

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ І ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ: МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ЗАСАДИ СУЧАСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Ілашчук Т.О., Микитюк О.П., Васюк В.Л., Бачук-Понич Н.В., Бобкович К.О., Глубоченко О.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Ключові слова: реабілітація, внутрішня медицина, терапія, фізична терапія, фізіотерапія.

Буковинський медичний вісник. 2025. Т. 29, № 4 (116). С. 117-123.

DOI: 10.24061/2413-0737.29.4.116.2025.19

E-mail: oksanamp@gmail.com
tetianailashchuk@gmail.com
nataliya.ponich@gmail.com
kateryna.bobkovych@ukr.net
helenium@ukr.net
glubochenko.olena@bsmu.edu.ua

Резюме. В Україні світова потреба в реабілітаційних послугах для населення посилюється наслідками війни, старінням населення та браком підготовлених кадрів. Впровадження у 2018 році спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія» стало переломним моментом у переході від радянської моделі «фізіотерапії» до сучасної парадигми реабілітації, але потребує переоцінки навчальних програм і приведення їх у відповідність зі світовими стандартами.

Мета роботи – визначити міждисциплінарні зв'язки фізичної терапії та внутрішніх хвороб, проаналізувати сучасні тенденції інтеграції реабілітаційних підходів у клінічну практику та освітній процес в Україні у порівнянні з міжнародними моделями.

Матеріал і методи. Огляд підготовано із застосуванням бібліосемантичного та аналітичного підходів на основі джерел, відібраних із міжнародних баз PubMed, Scopus, ScienceDirect та національних ресурсів (бібліотека ім. В.І. Вернадського, Google Scholar), із урахуванням сучасних стандартів світових асоціацій з фізіотерапії і державного стандарту спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія».

Результати. Фізична терапія є невід'ємною складовою внутрішньої медицини, адже більшість соматичних пацієнтів мають функціональні обмеження, які потребують відновлення. Для ефективної роботи фізіотерапевт повинен розуміти особливості перебігу серцево-судинних, респіраторних, ендокринних, гастроентерологічних і нефрологічних захворювань, вміти інтерпретувати клінічні дані у функціональному контексті, визначати безпечність і толерантність до навантаження.

Висновки. Українська система підготовки фізичних терапевтів перебуває у періоді трансформації. Головними викликами залишаються гармонізація освітніх програм із міжнародними стандартами, розвиток автономії фахівця, технологічна модернізація та створення мультидисциплінарних клінічних команд. Саме інтеграція фізичної терапії у внутрішню медицину визначає майбутнє української реабілітації як науково обґрунтованої, функціонально орієнтованої галузі.

PHYSICAL THERAPY AND INTERNAL MEDICINE: INTERDISCIPLINARY FOUNDATIONS OF MODERN REHABILITATION

Ilashchuk T.O., Vasiuk V.L., Mykytyuk O.P., Bachuk-Ponich N.V., Bobkovych K.O., Glubochenko O.V.

Key words: rehabilitation, internal medicine, therapy, physical therapy, physiotherapy.

Bukovinian Medical Herald. 2025. V. 29, № 4 (116). P. 117-123.

Resume. In Ukraine, the global demand for rehabilitation services is further intensified by the consequences of war, population ageing, and a shortage of adequately trained specialists. The introduction of the specialty 227 "Physical Therapy, Occupational Therapy" marked a turning point in the transition from the Soviet model of "physiotherapy" to a contemporary rehabilitation paradigm in 2018. However, this shift requires a critical reassessment of educational curricula and their alignment with international standards.

Objective. To identify the interdisciplinary connections between physical therapy and internal medicine, analyse current trends in integrating rehabilitation approaches into clinical practice and educational programmes in Ukraine, and compare these developments with international models.

Material and Methods. This review was conducted using bibliosemantic and analytical methods based on sources retrieved from international databases (PubMed, Scopus, ScienceDirect) and national resources (Vernadsky National

Наукові огляди

Library of Ukraine, Google Scholar). The analysis incorporates contemporary standards issued by international physical therapy associations as well as the national educational standard for specialty 227 "Physical Therapy, Occupational Therapy".

