

УДК: 796:37.037:613:615.8

DOI: 10.28925/2024.1211235conf

Фізичне виховання, спорт та здоров'я людини: досвід, проблеми, перспективи : матеріали XI Всеукр. наук.-практ. онлайн-конф., м. Київ, 12 грудня 2024 р. Київ : Київський столичний ун-т ім. Б.Грінченка, 2024. 235 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, Вікторія Білецька, Валентин Савченко, Олена Тімашева, Наталія Пилипченко, Марія Прядко.
Редакція тез:	Ірина Грузевич, Руслан Кропта

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 24.12.2024 р. № 10).

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

Київський столичний Університет імені Бориса Грінченка, 2024

Літус Р.І. ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ У ПРОЦЕСІ ЗАНЯТЬ СИЛОВИМ ФІТНЕСОМ В КИЇВСЬКОМУ СТОЛИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ІМЕНІ БОРИСА ГРІНЧЕНКА.....	155
Лук'янченко С.П. ФІТНЕС ЯК ОСНОВА ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ВЧИТЕЛЯ ФІЗКУЛЬТУРИ.....	158
Мороз Ю.М. ЗНАЧЕННЯ ФІЗИЧНОЇ РЕКРЕАЦІЇ, ЯК ОСНОВНОЇ СКЛАДОВОЇ, В ОРГАНІЗАЦІЇ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ.....	161
Петрова Н. В., Латишев М.В. РОЛЬ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ: ОГЛЯД СУЧАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.....	163
Позмогова Н. В., Соломенчук К. С. ФЕНОМЕН ХОДЬБИ У ЗБЕРЕЖЕННІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТІЙКОСТІ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ.....	165
Романенко І. В., Хоменко В.В. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ПРОФІЛАКТИКИ ТА КОНТРОЛЮ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.....	167
Чубко Р.Л., Білецька В.В. ОЦІНКА ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВЛЕНОСТІ ЖІНОК ЗРІЛОГО ВІКУ, ЯКІ ЗАЙМАЮТЬСЯ КРОСФІТОМ.....	169
Школа О.М., Макотченко О. А., Баранов Д. В. ВИКОРИСТАННЯ ФІТНЕС-ВПРАВ ОЗДОРОВЧО-РЕКРЕАЦІЙНОЇ СПРЯМОВАНОСТІ ДЛЯ ВДОСКОНАЛЕННЯ РУХОВИХ ЗДІБНОСТЕЙ СТАРШОКЛАСНИКІВ У ПОЗАКЛАСНІЙ РОБОТІ.....	172

НАПРЯМ 8 ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ТА ЕРГОТЕРАПІЯ



Антонова-Рафі Ю.В., Воронюк Є.А. ПОБУДОВА ПЕРСОНІФІКОВАНОЇ ПРОГРАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ СИНДРОМІ ГІПЕРМОБІЛЬНОСТІ СУГЛОБІВ.....	175
Баришников А. О. ПСИХОМОТОРНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ 4-6 РОКІВ ІЗ РОЗЛАДАМИ СПЕКТРУ АУТИЗМУ В ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ГРУПІ КОНСТАНТУВАЛЬНОГО ЕКСПЕРИМЕНТУ.....	179
Гнатюк С.М., Неведомська Є.О., Білий В.В. ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДІТЕЙ ІЗ РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ.....	182
Гуляк О.В., Савченко В.М., Білий В.В. ВПЛИВ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ФІЗИЧНІ ПОКАЗНИКИ ОСІБ ЛІТНЬОГО ВІКУ З ОСТЕОХОНДРОЗОМ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА.....	185
Гуляк О.В., Савченко В.М., Маляренко Ю.М. ВПЛИВ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ПСИХІЧНИЙ СТАН ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ОСІБ ЛІТНЬОГО ВІКУ З ОСТЕОХОНДРОЗОМ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА.....	189
Кантур А.С., Тимчик О.В., Пальчик Ю.М. ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ СПАСТИЧНОЇ ДИПЛЕГІЇ ДИТЯЧОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛІЧУ 6-13 РОКІВ В УМОВАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЦЕНТРУ.....	192
Кирилова Т.І., Хорошуха М.Ф., Мазуренко К.С. ВПЛИВ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ПСИХІЧНИЙ СТАН ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ОСІБ ДРУГОГО ЗРІЛОГО ВІКУ З НЕВРОПАТІЄЮ СІДНИЧНОГО НЕРВА.....	194
Ковальова О.В., Ковальова О.В., Ковальова А.А. АДАПТИВНЕ ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ СТРЕСУ: РОЛЬ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ.....	198

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДІТЕЙ ІЗ РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

Гнатюк С.М.

