелетів забезпечує інтенсивне, повторюване та контрольоване тренування, що стимулює нейропластичність мозку та сприяє більш глибокому відновленню після неврологічних порушень.

Безпечність та хороша переносимість екзоскелетної терапії дозволяють рекомендувати її для широкого кола пацієнтів, за умови попередньої оцінки медичних протипоказань та мультидисциплінарного супроводу.

Пацієнти, які використовували екзоскелети, мали вищий рівень мотивації та залучення до реабілітаційного процесу, що позитивно впливало на психологічний стан і якість життя.

Екзоскелети можуть стати важливою складовою нової моделі реабілітаційної медицини, що базується на принципах персоналізації, технологічної підтримки та ефективного використання ресурсів охорони здоров'я.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ (РАС)

Очаковська К.О.

Одеський національний медичний університет

Актуальність теми: Розлади аутистичного спектра (РАС) – це складні нейророзвиткові порушення, що впливають на комунікацію, поведінку та здатність до соціальної взаємодії. Кількість дітей з діагнозом аутизм зростає щороку, і це створює потребу в ефективних програмах реабілітації. Свчасна та комплексна допомога здатна значно покращити якість життя таких дітей та їхніх родин.

Мета дослідження: Проаналізувати сучасні методи реабілітації дітей з аутизмом, визначити найбільш ефективні підходи до психолого-педагогічної та соціальної адаптації дітей з РАС.

Матеріали та методи дослідження:

- Аналіз наукових джерел та практичного досвіду фахівців у сфері реабілітації.
- Вивчення програм АВА-терапії, методики ТЕАСН, елементів сенсорної інтеграції та арт-терапії.
- Узагальнення даних щодо ефективності індивідуального підходу та ранньої корекційної допомоги

Результати дослідження:

- Найефективнішими виявилися структуровані методики, зокрема прикладний аналіз поведінки (АВА) та система ТЕАСН.
- Велике значення має участь сім'ї у реабілітаційному процесі.
- Використання сенсорних кімнат, арт- і музикотерапії сприяє емоційній стабільності дитини та полегшує встановлення контакту.

- Рання діагностика і постійна міждисциплінарна підтримка (психологи, логопеди, педагоги, лікарі) є критично важливими для успіху.

Висновок: Реабілітація дітей з аутизмом – це тривалий та багатогранний процес, який вимагає індивідуального підходу, мультидисциплінарної взаємодії та активної участі родини. Правильно організована допомога значно покращує адаптацію дитини у суспільстві та її загальний розвиток.

ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ, ВИКЛИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

Панасюк І.В., Бурлака Н.І.

Одеський торговельно-економічний фаховий коледж

У сучасному суспільстві питання формування і підтримання здорового способу життя (ЗСЖ) набуває особливої актуальності. З огляду на глобальне зростання хронічних неінфекційних захворювань, поширення малорухомого способу життя, шкідливих звичок і психоемоційного перенавантаження, здоровий спосіб життя виступає не лише особистою відповідальністю людини, а й елементом загальнонаціональної стратегії охорони здоров'я. Формування культури здоров'я вимагає не лише індивідуальних зусиль, але й підтримки з боку державних і освітніх інституцій, роботодавців та засобів масової інформації.

Здоровий спосіб життя – це цілісна система поведінкових стратегій, спрямованих на збереження, зміцнення й відновлення здоров'я людини. Він охоплює раціональне харчування, достатній рівень фізичної активності, дотримання режиму праці та відпочинку, уникнення шкідливих звичок, забезпечення психоемоційної стабільності, гігієнічну грамотність і дбайливе ставлення до довкілля. Усі ці компоненти тісно взаємопов'язані, і лише їхня сукупність здатна забезпечити повноцінне функціонування організму та високий рівень життєвої активності.

Одним із ключових чинників ЗСЖ є фізична активність. Вона відіграє провідну роль у зміцненні серцево-судинної, дихальної та опорно-рухової систем, покращує обмін речовин, сприяє профілактиці ожиріння, діабету 2 типу, остеопорозу та інших захворювань. Більше того, регулярна рухова активність позитивно впливає на психоемоційний стан, зменшує рівень стресу та тривожності. Для молоді рекомендовано не менше 150 хвилин помірної аеробної активності щотижня, доповненої вправами на силу, гнучкість і координацію. В умовах освітнього середовища важливо забезпечити щоденну рухову активність студентів шляхом включення елементів фізичної культури,

активного дозвілля та рекреаційних заходів. Особливо корисними є командні ігри, спортивні секції, танцювальні студії, туризм, які дозволяють не лише покращити фізичний стан, а й сприяють соціалізації.

Рациональне харчування є ще одним наріжним каменем ЗСЖ. Сьогодні поширене вживання висококалорійної, обробленої їжі, що містить надлишок цукру, солі та трансжирів, негативно позначається на здоров'ї. Збалансований раціон повинен включати овочі, фрукти, цільнозернові продукти, нежирні білки та корисні жири. Також важливо дотримуватись режиму харчування, споживати достатню кількість води та обмежити калорійність харчування відповідно до рівня фізичної активності. Правильне харчування сприяє підтриманню оптимальної маси тіла, нормалізації обміну речовин, профілактиці дефіциту мікроелементів і вітамінів. Пропаганда культури здорового харчування має починатися з раннього віку й активно впроваджуватися в освітніх закладах, включаючи студентські їдальні та гуртожитки.

Психічне здоров'я невід'ємно пов'язане із загальним благополуччям людини. В умовах високої динаміки сучасного життя, інтенсивного інформаційного потоку та соціальної напруги, питання емоційної рівноваги виходить на перший план. Хронічний стрес, порушення сну, перевтома, соціальна ізоляція – все це негативно впливає на імунну, серцево-судинну та нервову системи. Тому важливо дотримуватися гігієни сну, використовувати техніки релаксації (медитація, дихальні вправи, арт-терапія), розвивати емоційний інтелект та підтримувати соціальні зв'язки. У разі потреби необхідно вчасно звертатися до фахівців. Створення безпечного, дружнього освітнього середовища, підтримка ментального здоров'я студентів, тренінги з саморегуляції та подолання стресу – є ключовими аспектами сучасної профілактики психоемоційних розладів.

Суттєву роль у формуванні ЗСЖ відіграє освіта. Шкільні та університетські програми мають включати не лише теоретичні знання про здоров'я, а й практичні навички: приготування здорової їжі, планування режиму дня, навички подолання стресу, принципи самоспостереження та самооцінки фізичного стану. Особливо важливо формувати усвідомлене ставлення до здоров'я у майбутніх фахівців сфери фізичної культури, спорту та педагогіки, адже саме вони виступатимуть провідниками культури здоров'я у суспільстві. Студенти педагогічних спеціальностей мають володіти не лише знаннями, а й бути прикладом для своїх майбутніх учнів, пропагуючи активний, повноцінний та гармонійний спосіб життя.

Здоровий спосіб життя також тісно пов'язаний із безпекою довкілля. Чиста вода, якісне повітря, екологічно безпечні продукти, доступ до зелених

зон – усе це формує сприятливі умови для фізичного та психічного благополуччя. Тому екологічна свідомість є невід’ємною складовою загальної культури здоров’я. Участь у природоохоронних акціях, сортування відходів, бережливе ставлення до ресурсів – це не лише відповідальність перед природою, а й внесок у власне здоров’я та здоров’я майбутніх поколінь.

Таким чином, здоровий спосіб життя є основою особистісного і професійного розвитку, запорукою довголіття, працездатності та гармонійного існування людини в сучасному світі. Його впровадження вимагає не лише індивідуальної мотивації, але й системного підходу, міждисциплінарної співпраці та соціальної підтримки.

РОЛЬ ПЕРСОНАЛІЗОВАНОГО ХАРЧУВАННЯ В МЕДИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ: ІННОВАЦІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Пилипенко Д.Г., Талалаєв К.О., Бабієнко В.В., Шанигін А.В.

Одеський національний медичний університет

Актуальність: У контексті збройного конфлікту на сході України та повномасштабної війни, питання реабілітації ветеранів набуває особливого значення. Одним із ключових, але часто недооцінених компонентів післявоєнного відновлення є індивідуальний раціон харчування (ІРХ), який має враховувати медичні, психологічні та соціальні особливості кожного ветерана. Більшість наявних реабілітаційних програм зосереджуються переважно на фізичному лікуванні, водночас питання збалансованого харчування або ігноруються, або має загальний підхід без урахування індивідуальних потреб. Наукові дослідження та світова практика свідчать, що адаптація харчування до фізіологічних і психоемоційних особливостей людини сприяє покращенню якості життя, пришвидшує одужання та зменшує ризики загострення хронічних захворювань.

Мета: Обґрунтувати важливість використання персоналізованих підходів до організації харчування ветеранів у процесі реабілітації. Розробити практичні рекомендації щодо формування ІРХ, який би враховував індивідуальні характеристики пацієнтів.

Матеріали і методи дослідження: У дослідженні було використано теоретичний аналіз міжнародних настанов із персоналізованого харчування, аналізу нормативних документів МОЗ України щодо організації харчування у медичних закладах і проведення анкетування 54 ветеранів, які проходили курс реабілітації в медичних закладах м. Одеса.

Анкета складалася з п'яти блоків: соціально-демографічна інформація; наявність хронічних і гострих захворювань; щоденні харчові звички; рівень фізичної активності та рухової залученості; оцінка якості харчування в умовах реабілітації.

Результати: Згідно з результатами досліджень, ветерани, які проходять реабілітацію, мають значні проблеми зі здоров'ям, що впливають на їхню якість життя. Зокрема, 54,7% ветеранів мають надлишкову вагу або ожиріння, що свідчить про потребу в корекції раціону та підвищенні рівня фізичної активності. Переважна більшість респондентів (77,8%) відчують тривожність і депресію, що свідчить про потребу у психоемоційній підтримці та зменшенні впливу стресових чинників. Також понад половина опитаних (61,3%) мають проблеми з опорно-руховим апаратом, що вимагає підвищеної уваги до їхнього фізичного здоров'я.