Results. *Physical therapy is an integral component of internal medicine, as most patients with somatic diseases present with functional limitations requiring structured rehabilitation. To practise effectively, a physical therapist must understand the clinical course of cardiovascular, respiratory, endocrine, gastroenterological and nephrological disorders; interpret clinical data within a functional framework; and determine both safety and tolerance to physical loading.*

Conclusions. *Physical and occupational therapy are gaining strategic importance within Ukraine's healthcare system, which is increasingly focused on restoring patients' functional independence and quality of life. Their integration with internal medicine establishes a new interdisciplinary paradigm of rehabilitation aligned with international standards and responsive to the contemporary challenges of medical practice.*

Вступ. За оцінками ВООЗ, понад 2,4 млрд людей у світі мають стани, що потребують реабілітаційних послуг, і ця цифра щороку зростає (WHO, 2022). Українська система охорони здоров'я долає безпрецедентні виклики, серед яких, на додачу до світових тенденцій (старіння населення, зростаюча частка коморбідних соматичних захворювань) ключовими є прямі (бойові травми, ампутації, черепно-мозкові ушкодження, посттравматичні стресові розлади) і непрямі (ускладнений перебіг соматичної патології, часто - несвочасне або неповне лікування) наслідки війни [9]. На додачу, Україна сьогодні стикається з драматичним дефіцитом фахівців у сфері реабілітації. За даними МОЗ України, понад 60% пацієнтів на стаціонарному етапі потребують реабілітаційних втручань, але наявна інфраструктура та кадровий потенціал не здатні задовольнити цей попит. Дефіцит фахівців є особливо гострим у областях, де осідають внутрішньо переміщені особи з комплексними медико-соціальними потребами. За оцінками МОЗ України, лише близько 15-20% пацієнтів, які потребують відновного лікування, отримують його у повному обсязі [1].

Фахівці-бакалаври у сфері фізичної терапії є критично необхідними для України, оскільки базове відновне лікування, яке охоплює найбільш вразливі групи пацієнтів, є їхньою сферою впливу. Це рівень первинної і амбулаторної допомоги, де ключовими завданнями є оцінка функціонального стану, проведення стандартних програм реабілітації, навчання пацієнта вправам і контроль за їх безпечним виконанням як рутинний медичний процес. У країнах Європи саме бакалаври становлять основу фізіотерапевтичної служби, а магістри та доктори формують її наукове й методичне ядро.

Мета дослідження – проаналізувати взаємозв'язок фізичної терапії та внутрішніх хвороб у сучасному міждисциплінарному контексті, визначити еволюцію підходів до реабілітації в Україні та світі, окреслити виклики інтеграції принципів фізичної терапії у клінічну практику внутрішньої медицини, а також

сформулювати науково-методичні орієнтири для розвитку цього напрямку відповідно до міжнародних стандартів.

Матеріал і методи. Огляд побудовано з використанням бібліосемантичного, контент-аналітичного та порівняльного методів. Проведено пошук наукових джерел за період 2010-2025 рр. у міжнародних базах даних PubMed, Scopus, ScienceDirect, а також у національних електронних ресурсах - Наукова бібліотека імені В.І. Вернадського, Електронна бібліотека БДМУ, Google Scholar. Ключові слова пошуку включали комбінації термінів: "physical therapy", "physiotherapy", "internal medicine", "rehabilitation", "medical education", "Ukraine". До аналізу включено 80 джерел, професійні стандарти Всесвітньої конфедерації фізичної терапії, Європейської федерації асоціацій фізичної терапії, Всесвітньої федерації ерготерапевтів, а також державні освітні стандарти України за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія».

Результати дослідження та їх обговорення. Європейські країни давно інтегрували у повсякденну практику фізіотерапію як базову складову мультидисциплінарних команд. У середньому, в Європейському Союзі (ЄС) налічується 600-800 фізіотерапевтів на 1 млн населення, тоді як в Україні цей показник коливається у межах лише 80-120, що у шість-вісім разів нижче за базову (World Physiotherapy, 2023). У регіонах, особливо сільських, професія фізіотерапевта фактично відсутня, а послуги зводяться до застарілих процедур радянського типу. Такий розрив означає, що навіть при консервативних прогнозах наша країна у найближчі роки потребуватиме подвоєння кількості підготовлених фізіотерапевтів, аби наблизитися до мінімально необхідного рівня забезпечення [1].

Офіційна статистика забезпеченості кадрами не відображає реальної ситуації. До реєстру фахівців потрапляють не лише бакалаври з фізичної терапії, яких в Україні готують із 2018 року у вкрай обмеженій кількості, а й старі радянські кадри: лікарі-

фізіотерапевти, інструктори лікувальної фізкультури (ЛФК), медсестри фізіотерапевтичних кабінетів. Фактично йдеться про різнорідну групу працівників, підготовка та компетентності більшості з яких не відповідають сучасним міжнародним стандартам. Реальна кількість бакалаврів-фізіотерапевтів в Україні вимірюється одиницями на 100 тисяч населення, що ще раз підкреслює гостру потребу в розвитку бакалаврських програм.