Неведомська Є.О.

Білий В.В.

 0000-0002-7450-3562 0000-0003-1468-9649*Київський столичний університет імені Бориса Грінченка, м. Київ, Україна*

Вступ. Останні роки спостерігається стрімке зростання поширеності розладів спектру аутизму в дітей. Розлади аутистичного спектру (РАС) – це не хвороба, а стан, який виникає внаслідок порушення розвитку головного мозку і характеризується вродженим та всебічним дефіцитом соціальної взаємодії та спілкування. Аутизм неможливо вилікувати, проте з часом можна скоригувати і адаптувати людину до соціального життя [3]. За даними Міністерства охорони здоров'я України за останні десятиліття кількість дітей, у яких діагностовано розлади аутистичного спектру (РАС) значно зросла. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), цей стан зустрічається з частотою 1 на 160 дітей [3]. Згідно з даними статистики Американського центру з контролю та профілактики захворювань, кожна 44-а дитина страждає на розлад аутистичного спектру (Centers for Disease Control and Prevention, 2021) [3]. В Україні відповідно до даних електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) загалом обліковано 20 936 дітей з діагнозом «аутизм» [4]. Раннє втручання та комплексний підхід є ключем до успіху в реабілітації таких дітей. І саме фізична терапія є надзвичайно важливим компонентом у реабілітації дітей із аутизмом.

Мета дослідження – оцінити ефективність впливу програми фізичної терапії у дітей з розладами аутистичного спектру.

Матеріал дослідження. В експеримент включено 16 пацієнтів (8 дівчат і 8 хлопців) віком 5-6 років, яким поставлено діагноз F.84.0 – дитячий аутизм.

Методи дослідження. Обстеження пацієнтів включало дослідження фізичного розвитку та функціонального стану дітей. Для визначення рівня фізичного розвитку дітей з розладами аутистичного спектру слугували зібрані антропометричні показники (зріст, маса тіла, окружність грудної клітки) та методика визначення індексу фізичного розвитку за О. Дубогай [2]. Для дослідження функціонального стану дітей старшого дошкільного віку з РАС було проведено обстеження серцево-судинної та дихальної систем. Це було визначено шляхом підрахунку частоти серцевих скорочень (ЧСС) і частоти дихання, вимірюванням артеріального тиску, життєвої ємності легень (ЖЄЛ). Під час оцінки фізичного розвитку застосували дослідження Е. Вільчковського з його програми з фізичної культури для дошкільних навчальних закладів, рекомендованої Міністерством освіти України [1].

Методи реабілітаційного впливу. Розроблено та запроваджено програму фізичної терапії дітей із РАС. Завданнями комплексної диференційованої профілактично-коригувальної програми для дітей із розладами аутистичного спектра були:

- 1) поліпшення фізичного та функціонального стану дітей;
- 2) сприяння швидшій корекції психомоторного розвитку;
- 3) підготовка дітей до фізичних навантажень у шкільному середовищі;
- 4) запобігання розвитку вторинних ускладнень та погіршенню загального стану здоров'я.

Програма реалізована такими засобами фізичної терапії, як кінезіотерапія; ранкова гігієнічна гімнастика (РГГ); прогулянки на свіжому повітрі із включенням рухливих ігор.

Кінезіотерапія є ключовим методом фізичної терапії для пацієнтів із РАС. Використовуючи терапевтичні вправи, створюються передумови для підтримки фізичного розвитку та функціонального стану дітей, покращення психомоторного розвитку шляхом покращення великої та дрібної моторики, координації рухів та балансування, формування

статичних та локомоторних функцій, правильних рухових навичок та вмій, що сприяє загальному зміцненню здоров'я. Також завдяки терапевтичним вправам здійснюється профілактика порушень постави та деформацій опорно-рухового апарату дітей.

Заняття з кінезіотерапії складалося із трьох частин. Вступна частина (8–12 хвилин), де виконувались загальнорозвивальні вправи, дихальні та вправи для зміцнення слабких м'язів і корекції м'язового тону. В основній частині (15–20 хвилин) застосувалися дихальні вправи, вправи для розвитку великої та дрібної моторики та координації рухів, балансування. Заключна частина (5 хвилин) проводилася за рахунок вправ для загальної релаксації.

