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://fzfvs.kubg.edu.ua/

Київський столичний Університет імені Бориса Грінченка, 2025

Літвінова К.Ю., Білецька В.В., Ільєнков О.А. МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ ЗАСОБИ ВІДНОВЛЕННЯ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ ЧОЛОВІКІВ ПЕРШОГО ЗРІЛОГО ВІКУ, ЯКІ ЗАЙМАЮТЬСЯ КРОСФІТОМ……	101
Пестерніков В.В. ФІЗІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ УДОСКОНАЛЕННЯ ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ УЧЕНИЦЬ ЗАКЛАДІВ ПРОФЕСІЙНО-ТЕХНІЧНОЇ ОСВІТИ ЗАСОБАМИ НАСТІЛЬНОГО ТЕНІСУ……	103
Станкевич Л.Г., Чендей Н.І., Марковеєва Д.А. ВПЛИВ АНТИОКСИДАНТНОГО КОМПЛЕКСУ (ВІТАМІНІВ Е, С, ЛІПОЛІЄВОЇ КИСЛОТИ ТА СЕЛЕНУ НА ПОКАЗНИКИ МЕТАБОЛІЗМУ В ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ СПОРТСМЕНІВ-КОВЗАНРІВ……..	105
Тищенко В., Кучеров Д. ПРОФІЛАКТИЧНИЙ ПОТЕНЦІАЛ РОЗМИНКИ В СИСТЕМІ ПІДГОТОВКИ СПОРТСМЕНІВ ІГРОВИХ ВИДІВ СПОРТУ…….	106
НАПРЯМ 5 ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧІ ТЕХНОЛОГІЇ, ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ТА ЕРГОТЕРАПІЯ, ІНКЛЮЗИВНІСТЬ СПОРТУ SECTION 5 HEALTH-SAVING TECHNOLOGIES, PHYSICAL THERAPY AND OCCUPATIONAL THERAPY, INCLUSIVITY OF SPORT	
Алієв Р., Погоріла І.О. ФАКТОРИ ДОВКІЛЛЯ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА СТАРІННЯ…	111
Баришников А.О. РЕЗУЛЬТАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ КОРЕКЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ ПСИХОМОТОРНОГО РОЗВИТОКУ ДІТЕЙ 4-6 РОКІВ ІЗ РОЗЛАДАМИ СПЕКТРУ АУТИЗМУ В ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ГРУПІ……..	113
Воловик Н.І. ФІТНЕС-ЙОГА – ЯК ЕФЕКТИВНА ТЕХНОЛОГІЯ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ПОПЕРЕКУ……	116
Гамоля В.О., Ковбаса Д., Тимчик О.В. ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ДИТЯЧОМУ СПАСТИЧНОМУ ТЕТРАПЛЕГІЧНОМУ ЦЕРЕБРАЛЬНОМУ ПАРАЛІЧІ В УМОВАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЦЕНТРУ……	118
Гнатюк С.М., Неведомська Є.О. ВПЛИВ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ПСИХОМОТОРНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ ІЗ РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ……..	122
Ієвлєв О.І., Виноградов О.О. ВИКОРИСТАННЯ ПРИНЦИПІВ ПРОПРІОЦЕПТИВНОЇ НЕЙРОМ'ЯЗОВОЇ ФАСИЛІТАЦІЇ ПРИ S-ПОДІБНОМУ ІДІОПАТИЧНОМУ СКОЛІОЗІ……..	126
Кльоз Р., Тиравська О. PPAM AID У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ЯК ЗАСІБ ЗНИЖЕННЯ ТРИВОГИ ТА ДЕПРЕСІЇ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЇ НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ……	128
Орлянська П.В., Неведомська Є.О. МЕТОД КІНЕЗІОТЕЙПУВАННЯ ЯК ЕФЕКТИВНИЙ МЕТОД РЕАБІЛІТАЦІЇ ГОМІЛКОВОСТОПНОГО СУГЛОБА…….	130
Савченко В.М., Омері І.Д., Тимчик О.В., Неведомська Є.О. ОЦІНКА СТАНУ ДУХОВНОГО ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТІВ НА СТАЦІОНАРНОМУ ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ. ЧАСТИНА 3……..	132
Савченко В.М., Харченко Г.Д., Яценко С.П., Буряк О.Ю. ЗВ'ЯЗОК УСВІДОМЛЕННОСТІ ТА ЦІННІСНОГО СПРЯМУВАННЯ ЛЮДИНИ ЩОДО СЕНСУ ЖИТТЯ З ЇЇ ФІЗИЧНОЮ АКТИВНІСТЮ……	135
НАПРЯМ 6 СУЧАСНІ ТРЕНДИ СПОРТИВНОЇ ОСВІТИ	

