



КИЇВСЬКИЙ СТОЛИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ БОРИСА ГРІНЧЕНКА
BORYS GRINCHENKO KYIV METROPOLITAN UNIVERSITY

***ЗДОРОВ'Я, ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ І СПОРТ:
ПЕРСПЕКТИВИ ТА КРАЩІ ПРАКТИКИ***

МАТЕРІАЛИ

V Міжнародної науково-практичної онлайн-конференції
15 травня 2025 року
м. Київ, Україна

**HEALTH, PHYSICAL EDUCATION AND SPORT:
PERSPECTIVES AND BEST PRACTICES**

BOOK OF ABSTRACTS
5th International Online Conference
15 May, 2025
Kyiv, Ukraine



УДК: 613:796:371.7(082)

DOI: <https://doi.org/10.28925/2025.150514conf>

Здоров'я, фізичне виховання і спорт: перспективи та кращі практики: матеріали V Міжнарод. наук.-практ. онлайн-конф., м. Київ, 15 травня 2025 р. Київ: Київський столичний ун-т ім. Б.Грінченка, 2025. 146 с.

У збірнику представлені тези доповідей присвячених питанням актуальних практик тренування в спорті та фітнесі, сучасних тенденцій та інновацій у фізичному вихованні, медико-біологічного забезпечення та кінезіології спорту, соціально-правового регулювання, здоров'язберігаючих технологій, фізичної терапії та ерготерапії, інклюзивності спорту та сучасних трендів спортивної освіти.

Голова організаційного комітету: Георгій Лопатенко
Члени організаційного комітету: Ірина Грузевич, Олена Тімашева, Вікторія Білецька, Валентин Савченко, Марія Прядко.
Редакція тез: Ірина Грузевич

Матеріали пройшли перевірку сервісом для запобігання плагіату Turnitin.

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 автора(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 21.05.2025 р. № 4).

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

Київський столичний Університет імені Бориса Грінченка, 2025

критично низького рівня контролю мімікою до низького рівня і склала 2 (2, 2) бали ($p=0,0005$). Ці результати низькі, але вказують на незначний позитивний ефект впливу програми фізичної терапії на контроль за мімікою дітьми з РАС.

11. Для всіх учасників експерименту останній тест на спритність рухів видався важким до виконання, оскільки критичний рівень було зафіксовано в 6/16 дітей і в 10/16 – низький рівень спритності рухів. Медіана при цьому становила 2 (1, 2) бали. Уже після впливу програми фізичної терапії критичний рівень був відсутній ($p<0,01$), низький рівень спритності рухів виявлено у 9/16 дітей і середній рівень – у 7/16 досліджуваних дітей із РАС ($p<0,01$). Середній показник виконання тесту після впливу програми фізичної терапії зріс до 2 (2, 3) балів ($p=0,0000$). Ці результати низькі, але вказують на незначний позитивний ефект впливу програми фізичної терапії на психомоторний розвиток дітей із РАС.

З огляду на вищезазначене, можна констатувати, що завдяки впровадженню розробленої нами програми фізичної терапії вдалося покращити психомоторний розвиток дітей із РАС до середнього рівня. Статистично значущі покращення зафіксовано в усіх тестах психомоторного розвитку ($p<0,05$), що вказує на ефективність розробленої нами програми фізичної терапії саме в цьому аспекті. Зокрема, найбільші зміни спостерігалися у показниках зорово-рухової координації, координації пальців та ритмічності рухів. Натомість мімічний тест та тест на спритність рухів продемонстрували найменші зміни, що може бути пов'язано з глибшими порушеннями моторики обличчя та загальної моторики у дітей із РАС.

Висновки. Застосування запропонованої програми фізичної терапії сприяє покращенню психомоторного розвитку дітей із розладами аутистичного спектру.

Список використаних літературних джерел

1. Гнатюк, С. М., Неведомська, Є. О., & Білий, В. В. (2024). Ефективність програми фізичної терапії дітей із розладами аутистичного спектру. У *Фізичне виховання, спорт та здоров'я людини: досвід, проблеми, перспективи: матеріали XI Всеукраїнської науково-практичної онлайн-конференції* (с. 182–185). Київський столичний університет імені Бориса Грінченка. <https://doi.org/10.28925/2024.1211235conf>
2. Островська, К. О. (2012). *Засади комплексної психолого-педагогічної допомоги дітям з аутизмом: Монографія*. Тріада плюс.