Дослідження показало, що значна частина ветеранів (52%) зменшили споживання овочів і фруктів, а 60,5% мають надлишок вуглеводів у харчуванні. Також 74,5% ветеранів знизили рівень фізичної активності після повернення з бойових дій, що погіршує їхній фізичний стан. Крім того, 58,3% ветеранів мають дефіцит важливих вітамінів і мінералів, що свідчить про потребу у зміні їхнього харчування.

Ці результати підкреслюють важливість розробки індивідуальних програм харчування та фізичних тренувань для ветеранів, зокрема в рамках їхньої реабілітації.

Висновок. Запровадження удосконалених індивідуальних раціонів харчування в умовах медичних закладів дозволить підвищити ефективність реабілітаційних програм, поліпшити фізичне та психоемоційне самопочуття ветеранів, сприяти їх соціальній адаптації та поверненню до повноцінного життя. Перспективним є розвиток міждисциплінарного підходу із залученням лікарів, дієтологів, психологів і реабілітологів.

ОСНОВИ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПСИХОМОТОРНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ

Плакіда О.Л., Філоненко О.В., Бурдін І.Є.
Одеський національний медичний університет

Психомоторні порушення у дітей – це комплексні розлади, що зачіпають рухову активність і психічну сферу дитини. Вони можуть виявлятися у вигляді затримок моторного розвитку, порушень координації, гіпер- або гіпотонусу

м'язів, а також труднощів у формуванні когнітивних та комунікативних навичок. Причинами розладів можуть бути проблеми внутрішньоутробного розвитку дитини чи пологів.

Травми головного мозку, як вроджені, так і набуті, можуть спричинити порушення в психомоторному розвитку дитини. Ці травми можуть виникнути:

- Вроджені травми: під час пологів, якщо дитина мала кисневе голодування, механічне пошкодження під час народження або інші порушення.

- Набуті травми: через нещасні випадки, падіння, травми черепа або інші ушкодження, які можуть призвести до порушення координації, моторики та когнітивних функцій. Наприклад, дитина може отримати ушкодження через ДТП чи падіння.

Також це можуть бути наслідки перинатальних уражень нервової системи, неонатальні (післяпологові) ускладнення, такі як жовтяниця, судинні порушення. Окремо виділяють генетичні та спадкові хвороби, а також дефіцит певних речовин – анемія, рахіт, целиакія та ін. На розвиток порушень у дітей також можуть вплинути ендокринні захворювання – наприклад, уроджений гіпотиреоз. Негативним фактором вважається перенесена у перші дні та місяці життя інфекційна хвороба.

Психомоторні порушення можна класифікувати за кількома критеріями:

1. За ступенем тяжкості:

- о Легкі (невеликі затримки моторного розвитку);
- о Середні (порушення координації, гіпо-і гіпертонус);
- о Тяжкі (виражені рухові розлади, повна залежність від допомоги).

2. За клінічними проявами:

- о Гіперкінетичні розлади (надлишкова рухова активність);
- о Гіпокінетичні розлади (зниження рухової активності);
- о Дистонічні порушення (неконтрольовані рухи, спастичність).

3. За характером поразки:

- о Центрального генезу (ураження головного мозку);
- о Периферичного генезу (порушення нервово-м'язової передачі).

Діагностика психомоторних порушень включає:

- Клінічне обстеження (оцінка неврологічного та моторного статусу);
- Нейрофізіологічні дослідження (ЕЕГ, ЕМГ, МРТ головного мозку);
- Психологічне тестування (оцінка когнітивного та мовного розвитку з використанням спеціальних методик, таких як тести на інтелект (WISC, Стенфорд-Біне), нейропсихологічні проби, методики оцінки мовного розвитку (Шкільний тест мовлення, логопедичні карти));

- Функціональні проби (аналіз рухів, тести на координацію та рівновагу, включаючи тест Ромберга, проби Фукуди, оцінку моторного планування (тести на послідовність рухів), виконання тонких моторних дій (наприклад, тест на малювання, застібання гудзиків, маніпуляції з дрібними предметами).

Комплексна реабілітація включає такі базові методи:

1. Медикаментозна терапія (ноотропи, міорелаксанти, нейропротектори);
2. Фізіотерапія (електростимуляція, магнітотерапія, гідротерапія);
3. Лікувальна фізкультура (ЛФК) (вправи для покращення рухової активності);
4. Масаж (поліпшення м'язового тону, стимуляція кровообігу);
5. Логопедична корекція (розвиток мови та комунікації);
6. Психологічна підтримка (психотерапія, арт-терапія, сенсорна інтеграція).

Принципи реабілітації:

- ранній початок (максимальний ефект досягається при ранньому виявленні та початку корекції);
- Комплексність (поєднання різних методів);
- Індивідуальний підхід (облік ступеня та характеру порушення);
- Безперервність (постійний моніторинг та коригування програми реабілітації);
- Включення сім'ї (навчання батьків методам корекції).

Комплексна реабілітація психомоторних порушень у дітей потребує мультидисциплінарного підходу. Сучасні методи терапії у поєднанні з традиційними дозволяють значно покращити якість життя дитини, адаптувати її до соціального середовища та максимально розвинути його потенціал.

ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАННЯ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР З РЕАБІЛІТАЦІЇ

Полянська О.С., Полянський І.Ю.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Система реабілітації в Україні активно розвивається та дає можливість відновлювати здоров'я постраждалих від російської агресії. Введення нормативно-правових актів та стандартизація професій реабілітаційних фахівців підтверджують необхідність доповнювати склад мультидисциплінарних команд для досягнення позитивних зрушень в реабілітації. Зміна концепції медсестринства на активну участь пацієнтів у власному здоров'ї вимагає перегляду освітніх програм та підготовки реабілітаційних медичних сестер.

Реформування освіти в Україні дає можливість використовувати інноваційні технології у післядипломному навчанні медичних сестер, що є одним із перспективних напрямів розвитку освіти.

Відповідно до Закону України «Про реабілітацію в сфері охорони здоров'я» медичні сестри з реабілітації мають приймати участь у роботі мультидисциплінарних реабілітаційних команд. В деяких випадках фахівці з реабілітації можуть надавати реабілітаційну допомогу самостійно згідно індивідуального реабілітаційного плану. До складу мультидисциплінарних команд поряд з лікарем фізичної та реабілітаційної медицини, фізичним терапевтом, ерготерапевтом, терапевтом мови і мовлення, соціальним працівником працює медична сестра з реабілітації, яка виконує багато функцій у наданні кваліфікованої допомоги та підтримки пацієнтів. Це потребує особливого підходу при підготовці освітніх програм для реабілітаційних медичних сестер. Підготовка медичних сестер з реабілітації є новим напрямом для закладів вищої освіти і в нашому закладі вперше розпочалась підготовка таких фахівців з реабілітації у 2024 році.

Медична сестра з реабілітації, згідно кваліфікаційних вимог, має дуже багато обов'язків: вона має проводити медсестринський догляд, забезпечувати безпеку при пересуванні пацієнта, вести документацію, виконувати доручення фахівці з реабілітації для належного проведення реабілітаційних інтервенцій (терапевтичних вправ, навчанню здорового способу життя, вертикалізації пацієнта, відновлення ходи по рівній поверхні та з перешкодами). Вона має проводити реабілітацію для оптимізації заняттєвої активності пацієнта, покращання функціонування, слідкувати за пацієнтами з гастростомією, трахеостомією, патологією сечового міхура, кишківника, надавати допомогу при пролежнях, проводити реабілітаційні інтервенції у пацієнтів, які перенесли травми спинного мозку, інсульт, інфаркт міокарда, пневмонії, переломів кінцівок, після ампутацій верхніх та нижніх кінцівок. Медичні сестри разом з фізичними терапевтами проводять терапевтичні вправи згідно індивідуального реабілітаційного плану, оцінюють життєвоважливі показники, вимірюють артеріальний тиск, число серцевих скорочень, знімають електрокардіограму, проводять динамометрію, дихальні проби. Відпрацювання практичних навичок медичними сестрами проводиться у різних відділеннях реабілітації, які працюють за програмою медичних гарантій і надають реабілітаційну допомогу стаціонарно та амбулаторно.

Необхідно навчати медичних сестер з реабілітації працювати з пацієнтами для поширення знань з відновлення функції органів і систем, навчати членів родини проведенню терапевтичних вправ при порушеннях діяльності серцево-

судинної, нервової та дихальної систем, опорно-рухового апарату, при протезуванні. Медичні сестри з реабілітації мають активно спілкуватись з пацієнтами, членами родини та членами мультидисциплінарної команди, вони навчають пацієнтів контролювати симптоми і визначати стан, який потребує невідкладної долікарської допомоги.

Медичні сестри з реабілітаційної команди беруть участь протягом усього реабілітаційного шляху пацієнта. Це означає, що медичні сестри з реабілітації довше спостерігають за пацієнтом та його родиною, що дає їм можливість краще знати ситуацію в сім'ї та особливості середовища, де проживає пацієнт, можливість подальшого працевлаштування.

При проведенні спеціалізації «Фізична та реабілітаційна медицина» медичні сестри-слухачі мають можливість відпрацьовувати практичні навички через освітню методiku «занурення в середовище» шляхом відтворення реальної клінічної картини. Можуть використовуватись методи гейміфікації, які відображають шляхи застосування елементів гри для покращення певного процесу, таких як набір балів та конкуренція. Мета в даному випадку в залученні слухачів до засвоєння матеріалу через покращення їх сприйняття та засвоєння інформації. Гейміфікація може перетворити звичайне завдання на захоплююче та інтерактивне і вона використовує природну схильність людини до конкуренції, досягнень та спілкування за допомогою ігрових елементів, заохочення командної роботи та підвищення креативності. Такі навчальні сценарії можуть підвищувати мотивацію до оволодіння практичними навичками і їх здатність реалізовувати ці вміння в подальшій професійній діяльності.

ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ БОЙОВОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

Руденко Ю.І., Гудим Н.О.

Одеський національний медичний університет

Актуальність теми: З початком повномасштабного воєнного конфлікту на території України значно збільшилася кількість військовослужбовців та цивільних осіб, які зазнали черепно-мозкових травм внаслідок бойових дій. Цей тип травм є одним із найнебезпечніших, оскільки порушення функцій головного мозку безпосередньо впливає на життєдіяльність людини. Бойові ЧМТ мають унікальну клінічну картину, що відрізняє їх від побутових або спортивних травм, тому реабілітація потребує окремого системного підходу. Враховуючи кількість постраждалих, проблема реабілітації набуває особливого значення для системи охорони здоров'я, обороноздатності та відновлення людського капіталу країни.

