

УДК 376.23:616.821-053.2  
DOI 10.31494/2412-9208-2020-1-2-159-172

**PRINCIPLES OF CORRECTION OF POSTURE DISORDERS IN YOUNG CHILDREN WITH PSYCHOMOTOR DEVELOPMENTAL DELAY**

**ПРИНЦИПИ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ ПОСТАВИ В ДІТЕЙ  
РАНЬОГО ВІКУ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХОМОТОРНОГО РОЗВИТКУ**

**Mykola YEFYMENKO,**  
doctor of pedagogical sciences,  
professor

[efimnn1958@gmail.com](mailto:efimnn1958@gmail.com)

<https://0000-0001-7539-8007>

*Berdiansk State Pedagogical  
University*  
✉ street Schmidt, 4, Berdiansk,  
71100

**Микола ЄФІМЕНКО,**  
доктор педагогічних наук,  
професор

*Бердянський державний  
педагогічний університет*  
✉ вул. Шмідта, 4, м. Бердянськ,  
71100

**Volodymyr BIESIEDA,**  
candidate of Pedagogical Sciences,  
Doctoral Candidate

[doctorbeseda@gmail.com](mailto:doctorbeseda@gmail.com)

<https://0000-0003-4262-6629>

*National Pedagogical University  
named after M.P. Drahomanov*

✉ 9, Pirogov Street,  
Kiev, 01601

**Володимир БЄСЄДА,**  
кандидат педагогічних наук,  
докторант

*Національний педагогічний  
університет імені  
М. П. Драгоманова*  
✉ вул. Пирогова, 9  
м. Київ, 01601

*Original manuscript received: June 12, 2020  
Revised manuscript accepted: August 09, 2020*

**ABSTRACT**

*In the current development of society, the number of children with disabilities is steadily growing, where disorders of the nervous system and musculoskeletal system of young and preschool children occupy a leading position. Given this, the correction of the motor sphere of this category of children is a priority, which contributes to the prospects of their further socialization. Numerous specialists (P. Lesgaft, K. Ushinsky, E. Pokrovsky, I. Sechenov, M. Bernstein, O. Zaporozhets, E. Stepanenkova, O. Dubogai, T. Krutsevich; T. Osadchenko, A. Semenov, V. Tkachenko L. Shapkova, O. Shterengerts, N. Gross, O. Yurechko, S. Bubnovsky, V. Epifanov, V. Yevminov, S. Yevseyev, M. Yefimenko, O. Kaptelin, V. Kachesov) drew attention to the development of the basis theories and techniques on which the effectiveness of the process of physical development, prevention and correction of motor disorders of the child depends.*

*Despite a fairly strong scientific foundation of the methodology of correction of physical development and motor rehabilitation of children and adults, we have not found systematic developments in this area for young children with posture disorders. It is clear that the basis for improving their motor area must be based on universal principles already known to the general public, but very specific principles of motor correction of*

*spinal curvatures in children of the first three years of life need additional development. This determines the relevance of our study.*

*The aim of the study was to identify universal and special principles for the correction of posture disorders in young children with psychomotor developmental delay.*

*Summarizing the existing data in the literature, as well as focusing on personal experience gained over many years of practical activity, we have previously formed two blocks of principles of posture correction in children – universal (the principle of interaction of two systems: the subsystem "Child" and the megasystem "Universe", the principle of medical pedagogy, the principle of complexity and integrativity, the principle of comorbidity – polymorbidity, principle of early adequate care, principle of differentiation and individualization, principle of improvement of life skills (social adaptation), principle of habilitation and correctional-compensatory orientation of training and education, principle of theatricalization of correctional process) and special (principle of unity of musculoskeletal system, phylogenetic principle of motor sphere development) child, the principle of hypercorrection, the principle of a spring pendulum, the principle of "spiral", the principle of tensegrity).*

**Keywords:** *principles, young children, posture, correction, delayed psychomotor development.*

**Вступ.** В умовах сучасності спостерігається зростання кількості дітей з відхиленнями в здоров'ї. При цьому порушення нервової системи та опорно-рухового апарату дітей раннього та дошкільного віку займають провідні позиції, а корекція їхньої рухової сфери є першочерговим завданням, що сприяє перспективі подальшої соціалізації.

Особливу увагу численних досліджень фахівців у сфері адаптивного фізичного виховання привертала розробки основи теорії та методики, від яких залежить ефективність процесу фізичного розвитку, профілактики та корекції рухових порушень дитини. Так, проблемам фізичного виховання вперше було присвячено роботи П. Лесгафта. Подальші розробки вчених дозволили виділити наступне:

- К. Ушинський довів значимість фізичного виховання в загальній системі виховання дитини;

- Є. Покровський наголошував на важливості зв'язку між лікарями та педагогами у вихованні дітей;

- І. Сеченов показав наявність міцного зв'язку між діяльністю центральної нервової системи і м'язовими рухами;

- М. Бернштейн розробив принцип управління рухами («принцип сенсорних корекцій») і схему управління по рефлекторному кільцю;

- О. Запорожець експериментально довів роль уявлень у процесі формування рухової навички та управління ними;

- Е. Степаненкова обґрунтувала психокорекційну роль фізичних вправ у розвитку дітей.

У сфері адаптивного фізичного виховання набули чинності розробки О. Дубогай, Т. Круцевич; Т. Осадченко, А. Семенова, В. Ткаченко, Л. Шапкова.

Основи лікувальної фізичної культури щодо корекції постави в дітей та підлітків були розроблені О. Штеренгерцом, Н. Гросс, О. Юречко,

С. Бубновським, В. Єпіфановим, В. Євміновим, С. Євсєєвим, М. Єфименко, О. Каптелінін, В. Качесовим.