ВИКОРИСТАННЯ ПРИНЦИПІВ ПРОПРІОЦЕПТИВНОЇ НЕЙРОМ'ЯЗОВОЇ ФАСИЛІТАЦІЇ ПРИ S-ПОДІБНОМУ ІДІОПАТИЧНОМУ СКОЛІОЗІ

Ієвлєв О.І.¹

Виноградов О.О.^{1, 2}

¹ ДЗ «Луганський національний університет імені Тараса Шевченка», Лубни, Україна

² НУ «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка», Полтава, Україна

Вступ. Сколіоз – складна тривимірна деформація хребта, що визначається його боковим викривленням щонайменше на 10 градусів (кут Кобба), з обов'язковою ротацією хребта в цілому та торсією окремих хребців в напрямку вигину сколіотичної дуги [2; 4; 5].

Результати досліджень показують [4], що поширеність сколіозу серед дітей та підлітків становить 3,1%; показник поширеності змінюється залежно від статі, ступеня тяжкості та форми сколіозу. Основними прогностичними чинниками, що впливали на поширеність сколіозу, були стать, вік, індекс маси тіла, расова приналежність, фактори навколишнього середовища та спосіб життя. У 60–80% випадків сколіоз класифікується як ідіопатичний – причина розвитку якого невідома; існуючі теорії здебільше пов'язують ідіопатичний сколіоз з генетичними причинами.

Пацієнти з ідіопатичним сколіозом можуть мати біль у спині, косметичні деформації, труднощі з диханням, починаючи від суб'єктивної задишки до помітних порушень функції легень, інші функціональні порушення, що призводять до соціальних і психологічних обмежень, збільшення фінансового навантаження та зниження якості життя [2].

Для ефективного вирішення проблем, пов'язаних зі сколіозом, найважливішою є комплексна та структурована стратегія профілактики, яка включає регулярний скринінг, інформування, модифікацію способу життя, покращення ергономіки, психосоціальну підтримку, медичні та реабілітаційні втручання [4; 5].

Мета дослідження – на підставі аналізу джерел наукової інформації визначити особливості застосування пропріоцептивної нейром'язової фасилітації при S-подібному ідіопатичному сколіозі.

Методи дослідження – пошук та аналіз літературних джерел (PubMed).

Результати дослідження. При розвитку викривлення хребта м'язи зі сторони вигину дуги розтягуються і демонструють слабку активність, у той час як зі сторони вигину виявляється вкорочення і перенапруження м'язів, що заважає людині прийняти правильну позу в поставі [5]. Отже, першочергово необхідно навчити пацієнта з S-подібним сколіозом приймати правильне положення постави – «нейтральне положення», або положення самокорекції, яке впливає на всі м'язи, залучені до механізму сколіотичного викривлення: м'язи, що були розтягнуті та ослаблені активно скорочуються, а вкорочені та напружені – розтягуються та розслаблюються. Підтримка положення самокорекції є незвичним і доволі складним рухом, тому що робочі м'язи не мають достатньої сили та витривалості для виконання тривалої ізометричної роботи. Таким чином, основним напрямом терапії сколіозу є навчання пацієнта положень самокорекції та реінфорсмент м'язів (результат дії тренування на м'язи, підвищення їх сили та витривалості), які забезпечують цей рух [1].

Методика пропріоцептивної нейром'язової фасилітації (ПНФ) пропонує вісім базових патернів руху, які задіюють необхідні м'язи в повній амплітуді та з різним контрольованим навантаженням – чотири патерни рухів лопатки та чотири патерни рухів тазу, які мають діагональне направлення та використовуються з різними техніками ПНФ (ритмічна ініціація, реплікація та комбінація ізотонічних м'язів):

1. Ритмічна ініціація – навчання руху від пасивного виконання до активного з супротивом.
2. Реплікація – навчання руху «від зворотного», що включає постановку тіла в кінцеву точку необхідного руху, утримання цього положення певний час та самостійний контрольований перехід у вихідне положення.
3. Комбінація ізотонічних м'язів – концентричне, ексцентричне та ізометричне скорочення однієї групи м'язів.