Список використаних літературних джерел

1.Davie-Smith, F., & Scott, H. (2015). Scottish physiotherapy amputee research group. Pneumatic Post Amputation Mobility (PPAM) Aid. *Physiotherapy*, *101*(1), 300–301.

2.Mckechnie, P., & John, A. (2014). Anxiety and depression following traumatic limb amputation: a systematic review. *Injury*, *45*(12).

3. Odynets T., Belov, E., & Vanyuk, O. (2023). Fizychna terapiia viiskovosluzhbovtsiv pislia amputatsii [Physical therapy of military personnel after amputations]. *Physical Culture and Sport: Scientific Perspective*, 4. [in Ukrainian]

4.Phutane, P., Santre, M., & Tiwari, K. (2024). Depression, anxiety, coping, and resilience among amputees: A cross-sectional tertiary care hospital-based study. *Industry Phychiatry Journal*, *33*(1), 59–63.

5.Hebenton, J., Colvin, J., & Seenan, C. (2017). Early PPAM aid use post-unilateral transtibial amputation is associated with reduced time to prosthetic fitting and finishing rehabilitation. *Physiotherapy*, *103*.

МЕТОД КІНЕЗІОТЕЙПУВАННЯ ЯК ЕФЕКТИВНИЙ МЕТОД РЕАБІЛІТАЦІЇ ГОМІЛКОВОСТОПНОГО СУГЛОБА

Орлянська П.В. Неведомська Є.О.
Київський столичний університет імені Бориса Грінченка, м. Київ, Україна

Вступ. У світі серед хвороб внутрішніх органів І місце займають «суглобові недуги», які в запущеній стадії можуть призводити до тимчасової непрацездатності та навіть інвалідності [3]. Спортивні травми – найрозповсюдженіша причина втрати тимчасової працездатності у спортсменів. Пошкодження нижньої кінцівки, зокрема гомілковостопного суглоба, відносяться до найпоширеніших травм опорно-рухового апарату [1]. Особливо схильні до травм гомілковостопного суглобу спортсмени: 15-20% випадків серед волейболістів, 30% – серед футболістів, 40% – серед баскетболістів. Травми гомілковостопного суглоба бувають різного ступеня складності: переломи, вивихи, підвивихи, розтягнення або розрив зв'язок. У більшості випадків травма супроводжується болем, набряком і обмеженням рухливості гомілковостопного суглоба. Враховуючи високий рівень травматизму гомілковостопного суглоба, важливим є застосування реабілітаційних методів, які дозволять спортсмену якнайшвидше повернутися до повноцінного тренувального процесу. Адже гомілковостопний суглоб відіграє важливу роль в статико-динамічній рівновазі людини, оскільки концентрує на собі всю масу тіла, а також відповідає за амортизацію, плавність рухів, рівновагу та рівномірний розподіл навантаження на стопу. Традиційні реабілітаційні методи, зокрема, масаж та фізіотерапевтичні вправи, хоч і є ефективними, але не завжди дозволяють досягнути індивідуального підходу до пацієнта та потребують значного часу для відновлення. Дослідження нових методів для прискорення відновлення гомілковостопного суглобу після спортивних травм і зумовило актуальність нашого дослідження.

Мета: дослідити ефективність кінезіотейпування в фізичній реабілітації травм гомілковостопного суглоба.

Методи дослідження: аналіз літературних джерел.

