

РОЗДІЛ 5. ТЕНДЕНЦІЇ ТА ВИКЛИКИ В СУЧАСНІЙ СИСТЕМІ СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-241-1-31>

Бєседа В. В.

кандидат педагогічних наук,
незалежний експерт
м. Одеса

ГЕНЕРАЛЬНА ФОРМУЛА КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ ПОСТАВИ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОМОТОРИКИ

В сучасних умовах розвитку суспільства спостерігається зріст кількості дітей з порушеннями у розвитку. Лівову долю займають відхилення опорно-рухової системи, де постава найбільш комплексно та системно віддзеркалює ці негаразди. Порушення постави проявляються вже у дітей перших років життя. Сучасні наукові дослідження вирішення проблеми профілактики та корекції порушень постави у дітей не мають єдиної та певної системи.

Наше дослідження дозволило визначити корекційну педагогічну технологію у ракурсі цілісної інтегративної системи щодо профілактики та корекції порушень постави у дітей з порушеннями психомоторики. При цьому, слід керуватися генеральною формулою корекції порушень постави у фронтальній та (окремо) сагітальній площинах, що базується на визначених чотирьох корекційних векторах. При комбінованих порушеннях, які виражені у декількох площинах генеральна формула має більш розширений вигляд та складається із десяти корекційних векторів.

Вступ

В сучасних умовах розвитку суспільства спостерігається зріст кількості дітей з порушеннями у розвитку, особливо з порушеннями опорно-рухової системи, де діти з порушеннями постави займають

вагому частину. Прогресу такої тенденції сприяють різні фактори – біологічні, психологічні, соціальні.

За статистикою, «більшу частину відхилень у фізичному розвитку дітей складають пошкодження кістково-м'язової і зв'язково-сужильної систем, що згодом сприяє появі порушень оптимального рухового стереотипу» [5, с. 9]. На нашу думку, найбільш системно і комплексно ці негативні впливи віддзеркалюються на стані саме постави дитини, бо вона залежить від багатьох показників їхнього загального фізичного розвитку і рухової підготовленості: стану м'язового тонуусу в тулубі та кінцівках, ступеня рухливості в суглобах хребетного стовбура та кінцівок, сили м'язів, що підтримують хребет дитини в оптимальному фізіологічному положенні, статичної та динамічної рівноваги, загальної координації рухів в тулубі та кінцівках, опорної спроможності нижніх кінцівок (зокрема стоп), особливостей прямостояння тощо.

Порушення постави проявляються вже у дітей перших років життя: в ранньому віці у 2,1%, в 4 роки у 15–17% дітей, в 7 років у кожній третій дитини, в шкільному віці відсоток дітей з порушенням постави продовжує зростати. За даними Д. А. Іванової зі співавторами, «порушення постави є у 67% школярів» [7, с. 68].

Нам імпонує думка, яку висловлюють багато фахівців, що досліджували проблему порушень постави у дітей – це ідея про **комплексний підхід** до реабілітації таких дітей. Сьогодні в науці актуальним є **інтегрований підхід** до вирішення тієї або іншої проблеми. Насамперед такий концептуальний підхід належить до створеної нами **корекційної педагогічної технології**, під якою Д. М. Супрун пропонує розуміти наукове проектування і точне відтворення корекційно-педагогічних і педагогічно-терапевтичних дій, що гарантують ефективність корекційної роботи, а також включають сукупність зовнішніх і внутрішніх впливів, спрямованих на послідовну реалізацію системи загальнопедагогічних і спеціальних принципів у їх об'єктивному взаємозв'язку. На її думку, корекційний процес частіше за все передбачає необхідність застосування відразу декількох технологій як **цілісної інтегративної системи**, що обслуговує різні його сторони. В цілому ряді визначень поняття «педагогічна технологія» присутнє ключове слово «система»: **«системний метод»**, **«система способів»**, **«система дій»**, **«цілісна інтегративна система»**. Виходячи з цього, ми вважаємо за доцільне, ведучи мову про корекційно-педагогічну технологію, у якості синоніма іноді використовувати в тексті

словосполучення «корекційна система», «система корекції», «система корекційно спрямованого фізичного виховання» [10].

До специфічних рис сучасних педагогічних технологій належать: розробка коректних цілей навчання і виховання, орієнтація всіх процедур на гарантовані досягнення поставлених цілей, оперативний зворотний зв'язок, аналіз і оцінка поточних та підсумкових результатів, стабільна відтворюваність педагогічних процедур.

Однак, сучасні наукові дослідження вирішення проблеми профілактики та корекції порушень постави у дітей не мають єдиної системи та певної системи, що виражається у :

1. Не зважаючи на досить представницьку чисельність досліджень з проблематики порушень постави у дітей, спостерігається багато різних поглядів і концепцій щодо причин виникнення цих порушень і до шляхів їхнього подолання – від суто медичних реабілітаційних технік до корекційного фізичного виховання дітей дошкільного та шкільного віку. Можна вести мову про відсутність єдиного теоретико-методологічного фундаменту для вирішення цієї надзвичайно актуальної проблеми.

2. Переважна більшість запропонованих різними фахівцями методів і технік належить до медичного арсеналу і при цьому можливості педагогічних заходів, засобів та методів висвітлені недостатньо.

3. Дослідження проблеми порушень постави в своїй більшості проводилися на дітях шкільного віку та дорослих, окремі роботи з цих питань було присвячено дошкільникам. Але вельми недостатньо висвітлено пошуки вирішення цих проблем у дітей раннього та молодшого віку з порушеннями психомоторики, що не може не турбувати.

1. Генеральна формула корекції при порушеннях постави у дітей у фронтальній площині

Змодельована система фізичного виховання дітей з порушеннями психомоторики буде функціонувати ефективно, якщо шлях до поставленої цілі буде її віддзеркаленням. Це віддзеркалення має реалізовуватися в корекційній педагогічній стратегії або в генеральній формулі корекції. Зупинимось детальніше на різних видах порушень постави і відповідних корекційних стратегіях.

Порушення постави у фронтальній площині, або різновиди сколіотичної постави, передбачають таку генеральну формулу корекції:

Корекційний вектор № 1 – нормалізація м'язового тону.

Корекційний вектор № 2 – симетризація опорно-рухової системи.

Корекційний вектор № 3 – укріплення м'язово-фасціальних утворень.

Корекційний вектор № 4 – стабілізація досягнутого стану постави (статичний режим).

Сколіотичний феномен порушення постави базується на асиметричності м'язових тонічних станів лівої і правої половини тіла. Тут можна простежити такі варіанти: стан м'язів нормотонічний, але з одного боку він виражений більше, ніж з іншого; стан м'язів гіпотонічний, але з одного боку він виражений більше, ніж з іншого; стан м'язів гіпертонічний, але з одного боку він виражений більше, ніж з іншого; з одного боку стан м'язів нормотонічний, а з іншого – гіпотонічний; з одного боку стан м'язів нормотонічний, а з іншого – гіпертонічний; з одного боку стан м'язів гіпотонічний, а з іншого – гіпертонічний;

В першому випадку (при нормотонії з обох боків) головна увага має бути зосереджена на більш слабкій, недорозвиненій стороні. Це може бути наслідком або педагогічної занедбаності, або варіантом неприродно вираженої асиметрії мозкової діяльності. За допомогою спеціально підібраних вправ необхідно підсилити функціональні можливості тієї сторони, яка відстає в своєму розвитку. На першому етапі корекції необхідно практикувати симетричні фізичні вправи, які однаково навантажують обидві сторони тіла та кінцівки. На другому умовному етапі більший акцент треба робити на слабкій стороні, підтримуючи при цьому в активному тонічному стані й іншу сторону. На завершальному етапі корекційних дій левову частку уваги треба зосередити тільки на проблемній (слабкій) стороні тіла.