Мета дослідження: Виявлення ключових особливостей процесу реабілітації пацієнтів, які перенесли бойову черепно-мозкову травму, та визначення ефективних терапевтичних стратегій, що сприяють максимальному відновленню фізичного, когнітивного й емоційного стану.

Матеріали та методи дослідження:

- Медичні записи, анкети, результати КТ
- Неврологічне обстеження
- Функціональні тести
- Опитування пацієнтів і лікарів
- Оцінювання психоемоційного стану за шкалами HADS та MoCA.
- Мультикомпонентна терапія – кінезіотерапія, фізіотерапевтичні процедури, логопедична допомога, психотерапія та медикаментозна підтримка.

Результати дослідження: Згідно з отриманими даними, успішність реабілітації прямо залежала від часу початку терапії: у тих, хто почав відновлення в перші 10 днів після травми, спостерігався значно кращий прогрес. У 78% пацієнтів вдалося досягти часткового або повного відновлення рухових функцій. У 65% спостерігалось покращення когнітивних здібностей після інтенсивної нейропсихологічної реабілітації. Близько 40% мали прояви посттравматичних психічних розладів, зокрема ПТСР, депресії чи тривожності, що потребувало додаткового психіатричного супроводу. Найефективнішими виявились індивідуалізовані програми відновлення з міждисциплінарним підходом.

Висновки: Комплексна та своєчасна реабілітація є критично важливою для пацієнтів з бойовою ЧМТ. Ефективність залежить від раннього втручання, міждисциплінарного підходу та поєднання фізичного й психологічного лікування. Подальші дослідження повинні бути спрямовані на розробку національних стандартів та збільшення доступу до якісної реабілітації в умовах воєнного часу.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ТА КЛАСИЧНИХ ПІДХОДІВ ДО ПРОЦЕСУ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ У ПРОФЕСІЙНІЙ ПІДГОТОВЦІ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА, ЕРГОТЕРАПЕВТА

Рябушко М.М., Кириленко Л.Г., Ніколенко М.Д.
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Головна мета вітчизняної освіти є підготовка кваліфікованого спеціаліста, всебічно розвинутого, фізично досконалого, з високою творчою і громадською позицією, готовим до довготривалої високопродуктивної праці. Тому

суть важливим нам вбачається здійснити аналіз сучасних підходів до системи фізичного виховання в процесі навчання здобувачів освіти спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія» та виявити важливий чинник, що буде впливати на успішність здобувачів з метою їх оптимальної розумової та фізичної діяльності, яка забезпечується в умовах цілкового здоров'я.

Варто зауважити, що виховання та навчання здобувачів освіти спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія» є ступеневим і нерозривним процесом, направленим на формування гуманістичної всебічно розвиненої особистості, яка здатна до самовдосконалення в розумовому, трудовому, моральному, патріотичному, естетичному напрямках. У ньому одну з вирішальних ролей відіграють різноманітні підходи до процесу фізичного виховання у професійній підготовці здобувачів вищої освіти з ерготерапії.

Навчальна діяльність здобувача є підготовкою до майбутньої професії, тому важливо розвинути у нього здібності справлятися з тими навантаженнями інтелектуального та фізичного характеру, які неминуче виникають під час виконання відповідної роботи. Ця здатність довго витримувати розумову та фізичну напругу, тренується саме на заняттях з фізичного виховання. З одного боку фізична тренуваність для сучасного фахівця є важливою умовою високої конкурентоспроможності, засобом підтримки здоров'я. А з іншого, сучасний фахівець виявляє високу працездатність через володіння професійними компетенціями, перебуваючи у певному соціальному середовищі. Саме на здатність фахівцем виконувати певний обсяг роботи в заданий проміжок часу, впливає його фізична підготовленість. Рівень досконалості якої забезпечується відповідною руховою активністю на заняттях з фізичного виховання.

Результати досліджень. Результати сучасних наукових досліджень стверджують використання фізичних вправ, що здійснюються за сучасними методиками, здатними підготувати органи та системи здобувача до тривалого виконання продуктивної роботи, при умові методично правильної організації освітнього процесу.

Фізична культура та здоров'я здобувачів в освітньому середовищі не повинні бути відокремлені від інших аспектів освітнього процесу. Зважаючи на складність соціальних і економічних умов, а також зміни в поведінкових моделях молоді, необхідно переглядати традиційні підходи до формування здорового способу життя. Звичайні фізичні вправи та традиційні види спорту сьогодні не задовольняють попит сучасних здобувачів щодо їх рухової активності.

Разом з тим, фізична активність здобувача є найважливішим чинником здорового способу життя. У сучасних умовах тільки здорова, фізично розвита

людина здатна швидше і успішніше опанувати нову професію, в подальшому досягти великих успіхів в ній. Праця медичних працівників належить до числа найбільш складних і відповідальних видів діяльності людини. Встановлено, що рухова активність здобувачів на обов'язкових навчальних заняттях з фізичної культури у вузі складає 2 години на тиждень, тоді як достатній обсяг рухової активності повинен складати як мінімум 6-8 годин на тиждень, для того щоб заняття приносили користь для здоров'я (рекомендація ВОЗ).

Отже, існуюча система фізичної культури в ЗВО України не забезпечує оптимальної рухової активності здобувачів, що негативно позначається на збереженні і зміцненні їх здоров'я, фізичному розвитку і фізичної підготовленості. Оптимізація фізичного виховання у ЗВО потребує пошуку і розробки нових моделей і форм організації фізичного виховання. Це додасть процесу фізичного виховання оптимальності, стрункості і ефективності.

Аналізуючи сучасні та класичні підходи до процесу фізичного виховання у професійній підготовці здобувачів вищої освіти з ерготерапії, ми виявили наявність суперечностей саме в його організації. У зв'язку з цим, зменшення можливостей для традиційних форм фізичної активності в закладах освіти потребує пошуку нових ефективних методів, які б забезпечували підтримку рівня фізичної активності здобувачів вищої освіти.

По-перше, сучасний етап розвитку вищої освіти характеризується стрімкими змінами, які зумовлені впровадженням новітніх технологій та переходом до дистанційну форму навчання. У цьому контексті фізичне виховання здобувачів вищої освіти стало важливим аспектом, що потребує переосмислення та оновлення.

По-друге, впровадження інноваційних технологій у фізичне виховання здобувачів вищої освіти потребує ретельного аналізу та адаптації до специфіки вищої освіти, оскільки важливо не лише розробити нові методи фізичного виховання, але й оцінити їх ефективність та вплив.

Таким чином, різноманітна фізична підготовка збагачує різноманітні навички здобувачів, підвищує пластичність нервової системи, розширює функціональні можливості організму, закладає основу ефективної освітньої та майбутньої професійної діяльності. Зокрема, фізичне навантаження на заняттях з фізичного виховання залежить від видів вправ, тривалості та частоти проведення занять. Отже, вирішальними факторами, що впливають на підвищення інтелектуальної та фізичної підготовленості здобувачів, є регулярність тренувань та оптимальне поєднання занять та перерв.

Причинами зниження рухової активності здобувачів є: недостатня кількість годин, відведених на заняття; слабка матеріально-технічна база

багатьох ЗВО; застарілі форми організації фізичного виховання; низька ефективність залучення молоді до занять спортом; відсутність у багатьох студентів бажання займатися фізичною культурою і спортом та інші. Тому одним із напрямів, спрямованих на підвищення рівня рухової активності, здоров'я і фізичної підготовленості здобувачів є розробка і пошук нових моделей і форм організації фізичного виховання у ЗВО.

Проблема недостатньої фізичної активності є комплексною і вимагає системного підходу до її вирішення. Необхідно вивчити, яким чином регулярні фізичні вправи можуть позитивно вплинути на здоров'я людини, підвищити якість життя і допомогти в адаптації до соціуму. Цей досвід може стати основою для розробки програм з популяризації фізичної активності, які відповідатимуть потребам здобувачів вищої освіти, включаючи підготовку фахівців з ерготерапії. Важливо також дослідити бар'єри, що заважають здобувачам займатися фізичною активністю, а також виявити ефективні методи їх мотивації. Це дозволить створити середовище, яке буде заохочувати здобувачів до активного способу життя, що в свою чергу покращить загальний стан здоров'я суспільства та якість життя кожної особистості.

На сучасному етапі провідними мотивами систематичних занять фізичною культурою серед здобувачів є оздоровчі та рекреаційні. Більшість з них бажають використовувати у процесі фізичного виховання види рухової активності, що відповідають засобам і напрямкам фізичного оздоровлення.

Серед багатьох заходів, спрямованих на вдосконалення навчально-виховного процесу з фізичного виховання, можна назвати заняття за обраними видами спорту. Вони формують мотиви навчально-пізнавальної діяльності, сприяють виявленню розвитку майбутнього фахового потенціалу здобувача, самореалізації його особистості. Зміст занять за видами спорту формують таку систему знань, в якій відображені різноманітні способи фізкультурно-спортивної діяльності і тих відношень, які проявляються в ній. Набуті знання та вміння безперервно використовуються у реальній практичній діяльності і життєдіяльності здобувачів, розвиваючи і збагачуючи їх новими якісними особливостями, посилюючи і прискорюючи процес формування практичних вмінь і навичок, необхідних для організації здорового способу життя, вирішення особистісно і соціально важливих завдань, що виникають у навчальній, трудовій, суспільній і побутовій сферах життєдіяльності. Практичний досвід, набутий на заняттях за видами спорту, носить творчий характер і постійно пов'язаний з оволодінням новими методами, засобами, прийомами цієї діяльності, пошуком її нових рішень, виконанням в умовах, що змінюються. Формування потреби у фізичному вдосконаленні передбачає

подання здобувачам великої кількості способів задоволення і право їх вільного вибору. Завдання викладача в такому випадку повинне зводитися до того, щоб допомогти здобувачам зробити правильний вибір, адекватно поставити перед собою мету фізкультурної діяльності, створити їм необхідні умови для занять, озброїти їх інформацією про стан свого здоров'я і шляхи його покращення.