Фізична терапія нерозривно пов'язана з клінікою внутрішніх хвороб, адже більшість пацієнтів із соматичною патологією мають функціональні обмеження, що потребують цілеспрямованої реабілітації [10,11]. Наявність у хворих серцево-судинних, респіраторних, ендокринних та гастроентерологічних захворювань визначає толерантність до навантаження, відновлення після травм і операцій, безпечність виконання вправ. Особливу групу становлять пацієнти воєнного часу, серед яких не лише поранені, а й діти та дорослі, що зазнали впливу стресу, недоїдання, інфекційних і хронічних хвороб. Саме тому фахівці з фізичної терапії повинні працювати у клініці внутрішніх хвороб як невід'ємна складова мультидисциплінарної команди, а сучасний фізіотерапевт повинен мати ґрунтовні знання з внутрішньої медицини, розуміти перебіг коморбідних процесів і вміти адаптувати програми реабілітації відповідно до загального стану пацієнта.

Впровадження спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія» у 2018 році стало результатом поєднання міжнародних зобов'язань, внутрішніх викликів та євроінтеграційних процесів [5]. Україна ще у 2009 році ратифікувала Конвенцію ООН про права осіб з інвалідністю, що вимагало створення сучасної системи реабілітації на основі Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ). МКФ доповнює іншу класифікацію ВООЗ – Міжнародну класифікацію хвороб 10-го перегляду (МКХ), яка містить інформацію про діагнози та стан здоров'я, але не описує функціонального статусу. Міжнародна організація «Всесвітня конфедерація фізичної терапії» (ВКФТ) наголошує, що пострадянські дипломи лікаря-фізіотерапевта не відповідають міжнародним стандартам і не можуть бути визнані у європейському просторі. Для інтеграції у Болонський процес, забезпечення мобільності випускників потрібні були програми університетського рівня для підготовки фізіотерапевта, тривалістю не менше чотирьох років, з акцентом на автономію фахівця, клінічне мислення й міждисциплінарність. Як результат, було ухвалено державний стандарт освіти спеціальності 227, що стало переломним моментом для української системи підготовки реабілітаційних кадрів. Вперше фізична терапія та ерготерапія були визнані як окремі університетські спеціальності, гармонізовані з міжнародними стандартами і здатні забезпечити потреби суспільства у відновному лікуванні та реабілітації [2-4].

Українська система фізичної терапії й досі

перебуває у стані конфлікту двох парадигм – радянської «фізіотерапії» та сучасної «фізичної терапії», прийнятої у світі. Радянська модель розглядала фізіотерапію передусім як сукупність апаратних процедур та ЛФК. У типовому фізіотерапевтичному кабінеті пацієнтам призначали електролікування (діадинамотерапія, ампліпульс, дарсонваль, електросон, гальванізація, електрофорез), світлолікування (кварцування, УФ- і ІЧ-опромінення, лазеротерапію), теплові методи (парафін, озокерит, грязелікування, діатермію, УВЧ, мікрохвильову терапію), механотерапію (вібраційний масаж, тракційні установки), а також магнітотерапію й ультразвукову терапію. Центральною фігурою у цій системі був лікар-фізіотерапевт, який призначав процедури, мав юридичну відповідальність за свої дії і контролював виконання призначень. Медична сестра з фізіотерапії мала лише технічну функцію – накладати електроди, стежити за апаратами та вести облік. Інструктори ЛФК працювали окремо, дотримуючись призначень. У цій парадигмі пацієнт залишався пасивним об'єктом, а персонал – виконавцями схем, що визначалися виключно лікарем.

При взаємодії із пацієнтами з патологією внутрішніх органів, фізіотерапевт діяв у чітких межах нозологічного підходу, який був фундаментом усієї клінічної практики. Центральним орієнтиром виступав діагноз, встановлений лікарем відповідного профілю, і саме від нього залежав вибір фізіотерапевтичної процедури. Такий підхід передбачав, що пацієнт із виразковою хворобою отримуватиме електрофорез чи грязелікування, а пацієнт із гіпертонічною хворобою – УВЧ чи дарсонвалізацію, незалежно від індивідуальних функціональних особливостей або рівня активності [8].

Важливим джерелом для ухвалення рішень були методичні рекомендації санаторно-курортних інститутів, де для кожної нозології існували стандартизовані схеми: тривалість процедур, сила струму, кількість сеансів. Вибір методів і їх дозування ґрунтувалися на усталених схемах і накопиченому досвіді, а не на доказовості. Індивідуалізація в сучасному розумінні була мінімальною; пацієнта розглядали радше як носія діагнозу, ніж як особу з конкретними потребами та рівнем функціонування. Критичною частиною призначення залишалася оцінка протипоказань: фізіотерапевт мав переконатися у відсутності гострих інфекцій, онкологічних процесів чи тяжкої декомпенсації серцево-судинної системи. Таким чином, логіка будувалася за принципом «дозволено все, якщо немає заборон». У результаті пацієнт залишався радше пасивним об'єктом впливу, тоді як спеціаліст виступав технічним виконавцем загальноприйнятих протоколів.

