

**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**

тонус литкових м'язів нормалізувався, амплітуда рухів у гомілковостопному суглобі відновилась повністю, як і координація рухів та пропріоцепція. Усі учасники повернулись до повноцінних тренувань і змагань. Фактори середовища використовувались дозовано: холодові компреси застосовувались у гострий період, еластичні бинти та супінатори використовувались на етапі активної реабілітації для підтримки суглоба (e115.2), а на заключному етапі вони застосовувалися лише при навантаженнях понад 80% (e115.1). Структура гомілковостопного суглоба стабілізувалася, що свідчить про ефективність реабілітаційної програми.

Результати дослідження демонструють, що комплексна функціонально-орієнтована фізична терапія з урахуванням категорій МКФ дозволяє значно покращити функції гомілковостопного суглоба, відновити силу і координацію м'язів, повернути спортсменів до тренувальної діяльності та знизити ризик повторних травм. Детальна класифікація факторів середовища показала ефективність поступового зменшення зовнішньої підтримки під час відновлення спортивної функції.

**Климченко В. В.**, студент  
**Кетова О. М.**, к. мед. н., доцент  
*Національний університет*

*«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»*

## **РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ТРАВМ СПИННОГО МОЗКУ, ОТРИМАНИХ ВНАСЛІДОК БОЙОВИХ ДІЙ**

Травма спинного мозку є поширеною серед населення України в умовах війни. Вона спостерігається як у цивільних пацієнтів, так і у військових. До прикладу, у 2024 році українські заклади охорони здоров'я, що надають реабілітаційну допомогу, прийняли 3,5 тисячі пацієнтів зі спінальною травмою. Для порівняння: у 2021 році - до початку повномасштабної війни - таких пацієнтів було 1,5 тисячі.

Мета роботи: ознайомитися з поняттям «травма спинного мозку» та його етіологією; розглянути та описати принципи організації процесу фізичної реабілітації пацієнтів після травм спинного мозку внаслідок бойових дій, з орієнтацією на комплексний підхід. Травма спинного мозку (ТСМ) - це раптове порушення нейронної тканини в спинномозковому каналі, що призводить до пошкодження спинного мозку, яке виникає в результаті травми, захворювання або дегенерації. ТСМ, пов'язані із вибуховим чинником, призводять до каскаду подій, які починаються з первинного вибуху і включають струс мозку, спричинений вибуховою хвилею, баротравму, пов'язану з ішемією, та інфаркт, спричинений гострою газовою емболією. Також можуть виникати вторинні та третинні вибухові ушкодження, наслідками яких є: тупі та проникаючі травми хребта, поштовх людини крізь простір та в інші об'єкти відповідно. Щодо четвертинних травм, то вони спричинені руйнуванням або зміщенням конструкцій і важких предметів на людину, впливом токсичних газів і розчинів, які виділяються, а також впливом вогню. Важливо зауважити, що чим більший

час від моменту отримання травми до проведеного оперативного втручання, тим гірша неврологічна реабілітація.

На етапі ранньої реабілітації рекомендується проводити діагностику та оцінку мультидисциплінарною командою (МДК). Основними конкретними сферами оцінки пацієнтів з ТСМ як на початковому етапі, так і в подальшому є: виявлення ускладнень; вегетативна функція; функція сечового міхура та кишечника; рухова функція; сенсорна функція; активність повсякденного життя (АПЖ); психологічне та емоційне благополуччя. Реабілітаційна допомога протягом гострого реабілітаційного періоду має починатись з моменту надходження пацієнта до закладу охорони здоров'я, але не пізніше 72 годин після стабілізації стану пацієнта, та надаватись паралельно з медичною допомогою, а також має охоплювати заходи для профілактики ускладнень, пов'язаних зі знерухомленням пацієнта з ТСМ.

Протягом гострого реабілітаційного періоду обсяг реабілітаційної допомоги є низьким. За потреби, він може бути збільшений. Метою забезпечення надання реабілітаційної допомоги пацієнту з ТСМ у післягострому реабілітаційному періоді є досягнення максимально можливого рівня функціональної незалежності, активної участі в житті суспільства та покращення якості життя шляхом міждисциплінарної реабілітації, орієнтованої на індивідуальні потреби; попередження ускладнень, пов'язаних із втратою рухової, сенсорної та вегетативної функцій (контрактури, пролежні, інфекції, остеопороз тощо); формування навичок самоогляду, мобільності, користування асистивними технологіями; забезпечення психоемоційної стабільності та підтримки мотивації до активної участі в реабілітаційному процесі; поступова підготовка до переходу в хронічний період із налагодженням реабілітаційного супроводу на рівні громади. Реабілітаційна допомога у довготривалому періоді для пацієнтів із ТСМ спрямована на профілактику ускладнень і вторинних станів, що можуть набути хронічного перебігу; досягнення максимально можливої функціональної незалежності у повсякденному житті; формування та підтримання навичок ефективного користування допоміжними засобами реабілітації; а також - за наявності відповідних цілей в індивідуальному реабілітаційному плані - сприяння поверненню до активної участі в житті громади.

Отже, травма спинного мозку є серйозною проблемою, яка потребує негайного лікування та комплексної фізичної реабілітації пацієнтів. Під час гострого, післягострого та довготривалого реабілітаційних періодів перед МДК та пацієнтом постають важливі завдання, які спрямовані на подолання перешкод до досягнення максимально можливого рівня незалежності пацієнта, пристосування до нових умов життя, а також його ймовірного повернення до колишнього рівня життя.

**Коба В. Б.** студентка  
**Кетова О. М.,** к.мед.н., доцент  
*Національний університет*