

УДК: 796:37.037:613:615.8

DOI: <https://doi.org/10.28925/2025.1812169conf>

Фізичне виховання, спорт та здоров'я людини: досвід, проблеми, перспективи : матеріали ХІІ Всеукр. наук.-практ. онлайн-конф., м. Київ, 18 грудня 2025 р. Київ : Київський столичний ун-т ім. Б.Грінченка, 2025. 169 с.

У збірнику представлені тези доповідей з питань філософських, організаційних, соціально-економічних, правових засад розвитку фізичної культури та спорту, професійної підготовки фахівців у галузі фізичного виховання і спорту, інноваційних підходів до фізичного виховання різних груп населення, медико-біологічних, фізіологічних, психологічних, педагогічних аспектів підготовки спортсменів, олімпійського, професійного і адаптивного спорту, урбан-спорту, фізичної терапії та ерготерапії.

Голова організаційного комітету:	Георгій Лопатенко
Члени організаційного комітету:	Ірина Грузевич, Валентин Савченко, Галина Іваненко, Наталія Пилипченко, Марія Прядко
Редакція тез:	Ірина Грузевич

Матеріали пройшли перевірку сервісом для запобігання плагіату Strike Plagiarism.

Наукове електронне видання включено до наукометричної бази Google Scholar.

Видання відкрито для вільного доступу на умовах ліцензії Attribution-NonCommercialNoDerivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0), котра дозволяє іншим особам вільно розповсюджувати опубліковану роботу з обов'язковим посиланням на автор(ів) оригінальної роботи та публікацію роботи в цьому виданні.

Затверджено

Вченою радою Факультету здоров'я, фізичного виховання і спорту Київського
столичного університету імені Бориса Грінченка
(протокол від 16.12.2025 р. № 10).

Електронна версія видання розміщена на сайті: <https://fzfs.kubg.edu.ua/>

Київський столичний Університет імені Бориса Грінченка, 2025

Головач І.І., Гнутова Н.П. ПАРАОЛІМПІЙЦІ ЯК ПРИКЛАД ПОДОЛАННЯ ФІЗИЧНИХ І ПСИХОЛОГІЧНИХ ТРАВМ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ.....	119
Петелько М.С. СУЧАСНІ ТРЕНДИ В СИСТЕМІ ПІДГОТОВКИ В ПАУРЛІФТИНГУ..	120
Титаренко Д.Ю., Тімашева О.В., Гацко О.В. ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ЯК ЗАСІБ ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ ПСИХОЛОГІЧНИХ ТРАВМ В УМОВАХ КРИЗОВИХ СИТУАЦІЙ.....	122