Радянська модель фізіотерапії була дієвою в межах свого часу, але її орієнтація на нозологію та стандартизовані схеми без урахування функціонального стану пацієнта створювала бар'єри для розвитку сучасної реабілітації. Саме це протиріччя сьогодні визначає потребу в трансформації підходів, де

Наукові огляди

головним орієнтиром стає не лише діагноз, а й реальна здатність пацієнта брати участь у житті та відновлювати функціональність [13].

Натомість, у XXI столітті суспільні потреби й очікування змінилися кардинально. Головним запитом стало не отримання окремої процедури, а відновлення функцій і участі у житті, що відповідає сучасному підходу ВООЗ та ВКФТ [2-4, 6]. Сучасна фізична терапія базується на застосуванні кінезіотерапії, мануальних технік, роботизованих систем, технологій віртуальної реальності та телереабілітації, функціональному тренінгу. Вона орієнтується на доказову медицину, активну участь пацієнта у процесі відновлення і міждисциплінарну співпрацю. Фізичний терапевт є автономним фахівцем, який самостійно оцінює функціональний стан, формує програму втручання, адаптує її з урахуванням коморбідності та забезпечує безпечність відновного процесу.

На Заході дисципліна одразу розвивалася як окрема галузь медичних наук. У країнах ЄС, США та Канаді професія фізичного терапевта (синоніми - *Physiotherapy*, *Physical Therapy* та *Rehabilitation Sciences*) має зовсім інший рівень розвитку. Базовий рівень підготовки зазвичай триває три-чотири роки та завершується здобуттям ступеня бакалавра. Далі передбачені можливості навчання на рівні магістра або здобуття докторського ступеня з фізичної терапії. Важливою відмінністю є вища автономія професії: у багатьох державах ЄС фізіотерапевт може самостійно оцінити стан пацієнта, поставити діагноз рухових порушень і розробити індивідуальний план втручання без обов'язкового направлення від лікаря. У США та Канаді фізичний терапевт є первинним спеціалістом для пацієнтів із функціональними обмеженнями, а його клінічні рішення мають юридичну силу. Разом із тим, у цих країнах діє суворая система ліцензування: наприклад, у США для практики необхідно скласти національний іспит NPTE [14].

У межах Європи навчальні програми гармонізовані завдяки Болонському процесу, але мають свої національні особливості [3, 6]. У Німеччині підготовка більш технічно-орієнтована, з акцентом на клінічні навички, у Скандинавських країнах значну частку становить профілактика та громадське здоров'я, тоді як у Великій Британії відчутно посилена наукова складова та інтеграція у мультидисциплінарні команди [4]. Загальною рисою залишається ширше використання інновацій - роботизованих комплексів, віртуальної реальності, телереабілітації, біологічного зворотного зв'язку, що поступово стають стандартом практики.

На цьому тлі відмінності з Україною є очевидними. Передусім це стосується рівня автономії: український фізіотерапевт досі здебільшого виконує призначення лікаря. Другий аспект - стандартизація програм: українські навчальні плани ще перебувають у процесі адаптації, тоді як у країнах ЄС існують чітко визначені компетентності, узгоджені Європейською федерацією асоціацій фізичної терапії у сфері освіти та ВКФТ. Доказова база також залишається слабким місцем

української практики: у багатьох закладах переважають традиційні методи ЛФК та фізіотерапевтичних процедур, тоді як у закордонних програмах домінує доказовий підхід. Практичні можливості теж відрізняються: за кордоном фізіотерапевти активно використовують сучасні технології й стандартизовані протоколи, тоді як в Україні сфера все ще тяжіє до класичних методів. Нарешті, суттєво різняться кар'єрні перспективи. У європейських країнах і Північній Америці фізіотерапевт може відкрити приватну практику, працювати у спортивних клубах, наукових інститутах чи громадському секторі, тоді як в Україні професія досі жорстко прив'язана до державних медичних закладів [2-4].

Однією з найсуттєвіших відмінностей між українською та зарубіжними моделями є система ліцензування професії. В Україні сьогодні немає єдиного державного механізму ліцензування фізичних терапевтів. Фахівець отримує право на роботу лише після закінчення освітньої програми за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» та отримання диплома бакалавра чи магістра. Жодних додаткових національних іспитів або обов'язкового членства в професійних асоціаціях не передбачено, що створює правову прогалину: роботодавці та пацієнти не мають інструментів для об'єктивної перевірки компетентності спеціаліста після випуску. Це також ускладнює інтеграцію українських дипломів у міжнародний простір, де ліцензування є обов'язковим елементом [6].