Оскільки формування готовності майбутніх фахівців до професійної діяльності є важливим і цінним для людини, котра здобуває фах, відтак навчально-виховний процес у ЗВО має ґрунтуватися на наукових засадах аксіології (науки про цінності) шляхом реалізації аксіологічного підходу до всіх аспектів професіогенезу, в тому числі, й формування здоров'язберігаючої компетентості здобувачів.

Особливо актуальним питання сформованості потреби фізичного вдосконалення здобувачів закладів вищої медичної освіти та їх ставлення до занять фізичним вихованням і спортом є у контексті професійної підготовки здобувачів медичних навчальних закладів, зокрема у професійній підготовці фахівців з ерготерапії, де вміння застосовувати фізичні вправи з метою відновлення здоров'я пацієнтів є базовою складовою їх професійних компетенцій.

Висновки. Зокрема, саме вивчення технології рухової активності передбачає розв'язання низки завдань професійної підготовки фахівців з фізичної терапії та ерготерапії: опанування науковими теоріями, на яких ґрунтується процес використання ними фізичних вправ із різними цільовими установками (розвиваючою, оздоровчою, відновлювальною, профілактичною, рекреаційною); опанування системою знань про закономірності процесу навчання і виховання осіб з обмеженими можливостями; особливостей оздоровчої та рекреаційної діяльності; форми, методи і засоби формування особистості майбутнього фахівця та його підопічних з використанням технологій рухової активності; вчити застосовувати на практиці теоретичні знання та технології сучасних видів рухової активності.

ВИКОРИСТАННЯ КІНЕЗІОТЕЙПУВАННЯ У ВІЙСЬКОВИХ ПІСЛЯ ОСКОЛКОВИХ ПОРАНЕНЬ ВЕРХНІХ КІНЦІВОК

Семененко О.В.

Одеський національний медичний університет

Актуальність теми: Воєнний стан в Україні зумовлює значне зростання функційних розладів після поранень кінцівок. Реабілітація таких пацієнтів ускладнюється наявністю дрібних металевих уламків у м'яких тканинах.

Мета роботи: Дослідження використання методики кінезіотейпування у комплексній реабілітації військових після поранень м'яких тканин верхніх кінцівок.

Матеріали та методи: Для реабілітації застосовуються комплексні методи, включаючи:

Класичний розслаблюючий масаж.

Кінезіотейпування.

Магнітотерапія чи ампліпульс (у випадках відсутності металевих уламків у тканинах).

Результати: Кінезіотейпування дозволяє значно полегшити стан військових при пораненнях м'яких тканин верхніх кінцівок, особливо на ранніх стадіях реабілітації, враховуючи, навіть, дрібні металеві уламки та набряки.

Висновки: Використання кінезіотейпів дозволяє значно прискорити одужання. Поєднання кінезіотейпування з іншими методиками реабілітації, дає кращі результати.

ОРТЕЗУВАННЯ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПІСЛЯТРАВМАТИЧНИХ КОНТРАКТУР ЛІКТЬОВОГО СУГЛОБА В ДІТЕЙ

Сірець В.О., Корольков О.І.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Вступ. За результатами сучасних досліджень, необхідність у застосуванні ортезування спостерігається у понад 80% пацієнтів, які отримують ортопедо-травматологічну допомогу. Значна частина осіб без інвалідності потребує ортезування різних елементів опорно-рухової системи на етапах лікування та реабілітації після травм і їх наслідків. Відзначається як клінічний, так і економічний ефект від впровадження ортезів у лікувальний процес. На основі накопиченого клінічного досвіду було впроваджено різні конструкції ортезів у лікування післятравматичних контрактур ліктьового суглоба в педіатричній практиці.

Мета дослідження. Обґрунтувати доцільність застосування сучасних ортезів різної конструкції у дітей із післятравматичними контрактурами ліктьового суглоба.

Матеріали і методи. Упродовж 2021-2025 років ортезування проведено 29 пацієнтам віком від 3 до 18 років. Використовувалися різні матеріали та виробничі технології. Застосовано два підходи до ортезування ліктьового суглоба: індивідуальне виготовлення конструкцій та використання типорозмірних моделей.

Результати та обговорення. У межах дослідження було проаналізовано ефективність застосування ортезів у 29 дітей з післятравматичними контрактурами ліктьового суглоба. Усі пацієнти отримували комплексне лікування із включенням ортезування як одного з ключових елементів. Застосовувалися два основних підходи: індивідуальне виготовлення ортезів з урахуванням анатомо-функціональних особливостей кожного пацієнта, а також використання типорозмірних моделей, які дозволяли пришвидшити початок лікувального процесу при типовій клінічній картині.

Зафіксовано позитивну динаміку у відновленні функціональних показників ліктьового суглоба в більшості пацієнтів. У 82,8 % випадків спостерігалось часткове або повне усунення контрактури без потреби в хірургічному втручанні. У 17,2 % випадків застосування ортезів дозволило забезпечити стабілізацію стану та зменшити вираженість деформацій, що значно полегшувало подальше оперативне втручання або реабілітаційні заходи.

Використовували наступні механізми дії ортезів:

1. фіксує:

а) створення спокою ушкодженому сегменту - зменшення болю та реактивної запальної реакції;

б) створення сприятливих умов для відновних процесів;

в) відновлення функції сегмента;

г) профілактика та/або корекція деформацій і зміщень;

2. розвантажувальна: зниження осьового та локального навантаження на відповідний сегмент або зону;

3. коригуюча: поступове, поетапне усунення контрактури ліктьового суглобу шляхом зміни напрямку дії (згинання-розгинання) та форми ортеза або механізму його дії (дистакція-компресія);

4. компенсуюча: заміщення в тій чи іншій мірі обмеження рухів у суглобі;

5. комбінована: поєднання вищевказаних механізмів дії.

Переваги ортезів, які застосовувалися:

1. Індивідуальне виготовлення.

2. Швидкі терміни виготовлення.

3. Обов'язкова участь мультидисциплінарної команди на всіх етапах (від виготовлення ортеза, до його експлуатації та спостереження за пацієнтом у динаміці).

4. Можливість неодноразового моделювання та докорекції ортеза в процесі лікування хворого.

5. Функціональність та комфортність виробу – відсутня громіздкість та негативний вплив матеріалів на здоров'я дитини, відносно невелика вага.

6. Полегшення гігієнічного догляду за хворим, можливість піддавати ортези вологій обробці та дезінфекції, а також – проведення, за необхідності, фізіофункціонального лікування.

7. Технологічність – присутня можливість якісного, повторного виготовлення конструкції ортезів.

8. Економічний ефект – за рахунок скорочення термінів лікування і зниження собівартості виготовлення самого ортеза.

9. Довговічність – ортези мають необхідний запас міцності за рахунок використання якісних зносостійких матеріалів при їх виготовленні.

10. Естетичність – використання певної форми та колірної гамми дозволяють добитися позитивного психо-емоційного впливу на дитину.

11. Простота і зручність для пацієнтів у використанні – можливість самостійно надягати і знімати ортез.

Особливу увагу було приділено не лише функціональним, а й конструктивним характеристикам ортезів. Застосування легких, зносостійких та гіпоалергенних матеріалів забезпечувало високу толерантність з боку пацієнтів, а також полегшувало гігієнічний догляд та дозволяло проводити фізіотерапевтичні процедури без зняття конструкції. Можливість неодноразового моделювання та корекції ортезів на різних етапах лікування підвищувала адаптивність пристроїв до потреб конкретного випадку.

Відзначено, що своєчасне застосування ортезування позитивно впливало не лише на функціональні показники, але й на психоемоційний стан пацієнтів, зменшуючи страх перед болем та сприяючи залученню дітей до активної реабілітації.

Висновки. Застосування ортезів різної конструкції у дітей з післятравматичними контрактурами ліктьового суглоба дозволяє забезпечити:

- іммобілізацію пошкодженого сегмента;
- створення умов для регенерації;
- відновлення рухової функції у фізіологічному обсязі;
- профілактику та корекцію патологічних змін.

Проведений аналіз продемонстрував високу ефективність ортезування як складової частини комплексного лікування, що дає підстави для його подальшого широкого впровадження в клінічну практику.

ІНТЕРАКТИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ НА ЕТАПІ ДОВГОТРИВАЛОЇ АМБУЛАТОРНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВИХ ІЗ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ

Степанова В.С., Трапезникова С.С., Черняк В.А.

*ДНП «Український науково-дослідний інститут реабілітації
та курортології МОЗ України»*

В сучасних умовах тривалого збройного конфлікту Україна стикається з безпрецедентною хвилею черепно-мозкових травм (ЧМТ) та акубаротравм серед військовослужбовців. За даними Міністерства охорони здоров'я України, понад 60% поранених військових мають ознаки ЧМТ, включаючи когнітивні порушення, розлади сну та мовлення, агресивність, депресивні симптоми.

Це створює значне навантаження на систему охорони здоров'я та вимагає впровадження сучасних реабілітаційних стратегій, зокрема інтерактивних методів, які враховують як фізичні, так і психоемоційні аспекти відновлення.

Інтерактивна реабілітація – це мультидисциплінарний підхід до відновлення функцій, який базується на активній залученості пацієнта, застосуванні технологій біологічного зворотного зв'язку (БЗЗ) та використанні механізмів нейропластичності як ключового фактору адаптивних змін у центральній нервовій системі. В Ізраїлі, США, Канаді та країнах ЄС ці методи входять до стандартних протоколів реабілітації військових з ЧМТ.

Одним із ефективних прикладів інтерактивної терапії є сенсомоторна LED-платформа Briolight українського виробництва. Вона поєднує принципи нейропластичності, БЗЗ та гейміфікації для стимуляції моторних і когнітивних функцій. Briolight створює візуально-когнітивні завдання у форматі гри:

- Пацієнт реагує на світлові сигнали, торкаючись платформ або виконуючи точні рухи.
- Система фіксує швидкість, точність і стратегію виконання завдань.
- Платформа автоматично адаптує рівень складності.
- Завдяки сенсорам система може реєструвати положення тіла, жести, швидкість та напрямок руху.