НАПРЯМ 8 ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ТА ЕРГОТЕРАПІЯ

Баришников А.О. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДНО-ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ РОБОТИ З ПСИХОМОТОРНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ 4-6 РОКІВ ІЗ РОЗЛАДАМИ СПЕКТРУ АУТИЗМУ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ.....	124
Боднар О.С., Неведомська Є.О. ВПЛИВ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА РУХЛИВІСТЬ ТА СИЛУ ВЕРХНІХ КІНЦІВОК ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ОПІКОВОГО УРАЖЕННЯ.....	126
Бондар К.С., Савченко В.М., Мазуренко К.С. ВПЛИВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ДІТЕЙ ІЗ ФОРМОЮ СПАСТИЧНОЇ ДИПЛЕГІЇ ДИТЯЧОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛІЧУ.....	130
Гладка Т.Р., Ковельська А.В. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ПЛАВЦІВ ПРИ SLAP СИНДРОМІ.....	132
Кальмуцька Д.С., Харченко Г.Д., Мазуренко К.С. ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОЇ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ВІДНОВЛЕННІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КОЛІННОГО СУГЛОБУ.....	134
Ковальова О.В., Чорний І.Ю., Єрмолаєва А.В. ВПЛИВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ПСИХІЧНИЙ СТАН РИЗИК ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ.....	136
Ковтун Є.О., Тимчик О.В. ВПЛИВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА СТАН ПІДЛІТКІВ З ГІПЕРКІФОЗОМ ТА УСКЛАДНЕНИХ ВИПАДКАХ ЗА НАЯВНОСТІ ХВОРОБИ ШЕЙЕРМАНА-МАУ.....	138
Куриленко Р.А., Омері І.Д. ДИНАМІКА МАНУАЛЬНО М'ЯЗЕВОГО ТЕСТУВАННЯ М'ЯЗІВ-ЗГІНАЧІВ ЗА УМОВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ УРАЗІ АРТРОЗУ КОЛІННОГО СУГЛОБА.....	144
Логвиненко Д.В., Ситник О.А. ЗАСТОСУВАННЯ МОДЕЛІ RICO ДЛЯ ФОРМУВАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ ПРИ СКОЛІОЗІ І-ІІ СТУПЕНЯ У ПІДЛІТКІВ.....	146
Михальова М.Р., Неведомська Є.О. ВПЛИВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ СКОЛІОЗІ В МЕЖАХ 20-40° ПО КОББУ ТА СУПУТНІЙ ПАТОЛОГІЇ РОЗЩЕПЛЕННЯ ХРЕБТА (SPINA BIFIDA).....	150
Невідомий В.О. РОЛЬ ОРТЕЗУВАННЯ В ЕРГОТЕРАПІЇ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ АКТИВНОСТЕЙ ПОВСЯКДЕННОГО ЖИТТЯ (iADL) У ДІТЕЙ СТАРШОГО ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ З ЦП.....	152
Остапенко А.В. ВПЛИВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЛЮДЕЙ ІЗ ХРОНІЧНИМ БОЛЕМ У ПОПЕРЕКУ.....	154
Панчук О.В., Костилов О.В. РОЛЬ ТЕСТУВАННЯ ЯК ФОРМИ ІНТЕРВАЛЬНОГО ПОВТОРЕННЯ МАТЕРІАЛУ З МЕДИЧНОЇ БІОЛОГІЇ МАЙБУТНІМИ ФАХІВЦЯМИ З ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	156
Поляк І.В. РОБОТИЗОВАНІ СИСТЕМИ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ТРАВМ ІНСУЛЬТУ	158

following exercise interventions for children and youth with autism spectrum disorder. *Autism*, 20(8), 899–915.

ВПЛИВ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА РУХЛИВІСТЬ ТА СИЛУ ВЕРХНІХ КІНЦІВОК ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ОПІКОВОГО УРАЖЕННЯ

Боднар О.С

Неведомська Є.О.

Київський столичний університет імені Бориса Грінченка, м. Київ, Україна

Вступ. Актуальність даного дослідження визначається високою поширеністю опікових уражень та тяжкими наслідками, які вони спричиняють. Опіки – це пошкодження шкіри, спричинені надмірним нагріванням. Від опіків щороку в світі гине близько 180 000 людей. Найчастіше опіки трапляються в країнах з доходом низького та середнього рівня, де спостерігається смертність дітей від опіків у 7 разів частіше порівняно з країнами з доходом високого рівня. В Україні частота опікових уражень становить близько 31–34 випадки на 10 000 осіб, при цьому значна частка – тяжкі та масові ураження, що характеризуються високим рівнем летальності, від 16 до 50%. У період воєнних дій внаслідок повномасштабного вторгнення росії в Україну серед усіх поранень українців ураження опіком верхніх кінцівок сягають 90% [1]. Опікова рана відзначається такими станами та основними ділянками ураження, які різняться глибиною ураження та патогенезом: 1) первинний некроз: вплив високої температури спричинює миттєву руйнацію тканин; 2) ділянка ішемії та стазу: навколо первинного некрозу порушується мікроциркуляція тканин та формуються тромби, унаслідок чого погіршується постачання кисню до тканин – формується вторинний некроз; 3) ділянка реактивного набряку: судини та клітини є життєздатними, кровообіг посилюється; є потенціал до відновлення тканин [3]. Опіки верхніх кінцівок здатні викликати локальні ускладнення, зокрема інфекційні процеси, формування глибоких рубців і контрактур, що обмежують рухливість у суглобах, а також системні порушення, такі як опіковий шок чи опікова хвороба, особливо за умови ураження значної площі тіла. Загоєння глибоких опіків часто завершується формуванням щільних рубців, що здатні обмежувати рухливість суглобів і силу м'язів та ускладнювати функціональне використання руки.

