

Міністерство освіти і науки України  
Департамент освіти і науки Запорізької обласної державної адміністрації  
Комунальний заклад вищої освіти «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія»  
Запорізької обласної ради

Ministry of Education and Science of Ukraine  
Department of Education and Science of Zaporizhzhia Regional State Administration  
Municipal Institution of Higher Education "Khortytsia National Educational and Rehabilitation Academy"  
of Zaporizhzhia Regional Council



ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ  
Міжнародної науково-практичної конференції  
«ОСВІТА СЬОГОДЕННЯ: ЖИТТЄТВОРЧІСТЬ ЯК ОСНОВА НАЦІОНАЛЬНОГО ВІДРОДЖЕННЯ ТА  
ЄДНОСТІ»  
до 30-річчя заснування наукової школи педагогіки  
та психології життєтворчості особистості,  
75-річчя з дня народження Івана Гнатовича Єрмакова та  
100-річчя з дня народження Лідії Василівни Сохань

BOOK OF ABSTRACTS  
of the International Scientific-Practical Conference  
"EDUCATION OF TODAY: LIFE-CREATIVITY AS THE BASIS OF NATIONAL REVIVAL AND UNITY"  
commemorating the 30th anniversary of the foundation of the scientific school of pedagogy and psychology of  
personality life-creativity  
and the 75th anniversary of Ivan Yermakov  
and the 100th anniversary of Lidiia Sokhan

17 жовтня 2024 року  
October 17, 2024

Запоріжжя, Україна  
Zaporizhzhia, Ukraine

нерва в зап'ястному каналі (див. малюнок нижче). Цей синдром відносять до компресійних невропатій, а це означає, що механічне здавлення є причиною несприятливих змін у нерві [2].

Досить часто цей синдром є професійним наслідком. СЗК найчастіше з'являється при роботі, пов'язаній з дрібною моторикою рук. Страждають на цю хворобу такі професії, як письменники, секретарі, офісні працівники, музиканти, кіберспортсмени та ін. Зараз навіть медичних працівників переводять на комп'ютерні бази даних та електронні сторінки пацієнтів. Здебільшого цей синдром виникає на робочій руці. Більшість населення планети є правшами, меншість шульги, і зовсім мізерна кількість людей, у яких обидві руки робочі.

Розвитку СЗК сприяють захворювання ендокринних залоз (цукровий діабет), ревматичні захворювання (ревматоїдний артрит), набряки у зап'ястковому тунелі (при вагітності) та ін.

Нерідко це захворювання можна зустріти у жінок за 40 років. Вони можуть мати одну або кілька вагітностей, десяток років досвіду роботи. Тож цього достатньо, щоб хворіти на СЗК.

Досліджуючи дану тему, ставимо за мету поліпшити життя пацієнтів та повністю або частково відновити функції зап'ястя за допомогою ефективних засобів фізичної терапії, комплексного підходу до застосування засобів та зміну способу життя, профілактичні дії у вигляді терапевтичних вправ в режимі роботи.

Для того щоб зменшити напругу в тканинах передпліччя та кисті та поліпшити кровообіг, зменшити застійні явища, покращити функціонування кінцівки, рекомендуємо у комплексній реабілітації застосовувати лікувально-реабілітаційний масаж з елементами точкового масажу.

Застосовуємо в рамках дослідження теплові компреси, які накладаються для розслаблення та стимуляції кровообігу, а кріотерапія для зменшення набряку й запалення в зап'ястковому каналі.

Для зменшення болю використовують електростимуляцію, а також ультразвукову терапію. Ще її використовують для зменшення набряку та стимулювання процесів загоєння тканин у зоні зап'ясткового каналу.

Особливу увагу слід приділити розтягуванню та зміцненню м'язів згиначів та розгиначів кисті. Вправи на розтягування допомагають зменшити напругу в зап'ястку та покращити рухливість. А вправи на зміцнення можна робити з багатьма ручними еспандерами.

Отже, головною метою фізичної терапії при синдромі зап'ясткового каналу у жінок середнього віку є комплексний підхід застосування засобів для відновлення функції верхньої кінцівки у пацієнтів.

### СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Верцінська М. Синдром зап'ястного каналу. Портал для лікарів Empendium. 2020. URL: <https://empendium.com/ua/chapter/B27.1368.27>.

2. Термінологічний словник в неврології / уклад.: Л. Г. Доцюк, Л. Г. Логуш, О. В. Зендик, Н. М. Козік, І. Л. Куковська, І. В. Марценяк. Чернівці : Чернівець. нац. ун-т ім. Ю. Федьковича, 2021. 38 с.

**Бордун Анастасія Олегівна,**

здобувач 1 курсу другого (магістерського) рівня вищої освіти спеціальності 227 Терапія та реабілітація,

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет,  
м. Запоріжжя, Україна

**Шапвалова Ірина Володимирівна,**

кандидат педагогічних наук, доцент,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет,  
м. Запоріжжя, Україна

### ВПЛИВ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО МАСАЖУ НА ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ПАЦІЄНТІВ ІЗ МІОФАСЦІАЛЬНИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Реабілітаційний масаж є одним із ключових методів фізичної терапії, який сприяє відновленню функціональних можливостей пацієнтів з міофасціальним больовим синдромом поперекового відділу хребта. Це синдром, що характеризується хронічним болем, обмеженням рухливості та змінами в м'язово-фасціальних структурах, викликає значні труднощі в повсякденній діяльності пацієнтів. Масаж

використовується для зменшення болю, поліпшення кровообігу, зниження напруженості м'язів та відновлення нормальної функції опорно-рухової системи.

Основна мета реабілітаційного масажу – це вплив на м'язи та фасції, які під час міофасціального больового синдрому знаходяться у стані підвищеної напруги. Вони часто утворюють тригерні точки, які спричиняють біль і обмеження рухів. Масаж допомагає зменшити напруження у цих зонах, розслабити м'язи та покращити рухливість у поперековій зоні. Усе це сприяє кращому живленню тканин і їх швидшому відновленню [3]. Ефективність масажу пов'язана із тим, що він активізує механізми природного знеболення організму, такі як вивільнення ендорфінів, а також сприяє покращенню обмінних процесів у тканинах. Важливим аспектом є вплив на кровообіг: покращення мікроциркуляції у пошкоджених ділянках сприяє зменшенню набряків і запальних процесів, що зумовлюють больовий синдром. В результаті масажу поліпшуються метаболічні процеси у тканинах, що забезпечує краще їх живлення та регенерацію.

Окрім фізичних ефектів, реабілітаційний масаж має позитивний вплив на психоемоційний стан пацієнтів. Біль, особливо хронічний, часто спричиняє стрес та емоційне виснаження. Масаж допомагає знизити рівень стресу, покращити настрій і загальне самопочуття, що є важливим для успішного відновлення. Емоційна стабільність пацієнта має безпосередній вплив на процес одужання, оскільки тривалий стрес може погіршувати перебіг хвороби.

При виборі методики масажу для пацієнтів із міофасціальним больовим синдромом важливо враховувати індивідуальні особливості кожного випадку. Для цього масажисти застосовують різні техніки, зокрема класичний масаж, точковий масаж тригерних зон, міофасціальний реліз та постізометричну релаксацію. Ці техніки дозволяють не лише зняти біль, а й відновити природний тонус м'язів, покращити їх еластичність і запобігти повторним загостренням [2].

Одним із ключових етапів реабілітації є відновлення функціональних можливостей пацієнта після курсу масажу. Поступове повернення до звичного фізичного навантаження допомагає зміцнити м'язовий корсет, який забезпечує підтримку хребта та попереджає рецидиви больового синдрому. У цьому контексті масаж не є самостійним методом лікування, а доповнює інші реабілітаційні заходи, такі як лікувальна фізкультура, фізіотерапія та корекція способу життя.

Тривалість курсу реабілітаційного масажу визначається індивідуально і залежить від ступеня ураження тканин, тривалості больового синдрому та загального стану пацієнта. Як правило, для досягнення стійкого результату потрібно пройти кілька сеансів, під час яких поступово зменшуються болісні відчуття, покращується рухливість і загальний стан пацієнта. Регулярність проведення сеансів також має велике значення, оскільки систематичний вплив на м'язи та фасції забезпечує їх повноцінне відновлення.