В наступному варіанті ми маємо справу з двобічною гіпотонією м'язів, але більш вираженою з одного боку. Гіпотонічний варіант м'язового стану може бути викликаний негараздами як на церебральному рівні (атоніко-астатична форма ДЦП), так і при спінальній недостатності. При пологовому травмуванні шиї може розвинутих відомий невропатологам міатонічний синдром, коли через порушення кровопостачання у головний мозок з шийних анатомічних утворень виникає ішемія відповідних мозкових структур, які відповідають за регуляцію тонічного стану м'язів. Розвивається дифузна м'язова гіпотонія, яка охоплює майже всі м'язові групи і яка має достатньо симетричний тип проявів.

Якщо при пологах були ушкоджені нервові утворення поперекового потовщення спинного мозку – м'явість з обох боків розвивається у попереку, тазовому регіоні та нижніх кінцівках. Такий перебіг подій приводить до найбільш розповсюдженого варіанту нижнього поперекового сколіозу, який виникає саме у попереку через слабкості відповідних м'язів і розповсюджується далі по хребту, викривлюючи грудний та шийний відділи хребцевого стовбура. При цьому варіанті в залежності від міри ушкодження периферичних нервових утворень з того чи іншого боку розвивається асиметричний варіант гіпотонії.

Нормалізацію м'язового тонусу в цьому варіанті необхідно проводити за рахунок нейтралізації вихідної гіпотонічної імпульсації з боку нервової системи, а також шляхом підвищення тонусу м'язів через фізичні тренування.

Наступний варіант характеризується наявністю неприродної м'язової гіпертонії, більш вираженої з одного боку. Це може бути наслідком ураження черепно-мозкового рівня ЦНС (більше з одного боку). Розвивається типовий спастичний тетрапарез, тобто ураження усіх чотирьох кінцівок, але більше – з одного боку за типом геміпарезу. На першому етапі необхідно знизити тонус у більш напруженій стороні тіла, а потім нормалізувати тонічний стан м'язів з двох сторін, за можливості, до стану нормотонії. Якщо це неможливо, – можна залишити мінімальний гіпертонічний м'язовий стан, але дотримуватись при цьому симетричності його прояву з обох боків.

Якщо ми маємо справу з варіантом, коли з одного боку у дитини спостерігається нормотонічний стан м'язового тонусу, а з іншого – типова м'язова гіпотонія, треба долати наслідки патологічної гіпотонічної імпульсації з того боку, який постраждав і піднімати тонус м'язів, використовуючи відповідні фізичні вправи. До речі, слід мати на увазі, що за наявності м'язової гіпотонії більш бажаним здається ізометричний режим м'язового вправлення, коли при виконанні вправи біоланки тіла не змінюють свого вихідного положення.

Протилежна корекційна стратегія має реалізовуватись у варіанті, коли з одного боку діагностується нормотонічний стан м'язово-фасціальних утворень, а з іншого – гіпертонічний. Зрозуміло, що, перш за все, треба досягти зниження або повного припинення патологічної гіпертонічної імпульсації, яка може йти із черепно-мозкового рівня, або – з верхньошийної ділянки хребта. Корекційна стратегія в цьому

випадку буде спрямована на зниження м'язового тонусу з ураженої сторони і його наближення до нормотонічного стану.

Говорячи про подолання м'язової гіпертонії, хочеться відмітити цікаві розробки М. Д. Моги [8] щодо корекції фізичного розвитку дітей раннього віку зі спастичним синдромом рухових порушень. На його думку, однією з головних проблем у дітей вказаного контингенту «...є викривлення рухових патернів, пов'язане з деформацією міофасціального комплексу через спастичність м'язів. Дитина привчається рухатися особливим, пристосувальним способом, який за своїми біомеханічними характеристиками надто відрізняється від оптимального, а це потребує значного витрачання і без того дефіцитної у цієї категорії дітей енергії. Обидві ці проблеми призводять до сумарного енергетичного занепаду, що не може негативно не позначитися на загальному розвитку таких дітей та їх подальшій соціалізації. В цьому випадку необхідно, образно кажучи, «відкрити шлюзи», наповнити м'язові волокна і прилеглі тканини цілющою енергетичною силою. Для цього потрібно «прибрати» численні «м'язові панцирі» (за Вільгельмом Райхом), заслінки-рестрикції, локальні і більш великі зони напруги» [8].

Корекційний вектор № 1 – релаксація, реліз, подолання рестрикцій у м'язово-фасціальній системі дитини. Цей вектор являє собою ряд корекційних технік (напрямів, методик, прийомів, процедур), які будуть наведені нижче:

1. *Антигравітаційний напрям*: передбачає вихідні положення і пози, а також умови середовища, спрямовані на зниження стимулюючої дії гравітації на опорно-рухову систему і м'язи, що при нормальному розвитку дитини вкрай необхідно, – і дає змогу тією чи іншою мірою автоматично знижувати спастичний синдром та забезпечувати більш сприятливі умови для початку корекційних заходів.

2. *Лікування положенням*: загальновідомо, що певні корекційні положення і пози створюють сприятливі передумови для зниження спастичності м'язів і поліпшення гармонізації міофасціальної системи організму дитини зі спастичним синдромом.

3. *Загальна психофізична релаксація*: враховуючи психосоматичну природу людини (дитини) для зниження спастичного стану м'язів доцільно використовувати психосоматичні техніки розслаблення, які, насамперед, впливають на кору головного мозку. До них можна віднести техніки музичної терапії, кольоротерапії, пісочної терапії, гідротерапії, анімалотерапії, арттерапії тощо.

Нижче зазначені техніки засновані на феномені розтягнення спазмованих м'язів до їх нормативного анатомічного розміру або такого, який тимчасово його перевищує. Техніки розтягнення при цьому можуть бути різними: фіксованими, фіксованими періодичними, динамічними, циклічними тощо. Механізми дії тракційних технік базуються на реципрокній іннервації м'язів: при розтягненні м'язів згинальної групи своєю тонічну активність посилюватимуть м'язи розгинальної групи, тобто м'язи-антагоністи. Найбільш ефективні з цих технік такі:

4. *Метод фіксованого розтягнення спастичних м'язів за допомогою лангетів або шин.*

5. *Метод 6-годинного фіксованого розтягнення спастичних м'язів.*

6. *Техніки зняття локальних м'язових спазмів.*

7. *Постізометрична релаксація (ПІР).*

8. *Техніки реципрокної дії.*

9. *Техніки гідрокорекції.*

10. *Теплові процедури.*

11. *Техніки гіпотермії (охолодження).*

12. *Рефлекторні техніки.*

Перелічені техніки (4–12) застосовуються, головним чином, у медицині, а тому потребують медичної підготовки персоналу і наявності відповідного обладнання; вони більшою мірою призначені для використання у стаціонарі або спеціалізованому реабілітаційному центрі. Отже, зрозуміло, такі техніки прийнятні у загальній системі соціально-медико-педагогічній реабілітації зазначеного контингенту дітей. Нас же, головним чином, цікавлять педагогічні можливості (методи) подолання м'язового гіпертонусу, які підвладні педагогу у процесі корекційного фізичного виховання в умовах розвиваючого, спеціалізованого або комбінованого дошкільного закладу. До таких методів можна віднести:

13. *Метод фіксованого періодичного розтягнення з використанням механічних пристроїв.*

14. *Метод динамічних розтягнень.*

15. *Метод циклічних розтягнень.*

16. *Вібраційно-хвильовий метод.*

Корекційний вектор № 2 – вивільнення необхідних ступенів свободи в опорно-руховій системі підопічного. Скелет дитини не зможе діяти ефективно в будь-якій життєвій ситуації, якщо в його рухомих компонентах (біоланках) не буде досягнуто необхідного

ступеня свободи. Отже, максимально можливого для дитини рівня анатомічної рухливості в суглобах можна досягти за допомогою таких корекційних технік:

- Пасивна розробка тугорухливих суглобів силою дорослого.
- Примусова розробка тугорухливих суглобів за допомогою тренажерів (механотерапії).
- Сумісна парна розробка суглобів за участю одного з батьків дитини (елементи бондингу).
- Пасивно-активна розробка тугорухливих суглобів.
- Активна мотиваційна розробка тугорухливих суглобів.