Втрата або обмеження рухливості і, відповідно, функціональності верхніх кінцівок внаслідок опіків має негативний вплив на життєву активність людини в будь-якому віці, зокрема, на її трудове активне життя. Це суттєво обмежує можливості людини, викликає в неї почуття безпорадності, відчуття відірваності від суспільства і втрату власної значимості. Багато видів діяльності стають недоступними, включаючи навіть прості дії, такі як самообслуговування [2]. Тому актуальною є фізична реабілітація українців з опіками верхніх кінцівок, що дозволить їм повернутися до повноцінного життя.

Мета дослідження. Оцінити ефективність впливу програми фізичної терапії на рухливість та силу верхніх кінцівок пацієнтів після опікового ураження.

Матеріал дослідження. В експериментальному дослідженні взяли участь 16 чоловіків з опіками верхніх кінцівок. Середній (медіана (верхній квартиль; нижній квартиль)) вік обстежених склав 43,5 (49,5; 34) років. Дослідження виконано у відділенні фізичної та реабілітаційної медицини КНП «Медичний центр міста Києва».

Методи дослідження. Обстеження пацієнтів з опіками верхніх кінцівок включало дослідження рухливості та сили м'язів їхніх верхніх кінцівок. Для цього було розроблено програму з 2 функціональних тестів, завдяки якій було обстежено амплітуду рухів у суглобах рук та силу м'язів верхніх кінцівок, у пацієнтів з опіками верхніх кінцівок до впровадження розробленої нами програми фізичної терапії та після її запровадження. Амплітуду рухів у

плечовому та ліктьовому суглобах, а також пальців рук досліджували за допомогою гоніометра. Силу м'язів досліджували за допомогою мануально-м'язового тестування (ММТ).

Методи реабілітаційного впливу. Розроблено та запроваджено програму фізичної терапії пацієнтів з опіками верхніх кінцівок. Основним завданням програми фізичної терапії було збільшення амплітуди рухів у суглобах та сили м'язів верхніх кінцівок. Програму реалізовано такими засобами фізичної терапії, як лікувальна гімнастика, масаж рубця, працетерапія, механотерапія, позиціонування.

Результати дослідження. Нами було обстежено функціональний стан 16 чоловіків з опіками верхніх кінцівок. Обстеження проводилося до початку запровадження програми фізичної терапії, яке тривало протягом двох тижнів, та після впливу програми. Ключовими критеріями для оцінювання амплітуди рухів у суглобах та сили м'язів верхніх кінцівок пацієнтів з опіками верхніх кінцівок були: правильне виконання практичних завдань, здатність керувати верхніми кінцівками.

Результати виконання функціональних тестів пацієнтами з опіками верхніх кінцівок подано в таблицях 1 і 2.

Таблиця 1

Динаміка амплітуди рухів у суглобах верхніх кінцівок пацієнтів з опіками верхніх кінцівок, у результаті виконання програми фізичної терапії *Me* (верхня квартиль, нижня квартиль)

