

При цьому заїкуватий не втрачає усвідомлення того, що відбувається, на відміну від гіпнозу, а всього лише знаходиться в стані розслаблення («кінестетичного трансу»).

Коли людина фіксує свою увагу на тілесних відчуттях, то вона тим самим активує праву частину мозку. І виходить, що робота йде саме там, де потрібна корекція. При цьому хворий може повністю контролювати що відбувається, що дозволяє уникнути побоювань, пов'язаних з «втручанням в його психіку» іншої людини, нехай навіть і професійного психотерапевта.

Безумовно, раціональні методи і техніки потрібні і важливі, але вони недостатні і малоефективні, коли мова йде про емоційні проблеми.

Таким чином, тілесно-орієнтована терапія дозволяє ефективно долати емоційні проблеми різного ступеня. Завдяки тілесно-орієнтованій психотерапії людина навчається краще розуміти себе, свої емоції, свої переживання. Це сприяє збільшенню контролю за відчуттями, мовленням і, як наслідок, зниженню проявів заїкання, зменшенню фіксованості на мовленнєвій ваді.

Висновки. Отже, тілесно-орієнтована терапія – це комплекс психотерапевтичних методів, що спрямовані на розслаблення м'язів, вироблення правильного дихання і збільшення контролю за своїми емоціями. Усі методи, що використовує даний вид терапії, а також особливості її проведення дозволяють включати її в корекційну роботу із заїкуватими. Тілесно-орієнтована терапія позитивно впливає як на стан особистості в цілому, так і на покращення мовлення зокрема.

Отже, на нашу думку, інноваційність та доцільність використання методів тілесно-орієнтованої терапії підвищить якість і результативність корекційно-логопедичної роботи.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Баскаков В. *Хрестоматія по тілесно-орієнтованій психотерапії та психотехніці* / В. Баскаков. – М. : Смысл, 1997. – 139 с.
2. *Большой психологический словарь* / Сост. И общ. Ред. Б. Г. Мещеряков, В. П. Зинченко. СПб. : Прайм – ЕВРОзнак, 2007. – 672 с.
3. Киселева Л. «Тілесно-орієнтована психотерапія: теорія і практика»

Электронный ресурс / Л. Киселева. – Режим доступа : <http://gilbo.ru/index/php?page=shubinaarticles&art=1238>.

4. Малкина-Пых И. Г. *Телесная терапия* / И. Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2005. – 752 с.
5. Райх В. *Анализ личности* / В. Райх. – М. : КСП; СПб. : Ювента, 1999. – 333 с.
6. Рубинштейн С. П. *Основы общей психологии* / С. П. Рубинштейн. – СПб. : Питер, 1999. 720 с.
7. Семенова Н. Д. «Тілесно-орієнтовані методи в психотерапії» / Н. Д. Семенова. – М.; 1995
8. Хватцев М. Е. *Логопедія* / М. Е. Хватцев. – М., 1959

УДК 376.1-056.26:615.851.4:616.83-053.2

В. В. Кошман

студентка спеціальності

«Корекційна освіта. Логопедія»,

М. Г. Склярва

студентка спеціальності

«Корекційна освіта. Логопедія»,

В. М. Андросова

старший викладач

Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка

ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДИКИ В. КОЗЯВКІНА У ПОДОЛАННІ ДЦП

У статті розглядається методика В. І. Козявкіна «Система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації» (СІНР), висвітлюється її зміст та вплив компонентів СІНР на організм дітей з церебральним паралічем.

В статті рассматривается методика В. И. Козявкина «Система интенсивной нейрофизиологической реабилитации» (СИНР), освещается ее содержание и влияние компонентов СИНР на организм детей с церебральным параличом.

In the article the Kozyavkin Method «Intensive Neurophysiological Rehabilitation System» (INRS), covers the content and impact on the body components INRS children with cerebral palsy.