У країнах Європейського Союзу система організована принципово інакше: після отримання диплома, фізіотерапевт зобов'язаний вступити до професійних регуляторних органів, які контролюють доступ до практики. Наприклад, у Великій Британії для цього необхідне членство в Раді з питань здоров'я та догляду (HCPC), що підтверджує професійний статус. У Скандинавії аналогічні функції виконують національні асоціації, які одночасно відповідають за атестацію та захист прав пацієнтів. Ще жорсткішими є вимоги у США та Канаді. Там диплом університету є лише першим кроком: для початку практики фізіотерапевт зобов'язаний скласти національний ліцензійний іспит. У США цю функцію виконує Національний іспит з фізичної терапії (NPTE), а в Канаді - іспит компетентності з фізичної терапії (PCE). Іспити перевіряють не лише теоретичні знання, а й практичні навички клінічної роботи, що гарантує високий рівень професійної автономії та довіри суспільства до спеціаліста. Лише після успішного складання іспиту та отримання ліцензії фізіотерапевт має право самостійно надавати послуги, відкривати практику чи працювати у медичних закладах [12].

Конфлікт між цими двома моделями в Україні проявляється у навчальних планах, де паралельно ще викладаються традиційні методи радянської фізіотерапії та елементи сучасної фізичної терапії. В структурі охорони здоров'я «фізіотерапевтичні кабінети» досі є штатними одиницями, але суспільство

потребує сучасних мультидисциплінарних реабілітаційних центрів. Без чіткого розмежування понять «фізіотерапія» (апаратні методи лікаря-фізіотерапевта) і «фізична терапія» (реабілітаційна діяльність бакалавра чи магістра за спеціальністю 227) професія фізичного терапевта не зможе посісти належного місця в українській системі охорони здоров'я. Гармонізація освітніх програм із європейськими стандартами, розвиток доказової бази, впровадження сучасних технологій і юридичне закріплення автономії фахівця - це ключові кроки, без яких подальша інтеграція у міжнародний професійний простір залишиться неможливою [5, 8].

Основна мета програми спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія», яка нині функціонує у низці вищих навчальних закладів - формування компетентностей, необхідних для відновлення функцій після захворювань і травм, профілактики ускладнень та забезпечення максимальної адаптації пацієнтів із різними профілями патологій, зокрема неврологічними, ортопедичними, кардіологічними, нефрологічними. Підготовка триває чотири роки й охоплює не лише фундаментальні дисципліни (анатомію, фізіологію, патологію), а й вивчення азів внутрішніх хвороб: уміння збирати анамнез, розпізнавати клінічні синдроми, аналізувати лабораторні та інструментальні показники. Далі ці знання інтегруються у вивчення клініки найпоширеніших соматичних захворювань, які безпосередньо визначають межі й можливості реабілітаційних втручань. На практиці бакалавр працює у лікарнях і реабілітаційних центрах, у складі мультидисциплінарних команд, де його завданням є не просто виконання процедур, а розробка та проведення індивідуальних програм кінезіотерапії, дихальних вправ, функціонального тренінгу, адаптації навантаження з урахуванням коморбідності [10, 11].

Знання внутрішніх хвороб для фізіотерапевта мають практичний вимір: вони дають змогу правильно оцінювати функціональний стан пацієнта, своєчасно помічати ознаки ризику, безпечно дозувати фізичне навантаження і створювати індивідуальні програми відновлення. Так формується здатність бачити пацієнта не лише крізь призму рухових обмежень, а й у контексті коморбідних процесів, які істотно впливають на перебіг і результат реабілітації.

Проблема інтеграції вивчення внутрішніх хвороб у підготовку бакалаврів фізичної терапії залишається одним із найскладніших викликів для українських медичних університетів. Традиційно ці дисципліни розроблялися для майбутніх лікарів, тому структура навчальних матеріалів орієнтована на постановку діагнозу, розуміння патогенезу та вибір фармакотерапії. Матеріали, адаптовані для спеціальності 227, переважно зберігають цей лікарський ухил: студенти знайомляться з класичними симптомами, діагностичними алгоритмами й перебігом нозологій, проте лише фрагментарно отримують знання, безпосередньо релевантні до практики фізіотерапевта. В окремих університетах у

програми додають блоки з лікувальної фізкультури чи профілактики ускладнень, проте системного впровадження моделі МКФ, яка орієнтує на оцінку функціональності та участі пацієнта, поки що бракує.