На базі поліклінічного відділу ДНП «Український НДІ реабілітації та курортології МОЗ України» надаються послуги амбулаторної реабілітації в післягострому та довготривалому періодах з застосуванням інтерактивної платформи Briolight.

Прикладом ефективної реабілітації військовослужбовців з ЧМТ є клінічний кейс: військовий Х. із тяжкою ЧМТ, віком 38 років, в листопаді

2023 року отримав вогнепальне проникаюче ушкодження головного мозку, перелом тім'яної кістки, дифузне ушкодження головного мозку. При вступі на етап амбулаторної реабілітації клінічний діагноз: Y36 – Ушкодження внаслідок військових дій; T90.5 – Наслідки внутрішньочерепного ушкодження; G81.1 – Спастичний геміпарез (правобічний); R47.0 – Афазія; R47.1 – Дизартрія.

В ході роботи мультидисциплінарної реабілітаційної команди (МДРК) у складі лікаря ФРМ, фізичного терапевта, терапевта мови та мовлення (логопеда), психолога за результатами клініко-функціонального обстеження був сформульований реабілітаційний діагноз за МКФ.

МДРК був розроблений індивідуальний реабілітаційний план, який включав фізичну терапію (PNF, стимуляцію нейродинаміки), індивідуальні логопедичні сесії (3 рази на тиждень), щоденну роботу з BRIOLight (15-30 хв.).

Метою реабілітації на даному етапі було: зменшення болю, відновлення рухів руки, покращення дихальної функції, стабілізація психоемоційного стану, відновлення мовленнєвих функцій (розуміння, експресивна мова, повторення), компенсація когнітивних втрат, стимуляція нейропластичності, формування навичок самостійного спілкування, підвищення якості життя та адаптації у соціумі. Реабілітаційні втручання були спрямовані на тренування зорово-моторної координації, стимуляції когнітивних процесів, активізації тонкої моторики правої кисті, боротьби з ригідністю суглобів та запобігання контрактурам; відновлення мовленнєвих функцій та покращення психоемоційного стану.

Стан пацієнта було оцінено в динаміці за шкалами: ВАШ, Бартел, СОРМ, тест Берга на рівновагу (BBS), проба Штанге, MMSE. Відмічено зниження болю за ВАШ на 2 бали, покращення щоденного функціонування за індексом Бартел на 16 балів (з 69 до 85) та балансу; покращення когнітивних та мовленнєвих функцій: розуміння мовлення (діалоги, прості тексти), формування фразового письма, зниження апраксії, відновлення використання граматичних форм, початок функціонального читання (читання простих речень); покращення мотивації та пам'яті (участь у діалозі, зацікавленість, запам'ятовування слів), покращення уваги за результатами тесту Шульте (з 0 до 105 с) та когнітивних функцій за Stroop-тест (з 6/40 до 19/40). Також покращилася функція правої верхньої кінцівки за гоніометричними показниками, окрім відведення плеча, зовнішньої та внутрішньої ротація плеча, розгинання кисті, ліктьова та променева девіація, які залишалися нижче норми.

ОСТЕОАРТРОЗ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ

Стоянова О.С., Кишман В.О.

Одеський національний медичний університет

Актуальність проблеми: Остеоартроз колінних суглобів є однією з найпоширеніших причин болю та обмеження рухової активності, особливо серед людей похилого віку. Зростання захворюваності пов'язане зі старінням населення, ожирінням та низькою фізичною активністю. Комплексний підхід до лікування, включаючи фізичну реабілітацію, є ключовим для уповільнення прогресування захворювання та покращення якості життя пацієнтів.

Метою дослідження є оцінка ефективності фізичної реабілітації у зменшенні больового синдрому, покращенні функціонального стану колінних суглобів та уповільненні прогресування остеоартрозу.

Матеріали та методи дослідження: У дослідженні взяли участь 80 пацієнтів з остеоартрозом колінних суглобів II–III стадії. Учасники були розподілені на дві групи: основна група (40 осіб) проходила програму фізичної реабілітації, яка включала лікувальну гімнастику, силові вправи, стретчинг та аеробні навантаження низької інтенсивності, тоді як контрольна група (40 осіб) отримувала лише стандартне медикаментозне лікування. Програма тривала 3 місяці з частотою занять 4 рази на тиждень.

Результати дослідження:

1. Зменшення больового синдрому на 30–40% у пацієнтів основної групи порівняно з контрольною.
2. Покращення рухової функції: Збільшення амплітуди рухів у колінних суглобах на 20–25%.
3. Зміцнення м'язів: Підвищення м'язової сили нижніх кінцівок у 65% пацієнтів.
4. Покращення якості життя: Зниження обмежень у повсякденній діяльності та підвищення рівня самообслуговування.

Висновок: Фізична реабілітація є ефективним методом лікування остеоартрозу колінних суглобів, що сприяє зменшенню болю, відновленню рухової функції та уповільненню прогресування захворювання. Індивідуально підібрані програми вправ мають бути невід'ємною частиною комплексної терапії.

РЕАБІЛІТАЦІЯ У ВІРТУАЛЬНІЙ РЕАЛЬНОСТІ ТА VR-ШОЛОМИ В ФІЗИЧНІЙ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ МЕДИЦИНІ ВІЙСЬКОВИХ

Стриженюк В.В., Соломка Я.А.

Одеський національний медичний університет

Актуальність: Зі зростанням кількості військових, котрі отримали поранення, ампутації, страждають на ПТСР та інші травми, необхідність впровадження сучасних методів реабілітації стає все більш важливою. Традиційна реабілітація не завжди забезпечує повне функціональне та психоемоційне відновлення. Віртуальна реальність створює нові шанси для індивідуального, інтерактивного та ефективного лікування. Це особливо актуально в умовах обмежених ресурсів і необхідності швидкого повернення військових до нормального життя.

Мета: Аналіз можливостей та ефективність використання технологій віртуальної реальності (VR) у фізичній та психоемоційній реабілітації військовослужбовців, а також обґрунтувати доцільність впровадження VR-шоломів як інноваційного інструменту в сучасну систему військової реабілітаційної медицини.

Матеріали та методи дослідження: У процесі підготовки матеріалу було використано аналітичний та системний підходи до вивчення наукової літератури, клінічних досліджень та сучасних практик використання віртуальної реальності в реабілітації військовослужбовців.

- Публікації у рецензованих наукових журналах (PubMed, Springer, Scopus).

- Дані досліджень про ефективність VR у фізичній та психологічній реабілітації (Llorens et al., Rizzo et al., Cieślak et al.).

- Клінічні протоколи програм «Bravemind», «Virtual Reality Exposure Therapy (VRET)», «VRMotion» та ін.

- Статистичні звіти ВООЗ, НАТО, МОЗ України щодо стану поранених військових і потреб у реабілітації.

Програма реабілітаційних втручань із використанням VR:

- Фізична реабілітація:

- Симуляція ходьби, бігу, підйому по сходах.

- VR-ігри на баланс, координацію, силу рук/ніг (наприклад, MoveHero, Beat Saber Rehab).

- Інтерактивні вправи з контролем рухів через сенсори (наприклад, VR-тренажери із зворотним зв'язком).

Психоемоційне відновлення:

- Програма Bravemind – для експозиційної терапії ПТСР.
- Медитативні VR-середовища (ліс, гори, берег моря).
- Навчання емоційній регуляції у віртуальних конфліктних ситуаціях.
- Віртуальні сеанси глибокого дихання та релаксації.

Результати досліджень: Результати аналізу наукових джерел та клінічних випробувань свідчать про високу ефективність використання технологій віртуальної реальності у фізичній та психоемоційній реабілітації військовослужбовців. Нижче наведено ключові висновки:

У дослідженні за участю 30 військових із черепно-мозковими травмами VR-терапія показала на 35% кращі результати у відновленні рівноваги порівняно з традиційною ЛФК.

Висновки: Використання VR значно покращує моторику верхніх та нижніх кінцівок після травм або ампутацій. Середній приріст функціональної активності становив +27% у порівнянні з контрольною групою.

СОЦІАЛЬНА АДАПТАЦІЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ ПОРАНЕНЬ

Чаушак А.Є., Федько Р.Ф.

Одеський національний медичний університет

Актуальність: Зростання кількості поранених військовослужбовців внаслідок повномасштабної війни в Україні створює нові виклики для системи реабілітації та соціального захисту. Їхня успішна інтеграція у цивільне життя є не лише гуманітарним, а й стратегічним завданням для держави.

Мета: Проаналізувати основні труднощі соціальної адаптації поранених військовослужбовців, визначити ефективні стратегії підтримки та надати практичні рекомендації для вдосконалення реабілітаційної системи в Україні.

Основні труднощі соціальної адаптації:

- Психологічна травматизація, включаючи ПТСР та депресивні стани
- Стигматизація та нерозуміння з боку суспільства
- Відсутність стабільного джерела доходу та труднощі з працевлаштуванням
- Порушення родинних зв'язків, і складнощі в комунікації з близькими

Роль мультидисциплінарних команд: Фахівці з реабілітації, психологи, соціальні працівники та юристи мають працювати комплексно, щоб забезпечити:

- професійну орієнтацію та перекваліфікацію ветеранів
- супровід у юридичних та адміністративних питаннях

• психологічну підтримку, групи самопомоги, індивідуальні консультації

Ефективні практики підтримки:

- Центри ветеранського розвитку, які забезпечують інтеграцію в громаду
- Програми наставництва, коли колишні військові допомагають новоприбулим адаптуватися
- Соціальні підприємства, які створюють робочі місця для ветеранів
- Платформи онлайн-консультацій для віддаленої психологічної підтримки

Чинники успішної адаптації:

- Наявність підтримки з боку сім'ї та громади
- Доступ до якісної освіти та перекваліфікації
- Віра у власні сили та відчуття соціальної значущості
- Системна державна політика підтримки ветеранів

Рекомендації:

- Розробити національну програму соціальної адаптації військових з фокусом на довготривалу підтримку.
- Залучати до процесу адаптації громадські організації, волонтерів та самих ветеранів.
- Розвивати реабілітаційну інфраструктуру, яка охоплює не лише медичні, а й соціальні, освітні та кар'єрні аспекти.