Незважаючи на досить потужний науковий фундамент методології корекції фізичного розвитку та рухової реабілітації дітей і дорослих, ми не знайшли завершених системних розробок відносно дітей раннього віку із порушеннями постави. Зрозуміло, що в основу вдосконалення їхньої моторної сфери необхідно покласти вже відомі широкому загалу фахівців універсальні принципи, але при цьому додаткової розробки потребують вельми специфічні принципи саме рухової корекції викривлень хребетного стовбура в дітей перших трьох років життя. Це й обумовлює актуальність нашого дослідження.

**Мета дослідження** – виявити і/або сформулювати універсальні та спеціальні принципи корекції порушень постави у дітей раннього віку із затримкою психомоторного розвитку.

Узагальнюючи наявні в наукових джерелах дані, а також орієнтуючись на добутий протягом багатьох років практичної діяльності особистий досвід, нами попередньо було сформовано два блоки принципів корекції постави у дітей – універсальні і спеціальні.

До **універсальних принципів** корекції рухових порушень у дітей із затримкою психомоторного розвитку відносяться:

- **Принцип взаємодії двох систем: субсистеми «Дитина» і мегасистеми «Всесвіт»** на основі реалізації загальних принципів системності та синергетичності. Системний принцип представлений у цій концепції розумінням того, що як Дитина, так і Всесвіт є окремими системними утвореннями різного рівня. Дитину можна умовно вважати **психобіологічною системою**, а всесвіт – **природно-соціальною**. Для ефективного існування Дитини у Всесвіті необхідно на основі синергетичних взаємовідносин гармонізувати сумісну діяльність цих двох систем для покращення кінцевого цільового результату існування, як дитини, так і її оточення. Тому при організації системи профілактики і корекції порушень постави в дітей раннього віку треба враховувати ці системно-синергетичні відносини: дитини і гравітації; дитини і рухового режиму; дитини і Природи; дитини і світу гаджетів; дитини і техніки; дитини і характеру її відпочинку; дитини та її основної діяльності; дитини і родини; дитини і найближчого оточення (родичі, друзі, сусіди); дитини і ровесників з групи, де перебуває дитина; дитини – і педагогів та ін.

- **Принцип медичної педагогіки (суміжних дисциплін)** – медична педагогіка розглядається як сфера, де використовуються виховні та розвивальні методи з лікувальною або профілактичною метою. О. Дубогай наголошує: *«Виховання і формування правильної постави базується на знаннях анатомії й фізіології»*. (Дубогай, 2005:90). Основою створення медичної педагогіки є учення Я. Каменського та К. Ушинського про те, що педагогіка використовується для формування здорової людини. В. Сухомлинський запропонував термін **«лікувальна педагогіка»**, тобто мав на увазі використання методів виховання з лікувальною метою, особливо з дітьми, що мають відхилення у здоров'ї.

Я. Корчак застосовував термін **«виховна терапія»**. Л. Виготський вказував, що виховання повинно об'єднатися з лікуванням, бо дуже часто неможливо провести чіткої межі між лікувальними та виховними заходами. О. Штеренгерц під терміном **«медична педагогіка»** розумів *«нову галузь педагогіки, яка вивчає методи і форми медико-педагогічного впливу, спрямовані на вдосконалення навчально-виховних заходів з урахуванням стану здоров'я кожної дитини. Інакше кажучи, її суть полягає в підборі навчально-виховних заходів, спрямованих на профілактику або лікування захворювань, на створення позитивних емоцій»* (Штеренгерц, 1996: 12-13).

Подібне смислове словосполучення ми знаходимо у Л. Бадаляна (Бадалян, 1998) – **«педагогічна неврологія»**, що підкреслює розуміння лікарем-клініцистом тісного зв'язку між станом нервової системи дитини та ефективністю її загального розвитку і виховання. Віддзеркалюють подібний підхід також словосполучення **«спеціальна педагогіка»**, **«корекційна педагогіка»**, **«адаптивна педагогіка»**, **«кондуктивна педагогіка»**.

• **Принцип комплексності та інтегративності.** Його втіленням у практику передбачається всебічний комплексний підхід до фізичного розвитку та корекції наявних рухових порушень у дітей з ЗГМР. Мається на увазі те, що в досягненні мети корекції стану порушень постави у вказаного контингенту дітей мають брати участь фахівці з різних галузей: фізичного виховання і рухової реабілітації (інструктор з фізичної культури, інструктор з плавання, інструктор з бекі-йоги, інструктор з парного боді-тренінгу дорослого і малечі, інструктор з пілатесу, постуральної гімнастики тощо); медичні працівники (інструктор з лікувальної фізичної культури, ерготерапевт, масажист, мануальний терапевт, фахівець з краніо-сакральних технік, фізіотерапевт і т.д.); психологи (фахівці з вікової психології, корекційної ортопсихології, психосоматики), батьки дитини із ЗГМР. Але такий підхід можна вважати дещо механістичним, який не завжди гарантує успіх у досягненні кінцевого цільового результату.