Ранкова гігієнічна гімнастика (РГГ) проводилася в домашніх умовах щоденно протягом 10-15 хвилин для сприяння плавному переходу організму пацієнта від нічного сну до активного денного ритму, підвищення загального тону, забезпечення енергійного настрою та підготовка організму до активностей протягом дня. Комплекс РГГ складався із 6-8 загальнорозвивальних вправ, які виконувались в повільному темпі та повторювались 4-5 разів.

Прогулянки на свіжому повітрі, проводилися під контролем і супроводом батьків у місцевому парку. Включалися рухливі ігри, що позитивно впливають на всі життєво важливі процеси завдяки поєднанню свіжого повітря та сонячного випромінювання. Прогулянки відбувались у другій половині дня і мали на меті вдосконалення рухових навичок, комплексний розвиток фізичних якостей у природних умовах та навчання дітей орієнтуватися на місцевості. Регулярні прогулянки сприяли загальному зміцненню здоров'я, покращенню функції дихальної та серцево-судинної систем, психоемоційного стану дітей.

Структура прогулянки полягала в ходьбі з короткочасними зупинками: кожні 15 хвилин ходьби передбачали перерви на відпочинок тривалістю 4-5 хвилин. Рухова активність під час прогулянок включала: ходьбу та легкий біг між кущами, деревами; переступання через гілки та пеньки; підстрибування для діставання гілок дерев або кущів; метання шишок, жолудів або каштанів у ціль (наприклад, у дерево або пеньок) чи на дальність.

Результати дослідження. Нами було обстежено фізичний розвиток та функціональний стан 16 дітей із РАС. Обстеження проводилося до початку запровадження програми фізичної терапії, яка тривала протягом трьох тижнів, та після впливу програми, детальні результати обстеження наведено в таблиці 1.

Таблиця 1

Динаміка показників фізичного розвитку дітей із розладом аутистичного спектру в результаті виконання програми фізичної терапії (Me (ВК, НК))

Показники дослідження	До впливу (n=16)	Після впливу (n=16)	Статистична значущість (p)
Маса тіла, кг	19 (18; 20)	19 (18; 20)	1,0000
Зріст, см	115 (113,118)	115 (113,118)	0,1639
Окружність грудної клітки, см	56 (55, 58)	56,5 (55, 58)	0,0825
Індекс фізичного розвитку за О. Дубогай, бал	39,5 (38, 42)	39,5 (38, 42)	0,7505

При антропометричному дослідженні було встановлено, що середній показник (медіана) маси тіла 16 пацієнтів становив до впливу 19 (18; 20) кг, після впливу показники маси тіла не змінилися і становили 19 (18, 20) кг (p=1,0000). Середній показник зросту пацієнтів до впливу та після впливу становив 115 (113,118) см (p=0,1639). Середній показник окружності грудної клітки до впливу – 56,0 (55, 58) см, а після впливу медіана дещо збільшилася і становила 56,5 (55, 58) см (p=0,0825). Було обчислено індекс фізичного розвитку за О. Дубогай та визначено, що медіана цього індексу як до, так після реабілітаційного впливу становила 39,5 (38, 42) балів (p=0,7505).

Провели порівняння фізичного розвитку обстежених дітей за Е. Вільчковським і встановили, що рівень фізичного розвитку у досліджуваних дітей до впливу програми та після оцінювався як вище середнього, тобто рівень фізичного розвитку дітей не змінився (табл. 2).

Таблиця 2

Динаміка фізичного розвитку за Е. Вільчковським у дітей із розладом аутистичного спектру в результаті виконання програми фізичної терапії (абсолютна кількість)

Рівень фізичного розвитку (за Е. Вільчковським)	До впливу (n=16)	Після впливу (n=16)	Статистична значущість (p)
Низький	0	0	>0, 1
Нижче середнього	0	0	>0, 1
Середній	3	2	>0, 1
Вище середнього	9	10	>0, 1
Високий	4	4	>0, 1

Дослідження функціонального стану дітей старшого дошкільного віку з РАС включало обстеження серцево-судинної системи. Динаміка показників функціонального стану серцево-судинної системи у дітей із РАС під впливом проведеної програми фізичної терапії наведено в табл. 3. Медіана ЧСС у спокої до впливу становила 90 (86, 94) уд/хв., а після впливу — 88,5 (84, 90) уд/хв ($p=0,05549$), що є нормою для дітей 5-6 років. Медіана артеріального систолічного тиску до впливу програми становила 105 (102, 110) мм рт.ст., і після — 105 (102,108) мм рт.ст. ($p=0,88581$). Середній показник артеріального діастолічного тиску до впливу становив 70 (65, 74) мм рт.ст., а після — 69 (65,71) мм рт.ст. ($p=0,62143$). Отже, за результатами впливу програми фізичної терапії у обстежених дітей динаміки стану серцево-судинної системи не відбулося.