Результати дослідження. Гомілковостопний суглоб, або надп'ятково-гомілковий, (лат. articulatio talocruralis) являє собою рухоме з'єднання таранної, малогомілкової і великогомілкової кісток, які з'єднують зв'язки і суглобова синовіальна капсула. Гомілковостопний суглоб є найскладнішим комбінованим одноосьовим суглобом, тому й фізична реабілітація гомілковостопного суглоба є складним і багатоетапним процесом. Тривала іммобілізація неминуче спричиняє атрофічні зміни в м'язовій тканині та суглобі. Анатомічні особливості гомілковостопного суглоба роблять його особливо вразливим до негативних

наслідків знерухомлення, що може призвести до стійкого обмеження рухливості впродовж усього подальшого життя. З метою запобігання таким незворотним змінам застосовують різні методи фізичної терапії: масаж, кінезотерапію, інтерференцтерапію та фонофорез. Важливу роль у процесі відновлення відіграють фізіотерапевтичні вправи, які є ефективними і перевірені часом. Останнім часом у відновленні функцій гомілковостопного суглоба все частіше застосовується метод кінезіотейпування, або кінезіологічне тейпування, яке передбачає накладання спеціальних еластичних стрічок (кінезіотейпів) на шкірні покриви з метою покращення рухливості суглобів та зменшення больових відчуттів. Цей метод був розроблений японським лікарем Кензо Касе (Kenzo Kase) і набув широкого застосування після Олімпійських ігор у Сеулі (1988), коли спортивні медики активно використовували його для лікування травм у спортсменів [5].

Кінезіотейпи являють собою еластичні клейкі стрічки, виготовлені з високоякісної бавовни та покриті гіпоалергенним акриловим клеєм [4]. Їхні фізико-механічні властивості наближені до характеристик людської шкіри, що дає змогу називати їх «другою шкірою». Завдяки бавовняній основі тейпи не перешкоджають природному газообміну та випаровуванню вологи з поверхні шкіри. Це забезпечує їхню стійкість до впливу води, що дозволяє використовувати їх у водних видах спорту та під час звичайного догляду за тілом. Кінезіотейпи можуть залишатися на шкірі впродовж 4–5 днів, а вже через 30–60 хвилин після їх накладання пацієнт може виконувати фізичні вправи, приймати душ або плавати [3].

Механізм дії кінезіотейпування базується на піднятті фасцій м'язів, що покращує мікроциркуляцію крові, лімфовідтік і сприяє усуненню лімфостазу. У процесі руху кінцівкою, на якій наклеєно тейп, створюється ефект мікромасажу тканин, що сприяє покращенню трофіки та функціонального стану м'язів. Анальгетичний ефект кінезіотейпування досягається завдяки стимуляції больових рецепторів, що сприяє зниженню інтенсивності больового синдрому. Техніка накладання тейпу: стопу потрібно розташувати в положенні максимального тильного згинання. Якір тейпа кріпиться нижче гомілковостопного суглоба на медіальній поверхні великогомілкової кістки. Після цього тейп розподіляється уздовж гомілки над хворою ділянкою. Декомпресійний горизонтальний тейп необхідно наклеїти в область найбільшої хворобливості. Автори відмічають необхідність використання натягу 50-70% в середині тейпа, а кінці накладати без натягу [2]. Правильне накладання кінезіотейпів забезпечує динамічну фіксацію гомілковостопного суглоба в оптимальному анатомічному положенні, підтримку м'язів і зв'язкового апарату під час руху, що сприяє збільшенню амплітуди рухів, зменшенню м'язової втоми та запобіганню повторним травмам. Кінезіотейпування сприяє нормалізації м'язового тонусу та активізації роботи лімфатичної системи, внаслідок чого зменшується набряк, больовий синдром, зникають м'язові спазми, що сприяє відновленню функціональної активності нижньої кінцівки, покращенню самопочуття та підвищенню якості життя.

Висновки. Суть методу кінезіотейпування полягає в наклеюванні еластичних тейпів на пошкоджений суглоб з метою фіксації сухожиль, кіток та м'язів, покращення стабільності суглоба, зниження можливості рецедивного травмування та больових відчуттів. На відміну від гіпсових та інших пов'язок, тейпування дає можливість лікувати спортивні травми за допомогою рухів. В основі механізму дії тейпування лежить створення сприятливих умов для поліпшення кровопостачання шкіри, зниження больових відчуттів, відновлення робочої активності та рефлекторного збудження м'язів. Завдяки сприянню циркуляції крові та лімфи, цей метод дозволяє прискорити час відновлення гомілковостопного суглоба після травми. З огляду на зазначене, кінезіотейпування є ефективним доповненням до традиційних методів фізичної реабілітації гомілковостопного суглоба.