Більш високим прийнято вважати рівень професійних відносин різних фахівців, в основі якого лежить інтеграція необхідних знань з різних галузей педагогіки та медицини. Існує думка, що однією з проблем модернізації сучасної освіти є потреба у створенні **інтеграційної транс- та міждисциплінарної цілісності знань**. В арсеналі наукових досліджень існує низка підходів щодо формування міждисциплінарної інтеграції знань. Так, згідно з класифікацією Г. Бергера та Е. Морена рекомендовано виділяти такі варіанти інтеграції:

- **мультидисциплінарність** (коли передбачається поєднання несуміжних за змістом дисциплін, між якими немає прямих зв'язків);

- **плюродисциплінарність** (такий підхід ґрунтується на поєднаннях дисциплін, між якими вже давно існують деякі змістові відношення);

- **міждисциплінарність** (коли виникає ситуація взаємодії двох і більше різноманітних дисциплін, яка може варіюватися від простого обміну ідеями до взаємного інтегрування загальної концепції та методології);

- **трандисциплінарність** (рівень створення загальної універсальної системи аксіом для певного набору дисциплін).

Найбільш перспективним у нашому випадку вважаємо міждисциплінарний варіант.

• **Принцип коморбідності – поліморбідності.** У сучасній науковій літературі активно обговорюється проблема надання медичної допомоги пацієнтам із супутньою та поєднаною патологією. Якщо впродовж 1990 – 2000 рр. були опубліковані лише поодинокі дослідження з цієї проблеми, то з 2001 по 2010 р. їх кількість досягла 39 (Caughey & Roughhead, 2011). Серед тих, хто звертається за медичною допомогою до лікаря загальної практики у Великій Британії, частка пацієнтів із поєднаною патологією становить понад 80% (Mercer et al., 2016). Незважаючи на високу поширеність супутньої та поєднаної патології, більшість пацієнтів намагається отримати консультації та рекомендації від спеціалістів вузького профілю. У таких випадках нерідко проблема пацієнта не вирішується, оскільки потрібна інтегральна оцінка стану здоров'я людини, призначення лікування з урахуванням взаємодії медикаментозних препаратів, надання рекомендацій щодо режиму і тривалості їх прийому (Гуменюк, 2009; Белоусов, 2012; Белялов, 2012). В українській та російській науковій літературі для визначення стану, що характеризується наявністю декількох захворювань, які мають як гострий, так і хронічний перебіг, використовують терміни «поєднана патологія», «комбінована патологія», «супутні» або «асоційовані» захворювання та стани (Гуменюк, 2009; Белялов, 2012; Козловский, 2012). В англomовній науковій літературі частіше застосовуються терміни «коморбідні захворювання» або стани (comorbid diseases, comorbid conditions). Термін «коморбідність» (comorbidity) використовують для визначення одночасного ураження двох органів або систем організму, або наявності двох захворювань; за наявності  $\geq 3$  захворювань застосовується термін «мультиморбідність» (multimorbidity) (Campbell-Scherer, 2010; Caughey et al., 2010).

Щодо дітей раннього віку з порушеннями постави, то протягом багатьох років по мірі їх зростання ми фіксували погіршення стану опорно-рухового апарату та вісцеральних органів – йдеться про те, що без своєчасного надання лікувальної медичної та корекційної педагогічної допомоги в більшості випадків буде спостерігатися **трансформація коморбідного стану дитини в поліморбідний (тобто патологічний стан буде ускладнюватись і поширюватись).**

• **Принцип ранньої адекватної допомоги** (Єсфименко, Беседа, 2018). Виходячи з попереднього принципу, треба якомога раніше діагностувати головну проблему розвитку дитини і почати комплекс абілататійно-корекційних заходів, зокрема засобами фізичного виховання. Центральна нервова система дитини в цьому віці є дуже

пластичною, яка пристосовується до різноманітних умов, зовнішніх та внутрішніх і подразників – вона швидко переналаштовується на спеціально створені нові реалії буття, рухово-ігрової діяльності, корекції та реабілітації. Якщо розпочати корекційну роботу на першому – третьому роках життя дитини можна вельми успішно подолати формування поліморбідності і в переважній більшості випадків нейтралізувати або компенсувати первинний патологічний процес.

• **Принцип диференціації та індивідуалізації** зобов'язує до вивчення і врахування індивідуальних, психологічних особливостей дитини з метою організації процесу формування здоров'язбережувальної компетентності в дітей дошкільного віку, спираючись на їхні інтелектуальні можливості й життєвий досвід. Такий підхід забезпечує індивідуально орієнтовану допомогу дітям в усвідомленні власних потреб, інтересів і цілей здоров'язбереження, оцінювання навіть найменших досягнень дитини; передбачає врахування вихідних рівнів сформованості здоров'язбережувальної компетентності у дітей дошкільного віку, вибір ними завдань за інтересами і можливостями з метою забезпечення максимальної ефективності під час формування здоров'язбережувальних життєвих навичок.

Більш спеціалізовано можна вести мову про чотири основні типи нейрогенних рухових порушень у дітей (Єфименко, 2019; Мога, 2019), які можуть привести до викривлення хребетного стовбура дитини і виникнення того або іншого виду порушень постави: **церебральний (черепно-мозковий), цервікальний (шийний), торакальний (грудний), люмбальний (поперековий) та їх комбінації.**

Диференціація діагностування особливостей фізичного розвитку малюків також полягає в тому, що порушення постави відбуваються в трьох площинах: **фронтальній, сагітальній та горизонтальній.** При цьому в тій же сагітальній площині можуть бути різні порушення верхньої та нижньої частин хребетного стовбура: сутулість, грудний гіперкіфоз, поперековий гіперлордоз, опукло-увігнута постава, пряма спина тощо.

Після чіткого диференціального діагнозу передбачається організація індивідуальної корекційно-профілактичної роботи з подолання наявних рухових порушень, зокрема постави.