Ключові слова: дитячий церебральний параліч, реабілітація, мультимодальний підхід, патофізіологічні механізми, корекція, мобілізація, рефлексотерапія, гімнастика.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, реабилитация, мультимодальный подход, патофизиологические механизмы, коррекция, мобилизация, рефлексотерапия, гимнастика.

Keywords: cerebral palsy, rehabilitation,

multimodal approach, pathophysiological mechanisms, correction, mobilization, reflexology, gymnastics.

Актуальність. Проблема органічних уражень нервової системи у дітей, дитячих церебральних паралічів, затримки моторного розвитку та наслідків перенесених черепно-мозкових травм є однією з актуальних в дитячій неврології і реабілітології. Це обумовлено великою поширеністю порушень нервової системи, складністю клінічних проявів, патофізіологічних механізмів, тяжкістю перебігу дизонтогенезу і великим відсотком інвалідизації, а також, складнощами в лікуванні та реабілітації дітей з різними патологіями.

Варто зазначити, що ця проблема має не тільки медичне, а й соціальне значення, оскільки мова йде про дітей, які мають дефекти з дня свого народження і які залишаються на все життя інвалідами. На сьогодні однією з ефективних та досить відомих методикою у світі є «Система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації» розроблена професором В. І. Козьявкіним. В 1997 році в енциклопедичному виданні по дитячій ортопедії під редакцією німецького проф. Ф. Нітарда методика Козьявкіна була включена до четвірки найбільш ефективних консервативних методів лікування ДЦП.

За розробленою методикою інтенсивної реабілітації пройшли лікування близько 10 тис. хворих із хронічними ураженнями нервової системи, у тому числі понад 6 тис. з Німеччини, Австрії, Швейцарії, Греції, Франції, Іспанії, США та інших країн [4].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Питання реалізації методики СІНР викликало зацікавленість багатьох вітчизняних фахівців. О. О. Качмар і В. О. Качмар висвітлили проблему інформаційних технологій в стандартизації та організації медичної реабілітації за методом проф. Козьявкіна; М. А. Бабадагли спільно з іншими авторами розкрила суть питання методу оцінки ефективності медичної реабілітації в системі інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації. В зарубіжному журналі «Фізіотерапія» (Physiotherapy 5, 2006) спілки фізіотерапевтів Німеччини опублікована стаття «Дитячий церебральний параліч і спектр лікувальних можливостей», де зазначена висока

ефективність методики В. І. Козьявкіна щодо реабілітаційного впливу на дітей з ДЦП. Автор статті – відомий німецький науковець, медичний директор Мюнхенського дитячого центру та Інституту соціальної педіатрії та підліткової медицини Мюнхенського університету ім. Людвіга Максиміліана професор, доктор медичних наук Губертус фон Фосс [5].

Мета статті: висвітлити зміст методики та визначити її вплив на дітей з церебральним паралічем.

Основний виклад матеріалу. Володимир Ілліч Козьявкін (9 червня 1947р., с. Острожець, Рівненська область) – доктор медичних наук, професор. Здобув освіту в Гродненському медичному інституті, на лікувальному факультеті (1971). З березня 1989 – генеральний директор Міжнародної клініки відновного лікування в Трускавці та Реабілітаційного центру «Еліта» (Львів), також очолює Інститут проблем медичної реабілітації, заснований в 1996 році.

У 1980 році В. І. Козьявкін застосовував біомеханічний вплив на хребет для нормалізації м'язового тону у дітей з різними формами церебральних паралічів. Перші повідомлення про позитивні результати лікування ДЦП із застосуванням біомеханічної корекції хребта були зроблені на міжнародних конференціях у Лондоні та Вільнюсі в 1989 році.

У 1993 році ця система реабілітації була офіційно визнана в Україні. Лікування ДЦП за методом Козьявкіна проводиться в Реабілітаційному центрі «Еліта» у Львові та Інституті проблем медичної реабілітації в Трускавці. У липні 2003 року в Трускавці введена в лад Міжнародна клініка відновного лікування, побудована з урахуванням особливостей реабілітації за методикою Козьявкіна [1, с. 91-92].