Не всі з перелічених корекційних технік однаково актуальні, та все ж вони тою чи іншою мірою можуть застосовуватися в загальній системі реабілітації дітей раннього віку зі спастичним синдромом. Більш прийнятними для дітей цього віку є пасивні техніки розроблення суглобів, особливо за участю дорослого (одного з батьків дитини, частіше – мами)» [8, с. 341–345].

Відносно складним для корекції слід вважати варіант, коли з одного боку м'язи знаходяться в стані гіпотонії, а з іншого – демонструють гіпертонію. Такий варіант можна назвати дистонічним, і він потребує вельми кропіткої роботи. З боку гіпотонії м'язово-фасціальні утворення слід стимулювати, збуджувати та підсилювати, а з боку наявної гіпертонії – навпаки, розслабляти, розтягувати, знімати зайву напругу.

Перейдемо до розгляду корекційного вектора № 2, яким передба-чається напрям симетризації опорно-рухової системи дитини. Цей корекційний напрям має під собою вельми потужну теоретико-методологічну основу – мається на увазі теорія геометрії мас Антона де ля Гупійера, яка була сформульована вченим у 1864 році. Зупинимось на основних її положеннях. Геометрія мас тіла (розподіл маси тіла) характеризується такими показниками, як вага (маса) окремих ланок тіла, положення центрів мас окремих ланок і всього тіла, моменти інерції та ін. З точки зору біомеханіки тіло людини можна розглядати як гнучку систему, що складається з десяти сегментів: 1– голова; 2 – верхній відділ тулуба; 3 – середній відділ тулуба; 4 – нижній відділ тулуба; 5 – плече; 6 – передпліччя; 7 – кисть; 8 – стегно; 9 – гомілка; 10 – стопа. Межі сегментів визначаються антропометричними точками і осями обертання в суглобах, які є місцями проходження площин, що відокремлюють один сегмент від іншого.

Кожен рух, положення тіла людини і його окремих частин в просторі обумовлені взаємодією з центром ваги окремих сегментів, площею опори, а також умовами рівноваги і стійкості тіла.

Найбільше значення мають такі сили: із зовнішніх – тяжіння, реакції опори, опору середовища; з внутрішніх – еластичної тяги м'яких тканин (зв'язок, м'язів та ін.), сили опору хрящів, кісток, пов'язані з їх фізико-хімічними властивостями, тяги скелетних м'язів.

Загальний центр ваги тіла людини, або загальний центр мас – це точка прикладення рівнодіючої всіх сил тяжіння складових його сегментів, що є показником розподілу маси тіла і дає уявлення про рівень стійкості тіла в тому чи іншому положенні. Кожен сегмент тіла людини, маючи певну масу, специфічно розташовану, має і свою точку прикладання дії цієї маси, тобто свій центр ваги. Відомо, що розташування загального центру ваги (ЗЦВ) тіла залежить від статі, віку, розвитку і локалізації мускулатури та інших факторів.

Сегменти тіла людини навіть при звичайному положенні не розташовуються вертикально один над одним – між ними в області з'єднань (суглобів) утворюються кути. Вертикаль їх центру ваги, а також вертикаль ЗЦВ тіла проходить на деякій відстані від центру суглоба, тому виникає момент обертання сили тяжіння. Момент обертання сили тяжіння – добуток значення сили тяжіння на довжину плеча її дії. Чим більше момент обертання сили тяжіння, тим більшу напругу відчуває протилежна дії цієї сили група м'язів.

Площа опори тіла дорівнює площі опорних поверхонь тіла і простору, укладеного між ними. Чим більша площа опори тіла, тим більша його стійкість. Умови рівноваги і стійкості тіла залежать від таких факторів: висоти розташування ЗЦВ тіла; величини площі опори; розташування вертикалі ЗЦВ тіла всередині площі опори. Чим нижче розташований ЗЦВ тіла, чим більша площа опори і вертикаль ЗЦВ тіла розташовується на одній вертикалі з точкою опори хребта, тобто сума моментів маси всіх сегментів щодо точки опори тіла дорівнює нулю, тим стійкість і рівновага тіла більше.

Нам імпонує описаний вище концептуальний підхід, який об'єктивно демонструє структурно-функціональну основу викривлень постави у дітей раннього віку із порушеннями психомоторики. В цій теорії вдало співіснують системна модель постави, яка має завершену організаційну форму, з її структурною внутрішньою побудовою, яка передбачає умовний розподіл тіла людини (дитини) на 10 сегментів. З одного боку можна бачити цілісну картину постави дитини як системного утворення, а з іншого – мати змогу проаналізувати причини викривлення постави у дитини в тій або іншій площині або біоланці. Це дасть змогу використовувати в

корекційному процесі не просто механістичний підхід до урівноваження неурівноважених компонентів системи, а й аналізувати причинно-наслідкові ланцюги і добиратися до першопричини порушення постави у дитини.

Корекційний вектор №3 – укріплення м'язово-фасціальних утворень. Ведучи мову про м'язово-фасціальні утворення дитини раннього віку із порушеннями психомоторики, неможливо не згадати системний підхід до вивчення скелетно-м'язового комплексу, який ми знаходимо у вченні Томаса В. Майерса про «анатомічні поїзди» або «міофасціальні меридіани» [6]. Термін «анатомічні поїзди» – умовний, описовий, що позначає цілу функціональну систему, і застосований автором для образного порівняння з рейками, станціями, стрілками і т. д., на які так схожі скелетно-м'язові утворення людини. Окремий анатомічний поїзд або шлях називається автором концепції «міофасціальним меридіаном», а слово «міофасція» позначає нерозривно пов'язану структуру, що складається з м'язової тканини («міо») і супровідної їй павутини сполучної тканини («фасція»).

Такий підхід вельми цікавий для нашого дослідження, оскільки стає зрозумілим, що концепція міофасціальних меридіанів передбачає обов'язковий, як мінімум, механічний взаємозв'язок будь-якої частини тіла з будь-якою частиною тіла, навіть якщо вони дуже віддалені одна від одної. Важливо тільки знати, яким чином ці взаємозв'язки здійснюються і якими каналами або меридіанами вони передаються. «Кістки, хрящі, сухожилля і зв'язки виявилися б наповнені густим, щільним волокном, а області навколо кожного суглоба були б представлені особливо добре. Волокном був би покритий кожний м'яз, а кожна клітина і кожна група клітин всередині неї була б оточена «солодкою ватою» цих волокон... Хоча ця мережа організована у вигляді складених пластів, ми хочемо підкреслити, що жодна частина цієї мережі не виявиться відмінною або окремою від мережі в цілому. Кожна з цих сумок, струн, площин і щільних внутрішніх сіток пов'язана з усіма іншими «з ніг до голови». Центром цієї мережі може бути наш механічний центр ваги, розташований в середній частині нижнього відділу живота при вертикальній постурі.

По-справжньому сміливе твердження полягає в тому, що так само, як нейронна і судинна мережі, фасціальна павутина обплітає все наше тіло настільки, що є частиною найближчого оточення кожної клітини... Якщо ми уявимо собі, що дію цієї методики можна

поширити на все тіло нині ця трудомістка робота вже йде, то нам відкриється абсолютно нова в анатомічному плані картина. Ми побачимо, як фасціальні пласти організовують рідини тіла в окремі потоки. Ми зрозуміємо, що міжм'язові перегородки насправді є фіксуючими тросами. Щільні грудки суглобів перетворюються в систему органів руху сполучної тканини...

Якби потім нам вдалося привести цю картину в рух, то можна було б побачити, як організм реагує на сили розтягування і стиснення, що передаються цими пластами й площинами і асимілює їх у всіх звичайних рухах» [6, с. 24–26].

Гармонізація стану ПФЛ може проводитися за такими напрямками:

а) мануальні впливи (різні види масажу) на м'язи з гіпертонусом;

б) фізіопроцедури щодо зниження гіпертонусу в м'язах з гіперрефлексією;

в) тракційні техніки (розтягування спазмованих м'язів): пасивні (виконувани дорослим) і активні (виконувани самою дитиною при вправлянні);

г) лікування положенням – прийняття певних фіксованих поз із подолання флекторної установки в тулубі та інших біоланках тіла.