• **Принцип удосконалення життєвих навичок (соціальної адаптації)** передбачає широке розгортання і збагачення здоров'язбережувального змісту різних видів діяльності дитини (ігрової, рухової, природничої, предметної, образотворчої, музичної, театральної, літературної, мовленнєвої, соціокультурної та ін.) з метою закріплення і вдосконалення життєвих навичок, що сприяють збереженню фізичного, соціального, психічного та духовного здоров'я (Рибалко, 2019).

• **Принцип абілітаційної та корекційно-компенсуючої спрямованості навчання і виховання.** Цей принцип передбачає побудову освітнього процесу (фізичного виховання) на основі максимального використання збережених аналізаторів, функцій і систем організму, «відповідно до специфіки природи нестачі розвитку», тобто

освіта і розвиток дитини з обмеженими можливостями в умовах фізичного виховання має будуватися відповідно до специфічних природних можливостей і на їх основі (Медведева, 2001).

До того ж, якщо через якісь причини опорно-рухова система дитини не набула необхідного розвитку, слід завжди забезпечувати педагогічні умови відповідно до вікових показників.

• **Принцип театралізації корекційного процесу**, запропонований М. Єфименком, передбачає ігровий, казковий стиль реалізації корекційного процесу в дітей з порушеннями опорно-рухового апарату. Це, у свою чергу, спонукає педагога до розробки **сюжетності** рухово-ігрової діяльності, що обумовлює наявність казкових образів, у яких перетілюються діти на занятті (**образність**). Обрані улюблені дитиною образи стимулюють відповідні **рольові прояви**, які мотивують дитину до виконання нею відповідних корекційних вправ. Ця сюжетно-ігрова діяльність дитини на занятті з корекційного фізичного виховання має бути **достатньо насиченою відповідними емоціями**. Такий стан може бути досягнутим через використання **елементів дозованої драматизації** у вигляді різних ситуацій боротьби Добра і Зла. До речі, саме прийом драматизації при застосуванні його на занятті з фізичної культури значно підвищує мотивацію дітей до рухово-ігрової діяльності, до виконання ними тих або інших корекційно-профілактичних завдань (Єфименко, 2013).

**Спеціальні принципи** корекції патологічних асиметрій опорно-рухового апарату в дітей раннього віку із затримкою психомоторного розвитку мають віддзеркалювати ту особливу специфіку, пов'язану з роботою, по-перше, з дітьми раннього віку, які мають затримку фізичного та психічного розвитку; по-друге, вирішення провідної проблематики опорно-рухового апарату відповідно до корекції м'язово-фасціального корсету тулуба і хребетного стовбура, а також з анатомічним станом та біомеханічними особливостями функціонування хребта дитини.

Для реалізації корекції постави в дітей раннього віку з ЗПМР вбачаємо за необхідне дотримуватись таких спеціальних принципів:

• **Єдності (цілісності) опорно-рухового апарату**, коли скелет дитини розглядається як єдиний біокінематичний ланцюг, де кожна навіть віддалена ділянка тим або іншим чином впливає на інші ділянки опорно-рухового апарату. Він базується на двох дуальних аспектах – анатомічному та біомеханічному.

**I – анатомічний аспект.** Ним передбачається використання «принципу мішка». У світі нових положень «динамічної» анатомії і з власних спостережень логічним є розглядати шкіру людини в образі мішка, що огортає тіло. Томас Майерс пропонує розглядати м'язи не окремо, а у вигляді міофасціальних меридіанів, які назвав «анатомічними поїздами» (Майерс, 2012), що співзвучно з «принципом мішка». Черговим підтвердженням вищесказаного є вчення про реципрокну координацію м'язів агоністів і антагоністів, детально описане в неврологічній літературі.

Як відомо, шкіра безпосередньо прикріплена до фасції м'язів, які

кріпляться до кісток за допомогою зв'язок. Отже, впливаючи на шкіру (фасції, м'язи) відбувається вплив і на кістки, тобто можливий вплив на весь опорно-руховий апарат (ОРА), а значить, відбувається вплив на біомеханіку тіла людини. Якщо ж розглядати ситуацію з викривленнями в ОРА, то в дитини порушення м'язового тонусу в одній частині тіла будуть безпосередньо відобразитися на іншій. Наприклад, у дитини гіпертонус м'язів передньої поверхні руки (які згинають у ліктьовому суглобі), відповідно, м'язи задньої поверхні руки (які розгинають у ліктьовому суглобі) будуть перерозтягнуті, гіпотонічні. Значить, скорочення м'язів-згиначів у суглобі призводить до розтягування м'язів-розгиначів. Виходячи з цього, спираючись на результати тестування стану м'язового тонусу, можна створити умови для найбільш ефективної корекції виявлених порушень.

**II – біомеханічний аспект.** Маємо на увазі використання теорії «принципу трьохрівневості збереження пози» людини і «теорії гравітаційного контролю пози тіла».

Основний вплив на позу людини робить положення трьох основних складових (три рівня пози) тіла:

- перше і основне – це положення голови;
- друге – становище плечового поясу;
- третє – положення тазу і тазового поясу.

У кінезіології використовують три, так звані, «компаси» тіла: під'язикова кістка, мечоподібний відросток, куприк, що по своїй локалізації приблизно відповідає вищевказаним анатомічним утворенням.