Закордонні підручники мають принципово інший формат. Вони одразу створені для фізіотерапевтів і зосереджуються не на діагностично-терапевтичних деталях, а на функціональному вимірі внутрішніх хвороб. Так, у таких виданнях, як Goodman & Fuller «Pathology for the Physical Therapist», O'Sullivan & Schmitz «Physical Rehabilitation» чи Braddom's «Physical Medicine and Rehabilitation», кожна нозологія подається крізь призму того, як вона впливає на рухову активність, толерантність до навантажень, ризики для пацієнта під час виконання вправ. Значну увагу приділено «червоним прапорам», які сигналізують про необхідність припинення занять і скерування пацієнта до лікаря. Обстеження та аналізи подані у прикладному ключі, що дозволяє студенту зрозуміти їх функціональне значення, а не повністю оволодівати лікарським обсягом інтерпретації. У таких підручниках багато клінічних кейсів і алгоритмів за моделлю МКФ, що готують студента до самостійної оцінки функціонального стану [2-4].

Таким чином, відмінність очевидна: українські матеріали ще значною мірою віддзеркалюють радянську спадщину «лікарського» підходу, тоді як закордонні підручники формують саме автономного фахівця з фізичної терапії, здатного інтегрувати клінічні знання у функціональний план реабілітації. Подальший розвиток української освіти у цій сфері потребує більшої інтеграції МКФ, розробки клініко-функціональних кейсів та адаптації підручників, щоб знання з внутрішніх хвороб перестали бути надлишково «теоретичними» і перетворилися на практичний інструмент для безпечної та ефективної роботи фізіотерапевта.

Для фізіотерапевта-бакалавра здатність працювати з клінічною інформацією є ключовою складовою професійної компетентності. Він не ставить діагнозу і не призначає лабораторних чи інструментальних досліджень. Але він зобов'язаний уміти *прочитати готовий діагноз* і виділити правильно інтерпретувати з нього ті моменти, які впливають на план реабілітації та безпечність заходів. Традиційно при вивченні внутрішніх хвороб акцент робиться на встановленні нозології - ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія, хронічне обструктивне захворювання легень, цукровий діабет чи виразкова хвороба. Однак, для реабілітаційних втручань вирішальним є не лише сам діагноз, а функціональні наслідки, які він спричиняє. Так, у кардіологічних хворих фізіотерапевт має розуміти значення рівня артеріального тиску, аритмій чи ішемічних змін на ЕКГ, щоб визначити допустимий рівень навантаження й знати, коли слід припинити заняття. У пацієнтів із хронічним обструктивним захворюванням легень важливим є орієнтування у показниках спірометрії та сатурації кисню, що дає змогу оцінити функціональний резерв дихальної системи і підібрати відповідні дихальні

Наукові огляди

вправи. При цукровому діабеті терапевт повинен враховувати рівень глюкози та глікованого гемоглобіну як орієнтири компенсації, а також вміти оцінити стан стоп для профілактики травм під час занять. У нефрологічних хворих критичне значення мають показники креатиніну, електролітів і рівня гемоглобіну, які визначають витривалість і ризик ускладнень при фізичній активності. У ревматологічних пацієнтів слід звертати увагу на маркери запальної активності (ШОЕ, С-реактивний білок) та рентгенологічні ознаки ураження суглобів, що допомагає коректно вибудувати програму вправ без ризику загострення.

Таким чином, завдання фізіотерапевта полягає не у клінічному аналізі всіх результатів, а у їх прикладній інтерпретації: що вони означають для безпеки занять, як впливають на толерантність до навантажень, які симптоми чи зміни є сигналом для припинення втручання або звернення до лікаря. У такий спосіб знання з пропедевтики внутрішніх хвороб набувають практичного виміру й стають інструментом інтеграції медичного діагнозу у функціональний план реабілітації за моделлю МКФ [12, 13].

Перехід від викладання пропедевтики внутрішніх хвороб студентам фаху «медицина» до підготовки бакалаврів з фізичної терапії є серйозним викликом для університетських викладачів, адже вимагає зміщення акцентів: якщо майбутнім лікарям пропедевтика дає основу для постановки діагнозу та вибору терапевтичної тактики, то для фізіотерапевтів-бакалаврів вона має стати інструментом оцінки функціонального стану, толерантності до навантаження й визначення безпечності та ефективності реабілітаційних втручань. Отже, при складанні програм, методичних матеріалів і підготовці занять викладачеві слід враховувати, що глибина патогенетичного аналізу і фармакотерапія мають другорядне значення, натомість першочерговими є клінічне мислення, розпізнавання симптомів ризику та практичні навички роботи в мультидисциплінарній команді.

