Міністерство освіти і науки України
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
II Медичний факультет
Кафедра фізичної терапії та реабілітаційної медицини

Рух, що повертає життя: інновації, доказовість і міждисциплінарність у сучасній реабілітації

Матеріали
Науково-практичної конференції
з міжнародною участю

(23 січня 2026 року, м. Харків, Україна)

Харків 2026

Міністерство освіти і науки України
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
II Медичний факультет
Кафедра фізичної терапії та реабілітаційної медицини

Рух, що повертає життя: інновації, доказовість і міждисциплінарність у сучасній реабілітації

МАТЕРІАЛИ
Науково-практичної конференції
з міжнародною участю
(23 січня 2026 року, м. Харків, Україна)

Електронний ресурс

Харків 2026

УДК 615.8(063)

Р91

Затверджено до розміщення в мережі Інтернет
рішенням Вченої ради Харківського національного університету
імені В.Н. Каразіна
(протокол № ___ від «___» _____ 2026 року)

Голова редакційної колегії
БРИНЗА М.С., завідувач кафедри фізичної терапії та реабілітаційної медицини Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна, доцент, кандидат медичних наук.

Редакційна колегія
БІСМАК О. В. – доктор наук з фізичного виховання та спорту, професор, професор кафедри фізичної терапії та реабілітаційної медицини Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна.
КАЛМИКОВА Ю.С. – доктор наук з фізичного виховання та спорту, доцент, професор кафедри фізичної терапії та реабілітаційної медицини Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна.
ІСТОМІН А.Г. – доктор медичних наук, професор, професор кафедри фізичної терапії та реабілітаційної медицини Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна.
ЯКОВСЬКА А.І. – асистент кафедри фізичної терапії та реабілітаційної медицини Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна.

Адреса редакційної колегії:
Кафедра фізичної терапії та реабілітаційної медицини, ІІ Медичний факультет, Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, майдан Свободи, 4, м. Харків, 61022.

Р91 Рух, що повертає життя: інновації, доказовість і міждисциплінарність у сучасній реабілітації: матеріали Науково-практичної конференції з міжнародною участю (23 січня 2026 року, м. Харків, Україна) [Електронний ресурс]. – Харків : ХНУ ім. В.Н. Каразіна, 2026. – 186 с.

До матеріалів увійшли оригінальні наукові статті та тези наукових доповідей науковців, практичних діячів, викладачів та здобувачів з актуальних питань сучасної реабілітології за такими ключовими напрямами: фізична, психологічна та соціальна реабілітація військовослужбовців і цивільного населення, постраждалих внаслідок бойових дій; соціально-психологічна реабілітація внутрішньо переміщених осіб, дітей і підлітків із травматичним досвідом; нейрореабілітація; бойова травма та комплексна реабілітація; післяопераційна та ортопедична реабілітація; клінічні випадки; інклюзивний спорт і адаптивна фізична активність; біомеханіка, технології та сучасні методи фізичної терапії.

УДК 615.8(063)

© ХНУ імені В.Н. Каразіна, 2026

ЗМІСТ

Оригінальні наукові статті

СУЧАСНІ МЕТОДИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ НЕВРИТУ ЛІКТЬОВОГО НЕРВА: ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ, НЕЙРОМОБІЛІЗАЦІЯ ТА РОБОТИЗОВАНА РЕАБІЛІТАЦІЯ
Балаклицька С. А., Ткаченко В. В. **5-12**

ОЗДОРОВЧО-РЕКРЕАЦІЙНА РУХОВА АКТИВНІСТЬ ЯК ЧИННИК ФОРМУВАННЯ АДАПТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ОРГАНІЗМУ
Громко Є. А., Петрухнов О. Д. **13-25**

ЕМОЦІЙНИЙ ІНТЕЛЕКТ ПСИХОЛОГІВ ЯК ЧИННИК УСПІШНОЇ РОБОТИ ФІЗИЧНОЇ, ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ І ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ, ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК БОЙОВИХ ДІЙ
Камрат О.І., Співак Л.М. **26-31**

КОПІНГ-ПОВЕДІНКА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ В УМОВАХ НЕВИЗНАЧЕНОСТІ ТА РИЗИКУ
Олефіренко Д., Співак Л. М. **32-40**

РОЛЬ ВІРИ ЯК ЦІННІСНО-СМИСЛОВОГО РЕСУРСУ В ПСИХОЛОГІЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ
Терлецька І. О., Співак Л.М. **41-52**