Виходячи з цього, порушення або асиметрія на будь-якому з рівнів безпосередньо вплине на інші частини тіла людини, які знаходяться вище або /і нижче рівня асиметрії. Наприклад, у дитини це асиметрична постава внаслідок укорочення однієї ноги. Отже, відбувається перекіс тазу в бік укороченої ноги, що викликає викривлення хребетного стовпа у фронтальній площині в той же бік. Якщо патологічна дуга формується в поперековому відділі, то можлива поява компенсаторних дуг у верхніх відділах – грудному або шийному. У цій ситуації м'язовий тонус тулуба буде асиметричним – на стороні дуги м'язи розтягнуті, на стороні увігнутості – скорочені. Урахування особливостей постави і відповідних порушень м'язового тонусу в тулубі дозволить більш грамотно підібрати ефективні засоби корекції.

Положення про «теорію гравітаційного контролю пози тіла» полягає в тому, що сила гравітації здійснює постійний (цілодобовий) контроль за тілом людини незалежно від свідомості. Основи контролю закладаються в період раннього дитинства, коли відбувається формування позно-тонічних реакцій, на основі яких формується рухові вміння і навички, що сприяє розвитку рухових якостей. Наприклад, коли здорова дитина грудного віку освоює повзання рачки, відбувається зміцнення м'язів тулуба (профілактика порушень постави); збільшується опороспроможність верхніх і нижніх кінцівок (зкладаються основи для



розвитку рухових якостей); виробляються поперемінні рухи між верхніми і нижніми кінцівками (передумови до формування автоматизму ходьби, розвиток глобальної координації); певні частини тіла мають безпосередній контакт з різними поверхнями (розвивається пропріоцептивна і тактильна чутливість).

Інший приклад: дитина ходить, широко розставивши ноги. Отже, це вказує на слабкість ніг, погано розвинене відчуття рівноваги, недостатньо сформовану таку рухову дію, як ходьба. У цьому випадку сила гравітації регулює слабкість і змушує дитину приймати більш низьку позу, в якій він більш комфортно пручається земному тяжінню. Використовуючи цю теорію, можна здійснювати підбір засобів фізичного виховання для підвищення рівня фізичної підготовленості (розвитку рухових якостей) у дітей дошкільного віку або формування і розвитку певних основних рухів при важких порушеннях ОРА (Беседа, 2013).

• **Філогенетичний принцип розвитку моторної сфери дитини** від лежачо-горизонтованих вихідних положень до самостійного ортоградного двоногірного положення стоячи. На думку М. Єфименка, він є основоположним у системі корекції рухових порушень у дітей. Поява людини як кінцевий варіант еволюціонування тваринного світу на Землі за вченням Ч. Дарвіна, та біогенетичний закон Геккеля-Мюллера «Онтогенезіс повторює філогенезіс» відображають сутність цього принципу. Корекційний процес має повторювати як еволюційну логіку філогенезу, так і послідовність розвитку моторних функцій у період раннього онтогенезу дитини до 3 років: тобто фізичні вправи необхідно виконувати в послідовності від лежачих вихідних до вправ у вертикальних позах (Єфименко, 2013). Саме така послідовність є еволюційно найбільш досконалою та раціональною, що знайшло відображення у великих півкулях головного мозку у вигляді умовних атракторних шляхів, тобто найбільш густих і чутливих нейронних мереж, сформованих першочергово еволюційним процесом відбору найбільш оптимальних рухових патернів. Є впевненість у тому, що саме на фоні генерування цих давніх атракторних шляхів мозку корекція порушень постави буде відбуватися найбільш результативно і економічно в енергетичному аспекті.

• **Принцип гіперкорекції** хребцевого стовбура. Передбачається підбір таких корекційних фізичних вправ, які будуть спонукати до противикривлень хребта в протилежний бік від патологічної дуги, яка має місце в дитини. Цю ідею запозичено у відомого вітчизняного ортопеда В. Ішаль, який на основі багаторічної практичної роботи лікаря спостерігав синдром рецидиву, тобто тенденції до повернення сколіотичного викривлення навіть після корекційних процедур. У нього виникла ідея робити не просто корекцію положення хребта у просторі, а будувати відповідний **гіперкорекційний запас противикривлення**, який навіть за умов рецидиву зможе компенсувати первинне патологічне викривлення. Наприклад, у дитини діагностується лівобічна сколіотична постава. Керуючись цим принципом, необхідно підібрати такі коригувальні вихідні положення, пози та вправи, за допомогою яких

хребетний стовбур буде приведено в стан протилежний – правобічної сколіотичної постави. Згодом, після відповідного рецидивування, тобто повернення до лівобічного вигину, хребетний стовбур прийме серединне вертикальне положення.

• **Принцип пружинного маятника.** Його використання передбачає специфічний режим вправляння дитини у вигляді похитувань хребцевого стовбура у відповідний бік з частотою 5 – 10 рухів на хвилину з поверненням у вихідне положення. Саме такий режим забезпечує оптимальне чергування напруження та розслаблення м'язових утворень, які формують поставу і підтримують хребцевий стовбур у вертикальному серединному положенні. Це дозволяє запобігати зайвим розтягнень ослаблених м'язів з боку сколіотичної дуги і при цьому стимулюють їх скорочення в новому функціональному режимі.

Цей підхід дуже схожий з **принципом хвильового впливу**, сформульованим у загальному вигляді М. Кудряшовим (Кудряшов, 2011) і адаптованим М.Єфименком до системи корекції опорно-рухового апарату в дітей дошкільного віку з нейрогенними руховими порушеннями (Єфименко, 2013).