Корекція розтягнутого (ослабленого) стану поверхневої задньої лінії може передбачати відповідні методичні напрями в системі корекційно спрямованого фізичного виховання дітей з порушеннями психомоторики:

а) лікування положенням (пасивне прийняття фіксованих положень тіла з фізіологічним положенням скелета – поза «шавасана»);

б) пасивна корекція за допомогою вправ з боку дорослого по екстензії скелета в цілому і окремих біоланок тіла;

в) екстензорна гіпекорекція (пасивна) з використанням спеціальних пристосувань (фітболу, валика, пластикової бочки, циліндричного модуля та ін.);

г) активна усвідомлена корекція за допомогою сюжетних, театралізованих фізичних вправ на основі дозованої драматизації.

На думку М. Д. Моги, передуючи більш глибоке наукове дослідження з використанням міотонометрії, можна зробити припущення, що в плані корекційного фізичного виховання дітей зі спастичним синдромом використовувати особливості функціонування латеральної лінії можна буде за такими методичними напрямками:

- а) лікування положенням (пасивні укладання на бік);
- б) пасивні вправи з боку дорослого в положенні дитини на боці;
- в) активні вправи з боку дитини на ігровому, театралізованому тлі.

У методичному відношенні цей корекційний ресурс може бути реалізований в таких напрямках:

а) після нормалізації діяльності ПЗЛ, ПФЛ, ЛЛ необхідно обов'язково «привести в порядок» і спіральну лінію, оскільки наявність в ній локальних зон напруги може спотворювати як діяльність всіх перерахованих вище основних міофасціальних меридіанів, так і загальну моторику дитини, реалізацію нею основних рухових режимів;

б) в окремих випадках можна буде використовувати посилення (гіперфункціонування) цієї лінії для вирішення конкретних корекційних завдань на занятті з фізичної культури;

в) багатокomпонентність спіральної лінії (в ній беруть участь близько 12 м'язово-фасціальних утворень) дозволяє виробляти виборчу корекцію того чи іншого м'яза і досягати необхідного рухового ефекту.

Підводячи деякий підсумок опису особливостей скелетно-м'язового каркаса тіла, а також існуючих в ньому основних міофасціальних меридіанів (ліній), М. Д. Мога висунув гіпотезу про шляхи використання цих структур з метою корекції фізичного розвитку і рухової підготовленості дітей раннього віку зі спастичними формами парезів:

1. Спастичну проблему окремого м'яза або групи м'язів слід вирішувати не локально, а комплексно, працюючи з усією міофасціальною лінією і навіть цілісною системою.

2. Нормалізація тієї чи іншої міофасціальної лінії може знизити локальну проблему окремого м'яза або групи м'язів і значною мірою змінити стратегію і тактику корекційних заходів засобами фізичного виховання.

3. Працюючи з парними міофасціальними меридіанами, необхідно дотримуватися відповідного алгоритму: розслабляючи міофасціальні структури однієї лінії, слід відразу ж зміцнювати (стимулювати) міофасції лінії-антагоніста.

4. Для нормалізації певної міофасціальної лінії часто необхідна корекція стану інших основних міофасціальних ліній.

Згадуючи про теорію геометрії мас, ми розуміємо, що вона присвячена структурному компоненту організмового пристрою

людини. Ведучи ж мову про теорії анатомічних поїздів Томаса Майерса, ми відчуваємо її внутрішню функціональність, коли найменша зміна в будь-якій частині тіла через єдину мережу м'язово-фасціальних меридіанів миттєво відбивається на стані біомеханічної ланки, що знаходиться на досить великій відстані від першоджерела змін. У цьому підході ми бачимо чергову методологічну дуальну пару, що наявна у фізичній реабілітації дітей з порушеннями опорно-рухового апарату. З одного боку – структура, а з іншого – функція, з одного боку – константність (скелет), з іншого – мінливість (м'язово-фасціальна система), з одного боку – частина цілого (біоланка), з іншого – цілісний опорно-руховий апарат дитини:

Структура ↔ Функція

Константність (скелет) ↔ Мінливість (м'язово-фасціальна система)

Елемент, частина цілого (біоланка) ↔ Ціле (опорно-руховий апарат)

Корекційний вектор №4 – стабілізація досягнутого стану постави (статичний режим). Можливо, найскладнішим у реалізації цільового проекту є аспект стабілізації досягнутого корекційного результату. Протидіє цьому загальновідомий патологічний руховий стереотип, який відбився у головному мозку дитини і має достатньо константну структуру. Саме він буде знов і знов повертати дитину до її вихідного стану, коли було виявлено те або інше порушення постави. Ще В. А. Ішаль (провідний радянський ортопед) наголошував на тому, що сколіоз має особливість рецидивувати, тобто повертатися, незважаючи на достатньо тривалі та дієві корекційні заходи. Виходячи з цього феномену, він рекомендував у корекції сколіотичної постави (сколіозу) дотримуватись принципу гіперкорекції, тобто створювати умовний корекційний запас, який і буде витрачено при рецидивуванні сколіотичної хвороби.

Яким же чином досягти результату в цьому напрямі? На нашу думку, ефект в реалізації цього корекційного вектора можуть дати такі стратегічні підходи:

1. Загальне зміцнення м'язово-фасціального комплексу.
2. Підвищення силової витривалості м'язів.

3. Надлишковий корекційний ефект (корекція із запасом).
4. Переважаюча ізометрична складова вправлення.
5. Варіювання вихідними положеннями та руховими режимами для створення запасу стереотипної міцності (повертання до ідеального образу навіть у складних умовах рухово-ігрової діяльності).

2. Генеральна формула корекції при порушеннях постави у дітей у сагітальній площині

Далі зупинимось детальніше **на порушеннях постави у сагітальній площині** (сутулуватість, кіфоз, гіперлордоз, опуклоувігнута постава, пряма спина), які можуть долатися за такою генеральною формулою корекції:

Корекційний вектор №1 – нормалізація м'язового тону. Порушення постави у сагітальній площині частіше за все бувають зумовлені дисбалансом м'язового тону між поверхневою фронтальною лінією (ПФЛ) та поверхневою задньою лінією (ПЗЛ). Саме ці дві потужні лінії в нормі забезпечують вертикальне серединне положення тіла на опорі. ПФЛ створюється м'язами-згиначами, а ПЗЛ – м'язами-розгиначами. Зрозумілим стає тот факт, що за умов неприродного зниження м'язового тону або його зайвого підвищення постава дитини буде змінюватись до патологічного стану чи зайвого згинання хребта, або його зайвого розгинання. Відповідно, у тій чи іншій ділянці хребетного стовбура буде формуватися або гіперкіфоз, або гіперлордоз. Ось чому перш за все треба досліджувати тонічний стан м'язів, які беруть участь у формуванні оптимальної постави дитини. Ведучи мову про моторну сферу дитини, слід розуміти, що все починається з тону.

Серед принципів, які можуть лягти в його основу, особливий інтерес представляє сформульований М. М. Єфименком принцип «тонічної гармонізації». На думку дослідника, «...ієрархічність рухового розвитку передбачає також ідею тонічної гармонізації, тобто припускає застосування спеціальних укладань, поз і положень, а також відповідних тактильно-кінестетичних і вестибуломоторних стимуляцій з боку педагога (інструктора). Ця фаза тонічної гармонізації завжди повинна передувати будь-якій формі корекційного фізичного виховання дітей з порушеннями ОРА. Рівень А (за М. О. Бернштейном) контролює такий базовий елемент повноцінного фізичного розвитку дитини, як лежання, точніше, прийняття еволюційно значущих поз і положень, що забезпечують

нормальне функціонування набору познотонічних рефлексів, які з часом зникають. До них, імовірно, можна віднести також примітивні рухи у положенні лежачи на місці: перевертання зі спини на живіт і навпаки, різні розвертання в положенні лежачи на спині і на животі.