Вирішення цих проблем неможливе без системного впровадження МКФ, ухвалені ВООЗ у 2001 році. МКФ передбачає перехід від суто медичного діагнозу до оцінки функціонування - від того, що саме уражене, до того, що людина реально може або не може робити у повсякденному житті. Вона охоплює чотири рівні: функції й структури тіла (сила м'язів, рухливість суглобів), активність (ходьба, письмо, самообслуговування), участь (праця, навчання, соціальні ролі) та фактори середовища (бар'єри чи

підтримка: архітектура, транспорт, доступ до послуг). Використання МКФ як освітньої рамки у фізичній терапії та ерготерапії дозволяє не лише планувати лікування, а й будувати комплексні програми реабілітації, орієнтовані на відновлення функціональності, соціальну інтеграцію та якість життя. Саме ця парадигма є ключем до гармонізації української підготовки кадрів із сучасними міжнародними стандартами [7].

На рівні функцій і структур тіла фізичний терапевт оцінює толерантність до навантаження при серцево-судинних захворюваннях, силу дихальної мускулатури при ХОЗЛ, рухливість суглобів у пацієнтів із хворобами опорно-рухового апарату. На рівні активності важливо з'ясувати, чи може людина самостійно пройти кілька сотень метрів без задишки, піднятися сходами чи виконати повсякденні дії, як-от вдягнутися або приготувати їжу. Рівень участі охоплює можливість повернення до роботи, навчання чи сімейних обов'язків, що часто є головним критерієм успіху реабілітації. При цьому, фактори середовища (наявність чистого повітря, відсутність тютюнового диму, доступність інгаляторів) стають ключовими у плануванні втручань. Нарешті, фактори середовища - бар'єри архітектури, відсутність транспорту, недостатня соціальна підтримка для ревматологічних хворих; доступність дієтичних продуктів, правильна організація харчування, підтримка сім'ї - при захворюваннях шлунково-кишкового тракту, наявність зручного взуття, можливість регулярного моніторингу глікемії - для хворих на діабет можуть суттєво знизити ефективність навіть найкраще спланованої терапії.

Висновки. У клініці внутрішніх хвороб МКФ стає практичним інструментом, що дозволяє бачити пацієнта не лише крізь призму діагнозу, а як особистість із функціональними можливостями, соціальними ролями й конкретними бар'єрами. Для фізичного терапевта це означає перехід від «процедурної» логіки до системного підходу, де діагноз має конкретні реабілітаційні цілі, а кінцевою метою є не лише покращення клінічних показників, а й відновлення активності та участі в житті.

Перспективи подальших досліджень. Україна наразі перебуває на етапі становлення професійної регуляції в реабілітології. Перспективи є обнадійливими: гармонізація зі світовими програмами, впровадження інновацій та розвиток мультидисциплінарного підходу здатні суттєво підвищити якість підготовки і практики в Україні.

References

1. Havrelyuk S, Bannikova R. Ways of formation of domestic system preparing masters on physical therapy within the framework of the REHAB projec. National University of Ukraine on Physical Education and Sport [Internet]. World Physiotherapy; [cited 2025 Oct 26]. Available from: https://rehabeukr.eu/wp-content/uploads/Article-Updated_NUUPES_Rehab-ENG.pdf.
2. World Physiotherapy. Standards of Physiotherapist Practice [Internet]. London: World Physiotherapy; 2023 [cited 2025 Oct 26]. Available from: <https://world.physio/sites/default/files/2024-01/PS-2023-Standards.pdf>.
3. World Physiotherapy. Physiotherapist Education Framework [Internet]. London: World Physiotherapy; 2021 [cited 2025 Oct 26]. Available from: <https://world.physio/news/world-physiotherapy-publishes-framework-physiotherapist-education>.
4. Europe Region of World Physiotherapy. Standards of Practice for Physiotherapy [Internet] [cited 2025 Oct 26]. Available from:

<https://www.erwcept.eu/standards-of-practice>.

5. Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy. Nakaz vid 9 lystopada 2015 roku №733 «Pro utvorennia koordynatsiinoi ta robochykh hrup...» [On the establishment of coordination and working groups] [Internet]. Kyiv: MOZ Ukrainy; 2015 [data zvernennia 2025 Zhov 26]. Available from: <http://document.ua/pro-utvorennja-koordinacii-noyi-ta-robochih-grup-dlja-formuva-doc262258.html> (in Ukrainian).

6. ENPHE. Professional competencies–physiotherapists, advanced physiotherapists and physiotherapist assistants. ESCO professional definitions + ENPHE recommendations [Internet]. 2017 Apr [cited 2025 Oct 26]. Available from: http://www.enphe.org/wp-content/uploads/2019/10/ESCO_report_ENPHE_recommendations_April_2017.pdf.