• **Принцип «спіралі».** Як відомо з концепції Томаса Маєрса (Майерс, 2012) про анатомічні утворення за типом м'язово-фасціальних ліній («поїздів»), тіло людини в цілому складається з загального фасціального комплексу, який за допомогою відповідних ліній (або меридіанів) оплутує скелет за різними напрямками: поверхнева задня лінія (ПЗЛ), поверхнева фронтальна лінія (ПФЛ), латеральні лінії (ЛЛ), спіральна лінія (СЛ) і т.д. **Спіральна лінія** закручується одним витком навколо тіла і з'єднує одну сторону черепа через спину з протилежним плечем, проходить через передню частину тіла до однойменного стегна, коліна і склепіння стопи, після чого піднімається по задній стороні тіла і з'єднується з фасцією черепа на тій же стороні, на якій вона починалася. У певному сенсі за формою ця лінія нагадує **вісімку** – вельми гармонійну технічну структуру, яка дозволяє рівномірно перерозподіляти навантаження на всі ділянки будь-якого функціонального ланцюга. Значення СЛ для збереження постави полягає в наступному: вона огинає тіло **подвійною спіраллю**, яка допомагає утримувати баланс у всіх площинах. При виникненні дисбалансу в скелеті вона створює, компенсує і підтримує перекручування, ротації і різні латеральні зрушення тіла. Спіральна лінія бере співучасть в діяльності інших меридіанів. Універсальна функція СЛ полягає в тому, щоб виробляти спіралеподібні й обертальні рухи тіла.

На наш погляд, саме фігуру спіралі треба покласти в основу розробки системи корекційних вправ для гармонізації постави в дітей раннього віку, бо це – найбільш досконала конструктивна модель, яка дозволяє реалізовувати феномен тенсегриті, про який буде йтися в наступному спеціальному принципі.

• **Принцип тенсегриті.** Для початку можна пояснити цей феномен просто, на основі фізичної моделі: це – принцип побудови конструкції із стріжней і тросів, у яких стріжні працюють на **стискання (компресію)**, а

троси – на **розтягнення (тракцію)**. Цей феномен використовується, наприклад, у будівництві вітрильних кораблів у **вантових конструкціях**. Скелет дитини можна розглядати як подібну систему стрижней, а м'язово-фасціальний комплекс – як троси. В основі профілактики та корекції порушень постави у малюків перших років життя повинна лежати ця дуальна пара: стискання та розтягнення, між якими має бути досягнуто необхідний природний баланс. Так, остеокінезіолог М. Івашкевич (Івашкевич, 2016) розробив свою **систему тенсегріті**, де використовуються спеціальні коливання опорно-рухової системи, за допомогою яких відновлюються мікроциркуляторні рухи у всьому тілі і вирівнюється постава.

#### **Висновки:**

1. Для побудови дійсно ефективної системи корекції порушень постави в дітей раннього віку із затримкою психомоторного розвитку, перш за все, було необхідно обґрунтувати її теоретико-педагогічні основи. Це дозволить у подальшому запобігти глобальних методологічних помилок і максимально результативно використати методичні можливості виокремлених і сформульованих принципів.

2. Нами було відібрано та сформульовано два блоки принципів: універсальні (принцип взаємодії двох систем: підсистеми «Дитина» і мегасистеми «Всесвіт», принцип медичної педагогіки, принцип комплексності та інтегративності, принцип коморбідності – поліморбідності, принцип ранньої адекватної допомоги, принципи диференціації та індивідуалізації, принцип удосконалення життєвих навичок (соціальної адаптації), принцип абілітаційної та корекційно-компенсуючої спрямованості навчання і виховання, принцип театралізації корекційного процесу) та спеціальні (принцип єдності (цілісності) опорно-рухового апарату, філогенетичний принцип розвитку моторної сфери дитини, принцип гіперкорекції, принцип пружинного маятника, принцип «спіралі», принцип тенсегріті). Ми вважаємо, що практична реалізація в корекційній роботі саме цих принципів дозволить педагогам отримувати найбільший корекційний результат у найкоротші терміни.

Перспективи подальшого дослідження вбачаються в пошуках інноваційних спеціальних принципів корекції порушень постави у дітей з затримкою психомоторного розвитку з інших наукових галузей: фізики, механіки, архітектури, енергетики, психосоматики, спортивної медицини тощо.

#### **Література**

Бадалян Л. О. Детская неврология: Учебное пособие / Л. О. Бадалян. – М.: ООО «МЕД пресс», 1998. – 576 с.

Белоусов Ю. В. Панкреатит и панкреатопатия: классификационные характеристики, принципы диагностики и лечения у детей / Ю. В. Белоусов // Здоровье ребенка. – 2012. – № 8. – С. 129-133.

Белялов Ф. И. 2012 Клинические рекомендации по кардиологии: пособие для врачей / 4-е изд., перераб. и доп. / Ф.И. Белялов. – Иркутск: РИО ИГМАПО, 2012. – 125 с.

Беседа В. В. Дифференцированное применение «Массажной гимнастики»

у детей дошкольного возраста: уч.-метод. пос. для студентов выс. уч. зав. / В. В. Беседа – Одесса: Акватория, 2013. – 264 с.

Гуменюк А. Ф. Аспекты рационального лечения сердечно-сосудистых больных с полиморбидными поражениями / А. Ф. Гуменюк // Украинский медицинский журнал. – 2009. – №5. – С. 25-32.

Дубогай О. Навчання в русі: Здоров'язберігаючі педагогічні технології в початковій школі / О. Дубогай. – К.: Вид. дім «Шкіл. світ»: Вид. Л. Галіцина, 2005. – 112 с.

Ефименко М. М. Сучасні підходи до корекційно спрямованого фізичного виховання дошкільників з порушеннями опорно-рухового апарату: монографія / М. М. Ефименко. – Вінниця: ТОВ «Нілан-ЛТД», 2013. – 356 с.