Висновок: Соціальна адаптація поранених військових є складним та багатограним процесом, що потребує міжвідомчої взаємодії, участі громади та індивідуалізованого підходу. Комплексна підтримка – психологічна, освітня, правова та кар'єрна – є запорукою їхнього успішного повернення до активного громадського життя.

СИСТЕМНІ ВИКЛИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ТА РОЛЬ СТРАТЕГІЙ ВООЗ У ПІСЛЯВОЄННОМУ ВІДНОВЛЕННІ

Шанигін А.В., Ноябрьов Д.В.

Одеський національний медичний університет

Актуальність. Сучасна система охорони здоров'я України перебуває під значним тиском внаслідок війни, економічної нестабільності та зростання тягаря неінфекційних захворювань. Повномасштабна війна в Україні спричинила критичне навантаження на систему охорони здоров'я. Багаторічні структурні проблеми, які накопичувались роками, були загострені через воєнні

дії, масштабні втрати серед населення, переміщення мільйонів осіб, руйнування інфраструктури та зростання потреб у медичній, реабілітаційній і психосоціальній допомозі. Станом на середину 2024 року в Україні офіційно зареєстровано понад 1,3 мільйона ветеранів, більшість з яких — мобілізовані особи. При цьому лише у 2023 році понад 20 тисяч військових пройшли курс реабілітації в медичних закладах Міністерства оборони, а ще тисячі отримали допомогу у цивільних установах.

Особливої гостроти набувають проблеми доступності медичних послуг у деокупованих регіонах, дефіцит кваліфікованих кадрів, потреба в психологічній реабілітації осіб з посттравматичними розладами. За даними Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ), на 2024 рік офіційно зафіксовано майже 28 тисяч випадків посттравматичних стресових розладів (ПТСР). З огляду на це, необхідно формувати нові системні підходи до управління галуззю охорони здоров'я, які б враховували виклики воєнного та післявоєнного періоду.

Водночас роль міжнародних організацій, зокрема Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), є вирішальною у розбудові сучасної, стійкої системи охорони здоров'я. Стратегії ВООЗ щодо відновлення медичних систем у післяконфліктних державах містять низку інструментів і рішень, які вже використовуються в Україні та можуть бути ефективно інтегровані в національну політику післявоєнного відновлення.

Системна трансформація охорони здоров'я із залученням міжнародного досвіду та стратегічного партнерства — необхідна умова для забезпечення медичної безпеки, відновлення фізичного і психічного здоров'я населення та сталого розвитку держави у постконфліктний період.

Погіршення демографічної ситуації, скорочення доступності медичних послуг у віддалених регіонах, проблеми з психічним здоров'ям та зростаюча потреба у реабілітаційній допомозі – ключові виклики сьогодення. Стратегії Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), адаптовані до українських реалій, стають дороговказом у забезпеченні сталого відновлення сфери охорони здоров'я.

Мета. Проаналізувати основні виклики та напрями реформування системи охорони здоров'я в Україні у повоєнний період та окреслити ключову роль ВООЗ у підтримці національної політики з акцентом на реабілітацію, психосоціальну підтримку та здоровий спосіб життя.

Результати та обговорення. Повномасштабна війна в Україні різко погіршила стан системи охорони здоров'я, що вже до 2022 року мала низку критичних викликів. Зокрема, спостерігався високий рівень смертності від

серцево-судинних захворювань, онкології, респіраторних захворювань, а також низька тривалість життя (в середньому 71 рік, з великим гендерним розривом). Війна лише загострила ці проблеми: тисячі медичних закладів постраждали або зруйновані, десятки тисяч медиків виїхали за кордон, а мільйони людей опинилися в умовах обмеженого доступу до медичної допомоги. Особливо критичною є ситуація в реабілітаційній ланці, яка потребує системного підходу до відновлення.

Однією з головних проблем є низький рівень охоплення населення послугами первинної профілактики, реабілітації та психосоціальної підтримки. В умовах повоєнного відновлення необхідно вжити комплексних заходів, орієнтованих не лише на інфраструктуру, а й на реформування підходів до охорони здоров'я. ВООЗ виступає ключовим стратегічним партнером у цьому процесі, підтримуючи Україну у створенні системи, орієнтованої на потреби пацієнта, профілактику та міжсекторальну взаємодію. Зокрема, ВООЗ акцентує на необхідності інтеграції реабілітаційних послуг в систему громадського здоров'я, що відповідає Цілям сталого розвитку (ЦСР), передусім ЦСР №3 – «Гарантувати здоровий спосіб життя та сприяти добробуту для всіх у будь-якому віці».

Для реалізації цих цілей в Україні створюється нормативна база, яка дозволить ефективно інтегрувати міжнародні стратегії у національну політику. Основними документами, що регулюють співпрацю України з ВООЗ у сфері охорони здоров'я в повоєнний період, є:

- Національна стратегія охорони здоров'я України до 2030 року, затверджена Розпорядженням КМУ від 14.12.2022 № 1123-р. Вона передбачає розвиток системи охорони здоров'я з урахуванням принципів справедливості, доступності та сталості. У документі особлива увага приділяється реабілітації, психічному здоров'ю та взаємодії з ВООЗ.

- Меморандум про взаєморозуміння між Урядом України та ВООЗ, який регулює технічну підтримку, обмін інформацією, розробку спільних проєктів у сфері реагування на надзвичайні ситуації, відновлення системи охорони здоров'я та впровадження сучасних підходів до надання допомоги.

- Національна стратегія реабілітації в системі охорони здоров'я на період до 2030 року, яка наразі перебуває на етапі затвердження. Документ передбачає інтеграцію реабілітаційних послуг на всіх рівнях медичної допомоги та сприяє розвитку мультидисциплінарних команд.

- Концепція розвитку громадського здоров'я, затверджена у 2018 році (Розпорядження КМУ № 1002-р), яка в умовах війни набула нової актуальності та трансформується з урахуванням досвіду ЄС та рекомендацій ВООЗ.

Важливою є також участь України у програмі ВООЗ «Здоров'я на 2022–2030», яка передбачає підтримку країн у подоланні наслідків COVID-19, конфліктів і кліматичних викликів. В цьому контексті Україні надається технічна допомога у створенні реєстрів пацієнтів, цифровізації послуг, навчанні фахівців, розвитку послуг ментального здоров'я та впровадженні профілактичних програм.

Таким чином, міжурядова співпраця, впровадження стратегічних документів та адаптація міжнародних практик створюють реальне підґрунтя для системного повоєнного відновлення галузі охорони здоров'я. Медична спільнота, органи місцевого самоврядування та академічні інститути повинні координувати свої дії для досягнення спільної мети – здоров'я та добробуту для всіх громадян України.

Висновки. Повоєнна трансформація системи охорони здоров'я України має базуватись на підтримці міжнародних стратегій, зокрема рекомендацій ВООЗ. Реалізація комплексного підходу, що включає реформу інфраструктури, розвиток профілактичних та реабілітаційних програм, підтримку психічного здоров'я і розширення доступу до послуг, є критично важливою для покращення здоров'я населення та досягнення довгострокових результатів сталого розвитку. Впровадження стратегії «Здоров'я для всіх» має стати основою для формування нової філософії охорони здоров'я в Україні.

НАЙБІЛЬШ ЕФЕКТИВНІ, ПРОСТІ І ДОСТУПНІ СПОСОБИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ У ДОМАШНІХ УМОВАХ

Шахназарян К.Е.

Одеський національний медичний університет

За статистикою Міністерства охорони здоров'я щороку в Україні відбувається близько 100 тисяч інсультів. 30–40% хворих на інсульт помирають протягом перших 30 днів і до 50% – протягом року від початку захворювання. Проблема ефективного лікування хворих з інсультом у домашніх умовах дуже актуальна.

Я нарахував 45 пацієнтів після інсульту у віці від 55 до 85 років, яких я реабілітував вдома. Наведу три приклади з понад 40 клінічних випадків, які я спостерігав та брав активну участь під час реабілітації після інсульту у домашніх умовах.

Першого клінічного прикладу, чоловіка 63 роки, було доставлено на швидкій допомозі до «Міської клінічної лікарні №1» Одеської міської ради.

Після проведеного лікування він був виписаний зі стаціонару для продовження лікування в домашніх умовах. Коли вперше я прийшов до нього додому, він не міг сидіти самостійно.

Мені довелося робити масаж спини, кінцівок, живота для того, щоб нормалізувати тонус м'язи тулуба, інакше пацієнт не міг навіть сидіти, не те щоб стояти і ходити. На подив його жінки, пацієнт почав відновлюватись швидко. На 3 день реабілітації він уже самостійно сидів. На 5-й день стояв, опираючись на ходунки. Ходунки довелося придбати, бо, без їхньої допомоги, неможливо було его навчити заново ходити. Ми його хвалили щоразу, коли він стояв, робив перші кроки, спираючись на ходунки. Ви б побачили, як він зрадів, коли самостійно дістався до туалету, іншої кімнати, сидів на кухні та приймав їжу.

Під час реабілітації я застосовував розслаблюючий масаж болісно спазмованих м'язів за допомогою постізометричної релаксації, вібромасажера, розслаблюючих прийомів масажу. Також я застосовував аплікатор Ляпко, СКЕНАР, ДіаДЕНС терапію. Принцип дії динамічної електронейростимуляції (ДЕНС) полягає в тому, що лікування недуг здійснюється шляхом «налаштування» внутрішньої системи людини на безперебійну роботу через вплив на певні точки шкіри. В результаті організм починає самостійно справлятися з проблемами свого відновлення. СКЕНАР-терапія – метод не пошкоджуючого (неінвазійного) лікувального впливу на організм людини. СКЕНАР-вплив спрямовано активізацію внутрішніх сил організму, регуляцію обміну речовин, процес кровообігу, нормалізацію роботи нервової системи. Аплікатори Ляпко призначені для впливу на шкіру людини з метою стимулювання природного оздоровчого потенціалу організму. Аплікаційний елемент виготовлений з різних металів та гуми медичного призначення. Лікувальний ефект досягається за рахунок різниці потенціалів шести різних металів.