Показники	До впливу (n=16) ліва/права	Після впливу (n=16) ліва/права	Статистична значущість (p)
Гоніометрія згинання плечового суглоба, град.	180 (180;180) / 180 (180;180)	180 (180;180) / 180 (180;180)	>0,05/>0,05
Гоніометрія розгинання плечового суглоба, град.	45 (45;45) / 45 (45;45)	45 (45;45) / 45 (45;45)	>0,05/>0,05
Гоніометрія відведення плечового суглоба, град.	180 (180;180) / 180 (180;180)	180 (180;180) / 180 (180;180)	>0,05/>0,05
Гоніометрія приведення плечового суглоба, град.	0 (0;0) / 0 (0;0)	0 (0;0) / 0 (0;0)	>0,05/>0,05
Гоніометрія зовнішньої ротації плечового суглоба, град.	80 (80;80) / 80 (80;80)	80 (80;80) / 80 (80;80)	>0,05/>0,05
Гоніометрія внутрішньої ротації плечового суглоба, град.	70 (70;70) / 70 (70;70)	70 (70;70) / 70 (70;70)	>0,05/>0,05
Гоніометрія згинання передпліччя, град.	130 (132,5; 130) / 130 (132,5; 130)	130 (132,5;130) / 130 (132,5;130)	>0,05/>0,05
Гоніометрія розгинання передпліччя, град.	0 (0;0) / 0 (0;0)	0 (0;0) / 0 (0;0)	>0,05/>0,05
Гоніометрія супінації передпліччя, град.	80 (80;80) / 80 (80;80)	80 (80;80) / 80 (80;80)	>0,05/>0,05
Гоніометрія пронації передпліччя, град.	80 (80;80) / 80 (80;80)	80 (80;80) / 80 (80;80)	>0,05/>0,05
Гоніометрія згинання зап'ястка, град.	40 (65;33,75) / 35 (55;30)	65 (71,25; 45) / 60 (66,25; 52,5)	0,0012/0,0024
Гоніометрія розгинання	35 (50;35) / 35 (50;35)	55 (70; 45) / 60 (70;50)	0,0031/0,0018

Показники	До впливу (n=16) ліва/права	Після впливу (n=16) ліва/права	Статистична значущість (p)
зап'ястка, град.			
Гоніометрія ліктьової девіації зап'ястка, град.	15 (20;10) / 20 (20;10)	20 (25;18,75) / 20 (25;20)	0,042/>0,05
Гоніометрія променевої девіації зап'ястка, град.	12,5 (15;5) / 17,5 (20;10)	17,5 (20;15) / 20 (20;20)	0,038/0,045

Таблиця 2

**Динаміка сили м'язів верхніх кінцівок пацієнтів з опіками верхніх кінцівок, у
результаті виконання програми фізичної терапії *Me* (верхня квартиль, нижня
квартиль)**

Показники	До впливу (n=16) ліва/права	Після впливу (n=16) ліва/права	Статистична значущість (p)
ММТ згинання плечового суглоба, бал	4,5 (5;4) / 5 (5;4)	5 (5;4,75) / 5 (5;4,75)	0,041/>0,05
ММТ розгинання плечового суглоба, град.	5 (5;4) / 5 (5;4)	5 (5;4,75) / 5 (5;4,75)	>0,05/>0,05
ММТ відведення плечового суглоба, бал	5 (5;4) / 5 (5;4)	5 (5;4,75) / 5 (5;4,75)	>0,05/>0,05
ММТ приведення плечового суглоба, бал	4,5 (5;4) / 4,5 (5;4)	5 (5;4) / 5 (5;4)	0,048/0,045
ММТ зовнішньої ротації плечового суглоба, бал	5 (5;4) / 5 (5;4)	5 (5;4) / 5 (5;4)	>0,05/>0,05
ММТ внутрішньої ротації плечового суглоба, бал	4,5 (5;4) / 5 (5;4)	4,5 (5;4) / 5 (5;4)	>0,05/>0,05
ММТ згинання передпліччя, бал	4,5 (5;4) / 4,5 (5;4)	4,5 (5;4) / 4,5 (5;4)	>0,05/>0,05
ММТ розгинання передпліччя, бал	4 (5;4) / 4 (5;4)	4 (5;4) / 4 (5;4)	>0,05/>0,05
ММТ супінації передпліччя, бал	4 (5;4) / 4 (5;4)	4 (5;4) / 4 (5;4)	>0,05/>0,05
ММТ пронації передпліччя, бал	4 (5;3,75) / 4 (5;3,75)	4 (5;3,75) / 4 (5;3,75)	>0,05/>0,05
ММТ згинання зап'ястка, бал	3,5 (4;2,75) / 3,5 (4;2,75)	4 (4,25;3,75) / 4 (4;4)	0,0045/0,0038
ММТ розгинання зап'ястка, бал	3,5 (4;2,75) / 3,5 (4;2,75)	4 (4;3,75) / 4 (4;4)	0,0045/0,0035
ММТ згинання пальців кисті, бал	3 (4;2) / 3 (4;2)	4 (4;3) / 4 (4;3)	0,0001/0,0001
ММТ розгинання пальців кисті, бал	3 (3,25;2) / 3 (3,25;2)	4 (4;3) / 3,5 (4;3)	0,0003/0,0006