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З БОЙОВИМИ ПОРАНЕННЯМИ НИЖНІХ КІНЦІВОК. БАЗОВІ ЗАСАДИ ТА ЗМІСТ УНІФІКОВАНОГО АЛГОРИТМУ
Харсійова В.Р., Торяник І.І. **53-62**

Тези наукових доповідей

IMPACT OF PHARMACOLOGICAL SUPPORT ON NEUROREHABILITATION OUTCOMES IN PATIENTS WITH POST-INFECTIOUS NEUROLOGICAL DEFICITS: A MODELED AND EDUCATIONAL APPROACH
Kerlous Samy Hanna Ibrahim, Nouara Emrajae Elazirg **63-66**

COMPLEX PHYSIOTHERAPY AFTER STROKE
Dmytro Sknypa, Tetiana Dereka **67-71**

ІНТЕГРАЦІЯ ЗАСОБІВ ТЕЛЕМЕДИЦИНИ У ПРОГРАМУ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ПОШКОДЖЕННЯМ РОТАТОРНОЇ МАНЖЕТИ ПЛЕЧА В УМОВАХ ОБМЕЖЕНОГО ДОСТУПУ ДО ОЧНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ
Бриндзей А.Р., Баннікова Р.О. **72-77**

РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ З ТРАВМАТИЧНОЮ АМПУТАЦІЄЮ НИЖНІХ КІНЦІВОК
Бучок М.М., Дерека Т. Г. **78-82**

ВПЛИВ ЗАНЯТЬ ФЛАЙ-ФІТНЕСОМ НА ПОКАЗНИКИ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ЖІНОК
Вондрачек А., Грибовська І. Б. **83-85**

РОЛЬ ЕРГОТЕРАПЕВТА В ОПТИМІЗАЦІЇ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ З АМПУТАЦІЯМИ НИЖНІХ КІНЦІВОК
Герасименко С. С., Шевчук Ю. В. **86-90**

МКФ ЯК СУЧАСНА МОДЕЛЬ ЗДОРОВ'Я ТА СТАНІВ, ПОВ'ЯЗАНИХ ЗІ ЗДОРОВ'ЯМ
Гончарук Н.В. **91-94**

ЕМПІРИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМИ «НЕЙРОСВІТ» У РОЗВИТКУ ВИЩИХ ПСИХІЧНИХ ФУНКЦІЙ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ТА МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ
Гуненко О. В., Кириленко В. Г. **95-98**

РОЛЬ ДІАГНОСТИЧНОЇ СКЛАДОВОЇ У КОМПЛЕКСІ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ В ОСІБ ІЗ СИНДРОМОМ КАРПАЛЬНОГО КАНАЛУ
Качанова М.О., Бісмак О.В. **99-104**

СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ПАТОГЕНЕЗ ТРАВМ СПИННОГО МОЗКУ ТА ЇХНІЙ ВПЛИВ НА ФУНКЦІОНАЛЬНУ ЛОКОМОЦІЮ ТА ЗАГАЛЬНУ ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ТРАВМИ СПИННОГО МОЗКУ
Ковальчук Ю. А., Нестерчук Н. Є. **105-109**

ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ТА КЛІНІЧНІ МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ В ЕРГОТЕРАПІЇ ЗОРОВИХ ДИСФУНКЦІЙ, СПРИЧИНЕНИХ ЧЕРЕПНО МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ МІННО-ВИБУХОВОГО ГЕНЕЗУ
Кравченко А.І., Нагорна О.Б. **110-114**

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПІСЛЯ УШКОДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКОВОГО АПАРАТУ ГОМІЛКОВОСТОПНОГО СУГЛОБУ НА ПОЛІКЛІНІЧНОМУ ЕТАПІ
Лакомкін Є.С., Пустовойт Б.А. **115-118**

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ МІОФАСЦІАЛЬНОМУ БОЛЬОВОМУ СИНДРОМІ ТРАПЕЦІЄПОДІБНОГО МЯЗУ У ЖІНОК 35-45 РОКІВ ЯК АКТУАЛЬНА ПРОБЛЕМА
Луцик Н. Р., Лужна М.Я. **119-122**

КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СКРИНІНГ ДО ПОЧАТКУ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ МЕТОДИКИ NEURAC У ПАЦІЄНТІВ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ З БОЛЕМ В НИЖНІЙ ЧАСТИНІ СПИНИ
Миронюк Я.В., Бринза М. С. **123-125**

КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ НЕСПЕЦИФІЧНИМ ХРОНІЧНИМ БОЛЕМ У ШИЇ
Панченко О.А., Єжова О.О. **126-131**

