

**Міністерство освіти і науки України
Національний університет
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»
Комунальний заклад «Харківська гуманітарно-педагогічна академія»
Харківської обласної ради
Дніпровський державний медичний університет
Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка
Харківська державна академія фізичної культури**

**ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА
ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ: РЕАЛІЇ
ТА ПЕРСПЕКТИВИ**

**Збірник наукових матеріалів XI Всеукраїнської науково-практичної
конференції**

27-28 листопада 2025 року

**PHYSICAL REHABILITATION AND HEALTHSAVING
TECHNOLOGIES: REALITIES AND PERSPECTIVES**

**Collection of materials of the XI All-Ukrainian Scientific and Practical
conferences**

November 27-28, 2025

Полтава 2025

універсального підходу до їхньої реабілітації. Мовленнєва терапія та розвиток комунікативних навичок дітей може включати будь-які засоби спілкування.

До втручання можна залучати знайомих співрозмовників, таких як члени родини, друзі, викладачі тощо. Така опосередкована терапія спрямована одночасно і на навчання людей, які перебувають у тісному контакті з дітьми з ДЦП, а також на сприяння розвитку комунікативних навичок пацієнта, створюючи можливості для застосування дитиною нових навичок у спілкуванні. Ефективне опосередковане втручання призведе до змін стилю спілкування як у залучених знайомих, так і власно у дітей.

До прикладу, дослідження, проведене у двох групах дітей з ДЦП, показало, що значного прогресу було досягнуто при включенні до мультидисциплінарної команди фізичної реабілітації фахівця-логопеда. Середня частота вокалізацій, вокалізація+жест, коментарів, ініціаций та прохань у цій групі була значно вище, ніж у дітей з анартрією, нездатних розмовляти. Результати даного дослідження підкреслюють необхідність участі терапевта мови та мовлення та включення батьків до реабілітаційного втручання у дітей з ДЦП з акцентуацією уваги на мультимодальну комунікацію з адаптацією її до профілю порушень.

Постановка ефективних цілей мовленнєвої терапії при дитячому церебральному паралічі є спільним процесом роботи терапевта мови та мовлення, фізичного терапевта та рідних і близьких пацієнта, спрямованим на створення амбітного та здійсненого плану, що має на меті досягнення успіху. При цьому значну роль відіграє застосування тактильного підходу, що використовує обладнання та торкання терапевта з метою навчання пацієнта правильному розташуванню і рухам губ, язика, щелепи при вимові певних звуків. Це надає дитині змогу отримати зворотній сенсорний зв'язок, необхідний для розуміння того, як саме вимовляти звук. Використовують також вправи для укріплення діафрагми: ефективна підтримка дихання сприяє збільшенню сили голосу, вимові більш довгих речень та кращій чіткості мови.

Артикуляційна терапія включає спрямовану практику відтворення певних звуків, складів та слів, які є складними для пацієнта. Вправи перетворюються на гру, що дозволяє підтримувати інтерес і мотивацію дитини, одночасно розвиваючи м'язову пам'ять для правильної вимови. Фахівець з тактильно-кінестатичної терапії використовує свої руки для м'якого впливу на щелепу, обличчя та язик дитини, спрямовуючи його до потрібного слова або речення. Завдяки цьому відбувається налаштування правильного рухового плану мовлення у головному мозку.

Таким чином, при впровадженні цілісного мультидисциплінарного підходу із включенням до реабілітаційного втручання терапевта мови та мовлення, комунікативні та фізичні успіхи дітей з дитячим церебральним паралічем значно зростають.

Миرونенко К.С., студентка

РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З НЕВРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ: СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Судинні захворювання визнані в медицині одні з найнебезпечніших груп захворювань, так як мають серйозні наслідки для організму. Кожне захворювання має характерні особливості, які залежать від того, яка конкретна судина задіяна у патологічний процес.

Інсульт- клінічний синдром швидкого розвитку ознак фокальної чи глобальної втрати мозкових функцій, які тривають понад 24 години, або призводять до смерті. До найбільш частих наслідків інсульту належать: частковий або повний параліч, мовні порушення, проблеми координації. Тому основні принципи реабілітації ґрунтуються на: ранньому початку, комплексності відновлювальних заходів, систематичності, поетапності відновлювального лікування, активної участі у реабілітації самого хворого і його рідних.

Відносні протипоказання для проведення реабілітації: САТ <110 або >220 мм.рт.ст., сатурація кисню <92%, ЧСС у спокої <40 або > 110 уд/хв, температура тіла >38.5С.