7. Bilyanskiy O, Cybulski M, Bogusław S, Stelmakh S, Lisinski P. Українське і польське програми studiów drugiego stopnia fizjoterapii – analiza porównawcza. Issue Rehabil Orthop Neurophysiol Sport Promot. 2019;27:43-52. DOI: 10.19271/IRONS-000090-2019-27.

8. Chopyak V, Chemerys O, Hdyrya O. The development of the rehabilitation system in Ukraine. Proc Shevchenko Sci Soc Med Sci [Internet]. 2024 Dec 27;76(2) [cited 2025 Oct 26]. Available from: <https://mspss.org.ua/index.php/journal/article/view/1070>.

9. Lawry LL, Korona-Bailey J, Hamm TE, Maddox J, Janvrin M, Juman L, et al. A qualitative assessment of war-related rehabilitation needs and gaps in Ukraine. J Health Popul Nutr. 2025 May 29;44:175. DOI: 10.1186/s41043-025-00912-4.

10. Baran O, Tymruk-Skoropad K. Competence-based approach to specialised training of physical therapists in paediatrics in Ukraine (review of literature and own data). Medical Science of Ukraine. 2024;20(4):156-167. DOI: 10.32345/2664-4738.4.2024.17.

11. Piano L, Chiarotto A, Mascarello M, Turolla A, Cecchetto S, Gianola S, et al. Teaching evidence-based practice to physiotherapy students in Italy: a cross-sectional study. Arch Physiother. 2023;13(1):19. DOI: 10.1186/s40945-023-00174-5.

12. Bucchi F, Dal Ben S, Culcasi A, Lecora S, Tedeschi R, Da Roit M. Entry-level physical therapist curricula in geriatric care: an Italian national survey study. Arch Physiother. 2025;15:69-76. DOI: 10.33393/aop.2025.3418.

13. Golyk V, Syvak O, Grabljevec K, Tederko P, Gutenbrunner C, Nugraha B. Five years after development of the national disability, health and rehabilitation plan for Ukraine: achievements and challenges. J Rehabil Med. 2021;53(3):jrm00160. DOI: 10.2340/16501977-2792.

14. Németh T, Lamers I, Meesen R. Entry-level education for physiotherapists in Europe: a narrative on the relationship with professional autonomy. Physiotherapy. 2025;128:101801. DOI: 10.1016/j.physio.2025.101801.

Відомості про авторів

Глашук Т.О. – д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб, Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна. <https://orcid.org/0000-0002-0094-8315>

Микитюк О.П. – кандидат медичних наук, доцент кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб, Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна. <https://orcid.org/0000-0001-8264-9433>

Васюк В.Л. – доктор медичних наук, професор кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб, Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна. <https://orcid.org/0000-0003-2037-2162>

Бачук-Понич Н.В. – кандидат медичних наук, доцент кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб, Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна. <https://orcid.org/0000-0002-3875-5359>

Бобкович К.О. – кандидат медичних наук, доцент кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб, Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна. <https://orcid.org/0000-0001-5783-2412>

Глубоченко О.В. – кандидат медичних наук, доцент кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб, Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна. <https://orcid.org/0000-0002-4820-1173>

Information about the authors

Glashuk T.O. – Doctor of Medical Sciences, Professor at the Department of Propedeutics of Internal Diseases, Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine. <https://orcid.org/0000-0002-0094-8315>

Mykytyuk O.P. – PhD in Medicine, Associate Professor at the Department of Propedeutics of Internal Medicine, Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine. <https://orcid.org/0000-0001-8264-9433>

Vasiuk V.L. – Doctor of Medical Sciences, Professor at the Department of Propedeutics of Internal Diseases, Bukovinian State Medical University Chernivtsi, Ukraine. <https://orcid.org/0000-0003-2037-2162>

Bachuk-Ponich N.V. – PhD in Medicine, Associate Professor at the Department of Propedeutics of Internal Diseases, Bukovinian State Medical University Chernivtsi, Ukraine. <https://orcid.org/0000-0002-3875-5359>

Bobkovych K.O. – PhD in Medicine, Associate Professor at the Department of Propedeutics of Internal Diseases, Bukovinian State Medical University Chernivtsi, Ukraine. <https://orcid.org/0000-0001-5783-2412>

Glubochenko O.V. – PhD in Medicine, Associate Professor at the Department of Propedeutics of Internal Diseases, Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine. <https://orcid.org/0000-0002-4820-1173>



Дата першого надходження рукопису до видання: 22.10.2025

Дата прийнятого до друку рукопису після рецензування: 05.12.2025

Дата публікації: 30.12.2025