Інший клінічний випадок, пацієнтка 75 років, отримала інсульт на нервовому ґрунті. Вона вийшла з дому, двері зачинилися, довелося викликати службу з відчинення дверей. Зламали замок, який поставив її покійний чоловік. У жінки віднялася рука, нога, викривилося обличчя. Їй провели лікування в лікарні та призначили реабілітацію в домашніх умовах. Коли я прийшов до них додому, вона лежала і не могла сісти в ліжку. Після проведеного лікування, схожого на попередній випадок, пацієнтка на подив доньки відносно швидко пішла на виправлення. Сприяло такому швидкому покращенню те, що у минулому пацієнтка була спортсменкою, займалася професійно бігом. На п'ятий сеанс вона вже

самостійно ходила по кімнаті, на восьмий сеанс сама піднімалася і відвідувала туалет без допомоги доньки.

У третьому випадку пацієнтці було 82 роки. Довелося починати з психотерапії, оскільки вона хотіла померти, щоб не бути тятарем для рідних та близьких. Вона лежала і не могла рухатись. Я навів позитивні приклади пацієнтів, які поновили ходьбу за 12-15 сеансів. Дочка запитувала мене, що Ви з нею зробили, вона за Вашої відсутності постійно робить вправи для відновлення тонуусу живота та спини, які Ви їй призначили.

Наприклад, для самостійного зміцнення м'язів живота я рекомендував таку вправу: лежачи на спині, вказівним пальцем тикаємо навколо пупка за годинниковою стрілкою. Відчуйте, як напружуються м'язи живота. Друга вправа: лежачи на спині вона підтягувалась і піднімала тулуб, тримаючись за мотузку, яку я простяг по краю ліжка і прикріпив так, щоб вона могла будь-якої миті взятися за ручки від скакалки, які я провів у цю мотузку. Ця вправа сприяє зміцненню м'язів як живота, так і спини. На 15 сеансі вона за допомогою ходунків самостійно ходила в туалет і назад.

Після цих сприятливих прикладів реабілітації людей після інсульту, невропатологи рекомендували мене родичам пацієнтів, як досвідченого фахівця з відновлення ходьби після інсульту. Досвід згодом накопичувався та ефективність реабілітації згодом збільшувалася. Пацієнти вчилися заново сидіти, стояти, ходити за допомогою ходунків, двох милиць, а потім за допомогою однієї тростини. З першого дня я застосовував деякі методи психотерапії, які розробив на основі практичного досвіду. Наприклад, під час процедури ми згадували найкращі моменти життя. Мозку все одно ці події відбувалися давно чи зараз, коли ти згадуєш про них. Виділяються ендорфіни, які сприяють відновленню психічного та фізичного здоров'я. Важливим є позитивний досвід відновлення ходьби пацієнтів, про який я розповідав. Комплекс вправ відновлення м'язів живота, спини постійно удосконалював. Важливий індивідуальний підхід та мотивація.

В результаті комплексу реабілітації після інсульту, у пацієнтів підвищилася активність, повернулася сила м'язів, відновилися навички самообслуговування та самостійного пересування, нормалізувалося емоційний стан, пішов страх і з'явилася мотивація жити. Тому рекомендуємо фізичним реабілітологам, психологам, які входять до складу мультидисциплінарної реабілітаційної команди, ерготерапевтам використовувати позитивний досвід лікування хворих з інсультом.

5P-МЕДИЦИНА ЯК НОВА ПАРАДИГМА ЗДОРОВ'Я ПЕРСОНАЛІЗОВАНА РЕАБІЛІТАЦІЯ І ПРЕВЕНЦІЯ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МАЙБУТНЬОГО

Юшковська О.Г.

Одеський національний медичний університет

Анотація. Глобальні трансформації у сфері охорони здоров'я, спричинені старінням населення, зростанням хронічних неінфекційних захворювань, пандемічними ризиками та розвитком цифрових технологій, вимагають нової філософії медичної допомоги. Однією з найперспективніших моделей є концепція 5P-медицини (predictive, preventive, personalized, participatory, precise), яка ставить у центр уваги не лише хворобу, а саму людину, її біоіндивідуальність, ресурси і ризики. Особливу актуальність така модель має в реабілітації та превентивній медицині, що потребують міждисциплінарного підходу, довгострокового супроводу пацієнта та участі самого пацієнта в процесі оздоровлення.

Мета дослідження. Проаналізувати шляхи інтеграції принципів 5P-медицини у практику персоналізованої реабілітації та превенції, а також представити авторську концептуальну модель оцінки індивідуального стану здоров'я – «Паспорт здоров'я 5P», яка є інструментом стратифікації ризиків, планування відновлювальних програм і медичної комунікації.

Методи. Було проведено узагальнення сучасної наукової літератури, аналіз клінічних кейсів, вивчено міжнародний досвід використання мультифакторної оцінки стану здоров'я у практиці профілактики та реабілітації. Розроблено структурну модель «Паспорта здоров'я 5P» з опорою на концепції біоіндивідуальності, функціонального резерву та цифрової стратифікації пацієнтів.

Результати та обговорення. Концепція 5P-медицини змінює не лише підходи до лікування, а й до формування культури здоров'я як довготривалого процесу підтримки функціонального ресурсу людини. У сфері реабілітації цей підхід дозволяє відійти від стандартизованих протоколів і створити адаптивні, персоналізовані маршрути відновлення.

Кожен із п'яти принципів 5P реалізується у реабілітаційному процесі:

- *Predictive* – аналіз функціонального стану, визначення біомаркерів ризику, прогнозування втрати працездатності.

- *Preventive* – раннє виявлення змін, інтервенція до розвитку ускладнень, індивідуальні протоколи рухової активності, нутритивної підтримки та психоемоційної регуляції.

- *Personalized* – адаптація реабілітаційної програми відповідно до біоіндивідуальності, віку, супутніх захворювань, реабілітаційного потенціалу.
- *Participatory* – залучення пацієнта до прийняття рішень, освітній компонент, формування комплаєнсу та довіри до медичної команди.
- *Precise* – використання цифрових інструментів моніторингу (трекери, біоімпедансний аналіз, денситометрія, індекси ризику), аналіз великих даних для корекції інтервенцій у реальному часі.

Паспорт здоров'я 5P: структура та функціональне призначення

У рамках дослідження було створено прототип інтелектуального інструменту – «Паспорт здоров'я 5P», який містить 4 ключові блоки:

1. Фізичне самопочуття і якість життя (QoL).
2. Енергетичний та метаболічний ресурс.
3. Функціональний резерв.
4. Профіль ризиків.

На основі цих даних формується індивідуальний звіт із рекомендованим маршрутом: фізична активність, дієта, мікронутрієнтна підтримка, психоемоційна саморегуляція, частота спостереження.

Висновки. 5P-медицина відкриває нові горизонти в персоналізованій реабілітації та превенції. «Паспорт здоров'я 5P» – це не лише інструмент оцінки, а й комунікаційна платформа між лікарем, пацієнтом і мультидисциплінарною командою. Його впровадження сприяє переходу від лікування хвороби до підтримки здоров'я як функціонального, адаптивного стану людини.

ВИКОРИСТАННЯ АДАПТИВНОГО ХОКЕЮ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ З АМПУТАЦІЯМИ НИЖНІХ КІНЦІВОК: ВПЛИВ НА БАЛАНС, РІВНОВАГУ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН

Юшковська О.Г., Дончу А.М.

Одеський національний медичний університет

Актуальність. У сучасних підходах до реабілітації ветеранів все більшої популярності набуває використання адаптивних видів спорту. Адаптивний хокей (надалі – следж-хокей) є перспективним засобом фізичної та психоемоційної реабілітації осіб з інвалідністю. Особливої уваги заслуговує його вплив на показники балансу та рівноваги. Як командний вид спорту, следж-хокей також сприяє інтеграції учасників у соціальне середовище.

Мета. Визначити ефективність занять следж-хокеєм для застосування у реабілітації ветеранів з ампутаціями нижніх кінцівок, шляхом аналізу впливу на баланс, рівновагу та психоемоційний стан.

Матеріали та методи. Аналіз наукової літератури; функціональне тестування (TUG, Sit-to-Stand, тест Ромберга); специфічні тести на льодовій арені (Slalom Agility Test, Sprint-and-Turn Test); опитування за шкалою сприйнятого стресу (PSS-10); оцінка результатів спостереження.

Результати. Отримані результати свідчать про покращення показників балансу та рівноваги серед учасників. Частота падінь у порівнянні з початковими показниками зменшилась на 44,7 %, що вказує на адаптацію до специфічної рухової активності в следж-хокеї. Також відзначено зниження рівня сприйнятого стресу, що підтверджує позитивний психоемоційний ефект.

Висновки. Інтеграція следж-хокею в програму реабілітації ветеранів з ампутаціями нижніх кінцівок сприяє підвищенню рівня балансу, рівноваги та покращенню психоемоційного стану.

ЕРГОТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНІЙ ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ НЕВРОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ

Яблонський О.Ю., Кунянська С.В.

Центр фізичної реабілітації «Наша Турбота»

Ерготерапія (з англ. «occupational therapy – ОТ» («заняттєва терапія» або «лікування заняттям», від лат. occupatio – «зайнятість») – це професія в галузі охорони здоров'я, клієнтоорієнтована, що допомагає людям відновити або компенсувати втрачені фізичні та когнітивні функції.

Головною метою ерготерапії є – забезпечення максимальної незалежності та активності у виконанні повсякденних справ, незважаючи на хвороби або травми.

Ерготерапія виступає невід'ємною складовою комплексної фізичної реабілітації неврологічних пацієнтів, оскільки спрямована не лише на відновлення моторних функцій, а й значно підвищити рівень незалежності соціальної інтеграції та якості життя пацієнтів, відновити здатність виконувати повсякденні завдання – самостійно одягатися, готувати їжу, працювати, пересуватися, брати участь у соціальних активностях.

Основні завдання ерготерапії:

- Відновлення самостійності у повсякденному житті;
- Покращення моторики рук та відновлення координації рухів;

- Робота з когнітивними функціями і психоемоційним станом;
- Адаптація середовища під потреби пацієнта;
- Підбір та навчання користування допоміжними засобами;
- Соціалізація в суспільстві;
- Навчання і підтримка сім'ї;
- Самореалізація хворого, використовуючи різні види діяльності.