Позитивний вплив масажу підтверджується численними дослідженнями, які показують, що після курсу масажу пацієнти з міофасціальним больовим синдромом значно покращують свої функціональні можливості. Вони можуть повернутися до звичної фізичної активності, зменшуються прояви болю, знижується ризик рецидивів. Це робить масаж ефективним і доступним методом відновлення, який може застосовуватися як у складі комплексної реабілітації, так і як самостійний терапевтичний захід [1].

Незважаючи на очевидні переваги реабілітаційного масажу, існують певні протипоказання до його застосування. Це гострі запальні процеси, інфекційні захворювання, онкологічні патології та інші серйозні стани, які потребують негайного медичного втручання. Тому перед початком курсу масажу необхідно проконсультуватися з лікарем, щоб усунути можливі ускладнення та підібрати оптимальну методику лікування.

Реабілітаційний масаж може бути поєднаний з іншими методами, такими як кінезіотерапія, мануальна терапія, фізіотерапія та медикаментозне лікування. Такий підхід дозволяє досягти максимальних результатів і забезпечити тривалий терапевтичний ефект [3]. Синергія різних методів лікування допомагає не лише усунути симптоми, а й вирішити основні причини больового синдрому, що сприяє довготривалій ремісії та покращенню якості життя пацієнта.

Реабілітаційний масаж для пацієнтів із міофасціальним больовим синдромом поперекового відділу хребта є не тільки способом зменшення болю, але й важливим етапом у відновленні функціональних можливостей організму. Він сприяє поліпшенню рухливості, зменшенню м'язової напруги, покращенню психоемоційного стану та загального самопочуття пацієнтів. Масаж допомагає покращити обмінні процеси в тканинах, сприяє їх регенерації та запобігає подальшим загостренням захворювання. У поєднанні з іншими методами фізичної реабілітації він допомагає пацієнтам повернутися до активного життя та уникнути хронічного перебігу больового синдрому.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Гончар Г. Лікувальна фізична культура та масаж при деформації хребта під час проходження практики. *Physical culture and sport: scientific perspective*. 2023. № 2. С. 51–56. DOI: <https://doi.org/10.31891/pcs.2023.2.6>.
2. Музика М. С., Липівський Г. М., Лисак І. В. Спортивний масаж, як засіб відновлення спортсменів. *Актуальні питання теоретичної та клінічної медицини* : збірник тез доповідей V Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених (м. Суми, 20–21 квітня 2017 р.). Суми : СумДУ, 2017. С. 508.
3. Ярликова В. Д., Осіпов В. М., Грушко В. В. Масаж і мануальна терапія як компонент фізичної реабілітації: ефективність та докази. *Health & education*. 2024. № 2. С. 214–220. URL: <https://doi.org/10.32782/health-2024.2.27>.

**Волкова Юлія Володимирівна**,  
здобувач 1 курсу другого (магістерського) рівня вищої освіти  
спеціальності 227 Терапія та реабілітація,  
Хортицька національна академія,  
м. Запоріжжя, Україна  
Науковий керівник – **Баришок Т. В.**,  
кандидат наук з фізичного виховання та спорту,  
Хортицька національна академія,  
м. Запоріжжя, Україна

## ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ДИСПЛАЗІЇ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ

Лікування дисплазії суглобів залежить від її ступеня і віку дитини. Раніше з метою корекції застосовували гіпсові пов'язки, жорсткі ортопедичні конструкції. Останнім часом тактика лікування дисплазій переглянута. Для цього використовують різні ортопедичні прийоми та засоби – туге стягування, відвідні шини, спеціальні подушки, стремена Павлика [1], які надають ніжкам дитини положення відведення. Поступово під тиском головки стегнової кістки формується вертлюжна западина [5].

Реабілітаційні заходи при дисплазії кульшового суглоба у новонароджених спрямовані на зміцнення м'язів, що формують кульшовий суглоб, активізацію відновних процесів та пристосування суглоба до нових умов динаміки та статичності. З цією метою використовується лікувальна фізкультура, масаж, фізіотерапевтичне лікування та медикаментозні препарати [2].