Таблиця 3

Динаміка показників функціонального стану серцево-судинної системи у дітей із розладом аутистичного спектру в результаті виконання програми фізичної терапії (Me (BK, НК))

Показники	До впливу (n=16)	Після впливу (n=16)	Статистична значущість (p)
Частота серцевих скорочень в спокої за 1 хв	90 (86, 94)	88,5 (84, 90)	0,05549
Артеріальний тиск систолічний, мм рт.ст.	105 (102, 110)	105 (102,108)	0,88581
Артеріальний тиск діастолічний, мм рт.ст.	70 (65, 74)	69 (65, 71)	0,62143

Таблиця 4

Динаміка показників функціонального стану дихальної системи у дітей із розладом аутистичного спектру в результаті виконання програми фізичної терапії (Me (BK, НК))

Показники	До впливу (n=16)	Після впливу (n=16)	Статистична значущість (p)
Частота дихання у спокої за 1 хв, кількість дихальних циклів	24 (22, 26)	23 (22, 24)	0,00644
Життєва ємність легень, мл	1260 (1135, 1355)	1350 (1200, 1450)	0,00000

Функціональний стан дихальної системи дітей дослідили за допомогою підрахунку частоти дихання та виміру ЖЄЛ (табл. 4). Виявлено, що частота дихання у спокої знаходилась у межах норми і середній показник до впливу становив 24 (22, 26) дихальних циклів, а після впливу – 23 (22, 24), що було статистично значущим ($p=0,00644$). Медіана ЖЄЛ до впливу становила 1260 (1135, 1355) мл, а після реабілітаційного впливу — 1350 (1200, 1450) мл. Зростання ЖЄЛ було статистично значущим ($p=0,00000$).

Таблиця 5

Динаміка показників життєвої ємності легень за Вільчковським у дітей із розладом аутистичного спектру в результаті виконання програми фізичної терапії (абсолютна кількість)

Рівень показників ЖЄЛ (за Е. Вільчковським)	До впливу (n=16)	Після впливу (n=16)	Статистична значущість (p)
Низький	11	2	<0,001
Середній	5	14	<0,001

Також провели оцінку ЖЄЛ за Е. Вільчковським (табл. 5) і виявили, що до проведення програми фізичної терапії у 11 з 16 дітей рівень ЖЄЛ був низький і у 5 — середній. Після реалізації програми фізичної терапії низький рівень ЖЄЛ був зафіксований лише у 2 з 16 пацієнтів ($p<0,001$), а в 14 з 16 дітей досягли середнього рівня ЖЄЛ ($p<0,001$). Отримані результати вказують на суттєве покращення функціонального стану дихальної системи обстежених дітей.

Висновки. Застосування запропонованої програми фізичної терапії дітей із розладами аутистичного спектру сприяє покращенню функціонально стану дихальної системи та не впливає на функціональний стан серцево-судинної системи.

Список використаних джерел



1. Вільчковський Е. Критерії оцінювання стану здоров'я, фізичного розвитку та рухової підготовленості дітей дошкільного віку. Київ: ІЗМН. 1998. 64 с.
2. Дубогай О., Почечуєва І. Моніторинг оздоровчо-виховного процесу молодших школярів. «Олімпійський спорт та спорт для всіх: проблеми здоров'я, рекреації і спортивної медицини та реабілітації». 2000. С. 365.
3. Міністерство охорони здоров'я України. 5 міфів про аутизм [Інтернет]. 4 квіт. 2019. Доступно на: <https://moz.gov.ua/article/health/5-mifiv-pro-autizm>.
4. Укрінформ. В Україні на обліку – понад 20 тисяч дітей з аутизмом [Інтернет]. 2023. Доступно на: <https://www.ukrinform.ua/amp/rubric-health/3769403-v-ukrainina-obliku-ponad-20-tisac-ditej-z-autizmom.html>.

ВПЛИВ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ФІЗИЧНІ ПОКАЗНИКИ ОСІБ ЛІТНЬОГО ВІКУ З ОСТЕОХОНДРОЗОМ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Гуляк О.В.

Савченко В.М.

Білий В.В.

 0000-0002-8483-9748 0000-0003-1468-9649

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

Вступ. Остеохондроз шийного відділу хребта – одне з найбільш поширених захворювань, що вражає 20% населення земної кулі та займає перше місце в групі захворювань опорно-рухового апарату. Особи літнього віку в 90% випадків, у порівнянні з населенням