Аналіз результатів таблиць 1 і 2 дав змогу встановити:

1. У разі гоніометрії плечового суглоба (згинання, розгинання, відведення, приведення, зовнішня та внутрішня ротація) та ліктьового суглоба (згинання, розгинання, супінація, пронація передпліччя) не фіксується статистично значущих змін ($p > 0,05$ для всіх 10 рухів). Поясненням цьому є те, що середні показники в зазначених сегментах до початку програми фізичної терапії мали близькі показники до фізіологічних норм, що створили неможливість до значного покращення.

2. У разі гоніометрії зап'ястка, на відміну від проксимальних сегментів, спостерігається позитивна динаміка показників. Згинання та розгинання зап'ястка в середньому збільшилось в обох кінцівках на 20-25 градусів. Медіана показників згинання лівого / правого зап'ястка до впливу становила 40 / 35 градусів, а після впливу розробленої нами програми фізичної терапії вже становила 65/60 градусів ($p \leq 0,0024$).

3. Медіана показника розгинання лівого / правого зап'ястка до впливу програми становила 35 градусів на обох кінцівках, після впливу розробленої нами програми фізичної терапії вже становила 55/60 градусів ($p \leq 0,0018$).

4. Медіана показників променевої девіації лівої / правої руки до впливу програми становила 12,5 / 17,5 градусів, після впливу розробленої нами програми фізичної терапії вже становила 17,5 / 20 градусів. Статистична значущість $p \leq 0,45$.

5. Медіана показників щодо ліктьової девіації лівої / правої верхньої кінцівки до впливу програми становила 15/20 градусів, після впливу розробленої нами програми фізичної терапії вже становила 20/20 градусів. Дані виявили покращення в лівій кінцівці (статистична значущість $p \leq 0,42$).

6. У разі дослідження сили м'язів плеча та передпліччя за мануально-м'язовим тестуванням (ММТ) не спостерігається значного підвищення показників тому, що медіана становила 5 балів, окрім приведення плечового суглоба: до впливу програми відповідала 4,5 балам, після впливу розробленої нами програми фізичної терапії – 5 балам на обох кінцівках ($p \approx 0,045$) та згинання лівого плечового суглоба: до впливу програми – 4,5 балам, після впливу програми фізичної терапії – 5 балам ($p \approx 0,041$).

7. У разі дослідження сили м'язів зап'ястка та пальців кисті спостерігаються найбільш виражені збільшення сили м'язів. Медіана показників згинання пальців кисті збільшилась з 3 балів до 4 балів ($p = 0,0001$).

8. Медіана показників сили м'язів розгинання пальців кисті збільшилась: ліва кінцівка з 3 балів до 4 балів ($p = 0,0003$), права кінцівка з 3 балів до 3,5 балів ($p = 0,0006$).

9. Медіана показників сили м'язів згинання та розгинання зап'ястка збільшилась з 3,5 балів до 4 балів ($p \leq 0,0045$).