Ефименко Н. Н. Малый театр физического развития детей младенческого и раннего возраста: Учебно-методическое пособие. Издание 4-е, дополненное и переработанное / Н. Н. Ефименко, В. В. Беседа. Винница: ООО «Твори», 2018. – 252 с.

Здоров'язбережувальні технології в освітньому середовищі: колективна монографія / [за заг. ред. Л.М. Рибалко]. – Тернопіль: Осадца В. М., 2019. – 400 с.

Ивашкевич М. Остекинезиология: (архив конгресса «Круг жизни») [Электронный ресурс] / М. Ивашкевич, Н. Португальский. – 2016. Режим доступа к журналу:

<https://congressminsk.by/%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BE%D0%BA%D0%B8%D0%BD%D0%B5%D0%B7%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F/>.

Козловский В. Л. Дифференцированная фармакотерапия коморбидных тревожных и депрессивных состояний: методические рекомендации / В. Л. Козловский. – Санкт-Петербург, 2012. – 20 с.

Кудряшов Н. И. Гимнастика гипербореев: целительная вибрация / Н. И. Кудряшов. – СПб.: Издательский дом «Питер», 2011. – 192 с.

Майерс Т. В. Анатомические поезда. Миофасциальные меридианы для мануальной и спортивной медицины. Перевод с англ. Ю. С. Воробьевой. / Т. В. Майерс. – Санкт-Петербург, 2012. – 320 с.

Медведева Е. А. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании: учеб. для студентов сред. и высш. пед. учеб. заведений / Е. А. Медведева, И. Ю. Левченко, Л. Н. Комиссарова, Т. А. Добровольская. – М.: Academia, 2001. – 246 с.

Мога М. Д. Корекція моторної сфери дітей раннього віку зі спастичним синдромом: монографія / М. Д. Мога. – Вінниця: ТОВ «ТВОРИ», 2019. – 444 с.

Штеренгерц А. Е. Медицинская педагогика / А. Е. Штеренгерц. – Одесса-Москва, 1996. – 180 с.

Campbell-Scherer D. Multimorbidity: a challenge for evidence-based medicine / D. Campbell-Scherer // Evid Based Med. – 2010. – Dec.,15(6). – p.:165-6.

Caughey G. E. Multimorbidity research challenges: where to go from here? / G. E. Caughey, E. E. Roughead // Journal of Comorbidity? – 2011. – 1. – p. 8–10.

Mercer S.W. et al., The development and optimisation of a primary care-based whole system complex intervention (CARE Plus) for patients with multimorbidity living in areas of high socioeconomic deprivation / S. W. Mercer, R. O'Brien, B. Fitzpatrick, M. Higgins, B. Guthrie, G. Watt, and S. Wyke // Chronic Illness. – 2016. – Sep., 12 (3). – p. 165-181.

## References

Badalyan L. O. Detskaya nevrologiy`ya: Uchebnoe posoby`e / L. O. Badalyan. – М.: ООО «MED press», 1998. – 576 с.

Belousov Yu. V. Pankreaty`t y` pankreatopatyya: klassy`fy`kacy`onnye karaktery`sty`ky`, pry`ncy`py dy`agnosty`ky` y` lecheny`ya u detej / Yu. V. Belousov // Zdorov`e rebenka. – 2012. – # 8. – S. 129-133.

Belyalov F. Y. 2012 Kly`ny`chesky`e rekomendacy`y` po kardy`ology`y`:

posoby'e dlya vrachej / 4–e y'zd., pererab. y' dop. / F.Y'. Belyalov. – Y'rkutsk: RY'O Y'GMAPO, 2012. – 125 s.

Beseda V. V. Dy'fferency'rovannoe pry'meneny'e «Massazhnoj gy'mnasty'ky» u detej doshkol'nogo vozrasta: uch.-metod. pos. dlya studentov vys. uch. zav. / V. V. Beseda – Odessa: Akvatory'ya, 2013. – 264 s.

Gumenyuk A. F. Aspekty racy'onaln'ogo lecheny'ya serdechno-sosudy'styx bol'nyx s poly'morby'dnymiy' porazheny'yamy' / A. F. Gumenyuk // Ukray'nsky'j medy'cynsky'j zhurnal. – 2009. – #5. – S. 25-32.

Dubogaj O. Navchannya v rusi: Zdorov'yazberigayuchi pedagogichni tehnologiyi v pochatkovij shkoli / O. Dubogaj. – K.: Vy'd. dim «Shkil. svit»: Vy'd. L. Galicy'na, 2005. – 112 s.

Yefy'menko M. M. Suchasni pidhody do korekcyjno spryamovanogo fizy'chnogo vy'xovannya doshkil'ny'kiv z porushennyamy' oporno-ruxovogo aparatu: monografiya / M. M. Yefy'menko. – Vinny'cya: TOV «Nilan-LTD», 2013. – 356 s.

Efy'menko N. N. Malij teatr fy'zy'cheskogo razvy'ty'ya detej mladencheskogo y' rannego vozrasta: Uchebno-metody'cheskoe posoby'e. Y'zdany'e 4-e, dopolnennoe y' pererabotannoe / N. N. Efy'menko, V. V. Beseda. Vy'ny'cya: OOO «Tvory'», 2018. – 252 s.

Zdorov'yazberezhual'ni tehnologiyi v osvith'omu seredovy'shhi: kolekty'vna monografiya / [za zag. red. L.M. Ry'balkoj]. – Ternopil': Osadcza V. M., 2019. – 400 s.