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ У ОСІБ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА У ОСІБ СЕРЕДНЬОГО ВІКУ
Печура Б.Д., Сергієнко Р. О. **132-136**

МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД У РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ТРАВМАТИЧНОЇ АМПУТАЦІЇ НА РІВНІ СЕРЕДНЬОЇ ТРЕТИНИ ГОМІЛКИ : КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК
Пімкіна Е.А., Яковська А.І. **137-139**

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ ФОРМУВАННЯ СКОЛІОТИЧНОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ В СУЧАСНИХ УМОВАХ
Подвін А.М., Ляхова Н.О., Краснова О.І., Бєлікова І.І., Голованова І.А. **140-145**

РЕАБІЛІТАЦІЙНЕ ВТРУЧАННЯ У ПОСТІНСУЛЬТНИХ ПАЦІЄНТІВ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ
Рева О.В., Полковник-Маркова В.С. **146-150**

КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ АРТРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ НА КОЛІННОМУ СУГЛОБІ ПЕРЕД ПОЧАТКОМ РЕАБІЛІТАЦІЇ
Рукавіцин О. С., Сафронов Д. В. **151-152**

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ДІТЕЙ 5-6 РОКІВ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ
Свєрчкова О.В., Калмикова Ю.С., Калмиков С.А., Литовченко В.О. **153-157**

ВПЛИВ ІНТЕРВАЛЬНИХ АЕРОБНИХ ТРЕНУВАНЬ НА ПОКАЗНИКИ ВТОМИ ТА КООРДИНАЦІЇ У ПАЦІЄНТА З МОЗОЧКОВОЮ АТАКСІЄЮ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК
Скалій А.І., Григус І.М. **158-162**

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ БОЙОВИХ ПОШКОДЖЕННЯХ ТАЗУ ПІСЛЯ РЕКОНСТРУКТИВНИХ ОПЕРАЦІЙ З ВИКОРИСТАННЯМ ІНДИВІДУАЛЬНИХ 3D-ІМПЛАНТІВ
Фотін Д. М., Істомін А. Г. **163-167**

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ БОЛЮ В НИЖНІЙ ЧАСТИНІ СПИНИ: КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ МАККЕНЗІ
Худоба І.М. **168-172**

ПРОФІЛАКТИКА ПАДІНЬ У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІЙ ТА ОРТОПЕДИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ: РОЛЬ PRE-HABILITATION, РАННЬОЇ МОБІЛІЗАЦІЇ ТА ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ НЕЗАЛЕЖНОСТІ
Шевчук Ю.В. **173-177**

ПОКРОКОВЕ ВПРОВАДЖЕННЯ МЕТОДУ ОРТЕЗУВАННЯ НИЗЬКОТЕМПЕРАТУРНИМ ПЛАСТИКОМ В ІНДИВІДУАЛЬНУ ПРОГРАМУ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ОПІКОВИХ ТРАВМ ВЕРХНІХ КІНЦІВОК
Щаслива І.В., Лазарєва О.Б. **178-181**

РЕАБІЛІТАЦІЙНА КОРЕКЦІЯ РІВНОВАГИ ТА КООРДИНАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ У РАННЬОМУ ВІДНОВНОМУ ПЕРІОДІ ПІСЛЯ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ
Явтушенко П. В., Гужва О. І. **182-185**

Тези доповіді

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ДІТЕЙ 5-6 РОКІВ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

Свєрчкова О.В.
Харківська державна академія фізичної культури, факультет фізичної терапії та здоров'я людини, кафедра терапії, реабілітації та медичних дисциплін, Харків, Україна
Калмикова Ю.С.
Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, II медичний факультет кафедра фізичної терапії та реабілітаційної медицини, Харків, Україна
Калмиков С.А.
Харківська державна академія фізичної культури, факультет фізичної терапії та здоров'я людини, кафедра терапії, реабілітації та медичних дисциплін, Харків, Україна
Литовченко В.О.
Харківська державна академія фізичної культури, факультет фізичної терапії та здоров'я людини, кафедра терапії, реабілітації та медичних дисциплін, Харків, Україна

Актуальність. Згідно державної статистики Міністерства охорони здоров'я в Україні перше місце серед дітей з особливими потребами посідають діти із ураженням нервової системи (41,9 %), а серед нозологічних форм переважає церебральний параліч (ЦП), частота якого коливається від 1,6 до 4,2 випадків на 1000 народжених дітей. Спастична диплегія належить до найбільш поширених форм ЦП. Основною метою медичної, фізичної та соціальної реабілітації дітей з ЦП є поліпшення якості життя і інтеграція в суспільство.