Висновки. У результаті проведеного дослідження було встановлено, що застосування запропонованої програми фізичної терапії сприяло покращенню рухливості суглобів та збільшенню сили м'язів верхніх кінцівок пацієнтів після опікового ураження. Розроблена нами програма фізичної терапії прискорить одужання пацієнтів із опіками верхніх кінцівок і поверне їх до повсякденного життя.

Список використаних літературних джерел

1. Лазарева, О. Б., & Щаслива, І. В. (2024). Аналіз сучасних методів обстеження та оцінки функціональних порушень у фізичній терапії при лікуванні пацієнтів з опіками верхніх кінцівок. Україна. Здоров'я нації, 4(78), 69–74. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2024.4/11>
2. Неведомська, Є., Листуха, Л., & Назарук, В. (2024). Використання штучного інтелекту в фізичній реабілітації українських військових, що втратили кінцівки. Psychology, medicine and biology: The development of necessary technologies in the field of health care: collective monograph (140–147). International Science Group. <https://doi.org/10.46299/ISG.2024.MONO.MED.2>

3. Dale, E. (Ed.). (2007). *Burn survivor rehabilitation: Principles and guidelines for the allied health professional* (p. 242).

ВПЛИВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ДІТЕЙ ІЗ ФОРМОЮ СПАСТИЧНОЇ ДИПЛЕГІЇ ДИТЯЧОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛІЧУ

Бондар К.С.

Савченко В.М.

Мазуренко К.С.

Київський університет імені Бориса Грінченка, м. Київ, Україна

Вступ. Дитячий церебральний параліч (ДЦП) — один із найпоширеніших неврологічних діагнозів об'єднує групу станів, за яких порушуються рухи й здатність контролювати положення тіла у просторі. Дитина із церебральним паралічем не може керувати своїми рухами, вона не може навчитися самостійно сидіти, стояти, говорити і ходити. Її рухи і хода завжди відрізнятимуться від рухів інших дітей [1]. Спастична диплегія є найпоширенішою формою ДЦП, також відомою як хвороба або синдром Літгля. Ця форма характеризується значним ураженням нижніх кінцівок, проте дитина може частково освоїти навички самообслуговування. У таких дітей нерідко спостерігається затримка психічного розвитку, причому у 30–35% випадків фіксується розумова відсталість у формі легко вираженої дебільності. Крім того, у 70% дітей відзначають мовленнєві порушення, зокрема дизартрію [2].

Мета дослідження — оцінити ефективність запропонованої програми фізичної терапії у дітей зі спастичною диплегією ДЦП.

Матеріал дослідження. Дослідження проводилося на базі дитячого реабілітаційного центру. У дослідженні взяли участь 18 дітей віком 6–14 років зі спастичною диплегією ДЦП. Дівчат було 12, хлопців — 6 осіб.

Методи дослідження. Застосовано комплекс реабілітаційних методів, що включав: оцінку болю за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ); визначення спастичності за модифікованою шкалою Ашворта; оцінку моторної функції за шкалою великих моторних функцій (GMFM); аналіз функціональних рухів за шкалою функціональних рухів (FMS); оцінку рівноваги за дитячою шкалою рівноваги; тест «Встань та йди»; гоніометрію для дослідження функції нижніх кінцівок.

Методи реабілітаційного впливу. Програма фізичної терапії тривала 2 тижні та включала: лікувальну гімнастику, пасивні й активні мобілізаційні техніки, вправи на розвиток сили м'язів нижніх кінцівок, роботу над гнучкістю і збільшенням амплітуди рухів, тренування рівноваги й координації, елементи ерготерапії, вправи на побутову активність, корекцію патерну ходи. Заняття проводилися щоденно, індивідуально з кожною дитиною.

Результати дослідження. Динаміка інтенсивності болю, показників функціонального стану загалом та нижніх кінцівок обстежених дітей зі спастичною диплегією ДЦП під впливом запропонованої програми фізичної терапії подана в таблицях 1 і 2.