Неврологічні захворювання, при яких застосовується ерготерапія: інсульт, черепно-мозкові травми, спинальні травми, розсіяний склероз, хвороба Паркінсона.

Ерготерапевтичне втручання включає в себе наступні етапи:

- 1) Діагностика пацієнта, яка складається зі збору анамнезу і проведення ерготерапевтичних обстежень;
- 2) Визначення цілей і завдань ерготерапевтичного втручання;
- 3) Складання програми ерготерапевтичного втручання, для цього буде враховуватися вміння, навички, інтереси і здібності пацієнта, його вік, стать і соціальні ролі;
- 4) Проведення ерготерапевтичних заходів;
- 5) Оцінка ефективності проведеного ерготерапевтичного втручання, за допомогою повторного тестування і при необхідності внесення коректив до плану;
- 6) Спілкування з пацієнтом та його родичами, надання рекомендацій на домашню реабілітацію.

Оцінка функціонального стану в ерготерапії виконується завдяки таких найпоширеніших шкал та тестів – Barthel Index, FIM, COPM, MoCA, Шкала Фугл-Мейєра, Box & block test, Nine-Hole Peg Test та інші.

Постанова цілей в ерготерапії зазвичай формуються через співпрацю між ерготерапевтом та пацієнтом (або його родиною), з урахуванням індивідуальних потреб, цінностей, інтересів, життєвого контексту та функціональних можливостей.

Комплексна фізична реабілітація включає в себе тісну взаємодію ерготерапевта з іншими членами мультидисциплінарної команди. Спільна мета – максимальна незалежність пацієнта.

Ерготерапевт використовує широкий спектр технічних та побутових пристосувань, які допомагають пацієнтам відновити, зберегти чи компенсувати втрачені функції. До цього відноситься: адаптивний посуд, пристрої для одягання, подовжені рукоятки, трансферні дошки, ергономічна техніка та меблі, електронні нагадувачі, індивідуальні ортези та ін.

ЗМІСТ

СКРИНІНГ НУТРИТИВНОГО СТАТУСУ ВІЙСЬКОВИХ З АМПУТАЦІЯМИ НИЖНІХ КІНЦІВОК НА ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ Бабова І.К., Федяєва С.І., Пушкар М.А., Романів О.Р., Бацєко Ю.О.	3
ДОСВІД ІНТЕГРАЦІЇ ФІЗИЧНОЇ, ПСИХОЛОГІЧНОЇ, СОЦІАЛЬНОЇ, ТРУДОВОЇ ТА СПОРТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА РЕКРЕАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ОДЕЩИНИ Барковський А.С.	4
СКАНДИНАВСЬКА ХОДЬБА: ВІД РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ТРЕНУВАНЬ ДО СПОРТИВНИХ ЗМАГАНЬ Безега С.І.	7
ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІСЛЯ ПЕРЕЛОМУ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ Борчану Л.І., Осколкова М.Д..	10
ШАХИ ТА ШАХМАТИ ЯК МЕТОД ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ Бурдін І.Є.	11
ПІДГОТОВКА ФАХІВЦІВ З РЕАБІЛІТАЦІЇ В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ Волгіна Л.М., Куртян Т.В., Чумак Ю.Ю.	12
ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ ВІЙСЬКОВИХ ПІСЛЯ БОЙОВИХ ДІЙ Волянська В.С., Гуща С.Г., Балашова І.В., Польщакова Т.В., Загородня Л.І., Добровольська О.О.	14
ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ СИНДРОМІ ІМПІДЖМЕНТУ ПЛЕЧА Дземішкевич О.С., Бичківська В.О.	17
ЗНАЧЕННЯ ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ПЕДІАТРИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ Єрмакова А.В.	18
РОЛЬ ВЧИТЕЛЯ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ У ФОРМУВАННІ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СТАРШОКЛАСНИКІВ Жиденко А.О., Апецько А.М.	19

РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ У ГІНЕКОЛОГІЇ Звада В.В.	22
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО РАННЬОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ТОТАЛЬНОГО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА Зінчук Б.А.	23
ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ВТРАТІ ВЕРХНІХ КІНЦІВОК Кальніна Т.О.	24
ВИКОРИСТАННЯ МАЙДАНЧИКІВ, ЩО ІМІТУЮТЬ НАВКОЛИШНЄ СЕРЕДОВИЩЕ В РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ ПРОЦЕСІ У КНП «МІСЬКА ЛІКАРНЯ №8» М. ОДЕСА Кіціс А.Г.	25
СТАЦІОНАРНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ В ПІСЛЯГОСТРОМУ ПЕРІОДІ Кобець В.В.	27
ЕКЗОСКЕЛЕТНА РОБОТИЗОВАНА РЕАБІЛІТАЦІЯ НИЖНІХ КІНЦІВОК Коріневський О.Ю.	28
ВИКОРИСТАННЯ ФІТНЕС-ПРОГРАММ У СИСТЕМІ ЗАНЯТЬ З ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ Коростильова Г.Ю.	29
МЕТОДИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ УРАЖЕННІ ОРГАНІВ СЛУХУ ВНАСЛІДОК БОЙОВИХ ДІЙ Кравець С.В., Азізова А.Б.	32
МЕТОДИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ ПАРКІНСОНА Кравець С.В., Середовська В.Ю., Івасик Я.С	34
ДОСВІД РОБОТИ ЕРГОТЕРАПЕВТА У МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНІЙ КОМАНДІ ФІЗИЧНОЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ Маковецька К.М., Янгічер О.П., Зайцев А.С.	36
ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ СИСТЕМИ БЕСТ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ Мартинюк О.А.	40

ДОСВІД ІНТЕГРАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ІНФРАСТРУКТУРИ У ПРИРОДНЕ СЕРЕДОВИЩЕ: ПРИКЛАД МІСЬКОЇ ЛІКАРНІ №8 м. ОДЕСА Мемрук С.А.	43
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ КІЛЬКОСТІ РУХІВ ЗУБНОЇ ЩІТКИ ДЛЯ ДОСЯГНЕННЯ ОПТИМАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА Михайлова А.О., Герасимова І.В.	44
РЕАБІЛІТАЦІЯ МАЙБУТНЬОГО: ЗАСТОСУВАННЯ РОБОТИЗОВАНИХ СИСТЕМ У ВІДНОВЛЕННІ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ Моторна К.А.	45
РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ (РАС) Очаковська К.О.	49
ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ, ВИКЛИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ Панасюк І.В., Бурлака Н.І.	50
РОЛЬ ПЕРСОНАЛІЗОВАНОГО ХАРЧУВАННЯ В МЕДИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВETERANІВ: ІННОВАЦІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ Пилипенко Д.Г., Талалаєв К.О., Бабієнко В.В., Шанигін А.В.	52
ОСНОВИ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПСИХОМОТОРНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ Плакіда О.Л., Філоненко О.В., Бурдін І.Є.	53
ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАННЯ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР З РЕАБІЛІТАЦІЇ Полянська О.С., Полянський І.Ю.	55
ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ БОЙОВОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ Руденко Ю.І., Гудим Н.О.	57
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ТА КЛАСИЧНИХ ПІДХОДІВ ДО ПРОЦЕСУ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ У ПРОФЕСІЙНІЙ ПІДГОТОВЦІ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА, ЕРГОТЕРАПЕВТА Рябушко М.М., Кириленко Л.Г., Ніколенко М.Д.	58
ВИКОРИСТАННЯ КІНЕЗІОТЕЙПУВАННЯ У ВІЙСЬКОВИХ ПІСЛЯ ОСКОЛКОВИХ ПОРАНЕНЬ ВЕРХНІХ КІНЦІВОК Семененко О.В.	62

ОРТЕЗУВАННЯ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПІСЛЯТРАВМАТИЧНИХ КОНТРАКТУР ЛІКТЬОВОГО СУГЛОБА В ДІТЕЙ Сірець В.О., Корольков О.І.	63
ІНТЕРАКТИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ НА ЕТАПІ ДОВГОТРИВАЛОЇ АМБУЛАТОРНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВИХ ІЗ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ Степанова В.С., Трапезникова С.С., Черняк В.А.	66
ОСТЕОАРТРОЗ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ Стоянова О.С., Кишман В.О..	68
РЕАБІЛІТАЦІЯ У ВІРТУАЛЬНІЙ РЕАЛЬНОСТІ ТА VR-ШОЛОМИ В ФІЗИЧНІЙ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ МЕДИЦИНІ ВІЙСЬКОВИХ Стриженюк В.В., Соломка Я.А.	69
СОЦІАЛЬНА АДАПТАЦІЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ ПОРАНЕНЬ Чаущак А.Є., Федько Р.Ф.	70
СИСТЕМНІ ВИКЛИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ТА РОЛЬ СТРАТЕГІЙ ВООЗ У ПІСЛЯВОЄННОМУ ВІДНОВЛЕННІ Шанигін А.В., Ноябрьов Д.В.	71
НАЙБІЛЬШ ЕФЕКТИВНІ, ПРОСТІ І ДОСТУПНІ СПОСОБИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ У ДОМАШНІХ УМОВАХ Шахназарян К.Е.	74
5P-МЕДИЦИНА ЯК НОВА ПАРАДИГМА ЗДОРОВ'Я: ПЕРСОНАЛІЗОВАНА РЕАБІЛІТАЦІЯ І ПРЕВЕНЦІЯ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МАЙБУТНЬОГО Юшковська О.Г.	77
ВИКОРИСТАННЯ АДАПТИВНОГО ХОКЕЮ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ З АМПУТАЦІЯМИ НИЖНІХ КІНЦІВОК: ВПЛИВ НА БАЛАНС, РІВНОВАГУ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН Юшковська О.Г., Дончу А.М.	78
ЕРГОТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНІЙ ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ НЕВРОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ Яблонський О.Ю., Кунянська С.В.	79



АСОЦІАЦІЯ
РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО
МЕНЕДЖМЕНТУ

Інстаграм



Сайт



**Анкета
вступу до
ГО**



**Telegram-чат
партнерів та
членів ГО**