Патерни рухів тазу та лопатки, основні м'язи, які залучені до їх виконання та їх цільовий вплив на хребет наведені нижче:

1. Передній підйом лопатки (підйомач лопатки, ромбоподібний, трапецієподібний (верхня порція), передній зубчастий) – бокове згинання хребта – подовження на боці патерну; збільшення грудного кіфозу; ротація за напрямком руху.
2. Задній підйом лопатки (трапецієподібний, підйомач лопатки) – бокове згинання хребта – подовження з боку патерну; збільшення грудного кіфозу; ротація за напрямком руху.
3. Передня депресія лопатки (ромбоподібні, підйомач лопатки, великий та малий грудні) – бокове згинання хребта – скорочення на боці патерну; посилення грудного кіфозу; ротація за напрямком руху.
4. Задня депресія лопатки (передній зубчастий (нижня порція), ромбоподібні, найширший спини, трапецієподібний (нижня порція)) – бокове згинання хребта – скорочення на боці патерну; зменшення грудного кіфозу; ротація за напрямком руху.

5. Передній підйом тазу (іпсилатерально: внутрішні та зовнішні косі м'язи живота) – бокове згинання хребта – скорочення на боці патерну; зменшення поперекового лордозу; ротація за напрямком руху.

6. Задній підйом тазу (іпсилатерально: квадратний попереку, найширший спини, клубово-реберний, довгий м'яз грудної клітки) – бокове згинання хребта – скорочення на боці патерну; збільшення поперекового лордозу; ротація у напрямі руху.

7. Передня депресія тазу (контрлатерально: квадратний попереку, найширший спини, клубово-реберний попереку, довгий м'яз грудної клітки) – бокове згинання хребта – подовження з боку патерну; зменшення поперекового лордозу; ротація за напрямком руху.

8. Задня депресія тазу (контрлатерально: внутрішні та зовнішні косі м'язи живота) – бокове згинання хребта – подовження з боку патерну; збільшення поперекового лордозу; ротація за напрямком руху.

Наприклад, при «класичному», найбільш розповсюдженому виді S-подібного сколіозу з правосторонньою грудною та лівосторонньою поперековою дугами, типовий набір патернів при терапії буде:

- задній підйом лопатки зліва;
- передня депресія лопатки справа;
- передній підйом тазу зліва;
- задня депресія тазу справа.

Визначені патерни виконуються як окремо, так і в комбінації між собою, що залежить від рівня моторного контролю пацієнта [3].

Висновки: використання принципів пропріоцептивної нейром'язової фасилітації для терапії сколіозу є потужним засобом, який дозволяє ефективно підвищити силу та витривалість м'язів пацієнта, що забезпечують підтримку правильного положення тіла протягом тривалого часу.

Список використаних літературних джерел

1. Berdishevsky, H., Lebel, V.A., Bettany-Saltikov, J. et al. (2016) Physiotherapy scoliosis-specific exercises – a comprehensive review of seven major schools. *Scoliosis*. 11 (20). DOI: 10.1186/s13013-016-0076-9.
2. Kuznia, A.L., Hernandez, A.K., & Lee, L.U. (2020) Adolescent Idiopathic Scoliosis: Common Questions and Answers. *Am. Fam. Physician*. 101(1), 19–23. PMID: 31894928
3. Lee B.K. (2016) Influence of the proprioceptive neuromuscular facilitation exercise programs on idiopathic scoliosis patient in the early 20s in terms of curves and balancing abilities: single case study. *J. Exerc. Rehabil*. 12 (6), 567–574. DOI: 10.12965/jer.1632796.398.
4. Mingyang Li, Qilong Nie, Jiaying Liu, & Zeping Jiang (2024) Prevalence of scoliosis in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Front. Pediatr*. 12, 1–14. DOI: 10.3389/fped.2024.1399049.
5. Negrini, S., Donzelli, S., Aulisa, A.G. et al. (2018) 2016 SOSORT guidelines: orthopaedic and rehabilitation treatment of idiopathic scoliosis during growth. *Scoliosis*. 13(3). DOI: 10.1186/s13013-017-0145-8.

ПРАМ АІД У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ЯК ЗАСІБ ЗНИЖЕННЯ ТРИВОГИ ТА ДЕПРЕСІЇ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЇ НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ

Кльоз Р.

Тиравська О.

*Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського, м. Львів,
Україна*

Вступ. Ампутація кінцівок сприймається людиною як трагедія, є переломною подією на її життєвому шляху і може розглядатися як стресова ситуація і психологічна криза особистості.