Y'vashkevych M. Ostekey'nezy'ology'ya: (arxy'v kongressa «Krug zhy'zny'») [Elektronny'j resurs] / M. Y'vashkevych, N. Portugal'sky'j. – 2016. Rezhym dostupa k zhurnalu:

<https://congressminsk.by/%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BE%D0%BA%D0%B8%D0%BD%D0%B5%D0%B7%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F/>.

Kozlovsky'j V. L. Dy'fferency'rovannaya farmakoterapy'ya komorby'dnyx trevozhnyx y' depressy'vnyx sostoyany'j: metody'chesky'e rekomendacy'y' / V. L. Kozlovsky'j. – Sankt-Peterburg, 2012. – 20 s.

Kudryashov N. Y'. Gy'mnasty'ka gy'poreboev: cely'tel'naya vy'bracy'ya / N. Y'. Kudryashov. – SPb.: Y'zdatel'sky'j dom «Py'ter», 2011. – 192 s.

Majers T. V. Anatomy'chesky'e poezda. My'ofascy'al'ny'e mery'dy'any dlya manual'noj y' sporty'vnoj medy'cyny. Perevod s angl. Yu. S. Vorob'evoj. / T. V. Majers. – Sankt-Peterburg, 2012. – 320 s.

Medvedeva E. A. Artpedagogy'ka y' arterapy'ya v specy'al'nom obrazovany'y': ucheb. dlya studentov sred. y' vyssh. ped. ucheb. zavedeny'j / E. A. Medvedeva, Y. Yu. Levchenko, L. N. Komy'ssarova, T. A. Dobrovolskaya. – M.: Academia, 2001. – 246 c.

Moga M. D. Korekciya motornoyi sfery' ditej.rann'ogo viku zi spasty'chny'm sy'ndromom: monografiya / M. D. Moga. – Vinny'cya: TOV «TVORY'», 2019. – 444 s.

Shterengercz A. E. Medy'cynskaya pedagogy'ka / A. E. Shterengercz. – Odessa-Moskva, 1996. – 180 s.

Campbell-Scherer D. Multimorbidity: a challenge for evidence-based medicine / D. Campbell-Scherer // Evid Based Med. – 2010. – Dec.,15(6). – p.:165-6.

Caughey G. E. Multimorbidity research challenges: where to go from here? / G. E. Caughey, E. E. Roughhead // Journal of Comorbidity? – 2011. – 1. – p. 8–10.

Mercer S.W. et al., The development and optimisation of a primary care-based whole system complex intervention (CARE Plus) for patients with multimorbidity living in areas of high socioeconomic deprivation / S. W. Mercer, R. O'Brien, B. Fitzpatrick, M. Higgins, B. Guthrie, G. Watt, and S. Wyke // Chronic Illness. – 2016. – Sep., 12 (3). – p. 165-181.

### **АНОТАЦІЯ**

В умовах сучасного розвитку суспільства неухильно зростає кількість дітей з відхиленнями в здоров'ї, де порушення нервової системи та опорно-рухового апарату дітей раннього та дошкільного віку займають провідні позиції. Ураховуючи це, корекція рухової сфери цієї категорії дітей є першочерговим завданням, що сприяє перспективі їх подальшої соціалізації.

Численні фахівці (П. Лесгафт, К. Ушинський, Є. Покровський, І. Сеченов, М. Бернштейн, О. Запорожець, Е. Стеланенкова, О. Дубогай, Т. Круцевич; Т. Осадченко, А. Семенов, В. Ткаченко; Л. Шапкова, О. Штеренгерц, Н. Гросс, О. Юречко, С. Бубновський, В. Єпіфанов, В. Євмінов, С. Євсєєв, М. Єфіменко, О. Каптелін, В. Качесов) привертати увагу до розробки основи теорії та методики, від яких залежить ефективність процесу фізичного розвитку, профілактики та корекції рухових порушень дитини.

Незважаючи на досить потужний науковий фундамент методології корекції фізичного розвитку та рухової реабілітації дітей і дорослих, ми не знайшли системних розробок цього напрямку відносно дітей раннього віку з порушеннями постави. Зрозуміло, що в основу вдосконалення їхньої моторної сфери необхідно покласти вже відомі широкому загалу фахівців універсальні принципи, але при цьому додаткової розробки потребують вельми специфічні принципи саме рухової корекції викривлень хребетного стовбура в дітей перших трьох років життя. Це й обумовлює актуальність нашого дослідження.

Мета дослідження полягала у виявленні і/або сформулюванні універсальних та спеціальних принципів корекції порушень постави в дітей раннього віку з затримкою психомоторного розвитку.

Узагальнюючи наявні в літературних джерелах дані, а також орієнтуючись на добутий протягом багатьох років практичної діяльності особистий досвід, нами попередньо було сформовано два блоки принципів корекції постави у дітей – універсальні (принцип взаємодії двох систем: підсистеми «Дитина» і мегасистеми «Всесвіт»), принцип медичної педагогіки, принцип комплексності та інтегративності, принцип коморбідності – поліморбідності, принцип ранньої адекватної допомоги, принцип диференціації та індивідуалізації, принцип удосконалення життєвих навичок (соціальної адаптації), принцип абілітаційної та корекційно-компенсуючої спрямованості навчання і виховання, принцип театралізації корекційного процесу) і спеціальні (принцип єдності (цілісності) опорно-рухового апарату, філогенетичний принцип розвитку моторної сфери дитини, принцип гіперкорекції, принцип дружинного маятника, принцип «спіралі», принцип тенсегрїті).

**Ключові слова:** принципи, діти раннього віку, постава, корекція, затримка психомоторного розвитку.