Основним завданням фізичної терапії є профілактика та усунення напруження м'язів стегна, формування кульшових суглобів, відновлення їх форми, зміцнення м'язів, що проводять у рух тазостегнові суглоби (згинання, розгинання, відведення, обертання усередину), розвиток у повному обсязі активних рухів у тазостегнових суглобах, корекція вальгусного положення колінних і гомілковоступневих суглобів, що виникає при лікуванні з використанням шини [3].

На першому році життя, як правило, фізичні вправи поєднуються з масажем. При дисплазії зазвичай використовують класичний масаж з прийомами погладження, розтирання і легке розминання м'язів поперекової області, сідниць, передньої, задньої та бічної поверхні стегна і м'який крапковий масаж сідничних м'язів біля голівки стегна у поєднанні з прийомами розслаблення м'язів, що приводять стегно в рух [4].

Рекомендованими вправами для дітей 5-6 місяців є «велосипед», обертальні рухи в тазостегновому суглобі при зігнутій ніжці в колінному суглобі та розведення і зведення ніжок [6].

Науковий аналіз досліджень і публікацій, присвячених фізичній терапії дітей із дисплазією кульшового суглоба, дозволив констатувати, що на сьогодні існує значна кількість досліджень в аспекті комплексної фізичної терапії дітей першого-другого року життя.

Проводилися дослідження щодо впливу терапевтичних вправ на дитину першого року життя [7]. Автори констатували, що терапевтичні вправи необхідні для комплексного лікування дітей з дисплазією кульшового суглоба. Проводиться реабілітація при консервативному лікуванні, зазвичай, коли дитина підіймає голову. Застосовують терапевтичні вправи, які поєднують різні техніки масажу, вправ та положень дитини. Під час виконання цих рухів виділяється синовіальна рідина, що живить і змащує поверхню суглоба, відповідно рух допоможе правильно формувати голівку і западину суглоба.