Це ствердження може бути використано нами для формулювання трьох основних методичних постулатів системи корекційного фізичного виховання дітей:

- починати будь-яку форму фізичного виховання потрібно з лежачо-горизонтальних положень, які відображають стародавній етап становлення рухової функції у дитини: спочатку – у статиці (на місці), а потім – у динаміці (у русі);

- примітивні, плазуючі види рухів лежачого і повзального основних рухових режимів повинні виконуватися повільно, плавно, спокійно, відповідно до базової тонічної імпульсації, означеної вище;

- чим нижчими і горизонтальнішими (тобто більш давніми) є виконувані фізичні вправи, тим розслабленишим повинен бути режим м'язової діяльності (відповідно до низької тонічної складової філогенетично стародавнього тону)» [4, с. 137–138].

Віддаючи данину висловленим вище ідеям, зазначимо, що вони деякою мірою мають узагальнений характер і стосуються всіх видів рухових порушень у дітей.

Досить цікавий фрагмент ми знаходимо у відомій праці М. О. Бернштейна [2]. Аналізуючи субкортикальні рівні побудови рухів, автор дослідження вважає, що «рівень палеокінетичних регуляцій, він же рубоспінальний рівень, позначений у вільному описі символом А, відповідно до здійснюваних ним функцій є не лише нижчим, але й незаперечно найдавнішим у філогенезі... Анатомічний субстрат рубо-спінального рівня (тобто сукупність органів, без яких функція цього рівня неможлива) становлять: спинний мозок із його клітинними утвореннями і, принаймні, частина провідних шляхів; група клітинних ядер у стовбурі головного мозку, яку ми для стислості позначимо як групу червоного ядра і яка включає в себе саме червоне ядро з його двома частинами ...» [2, с. 49].

Цю позицію щодо реципрокної іннервації і денервації м'язів ми візьмемо за основу для подальшого пошуку ефективних методів зниження (нормалізації) м'язового гіпертону у дітей зі спастичними формами рухових порушень. Методика може бути такою:

1. Пасивна, пасивно-активна, активно-пасивна та активна стимуляція м'язів-антагоністів спастичних м'язових утворень.

Наприклад, якщо у дитини спостерігається спастика м'язів-згиначів верхніх кінцівок, необхідно виконувати вправи на зміцнення м'язів-розгиначів верхніх кінцівок. Якщо ж у дитини, наприклад, спостерігається спастика м'язів-розгиначів нижніх кінцівок, треба стимулювати рухову (скорочувальну) активність м'язів-згиначів ніг. У цьому випадку долатиметься парез (слабкість) флекторних груп м'язів і зніматиметься виражена тонічна напруга з екстензорних м'язових утворень.

Можливо є і пасивна фіксація паретичних кінцівок у необхідному положенні за допомогою еластичних пов'язок, ортезів і т. п., але динамічний усвідомлений шлях рухової активності у формі ігрових вправ на основі високої сюжетної мотивації, на нашу думку, з педагогічної точки зору є більш ефективним.

2. Другий шлях може сприйматися деякою мірою парадоксально, коли доводиться вдаватися до таких дій, про які влучно зауважує народна мудрість: клин клином вибивають. Цей феномен передбачено у методиці постізометричної релаксації м'язів (ППР). У цьому варіанті необхідно довести до парадоксу спастичний стан м'язів (м'язів-згиначів або м'язів-розгиначів), посиливши їх штучно, відповідно флекторною або екстензорною напругою. Така методика більше підходить для дорослих пацієнтів із нормальним психічним розвитком.

Виходячи з висловлених М. О. Бернштейном ідей про «структурні багатшаровості того чи іншого руху», бачимо, що початкова робота щодо нормалізації м'язового тону при спастичному його прояві повинна проводитися на найнижчому рівні управління рухами – на рівні А, що відповідає за найдавніші філогенетичні рефлекси. Також дослідник пропонує під м'язовим тонусом розуміти «палеокінетичний модус роботи поперечно-смугастого м'яза».

Важливе значення має визначення поняття м'язового тону, під яким М. О. Бернштейн розуміє «...поточний стан підготовленості нервово-м'язової периферії до вибіркового прийняття ефекторного процесу і до його реалізації. Сюди входять, таким чином, і самостійні тонічні скорочення, і розслаблення скелетних м'язів, і механічний фон сукупності коефіцієнтів пружності і збудливості, коли відбуваються активні неокінетичні тетануси, і, нарешті, вся сукупність явищ попередньої установки нервово-м'язової периферії, що має доставити до неї ефекторну імпульсацію» [2, с. 54–55]. Відкритим поки що залишається питання: яким чином досягти (нехай до певної міри) цієї нормалізації засобами фізичного виховання?

Для перспективи власних досліджень спостереження за ранніми рефлексами дитини висувають перед нами методичні завдання, пов'язані з:

- а) необхідністю дослідження позно-тонічних рефлексів у дітей зі спастичними руховими порушеннями;
- б) пошуком методів їх примусового гасіння, в тому числі і засобами фізичного виховання;
- в) експериментами з різними позами дитини, в тому числі зі зміною положення голови у просторі (корекція вихідним положенням, переважаючим основним руховим режимом).

Нам цікаві також методичні позиції, які знаходимо в описі Войта-терапії, названої на честь чеського лікаря Войта, який ще в 1954 році в результаті багаторічних досліджень відкрив моделі рефлекторного руху вперед. Ми знову повертаємося до первинного рефлекторного рівня, який, як тепер відомо, лежить в основі всіх більш зрілих рухових актів. Войт виділив два комплекси руху вперед. Один проводиться в положенні на животі і називається рефлекторним повзанням, інший – у положенні на спині і на боці і називається рефлекторним поворотом. Обидва координативні комплекси є штучними, оскільки скорочення м'язів виникає в них не під час спонтанної моторики дитини, а викликається лише рефлекторним чином у відповідному положенні тіла і тільки за допомогою спеціальних подразнень (стимуляції). Не дивлячись на те, що моделі руху вперед є глобальними, окремі рухові елементи накопичуються у центральній нервовій системі, що відбувається внаслідок просторового і тимчасового кумулятивного ефекту (ефекту сумачії). Таким чином, застосування рефлекторних локомоцій дає змогу створити нову дугу рефлексу з її центром. По суті, спастичність передбачає патологічну імпульсацію: під час натискання на активні зони йде формування більш активної ділянки і водночас пригнічується патологічна імпульсація.

Використання Войта-терапії привертає увагу на те, що при плануванні з малюками цієї методики необхідно проводити попередню психологічну підготовку їхніх батьків щодо застосування такої терапії і очікуваних результатів. Важливо знати, що Войта-терапія несумісна з електропроцедурами і електростимуляцією м'язів [1].

Підбиваючи підсумки короткого аналізу проведення Войта-терапії, зауважимо, що серед позитивних моментів слід відзначити її операційно-рефлекторну основу, що базується на палеокінетичному

пласті рухової активності дитини. Автором методики пропонується робота з фундаментом рухів – первинним рефлексом переміщення у просторі, що не може не зацікавити нас у плані перспективної дисертаційної роботи з подолання спастичних рухових порушень у дітей раннього та дошкільного віку. До проблемних аспектів застосування цієї методики слід віднести насамперед негативну реакцію дітей власне на техніку такої терапії, що значною мірою може як ускладнювати корекційну роботу, пов'язану з подоланням наявних рухових порушень, так і зводити нанівець результати зазначеної терапії, оскільки психогенний фактор доволі сильно впливає на результати взаємодії дитини з фахівцями.

Зупинимося докладніше на методі динамічної пропріоцептивної корекції (ДПК), який передбачає використання рефлекторно-навантажувального пристосування «Гравітон», запропонованого професором К. О. Семеновою. Метою застосування цієї методики є корекція рухових порушень у дітей з церебральними паралічами.

Метод ДПК дає змогу впливати на мозкові структури функціональної системи антигравітації потоку скоригованої пропріоцептивної імпульсації, яка виникає під час виконання дитиною довільних рухів за допомогою рефлекторно-навантажувального пристрою «Гравітон». Недосконалість цієї методики полягає в тому, що нею можна скористатися лише при лікуванні дітей старше 3 років, оскільки в більш ранньому віці м'язово-суглобовий апарат хребетного стовпа ще незрілий, і «Гравітон», з його досить сильними тягами, може призвести до різних викривлень в опорно-руховому апараті, включаючи сколіоз, кіфосколіоз та ін.