Статистичний аналіз медичних даних групи 12256 пацієнтів, що пройшли курс реабілітації за методом Козьявкіна підтвердив високу ефективність цієї системи. Нормалізація м'язового тону була відмічена в 94% пацієнтів.

Формування знову набутих навичок тримання голови спостерігалось у 75% хворих на ДЦП. Навичками сидіння опанувало 62% пацієнтів, поява самостійної ходи зафіксовано у 19% раніше ходячих пацієнтів, 87% пацієнтів після курсу реабілітації змогли відкрити кисть що

була спастично стиснута в кулак [4].

Система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації – це метод медичної реабілітації осіб які мають такі порушення: ДЦП, затримка моторного розвитку у дітей раннього віку, наслідки перенесених черепно-мозкових травм, гострих порушень мозкового кровообігу та нейрон-інфекцій в період залишкових явищ (6 місяців після початку хвороби), мігрень, остеохондроз хребта, спондиліоз з вираженими м'язово-тонічними синдромами, больовими, руховими, чутливими і судинними порушеннями. Зміст цієї методики полягає в комплексному безперервному процесі відновлення функцій мозку і всього організму. СІНР складається із двох підсистем: інтенсивної корекції і стабілізації та потенціювання ефекту.

Інтенсивна корекція триває протягом двох тижнів. Потім, в період стабілізації і потенціювання ефекту, лікування триває, згідно отриманих рекомендацій, в домашніх умовах. Цей період триває від 1-3 до 6-12 місяців, після чого проводиться повторний курс інтенсивної корекції.

В основі системи реабілітації лежить полімодальний підхід із застосуванням різнобічних методів впливу на пацієнта. Дія одних заходів доповнює і потенціює інші реабілітаційні заходи.

До основного комплексу медичних реабілітаційних заходів в системі інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації включають: біомеханічну корекцію хребта,

мобілізацію суглобів кінцівок, рефлексотерапію, мобілізуючу гімнастику, спеціальну систему масажу, ритмічну гімнастику, апітерапію і механотерапію (рис. 1) [2, с. 72-77].

Біомеханічна корекція хребта є основою СІНР. Вона спрямована на: усунення функціональних блоkad хребетно-рухових сегментів, відновлення нормальної рухливості суглобів хребта і кінцівок, що дає можливість зменшити клінічні прояви дизрегуляції нервової системи.

Діагностика функціональних блоkad сегментів хребта здійснюється шляхом пальпаторної діагностики м'язів вздовж усього хребетного стовпа. Визначаються зони напружених, спазмованих тканин, та больові точки на різних рівнях біомеханічної системи. Корекція хребта в класичній мануальній терапії здійснюється послідовно у всіх відділах хребта: поперековому, грудному та шийному.

Біомеханічна корекція хребта за методом проф. В. І. Козьявкіна є адаптована до анатомічних і функціональних особливостей дитячого організму. Завдяки цьому вона з успіхом використовується в програмі «Рання реабілітація» дітей, починаючи з тримісячного віку.



Рис. 1 Комплекс медичних реабілітаційних заходів в СІНР

Мобілізація суглобів кінцівок застосовується для відновлення рухливості і корекції м'язово-суглобового дисбалансу, усунення блоkad суглобів, поліпшення трофіки рухової системи і створення передумов до формування нових рухів.

Мобілізація починається із впливу на великі суглоби (кульшові, колінні, плечові, ліктьові), з подальшою активізацією дрібних суглобів крук і стоп. Широко застосовується методика у поєднанні з вібраційними рухами, імпульсною технікою «простукування» у напрямі суглобової щілини, що дає спрямування на пасивне розклинювання блокованих суглобів [1, с. 95-97].