Список використаних літературних джерел

1. Глиняна, О. О., & Копочинська, Ю. В. (2019). *Основи кінезіотейпування: навчальний посібник*. КПІ ім. Ігоря Сікорського.

2. Нагорна, О. Б. (2016). Кінезіотейпінг у фізичній реабілітації травматологічних хворих. *Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт*, (23), 84–89.
3. Саюк, А. А., & Неведомська, Є. О. (2018). Метод кінезіотейпування в реабілітації ліктьового суглоба. У *Здоров'я, фізичне виховання і спорт: перспективи та кращі практики: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, 15 травня 2018 р., м. Київ* (с. 148–151). Київський університет імені Бориса Грінченка.
4. Хомік, О. М., Сахарук, І. С., Борисюк, С. Ю., & Хриплюк, О. П. (2023). Особливості використання методу кінезіотейпування для профілактики спортивного травматизму у кваліфікованих легкоатлетів. *Олімпійський та паралімпійський спорт*, (3), 74–78.
5. Kase, K., & Stockheimer, K. R. (2014). *Kinesio taping for lymphoedema and chronic swelling*. Kinesio IP, LLC.

ОЦІНКА СТАНУ ДУХОВНОГО ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТІВ НА СТАЦІОНАРНОМУ ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ. ЧАСТИНА 3

Савченко В.М. Омері І.Д. Тимчик О.В. Неведомська Є.О.
Київський столичний університет імені Бориса Грінченка, м Київ, Україна

Вступ. Здоров'я людини є багатокомпонентним явищем. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), здоров'я – це «стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів». З огляду на зазначене, духовне благополуччя можна вважати проявом духовного здоров'я або духовності людини. Духовність – філософський концепт, який характеризує сукупність ціннісних надбань людства в процесі суспільно-історичного розвитку та акумуляцію особистісного людського досвіду в процесі ціннісного сходження у духовних формах. У світському розумінні духовність людини – це особлива її діяльність, спрямована на осягнення сенсу життя і свого місця в ньому, на визначення критеріїв добра і зла, для оцінки людей і подій [1, 2].

Науковими дослідженнями встановлено певні зв'язки між вказаними трьома компонентами здоров'я за визначенням ВООЗ. На цей час наведені дані про можливий зв'язок (як позитивний, так і негативний) багатьох аспектів духовності з різноманітними показниками функціонування людини. В десятках емпіричних досліджень вивчали зв'язок між духовністю та тривалістю життя, виникненням та розвитком серцево-судинних і легеневих захворювань, раку, деменції, інвалідності тощо. Тому ряд клініцистів з філософськими поглядами вважають, що частина хвороб сучасної людини в якійсь мірі залежить від її духовно-душевної організації. В медицині такі хвороби називаються психосоматичними. Проте практичні медичні працівники здебільшого не пов'язують такі хвороби з духовним станом людини.

Наведені на цей час результати наукових досліджень про зв'язок духовності зі здоров'ям не завжди є однозначними і зрозумілими, часто носять суперечливий характер [3]. Тому це питання потребує подальшого вивчення.

Мета дослідження – оцінити стан духовного здоров'я пацієнтів на стаціонарному етапі реабілітації.

Матеріал і методи дослідження. Всього обстежено 555 осіб, з них: чоловіків – 301 (54.2%), жінок – 254 (45.8%) осіб. Середній вік обстежених становив (M±S) 35,07±17,88 років. Серед них хворих було 327, здорових – 228 осіб. Середній вік здорових людей становив (M±S) 19,82±4,27 років, а хворих людей — 45.26±15.63 років.

Хворими вважалися такі особи, які протягом останнього року мали загострення хронічних хвороб, гострі хвороби та травми з такими наслідками, що потребували стаціонарного лікування та реабілітації у спеціалізованому відділені стаціонару (клініки). Всі хворі особи обстежені у відділеннях реабілітації за їх згоди. Здоровими людьми вважалися такі, що не мали хронічних