Фізична терапія є найпопулярнішим терапевтичним втручанням при ЦП. Головною метою фізіотерапевтичного втручання для дітей з ЦП є розвиток моторних та рухової функції, за допомогою комплексного застосування методів реабілітаційного втручання. За результатами аналізу науково-методичної літератури, застосування методу Бобат-терапії у реабілітаційно-відновному лікуванні дітей з ЦП сприяє покращенню

моторних та формуванню рухових навичок, покращує самообслуговування та ін.

Мета дослідження. Дослідити вплив програми фізичної терапії на моторні функції дітей 5-6 років з ЦП у формі спастичної диплегії.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням знаходилося 24 дитини від 5 до 6 років з ЦП у формі спастичної диплегії на базі КНП «Міська дитяча лікарня №5» ХМР. Діти були за методикою випадкових чисел розділені на 2 групи – контрольну (КГ) та основну (ОГ) по 12 дітей. Середній вік в основній групі склав 5,58±0,14, а в контрольній - 5,41±0,14роки. Курс фізичної терапії для дітей обох груп тривав протягом 6 місяців.

Рівень структури та функції згідно з МКФ ДП визначали за допомогою збору анамнезу, огляду. Рівень активності та участі визначали за допомогою визначення рівнів моторних порушень за класифікацією великих моторних функцій GMFCS, методу базометрії. Метод статистичної обробки отриманих результатів проводився з допомогою програмного забезпечення Microsoft Excel (версія 2016).

Результати. Проаналізовано дані інтерв'ю та клініко-функціонального обстеження 24 дітей 5-6 років з дитячим церебральним паралічем у формі спастичної диплегії для виявлення основних скарг, оцінки показників рухових функцій та рівня моторних порушень, а також постановки мети та цілей програми фізичної терапії. Крітерії включення: діти 5-6 років з діагнозом за МКХ-10 - G80 Дитячий церебральний параліч, G80.01 Спастична диплегія.

Нами було проаналізовано короткий базовий набір Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я для дітей та підлітків (МКФ ДП) для дітей з ЦП, який налічує 27 доменів та обрано категорії МКФ найбільш притаманні дітям з ЦП у формі спастичної диплегії. Для кожної категорій було підібрано валідний інструмент оцінки.

При первинному дослідженні на апаратно-програмному базометричному комплексі «Базометр» ми отримали наступні показники біомеханіки: коефіцієнти опірності на ліву та праву кінцівки в основній групі складали 47,1±1,1 й 52,9±1,1 ($p<0,05$) відповідно; коефіцієнти опірності на ліву та праву кінцівки в контрольній групі складають 51,6±1,5 й 48,4±1,5 ($p<0,05$) відповідно. Ідеальним вважається розподіл ваги дитини 50% на 50%, тобто однакова напруга на обидві кінцівки. Ці

показники мають кращі первинні результати в контрольній групі. Зона інтегрованої рівноваги на ліву та праву кінцівки в основній групі складають 0,7±0,1 та 0,8±0,2 відповідно (p>0,05). Зона інтегрованої рівноваги на ліву та праву кінцівки в контрольній групі складають 0,6±0,1 та 0,6±0,1 відповідно (p>0,05). У основній групі первинні показники маси тіла 13,25±0,53 і довжини тіла 102,75±0,99 (p>0,05). У контрольній групі первинні показники маси тіла 13,75±0,62 і довжини тіла 104,41±1,11 (p>0,05). Коефіцієнт опірності показує скільки власної ваги утримає дитина стоячи без допоміжних засобів. В основній групі цей показник складає 85,5±1,5, він дещо нижчий, ніж у контрольній групі: 87,5±2,4 (p>0,05).

При первинному дослідженні за системою GMFCS ми досліджували рухові можливості (лежання та перегортання; сидіння; повзання і стояння на колінах; стояння; ходьба) дітей та виявили наступний їх розподіл за рівнями: в КГ рухові можливості 42 % (n = 5) характеризувалися II рівнем моторних порушень, 50 % (n = 6) – III рівнем та 8 % (n = 1) – IV рівнем, а в ОГ – 25 % (n = 3) - II рівнем, 58 % (n = 7) - III рівнем та 17 % (n = 2) - IV рівнем. Отже, у обох групах переважала частка дітей, моторні можливості яких відповідали III рівню моторних порушень за системою GMFCS.

Розроблена програма для дітей ОГ передбачала використання кінезотерапії з використанням ПНФ, Бобат-терапії та кінезіотейпування з урахуванням короткотермінових цілей у SMART-форматі.