Безсумнівний інтерес для пошуку шляхів зниження м'язового тону при спастичі представляють психосоматичні методи. Передусім, серед таких методів – метод розблокування м'язових (психічних) блоків, оскільки практично у всіх дітей із порушеннями опорно-рухового апарату, особливо у малюків зі спастикою, у зонах м'язового блоку (фасціального, суглобово-зв'язкового, тканинного, органного) напруга є. Це явище в тканинах має назву рестрикції. Для віднайдіння варіантів подолання спастичних явищ у м'язах корисною може бути інформація щодо багаторівневості напруги.

Найімовірніше, напруга починається з мінімальних форм рестрикцій в окремих м'язових волокнах, потім, із часом, вона поширюється на м'яз у цілому, що призводить до фасціальної напруги. Фасціальна напруга, у свою чергу, створює передумови для напруги окремих прилеглих тканин і, в подальшому, органів. Досить

цікавим у цьому плані, на нашу думку, є позиція одного з провідних французьких фахівців у галузі постурології, який висловлювався проти м'язових напруг і віддавав перевагу щодо постуральних реакцій феномену розслаблення (вивільнення ступенів свободи, за М. О. Бернштейном) [2].

Необхідно відзначити також розробки Александера (учня В. Райха). Позитивним моментом запропонованої ним техніки є послідовність виконання вправ «від тім'я – до п'ят», якою передбачається дотримання цефало-каудального принципу становлення локомоцій у немовлят. Александер особливу увагу приділяв зоні зчленування черепа з хребетним стовпом, вважаючи, що саме у цій ділянці можуть формуватися перші м'язові блоки, які потім поширюються на розташовані нижче відділи скелета людини. Він пропонував вправи на основі тракції (витягнення) шийного відділу хребта для поліпшення рухливості краніоспінального зчленування, що в цілому сприяло загальному розслабленню скелета і досягненню більш гармонійного стану підопічних. Техніка розблокування краніоспінального зчленування вельми актуальна, оскільки, за даними фахівців (В. Берсеньєв, М. Єфименко, О. Ратнер та ін.), при пологах досить високий відсоток дітей (до 80%) отримує пошкодження шийного відділу хребта. М. Єфименко умовно назвав таких малюків «дітьми-цервікаліками» («шийниками»).

Для рухової реабілітації дітей зі спастичними м'язовими порушеннями можуть бути корисними ідеї Іди Рольф, суть яких полягає у значному розтягуванні м'язових фасцій і сполучної тканини, які пов'язані зі скелетом і підтримують його в оптимальному положенні. Рольфінг можна адаптувати до корекційної роботи з дітьми раннього та молодшого дошкільного віку в таких методичних проявах: прийняття вільних і фіксованих коригуючих поз малюків, пасивне розтягування дорослим окремих спазмованих м'язів дитини, діагональні розтягування всього тіла (скелета), одностороннє розтягування, скручення розтягнутих окремих кінцівок і скелета в цілому, розтягування в поєднанні із хвилеподібними рухами, трусінням, тракційними маніпуляціями у воді (гідрокорекція) та ін.

Корекційний вектор №2 – гармонізація стану м'язово-фасціальних утворень: поверхневої фронтальної лінії (ПФЛ) та поверхневої задньої лінії (ПЗЛ). Зрозуміло, що не тільки первинний тонус м'язів впливає на ті або інші порушення постави дитини у сагітальній площині. Не менш значущим є стан силових здібностей м'язів, що

складають обидві головні лінії тіла дитини. Наприклад, м'язи поверхневої фронтальної лінії можуть знаходитись у стані згинального хронічного напруження (що частіше за все і буває). В цьому випадку за механізмом реципрокної іннервації м'язи-розгиначі поверхневої задньої лінії будуть знаходитись у стані хронічної гіпотонії, розслаблення, млявості. І навпаки, якщо розгинальне напруження демонструють м'язово-фасціальні утворення ПЗЛ, за тим же механізмом м'язи-згиначі ПФЛ будуть знаходитись у млявому, розслабленому стані.

Вище було розглянуто асиметричні тотальні варіанти реципрокних відносин між м'язово-фасціальними утвореннями ПФЛ і ПЗЛ. Але варіанти тонічних дисбалансів можуть бути й іншими, більш складними. Розглянемо це на прикладі опукло-увігнутої постави, коли грудний гіперкіфоз сполучається із поперековим гіперлордозом. Така картина патологічного стану постави може виникнути внаслідок тонічного дисбалансу у відповідних ділянках хребцевого стовбура: напруження передніх шийних і грудних м'язів викличе гіпотрофію шийно-потиличних м'язів та м'язово-фасціальних утворень комірцевої зони. В нижній частині тулуба все буде виглядати з точністю до навпаки: м'язи черевного преса будуть знаходитись у стані неприродного розслаблення, гіпотонії, слабкості, в той час, як з протилежної сторони м'язово-фасціальні утворення поперекового відділу хребта будуть знаходитись в стані хронічного скорочувального напруження. Мову можна вести про парези м'язово-фасціальних утворень ПФЛ і ПЗЛ: тільки в одному випадку вони будуть млявими, викликаними відсутністю повноцінного скорочення, функціонування, а, в іншому – напруженими, спазмованими, викликаними перенавантаженням, надлишковою функціональністю. Завдання педагога – за допомогою, перш за все, спеціально підібраних ігрових фізичних вправ підсилити мляві м'язові утворення і, навпаки, за допомогою спеціальних положень, масажу і вправ – розслабити спазмовані м'язово-фасціальні комплекси. В цій корекційній роботі слід дотримуватись «феномена важелів», тобто досягати стану рівноваги між м'язами-згиначами поверхневої фронтальної лінії і м'язами-розгиначами поверхневої задньої лінії. Ці умовні важелі можуть розгойдуватись в обидва боки, але при цьому вони повинні постійно намагатися прийняти стійке урівноважене ортоградне двохопірне положення. Цією умовною пружиною важелів, що постійно спонукає тулуб дитини прийняти оптимальне вертикальне положення, може бути тільки гарно

сформований м'язовий корсет, про що і буде йтися в наступному корекційному векторі.

Корекційний вектор №3 – формування м'язового корсету та статичної витривалості м'язів. Реалізуючи цей корекційний вектор, ми виходили з концептуального положення про дуальну пару «форма і зміст». Якщо розкрити ці дуальні відносини глибше, вони можуть мати такий вигляд:

Форма матерії ↔ Її змістовне наповнення

Що це дає нам в стратегічному корекційному плані? Змінюючи форму тіла (тулуба, скелета, постави), ми можемо змінювати стан усіх внутрішніх систем організму: серцево-судинну, дихальну, видільну, нервову, травневу тощо. А це, в свою чергу, буде створювати необхідні умови для загального оздоровлення дитини і її подальшої успішної соціалізації.

Позначена вище дуальна пара породжує іншу, не менш значущу для нашого дослідження: «зовнішнє і внутрішнє». Відомий постулат в психології та психотерапії виглядає так: зовнішнє дорівнюється внутрішньому. Якщо адаптувати його до специфіки нашого дослідження, то ця дуальна пара може мати такий вигляд:

Зовнішній стабільний каркас ↔ Внутрішній мінливий зміст

На наш погляд, можна вирішити багато проблем з вісцеральними (внутрішніми) органами, якщо сформувати достатньо міцний, стабільний зовнішній каркас.

