

**Министерство образования и науки Российской Федерации**

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«САРАТОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМЕНИ Н.Г. ЧЕРНЫШЕВСКОГО»**

Кафедра спортивных игр

**РОЛЬ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В КОРРЕКЦИИ  
ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА  
С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

**АВТОРЕФЕРАТ**

студента 4 курса 424 группы

направление подготовки 49.03.01 Физическая культура  
профиль «Физкультурно-оздоровительные технологии»

Института физической культуры и спорта

Дасаева Рината Рафаэлевича

**Научный руководитель**

Доцент

\_\_\_\_\_

В.В. Беляничева

подпись, дата

**Зав. кафедрой,**

кандидат философских наук

\_\_\_\_\_

Р.С. Данилов

подпись, дата

Саратов 2019

**ВВЕДЕНИЕ.** Детские церебральные паралич – это заболевание центральной нервной системы при ведущем поражении двигательных зон и двигательных проводящих путей головного мозга.

Рост заболеваемости детским церебральным параличом свидетельствует о том, что данной проблеме следует уделять пристальное внимание. Для заболевания типичны спазмы мышц нижних конечностей, контрактуры, двигательные нарушения и другие изменения в локомоторном аппарате. Отмечается повышение сухожильных рефлексов, мышечного тонуса, понижение мышечной силы и работоспособности мышц, наличие контрактур и деформаций, нарушение координации движений, стояния и ходьбы, наличие произвольных движений, синкинезий. На поздних стадиях, когда восстановление той или иной функции происходит преимущественно за счет компенсаторно-приспособительных процессов, наблюдаются вторичные дистрофические изменения в мышцах, связках, сухожилиях и других тканях. Именно поэтому необходимо своевременно начинать работу над двигательными навыками. Данным фактом обусловлена **актуальность** представленной работы.

По мнению многих исследователей, детский церебральный паралич сопровождается ограничением двигательной активности. Эта гипокинезия приводит к ухудшению функций всех систем организма, а не только двигательного аппарата. Физические упражнения уменьшают вредное влияние гипокинезии и являются профилактикой и устранением гипокинетических расстройств.

**Целью** настоящего исследования является развитие двигательных навыков у детей с ДЦП средствами лечебной физической культуры.

**Объект исследования:** физическая реабилитация детей старшего школьного возраста с ДЦП

**Предмет исследования:** современные технологии в комплексной физической реабилитации детей старшего школьного возраста с детским церебральным параличом.

### **Задачи исследования:**

1. Раскрыть понятие «детские церебральные параличи» и их клинические проявления;
2. Рассмотреть основы комплексной физической реабилитации дошкольников с детским церебральным параличом;
3. Провести диагностику уровня сформированности двигательных навыков у дошкольников с детским церебральным параличом;
4. Провести с детьми с ДЦП работу по развитию двигательных навыков;
5. Проанализировать полученные результаты исследования, сделать выводы об эффективности проведённой работы.

Основные методы исследования: анализ научной литературы, наблюдение, беседа, эксперимент, количественный и качественный анализ результатов работы.

Исследование проводилось на базе реабилитационного центра «ЛогомедПрогноз» г. Москва. Данное учреждение специализируется на реабилитации детей со сложными нарушениями в развитии.

Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованных источников.

**КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ.** Во введении дается обоснование актуальности работы, сформулированы объект, предмет, цель и задачи исследования, представлена структура выпускной квалификационной работы, экспериментальная база проведения исследования, используемые методы.

В 1 главе «Теоретические основы изучения особенностей дошкольников с детским церебральным параличом» мы рассмотрели два направления:

1.1 Понятие детского церебрального паралича. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с детским церебральным параличом

## 1.2 Традиционные методы и средства, используемые в комплексной работе с дошкольниками с детским церебральным параличом

Подводя итог теоретической части, отметим, что под термином «детский церебральный паралич» сводится группа синдромов, появившихся вследствие нарушения целостности мозга в ранних стадиях онтогенеза и характеризующихся моторными расстройствами. Детский церебральный паралич считается итогом органического поражения нервных тканей, в период родов, периода новорожденности или перенесенного поражения в течение внутриутробного этапа жизни.

Систематизация с учетом возрастной динамики мозга предложена Л.О. Бадалян с сотрудниками. Данная классификация отображает возрастные периоды формирования мозга и сопряженные с данным разными проявления детского церебрального паралича. В практике имеется наиболее двадцати применяемых классификаций детского церебрального паралича, однако больше всего применяется классификация К. А. Семеновой, в соответствии с данной классификацией акцентируют шесть форм:

- Двойная гемиплегия выражается согласно типу тетрапареза, в этом случае нарушаются функции верхних и нижних конечностей. В некоторых случаях замечается наиболее тяжелое поражение конечностей. Поражаются оба полушария мозга, нижележащие отделы, те, что длительный период сохраняют патологическую динамичность: тонические рефлекс никак не исчезают, а установочные выпрямительные рефлекс никак не формируются, у детей не формируется свободная моторика, сидеть они не могут. У множества детей прослеживается слабоумие;
- Спастическая диплегия (заболевание Литтла), характеризуется тетрапарезом, при котором нижние конечности поражаются больше, нежели верхние, в мышцах прослеживается спастичность.