Основу кінезотерапії складали вправи за методом ПНФ. Використання PNF-терапії дозволяє ефективно відновити необхідні рухові функції шляхом зменшення больових відчуттів, збільшення амплітуди активних і пасивних рухів, покращення контролю за моторними функціями, покращення здібностей пацієнта до руху та до збереження стабільності. Тривалість заняття 25 хв., кількість процедур – 15.

Далі в основній групі ми застосовували концепцію Бобат-терапії, яка полягає у створенні стимулів та мінімальної допомоги, що дає можливість розширення функціональності за рахунок адаптації в оточуючому середовищі. Кількість процедур: 12-15, 3 рази на тиждень.

В програмі фізичної терапії дітей з ДЦП у формі спастичної диплегії ми використовували метод кінезіотейпування. Тейпи накладали для кожної дитини індивідуально, враховуючи ураженість нижніх кінцівок.

Діти КГ займалися за загальноприйнятими рекомендаціями МОЗ України. В основу програми фізичної терапії входили: лікувальний масаж, фізіотерапію, кінезотерапія.

Заняття кінезотерапією проводилися малогруповим методом у в.п. «лежачи», «сидячи» і «стоячи», призначалися вправи для великих і середніх м'язових груп, в повільному і середньому темпі. У заняття також включалися вправи на розслаблення, рівновагу, координацію рухів, вправи з предметами, дозований підйом сходами. Тривалість заняття – 30-35 хв. Дітям КГ застосовували лікувальний масаж, завданням якого є тонізування функції паретичних м'язів. Курс масажу 12 процедур, тривалість одного сеансу - 30 хв.

З фізіотерапевтичних процедур в КГ застосовувався медикаментозний електрофорез та електростимуляція паравертебральних зон, магнітотерапія, ампліпульстерапія, кожна курсом 10-12 процедур. Тривалість 10-15 хв.

Повторне дослідження показників біомеханіки ОГ і КГ показало у більшості дітей обох груп поліпшення функціонального стану, а саме коефіцієнт опірності (КО,%) в основній групі збільшився з 85,5% до 92,9%, тоді як у контрольній групі – з 87,5% зменшився до 85,8%. Таким чином, в основній групі спостерігалося статистично значуще покращення опірності дітей, стоячи без сторонньої підтримки.

При повторному дослідженні за системою GMFCS у дітей ОГ спостерігались кращі показники, ніж в КГ. А саме, встановлено наступний розподіл за рівнями: в КГ рухові можливості 50 % (n = 6) характеризувалися II рівнем моторних порушень, 42 % (n = 5) – III рівнем та 8 % (n = 1) – IV рівнем, а в ОГ – 58 % (n = 7) - II рівнем, 34 % (n = 4) - III рівнем та 8 % (n = 1) - IV рівнем.

У обох групах відбулися покращення, переважала частка дітей, моторні можливості яких відповідали II рівню моторних порушень за системою GMFCS, але, слід зазначити, що достовірне покращення показників спостерігали в ОГ ($p<0,05$).

Так, в ОГ 33% осіб (n = 4) перейшли до II рівня моторних порушень та 8 % (n = 1) – до III рівня, а в КГ – тільки 8 % (n = 1) перейшли до II рівня, та у 8 % (n = 1) осіб рухові можливості так і залишились на IV рівні. При повторному дослідженні статистично значуще покращення спостерігали в ОГ. Отже, отримані дані свідчать про те, що розроблена програма фізичної

терапії для дітей основної групи має кращий результат на покращення моторних можливостей дітей з ЦП у формі спастичної диплегії.

Висновки. Результати дослідження довели ефективність впливу заходів фізичної терапії за розробленою нами програмою за даними показників рухових функцій та рівня моторних порушень, а отже якості життя дітей 5-6 років з дитячим церебральним паралічем у формі спастичної диплегії.

Електронне наукове видання

Рух, що повертає життя: інновації, доказовість і міждисциплінарність у сучасній реабілітації

МАТЕРІАЛИ
Науково-практичної конференції
з міжнародною участю
(23 січня 2026 року, м. Харків, Україна)

Українсько,англійською мовами

Текст подається в авторській редакції

Відповідальний за випуск: Бринза М. С.

Оригінал-макет: Яковська А. І.

Видавець і виготовник:
Кафедра фізичної терапії та реабілітаційної медицини,
II Медичний факультет, Харківський національний університет імені
В. Н. Каразіна, майдан Свободи, 4, м. Харків, 61022.