Мобілізація периферичних суглобів – це комплекс діагностичних і лікувальних прийомів, рухів і вправ, що виконуються в межах фізіологічної рухливості суглобів, з метою відновлення функцій рухового апарату, а також створення фундаменту для формування нового рухового стереотипу.

Також у СІНР використовується краніофасціальна мобілізація (суглобів і м'язового апарату обличчя, шиї, голови) з елементами рефлекторно-терапевтичного впливу на біологічно активні точки за допомогою масажу і натискання. В свою чергу мобілізація нижньощелепного суглоба є дуже корисним при корекції і реабілітації дітей з дизартрією, оскільки сприяє розвитку рухливості органів мовленнєвого апарату, відпрацювання правильних, повноцінних рухів артикуляційних органів необхідних для правильної вимови звуків, зняти надмірне напруження артикуляційних і м'язових м'язів, також вони навчають м'язи руховим стереотипам, які потрібні для вільного володіння й керування артикуляційним апаратом [2, с. 108-119]. В результаті, мовлення буде більш чіткішим, а дитина не так швидко втомлюватиметься.

Рефлексотерапія застосовується з метою потенціювання ефекту розслаблення м'язів при спастичних формах ДЦП, для активізації міофасціальних тригерних точок та корекції соматовегетативних порушень. Вплив на біологічно активні точки в СІНР не викликає у пацієнта больових реакцій, завдяки застосуванню портативного електростимулятора. Використовуються точки як класичних меридіанів, так і специфічні точки. У комплексі процедури застосовуються

також релаксуючі положення та пози.

Масаж – це метод лікування і профілактики захворювань, що складається із сукупності прийомів механічного дозованого впливу на різні ділянки поверхні тіла людини руками масажиста або спеціальними апаратами. Він має як місцеву, так і загальну дію на організм. Під впливом механічної дії поліпшується місцевий лімфо- і кровообіг, стимулюються функції потових і сальних залоз, підвищується еластичність м'язів. Масаж сприяє оздоровленню та зміцненню організму, позитивно впливає на центральну нервову систему, нервово-м'язовий апарат.

Спеціальна система масажу включає прийоми класичного, сегментарного та периостального масажу в поєднанні з елементами пост ізометричної і антигравітаційної релаксації. Застосовується перед проведенням біомеханічної корекції хребта. Масаж проводиться в певній топічній послідовності (спина, шия, потім, сегментарно уздовж хребта, далі – сідниці, ноги ззаду, спереду, потім, руки, грудна клітка, живіт). Під час масажу використовуються медово-парафіно-воскові аплікації на певні ділянки тулуба і кінцівок.

Прийоми масажу: погладження, розминка, розтирання, потряхування.

Мобілізуюча гімнастика направлена на вдосконалення існуючих та формування нових моторних функцій, досягнення досконаліших форм пересування. Мобілізуюча гімнастика базується на класичних методиках кінезіотерапії з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта. Основою є принцип «від центру до периферії». Процес освоєння хворим нових моторних навичок реалізується за принципом «від пасивних рухів через пасивно-активні до активних» і «від простих рухів до складних». При цьому важливо вразувати ступінь вираженості у хворого не редукованих рефлексів, постуральних реакцій і патологічних синкінезій. Кожне заняття включає вправи дихальної гімнастики, вправи для «розвитку суглобів», що спрямовані на підвищення мобільності суглобів хребта і кінцівок, а також вправи для зміцнення м'язово-суглобового апарату [2, с. 120-129].