Ведучи мову про взаємовідносини між зовнішньою міофасціальною оболонкою та внутрішніми органами, слід згадати цікаву вісцеральну практику професора О. Т. Огулова, який створив свою концепцію і технологію оздоровлення внутрішніх органів за допомогою зовнішніх впливів, тобто масажу, мануальних втручань і вправ. Саме він, окрім всього іншого, звернув увагу фахівців на те, як хворі внутрішні органи можуть змінювати зовнішній вигляд постави людини. На думку автора, «...патологічні процеси в покривах тіла і опорно-руховому апараті рефлекторно можуть впливати і на внутрішні органи, і їх взаємозв'язки. Для прикладу: сколіоз поперекового відділу хребта, що має односторонній гіпертонус м'язів, сприяє зміні положення внутрішніх органів і разом з цим призводить до порушення їх функціональних взаємодій. При порушенні або

ослабленні внутрішніх органів спостерігається зворотний зв'язок, змінюється положення тіла. Для прикладу можна вказати на той факт, коли хронічне захворювання нирки викликає підняття плеча з однойменної сторони. Хронічні захворювання легень часто супроводжуються виникненням кіфозу в грудному відділі хребта і появою тугорухливості грудної клітки [9, с. 21–22].

Якщо говорити про практичний аспект використання вісцеральної терапії О. Т. Огулова, то цікавою, з нашого погляду, може бути його вісцеральна терапія методом больової корекції. Завдяки такій нехитрій процедурі робота органу значно поліпшується або повністю відновлюється.

Така «больова» терапія виконувалася і виконується за єдиним принципом, закладеному в нас природою, людина розробила тільки дію. Орієнтиром завжди служив і служить біль. Відсутність болю при натисканні на уражений орган вказує на протипоказання для терапії. [9, с. 21–22].

Зрозуміло, що відносно дітей раннього віку із порушеннями психомоторики ця терапія має бути адаптованою. І якщо маленька дитина рефлекторно лякається якихось (навіть необхідних, ефективних) мануальних маніпуляцій чужої людини на її тілі, можна більшою мірою використовувати інший напрям цієї «больової» вісцеральної терапії, позначений автором. Маються на увазі «підсобні предмети і положення тіла». Саме в цій ситуації корекційна педагогіка може в більшому ступені реалізувати свій методичний потенціал.

Слід зупинитись також на понятті «положення тіла», за допомогою якого дитина може самостійно або під керівництвом педагога робити необхідні корекційні вправи для вісцеральних органів. В більш широкому значенні можна говорити про лікування положенням. До таких лікувальних положень можна віднести вихідні положення: лежачи на спині; лежачи на лівому боці; лежачи на правому боці; лежачи на животі. Далі ці базові вихідні положення можуть ускладнюватись для посилення корекційного вісцерального впливу завдяки додаванню до них додаткових поз.

Виходячи із багаторічного практичного досвіду роботи з дітьми раннього віку із порушеннями психомоторики, слід зазначити, що найбільшого ефекту у подоланні больового синдрому у дітей можна досягти, використовуючи ігрові підходи у корекційній роботі. Саме гра, ігровий метод дозволяють дитині опинитися в рідному для неї середовищі і зануритись у казкові пригоди. Емоційна насиченість

таких занять, той ендорфіновий фон, який з'являється у дітей на таких казкових заняттях, дозволяє майже повністю компенсувати певний дискомфорт, який вони можуть відчувати при виконанні елементів вісцерального масажу і самомасажу.

Фізичні вправи – це рухові дії, спрямовані на вирішення завдань фізичного виховання, включаючи корекційні, зокрема з профілактики та подолання порушень постави у дітей раннього віку з порушеннями психомоторики. Кількість розроблених фізичних вправ (циклічних, ациклічних, динамічних, статичних, аеробних, анаеробних та ін.) – велика. Вони різні за формою, змістом та спрямованістю.

Гігієнічні фактори відіграють важливу роль у фізичному вихованні дітей, оскільки сприяють зміцненню здоров'я і підвищують ефект впливу фізичних вправ на організм людини, стимулюючи розвиток адаптивних властивостей організму. До них належать: особиста гігієна і громадська гігієна (чистота тіла, чистота місць занять, повітря і т.д.), дотримання загального режиму дня, режиму рухової активності, режиму харчування і сну.

Природні сили роблять істотний вплив на заняття фізичними вправами. Вони підвищують функціональні можливості і працездатність організму, покращують обмінні процеси, збільшують пристосувальні й захисні функції дитини, мають величезне значення в загартуванні і розвитку механізмів терморегуляції, можуть бути формою активного відпочинку і підвищення ефекту відновлення. У процесі фізичного виховання природні сили оточуючого середовища використовують за двома напрямками: як супутні фактори, які доповнюють ефект впливу фізичних вправ на організм дітей, що займаються; як відносно самостійні засоби оздоровлення і загартовування організму (сонячні і повітряні ванни, водні процедури).

На нашу думку, в цій умовній триаді засобів фізичного виховання вже давно не вистачало такої важливої складової, як масаж. Але всім відомо, що масаж є активним методом профілактики і терапії порушень опорно-рухового апарату у дітей. До того ж, масаж може бути не тільки медичним, а й педагогічним, у вигляді масажної гімнастики, що в своїй основі об'єднує його з фізичними вправами. Виходячи з цього, ми пропонуємо для розгляду фахівців оновлене бачення основних засобів фізичного виховання дітей, де масаж займає друге за значимістю місце, випереджаючи за своїм корекційним впливом сили природи та гігієнічні фактори.

Має сенс хоча б коротко зупинитись на основах масажної гімнастики, яку ми запропонували свого часу для корекційної роботи з дітьми раннього віку [3]. Ідея цього об'єднуючого підходу виникла в нашому Центрі реабілітації рухом (1990–2021) ще в середині 90-х років минулого століття.

По-перше, сумісна рухово-ігрова діяльність дітей і дорослого на заняттях з фізичної культури або ЛФК передбачає чисельні фізичні контакти між дітьми та дорослим і дітьми: різні передачі м'ячів, утримання палиці, перетягування канату, лазіння по драбині, ігри у футбол, гандбол, баскетбол, парні вправи, групові вправи та ін. Ці фізичні (частіше – мануальні) контакти неможливо заборонити, або їх уникнути, бо вони лежать в основі рухово-ігрових дій дітей дошкільного віку.

По-друге, масажні процедури завжди і тепер отримують тільки хворі діти, що мають певні проблеми з опорно-руховим апаратом. Більшість дітей, у яких також помітні різні рухові порушення (але більш легкі, непомітні з першого погляду, стерті) не мають змоги отримувати цієї цілющої процедури. Та і фізичної можливості немає, щоб охопити повноцінним класичним масажем, наприклад, 25 дітей хоча б однієї групи (бо на масаж однієї дитини потрібно витратити в середньому 15 –30 хвилин). На думку дослідника, на занятті з фізичної культури цьому може посприяти потоковий метод вправлення, коли, наприклад, діти один за одним з відповідною дистанцією просуваяться по гімнастичній лаві на животі за допомогою підтягувань на руках. Педагог при цьому може розташуватись поруч із лавою, збоку і зайняти активну позицію для тимчасових мануальних маніпуляцій на спині дитини (прогладжування, розтирання, розминання, штрихування, похлопування, постукування тощо). Причому ці мануальні втручання не є випадковими – педагог на основі зробленого на початку навчального року моніторингу фізичного розвитку вже володіє інформацією щодо самих проблемних дітей і особливості їхніх рухових порушень, включаючи порушення постави. Якщо м'язи спини з одного боку у дитини напружені, а з іншого – знаходяться в стані нормотонії, є сенс хоча б коротко розслабити цю групу м'язів відповідним масажними прийомами. І це – досить реально: ми пробували ці варіанти багато разів і в більшості випадків отримували позитивний результат. Навіть, виконуючи тільки одну вправу в повзанні по лаві, дитина перебуває в зоні досяжності педагога протягом 10–15 секунд. Таких вправ на одному занятті може бути 10–15. Навіть простий

математичний розрахунок дає нам півтори – дві хвилини повноцінних масажних маніпуляцій.