При організації реабілітації потрібно враховувати періодизацію постінсультного етапу, який поділяється на 4 періоди:

1. Гострий (перші 3-4 тижні);
2. Ранній відновлювальний (перші 6 міс.) , який має підвиди до 3 міс. Коли відбувається відновлення обсягу рухів і сили у паретичних кінцівках, до 6 міс. Пік відновлення складних рухових навичок;
3. Пізній відновлювальний (6 міс.-1 рік) протягом якого продовжується відновлення мови, статики і трудових навичок;
4. Резидуальний (після року від початку розвитку інсульту) тут вже реабілітація залишкових явищ. На першому етапі виконують індивідуальну рухову програму, на другому етапі-групова лікувальна гімнастика, на третьому етапі-освоєння навиків гігієни, самообслуговування, працетерапія, логопедична корекція та психотерапія.

Основними завданнями в гострому періоді реабілітації є рання активізація хворих та попередження розвитку контрактур, артропатій, пролежнів, тромбофлебіту, а також застійних явищ у легенях. В ранньому періоді ЛФК базується на використанні лікування положенням, активних і пасивних рухів. Лікування положенням: в положенні лежачи руку заводять за голову, відводять в сторону, або вздовж тіла при цьому для фіксації на руку кладуть мішечок з піском вагою у 0,5 кг. У всіх випадках передпліччя супіновано, кисть випрямлена, пальці випрямлені або злігка зігнуті у середньому фізіологічному положенні; для ноги стегно випрямлене, коліно зігнуте під кутом 5-10 градусів для цього потрібно покласти

невеликий валик під коліно ,ступні в упор до ліжка ,деяка ротація назовні ,якщо є внутрішня ротація і навпаки. Також використовують “пляжну позу” - здорова нога зігнута в коліні і впирається на п'яту ,хвора нога ротовано ззовні колно зігнуте під прямим кутом ,стопа своєю зовнішньою частиною лежить на коліні здорової ноги. Масаж: віддають перевагу прийомам розслаблення діючи на сегментарні і рефлекторні зони поглажуючи, потряхуючи,пощипуючи, повільно розминаючи. Виконується 30-40 хв. Метою є зниження спастичності м'язів. Лікувальна гімнастика: рекомендовано починати з дистальних відділів кінцівок і лиш після переходять до проксимальних відділів руки і ноги. При підвищеному тонусі вправи починають з розробки великих суглобів з послідуною розробкою дрібних, що попереджує розвиток синкінезій. Особливу увагу надається згинанню і зовнішній ротації плеча, розгинання і супінація передпліччя, розгинання і згинання пальців кисті ,відведення і приведення великого пальця руку,згинання і ротація стегна ,згинання гомілки,тильне згинання і пронація стопи.

Миронченко Д.В., студент

Кетова О.М. к.мед.н., доцент

Національний університет

“Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка”

РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ: СУЧАСНІ МЕТОДИ ВІДНОВЛЕННЯ РУХОВИХ ФУНКЦІЙ

Інсульт — це одне з найпоширеніших захворювань нервової системи, яке призводить до стійких порушень рухових, мовних і когнітивних функцій. За даними ВООЗ, інсульт є однією з провідних причин смертності та інвалідизації у світі. Тому своєчасна і якісна реабілітація відіграє ключову роль у відновленні функціональної спроможності та покращенні якості життя пацієнтів.

Після перенесеного інсульту у більшості пацієнтів спостерігаються порушення рухових функцій — парези, паралічі, зниження сили, порушення рівноваги та координації. Головною метою реабілітації є відновлення максимально можливого рівня самостійності пацієнта в повсякденній діяльності. Сучасна реабілітація базується на мультидисциплінарному підході, який включає роботу лікаря-невролога, фізичного терапевта, ерготерапевта, логопеда, психолога та соціального працівника. Такий командний принцип дозволяє враховувати всі аспекти відновлення — фізичні, психологічні та соціальні.

Одним із ключових напрямів є фізична терапія, яка передбачає використання різних методів кінезіотерапії — лікувальної гімнастики, позиційного тренування, пасивних і активних вправ, спрямованих на відновлення сили, гнучкості та координації. Ефективність відновлення значно зростає за умов раннього початку реабілітації, тобто в перші дні після стабілізації стану пацієнта. Це сприяє активації процесів нейропластичності