Під механотерапією розуміють виконання гімнастичних вправ для розвитку та покращення якості рухів в окремих суглобах за допомогою різних

механічних апаратів, під час чого відбувається активний вплив на контрактильні і еластичні властивості м'язів, збільшення сили і витривалості гіпотрофічних м'язів, поліпшення координації рухів, формування правильного рухового стереотипу, підвищення рухливості суглобів та поліпшення потоку пропріоцептивної інформації від м'язово-суглобових структур. Тренування м'язів нижніх кінцівок проводиться за допомогою апаратів важільного типу. Шляхом підбору довжини важелів, маси обваження та кількості повторів забезпечується оптимальний тренувальний режим. Для розвитку сили і витривалості м'язів верхніх кінцівок переважно застосовуються апарати блокового типу. Для формування правильного стереотипу і поліпшення координації рухів проводяться заняття на біговій доріжці і велотренажері. Використовуються також апарати типу віброекстензора, в яких дозована дія тепла, вібрації і механічного масажу паравертебральних зон сприяє проведенню мобілізації суглобів хребта. Тренування починається з мінімальних дозувань.

Анітерапія використовується для стимуляції захисних сил організму, поліпшення кровообігу в певній ділянці тіла та метаболічних процесів, у вигляді воскових парафінових апікацій та бджоловжалювання. Введення бджолоїної отрути проводиться в місця у напрямі суглобової щілини з контрактурами, в зони міофасціальних тригерних точок і у хворобливі періостальні зони. Воско-парафінові апікації проводяться у вигляді теплових обгортань різних груп м'язів і суглобів пластинами відповідного розміру, товщиною 1 - 1,5 см. Охолоджена до комфортної температури пластина прикладається до тіла і зверху закутується теплою плішкою. Тривалість процедури сягає 20 хв. Воско-парафінова суміш у клініках має свою рецептуру, наприклад вона складається з: воску, парафіну, меду та прополісу в пропорціях: 1кг воску, 200 г парафіну, 20 г меду, 5 г прополісу [2, с. 144-151].

Висновки. Отже, шляхом стимуляції компенсаторних можливостей організму і активування пластичності мозку широким спектром чинників «Система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації» створює в організмі хворого на дитячий цере-

бральний параліч новий функціональний стан, який відкриває можливості для більш швидкого моторного та психічного розвитку дитини, що сприяє полегшенню адаптації в соціумі. Відбуваються такі важливі процеси, як: відновлення нормальної рухливості суглобів хребта і кінцівок, поліпшення трофіки рухової системи і створення передумов до формування нових рухів, релаксація м'язової системи та стимуляція захисних сил організму дитини. СІНР також позитивно впливає на такий важливий фактор адаптації у соціальне середовище як мовленнєва діяльність. Кожен компонент методики сприяє ефективній корекції мовленнєвих вад (особливо дизартрії), передумовою чого є підвищення еластичності м'язового тону мовленнєвого апарату. Це покращує працездатність артикуляційного та фонаторного відділів; також усуває надмірне напруження артикуляційних і м'язових м'язів, збільшує рухливості суглобів нижньої щелепи та стимулює розвиток мовленнєвої діяльності дитини.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. *Основы реабилитации двигательных нарушений по методу-Козьявкина / [Козьявкин В. И., Сак Н. Н., Качмар О. А., Бабадаглы М. А.] - Львів: НВФ «Українські технології», 2007. - 192 с.*
2. *Козьявкин В. И. Система интенсивной нейрофизиологической реабилитации - Метод Козьявкина. Пособие реабилитолога / В. И. Козьявкин. - Львов : Издательство «Дизайн-студия Пандура», 2012. - 240 с.*
3. *Методичний посібник. Унікальна система реабілітації при дитячому церебральному паралічі та інших органічних ураженнях нервової системи у дітей [Електронний ресурс] / Сак Н. Н., Качмар О. А. // Бібліотечний вісник - 2011. - Режим доступу до посібника : <http://www.turportal.org.ua/publications/kozyavkin2.htm>*
4. *Радість дитинства - вільні рухи. Метод Козьявкина. [Електронний ресурс] / Козьявкин В. И. // 2012. - Режим доступу до статті: <http://www.ngorschar.com/news/2009-04-19-91>.*
5. *Методичний посібник. Методика Козьявкина [Електронний ресурс] / В. О. Качмар // 2009 - Режим доступу до статті: <http://refdb.ru/look/1316119.html>.*