|   |     |
|---|-----|
| <b>Антонова Ірина Володимирівна</b><br>СЕНСОРНО-ІНТЕГРАЦІЙНА ТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД ЖИТТЄТВОРЧОГО ПІДХОДУ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ МОТОРИКИ.....  | 65  |
| <b>Базасва Марія Олександрівна</b><br>ОСВІТНІ ПРОГРАМИ ЯК СКЛАДОВА КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ І СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ.....   | 67  |
| <b>Батарейна Ірина Олександрівна</b><br>СОЦІАЛЬНА АДАПТАЦІЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ.....  | 68  |
| <b>Бобилева Яна В'ячеславівна</b><br>ДІЯЛЬНІСТЬ ПСИХОЛОГА В ЛІКУВАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ УСТАНОВАХ.....   | 70  |
| <b>Бойко Софія Олександрівна, Шаповалова Ірина Володимирівна</b><br>ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ СИНДРОМІ ЗАП'ЯСТКОВОГО КАНАЛУ У ЖІНОК СЕРЕДНЬОГО ВІКУ.....   | 72  |
| <b>Бордун Анастасія Олегівна, Шаповалова Ірина Володимирівна</b><br>ВПЛИВ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО МАСАЖУ НА ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ПАЦІЄНТІВ ІЗ МІОФАСЦІАЛЬНИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА..... | 73  |
| <b>Волкова Юлія Володимирівна</b><br>ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ДИСПЛАЗІЇ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ.....   | 75  |
| <b>Волкова Юлія Володимирівна</b><br>ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ДИСПЛАЗІЇ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ.....  | 77  |
| <b>Деменко Андрій Олександрович</b><br>ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ОСІБ З ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИМИ ТРАВМАМИ В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ.....   | 79  |
| <b>Іванова Анна Сергіївна</b><br>ОСОБЛИВОСТІ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ З РОЗРИВОМ АХІЛЛОВОГО СУХОЖИЛЛЯ ПРИ ОПЕРАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ.....  | 80  |
| <b>Каташ Анна Юріївна</b><br>СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ВКОРОЧЕННІ АХІЛЛОВОГО СУХОЖИЛЛЯ.....  | 82  |
| <b>Кіктенко Інна Павлівна</b><br>ФІТНЕС ТЕХНОЛОГІЇ – КРОК ДО ОЗДОРОВЛЕННЯ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ ПОЧАТКОВОЇ ШКОЛИ ХОРТИЦЬКОЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ.....  | 84  |
| <b>Коваленко Яна Олегівна</b><br>ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ВІЙСЬКОВИХ З НАСЛІДКАМИ МІННО-ВИБУХОВОЇ ТРАВМИ НИЖНІХ КІНЦІВОК.....  | 86  |
| <b>Кожемякіна Ганна Олександрівна</b><br>СЕНСОРНА ІНТЕГРАЦІЯ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХОМОТОРНОГО РОЗВИТКУ.....   | 87  |
| <b>Коллегаєв Михайло Юрійович</b><br>ІГРИ ЯК ЕЛЕМЕНТ СОЦІАЛІЗАЦІЇ УЧАСНИКІВ МАСОВИХ ТУРИСТСЬКИХ ПОХОДІВ.....  | 89  |
| <b>Крейдич Ярослав Юрійович</b><br>ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ВІЙСЬКОВИХ СЕРЕДНЬОГО ВІКУ З БОЛЕМ У НИЖНІЙ ЧАСТИНІ СПИНИ.....   | 91  |
| <b>Лесняк Альона Денисівна</b><br>ЖИТТЄТВОРЧИЙ ПІДХІД В КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА СОЦІАЛЬНІЙ АДАПТАЦІЇ.....   | 92  |
| <b>Литвиненко Андрій Васильович</b><br>ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ОСІБ ПІСЛЯ ТРАВМ КОЛІННОГО СУГЛОБУ.....  | 94  |
| <b>Літвінова-Головань Ольга Павлівна, Буренко Марина Сергіївна</b><br>ЖИТТЄТВОРЧИЙ ПІДХІД В ПРОЦЕСІ ФІЗИЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ.....   | 95  |
| <b>Марішин Андрій Андрійович</b><br>ОСОБЛИВОСТІ СПОСОБУ ЖИТТЯ СПОРТСМЕНІВ З ТЕНДИНІТОМ ЗВ'ЯЗКИ НАКОЛІННИКА.....   | 96  |
| <b>Марішин Андрій Андрійович</b><br>ТЕНДИНІТ ЗВ'ЯЗКИ НАКОЛІННИКА: ПРИЧИНИ, ПРОЯВИ ТА ДІАГНОСТИКА.....   | 98  |
| <b>Парфенюк Олександра Володимирівна</b><br>ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ВРОДЖЕНІЙ М'ЯЗОВІЙ КРИВОШИЇ.....  | 100 |
| <b>Подлевська Дарія Валеріївна</b><br>СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ ПРИ ЦЕНТРАЛЬНІЙ ФОРМІ АНКІЛОЗУЮЧОГО СПОНДИЛІТУ.....  | 102 |
| <b>Поривасва Вікторія Романівна</b><br>ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ГІДРОКІНЕЗОТЕРАПІЇ ПРИ СКОЛІОЗІ У ДІТЕЙ 8-9 РОКІВ.....  | 105 |
| <b>Сергата Наталія Сергіївна, Сергатий Микола Олександрович</b><br>ВПЛИВ ЗАНЯТЬ СПОРТОМ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ЛЮДЕЙ.....  | 107 |
| <b>Скляр Анастасія Олександрівна</b><br>ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНОЮ М'ЯЗОВОЮ КРИВОШИЄЮ.....  | 109 |
| <b>Соколовський Кірілл Олексійович</b><br>ФУТБОЛ ЯК ІНСТРУМЕНТ СОЦІАЛІЗАЦІЇ.....  | 110 |
| <b>Токар Григорій Михайлович</b><br>ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ЛЮДЕЙ ЛІТНЬОГО ВІКУ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ.....   | 112 |
| <b>Хамелюк Владислав Русланович</b><br>ІННОВАЦІЙНИЙ ПІДХІД ДО ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКЛАДАННЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ.....  | 114 |
| <b>Ходос Ірина Володимирівна</b><br>ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ З КРИВОШИЄЮ.....  | 115 |