По-третє, деякі масажні процедури (витягування, потрушування, розтягування та інші) дуже схожі за своєю суттю з відповідними фізичними вправами. У автора ідеї виникла думка поєднати значні можливості фізичного виховання із цілеспрямованими і дозованими масажними маніпуляціями. Не викликає сумніву, що і фізичне виховання, і масаж спрямовані на розвиток, фомування та корекцію тіла дитини, її опорно-рухового апарату, окремих м'язових утворень. Не має сенсу штучно розділяти ці взаємодоповнюючі впливи тільки тому, що вони у традиційному уявленні не сумісні, оскільки фізичні вправи належать до епархії фізичного виховання, а масажні маніпуляції – до медицини.

По-четверте, із психології відомо, яке велике значення має для немовляти і дитини раннього віку тілесний контакт, насамперед, з матір'ю, татом, родичами і, взагалі, дорослими. Діти дуже люблять посидіти на руках у дорослого, щоб вони їх поносили, погойдали, попідкидали, покрутили. Діти дуже люблять, коли їх ніжно обнімають і притискають до себе: зігрівають, заспокоюють, вселяють віру у безпечність свого існування.

Таким чином, методичні прийоми вісцеральної терапії, яку ми продовжуємо розглядати, в основі співпадають з традиційними масажними прийомами і «педагогічними доторканнями», описаними вище.

Корекційний вектор №4 – стабілізація досягнутого стану постави (динамічний режим). Нагадаємо про феномен «важелів», який має бути покладений в реалізацію цього корекційного вектора. В ідеалі треба досягти такого стану опорно-рухової та вісцеральної систем організму, коли жодні негативні внутрішні або зовнішні впливи не зможуть викривити поставу дитини у сагітальній площині. Або, після тимчасового викривлення, постава повинна швидко прийняти своє оптимальне положення. Це непросте завдання можна вирішити, використовуючи такі корекційні напрями:

1. Загальне зміцнення м'язово-фасціального комплексу: ПФЛ і ПЗЛ.
2. Підвищення силової витривалості м'язів-розгиначів спини.
3. Надлишковий корекційний ефект (корекція із запасом).
4. Переважаюча ізометрична складова вправлення для м'язів спини.

5. Варіювання вихідними положеннями та руховим режимами для створення запасу стереотипної міцності (повертання до ідеального образу навіть у складних умовах рухово-ігрової діяльності).

Вище нами було розглянуто дві основні корекційні стратегії (генеральні формули корекції) щодо подолання порушень постави у дітей раннього віку із порушеннями психомоторики у фронтальній і сагітальній площинах. Але такий розподіл за площинами вельми умовний. Зрозуміло, що при порушеннях постави у фронтальній площині майже завжди присутні порушення постави у сагітальній і горизонтальній площині. Виходячи з цього спостереження, сформулюємо універсальну корекційну стратегію щодо подолання комплексних порушень постави у зазначеного контингенту дітей. Вона (ця стратегія) буде мати інваріативну основу, тобто незмінну, постійну, базову. При розробці індивідуальної корекційної програми для однієї дитини або підгрупи дітей з аналогічним діагнозом і станом опорно-рухового апарату її треба класти в основу, бо вона буде актуальна за будь-яких варіантів порушень постави. Нижче буде представлено алгоритм такої універсальної корекційної стратегії:

- корекційний вектор № 1 – нормалізація м'язового тону;
- корекційний вектор № 2 – укріплення м'язового корсету;
- корекційний вектор № 3 – симетризація (вирівнювання) опорно-рухової системи;
- корекційний вектор № 4 – гармонізація стану м'язово-фасціальних утворень у фронтальній площині: поверхневої фронтальної лінії (ПФЛ) та поверхневої задньої лінії (ПЗЛ);
- корекційний вектор № 5 – гармонізація стану м'язово-фасціальних утворень у сагітальній площині: латеральних ліній (ЛЛ);
- корекційний вектор № 6 – гармонізація стану м'язово-фасціальних утворень у горизонтальній площині;
- корекційний вектор № 7 – розвиток статичної витривалості м'язового корсету;
- корекційний вектор № 8 – стабілізація досягнутого посткорекційного стану постави (статичний режим);
- корекційний вектор № 9 – стабілізація досягнутого посткорекційного стану постави (динамічний режим);
- корекційний вектор № 10 – стабілізація досягнутого посткорекційного стану постави (стато-динамічний режим).

У своїх перспективних дослідженнях треба мати на увазі, що педагог повинен займатися не просто формуванням правильної

постави у дитини, не тільки корекцією наявних у неї викривлень хребетного стовбура у всіх площинах, а гармонійним станом дитини у просторі Всесвіту: маються на увазі як просторові, фізичні характеристики цього стану, так і психологічні взаємини й емоційне сприйняття оточення. Мабуть, саме в цьому і полягає суть Гармонії буття. Необхідно з самого початку взяти за основу цю концепцію гармонійних взаємин Дитини (людини) і Всесвіту і розглядати фізичну реабілітацію, що спрямована на подолання різних порушень постави у дітей, лише як частину великої комплексної роботи з побудови умов щасливого, комфортного життя в широкому значенні цього слова. Це – дуже важливо, бо саме за умов такого концептуального бачення мети ми виходимо на поняття Здоров'я в широкому значенні цього поняття, а також його складових: фізичне здоров'я, психічне здоров'я та соціальне здоров'я. Ця унікальна робота передбачає скоординовані дії багатьох фахівців з різних напрямів розвитку дитини.

Висновки

Порушення постави у фронтальній та (окремо) сагітальній площинах мають долатися на основі реалізації відповідної генеральної формули корекції, в яку входять такі обов'язкові корекційні вектори:

- нормалізація м'язового тону (№ 1),
- симетризація (гармонізація) опорно-рухової системи (№ 2),
- укріплення м'язово-фасціальних утворень (№ 3),
- стабілізація досягнутого стану постави (статичний та динамічний режими) (№ 4).

При подоланні комбінованих порушень постави (одночасно у всіх площинах) генеральна формула корекції повинна мати такий вигляд:

- нормалізація м'язового тону,
- укріплення м'язового корсету,
- симетризація (вирівнювання) опорно-рухової системи,
- гармонізація стану м'язово-фасціальних утворень у фронтальній площині (поверхневої фронтальної лінії та поверхневої задньої лінії);
- гармонізація стану м'язово-фасціальних утворень у сагітальній площині (латеральних ліній);
- гармонізація стану м'язово-фасціальних утворень у горизонтальній площині;

розвиток статичної витривалості м'язового корсету;
стабілізація досягнутого посткорекційного стану постави (статичний режим);
стабілізація досягнутого посткорекційного стану постави (динамічний режим);
стабілізація досягнутого посткорекційного стану постави (статодинамічний режим).

Література

1. Бадалян Л. О., Журба Л. Т., Тимонина О. В. Детские церебральные параличи. Киев : Здоров'я, 1988. 328 с.
2. Бернштейн Н. А. О построении движений. Москва : Гос. изд. мед. лит., 1947. 255 с.
3. Беседа В. В. Массажная гимнастика для детей грудного возраста : практ. рук. для родителей, педагогов и мед. персонала. Одесса, 2008. 96 с.
4. Єфименко М. М. Сучасні підходи до корекційно спрямованого фізичного виховання дошкільників з порушеннями опорно-рухового апарату : монографія. Вінниця : ТОВ «Нілан-ЛТД», 2013. 356 с.
5. Клестов В. В. Формирование осанки: способы оценки, технологии коррекции нарушений : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.51. Пермь, 2004. 123 с.
6. Майерс Т. В. Анатомические поезда. Миофасциальные меридианы для мануальной и спортивной медицины / перевод с англ. Ю. С. Воробьёвой. Санкт-Петербург, 2012. 320 с.
7. Миронова Е. Н. Основы физической реабилитации. Орел : МАБИБ, 2017. 134 с.
8. Мога М. Д. Теорія і технології корекції фізичного розвитку дітей раннього віку із спастичним синдромом рухових порушень : дис. ... док. пед. наук : 13.00.03. Київ. 2020. 461 с.
9. Огулов А. Т. Висцеральный массаж внутренних органов. Основы. Москва : Аст, 2018. 192 с.
10. Супрун Д. М. С 38 Модернізація змісту професійної підготовки психологів в галузі спеціальної освіти : монографія. Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2018. 492 с.