Спастическая диплегия прослеживается у 50% детей с детским церебральным параличом. Имеется 3 вида спастической диплегии:

1. Тяжелая степень. Подобные дети никак не смогут без чьей либо помощи передвигаться, либо перемещаются с помощью костылей. Манипулятивная работа рук снижена.

2. Средняя степень. Подобные дети перемещаются без помощи (хотя и с отличительной осанкой). У них хорошо развита манипулятивная работа рук.

3. Легкая степень. Подобные дети отмечаются неловкостью и заторможенностью движений рук, сравнительно свободное ограничение активных движений в ногах. Главным показателем спастической диплегии считается увеличение мускульного тонуса (спастичность) в конечностях.

Нарушения психических процессов выявляются у многих детей. Подобные дети имеют все шансы обучаться в специализированных школах-интернатах для детей с патологией опорно-двигательного аппарата, в средних общеобразовательных школах и на дому согласно программе средних учебных заведений либо согласно индивидуальной программе). Некоторые дети имеют интеллектуальную неразвитость разного уровня тяжести. Спастическая диплегия – прогностически благоприятная форма болезни в плане преодоления психических и речевых расстройств и меньше подходящая в отношении развития моторных функций. Дети, страдающие спастической диплегией, способны обучиться обслуживать себя, писать, осваивать ряд трудовых навыков. Уровень общественной адаптации способно достигать уровня здоровых людей при сохранном интеллекте и удовлетворительном сформированности манипулятивной функции рук.

- Гиперкинетическая форма сопряжена с поражением подкорковых отделов мозга. Причиной считаются билирубиновая энцефалопатия (несопоставимость крови матери и плода согласно резус-фактору), и при кровоизлияние в область хвостатого тела, образующееся больше всего в следствии родовой травмы. Моторные расстройства выражаются в виде невольных насильственных движений – гиперкинезов. Они обостряются при движении и беспокойстве. Акцентируют последующие типы гиперкинезов:

хореиморфный, атетодноподобный, хореатетоз, паркинсоноподобный тремор. Зачастую прослеживается атаксия, которая скрывается в виде гиперкинеза. Практически у всех детей проявлены вегетативные нарушения. Речевые нарушения прослеживаются практически у каждого из детей, больше в форме гиперкинетической дизартрии. У 20-25% диагностируется нарушения слуха; у 10- 15% отмечаются судороги. Умственная отсталость отмечается у 25 % больных.

- Атонический-астатическая форма – определена поражением мозжечка. Нередко сталкиваются с атактической формой, при которой сильно нарушена умение сохранять позу, отсутствует стабилизация проекции единого центра массы у детей при стоянии, то, что содействует формированию порочной линии движения туловища при ходьбе. Основная клиническая симптоматика – атаксия тела и конечностей, отслеживается задержка речевого и психологического формирования. Атонически-астатическая форма попадает крайне редко. Присутствие данной формы у ребенка в одном ряду с малым тонусом мышц прослеживаются патологические тонические рефлексы, расстройство координации. Недостаточно проявлены либо отсутствуют защитные и хватательные рефлексы, дети никак не могут сбросить конкретное положение тела на месте, поздно начинают сидеть и ходить. Отличительными считаются: атаксия, гиперметрия, дрожание;

- Гемипаретическая (гемиплегическая) форма. При данной форме страдает одно из полушарий головного мозга. Когда происходит поражение левого полушария, правое полушарие возмещает недостаток его функций. Во время поражения правого, компенсации его функций не осуществляется. При левосторонней гемипаретической форме нарушается пространственное понимание, поведенческий аспект характеризуется расторможенностью, замечается быстрая усталость, инфантилизм. При речевом нарушении, нарушается и фонологическая концепция языка, морфологические механизмы словообразования, формирование синтаксических структур и

семантики. Гемиплегия характеризуется высоким мускульным тонусом, который наиболее выражен с правой стороны либо по левую сторону. Речевые расстройства прослеживаются чаще всего по типу псевдобульбарной дизартрии, и в меньшей степени прослеживается по типу моторной алалии.

Во время правосторонней гемипаретической форме, обнаруживается умственная недостаточность, что выражается 2-мя главными признаками: оптико-пространственная аграфия, пальцевая агнозия, апраксия и нарушение счета, отмечаются простые преходящие расстройства речи.

Выделяют 3 степени тяжести гемипаретической формы ДЦП:

1. Тяжелая степень. Присутствие такого рода степени поражения, в верхних и нижних конечностях прослеживаются: выраженные нарушения тонуса мускул по типу спастичности и ригидности. Количество активных движений очень мало. Манипулятивная деятельность в верхней конечности почти отсутствует. В паретичной ноге и руке отмечается гипертрофия мышц.

2. Средняя степень. При таком роде степени тяжести, проявляются поражения двигательной функции, нарушения тонуса мускул, трофические расстройства меньше проявлены. Функция руки существенно нарушена, однако пациент способен взять предметы рукой.

3. Легкая степень поражения. Нарушения тонуса мускул и трофические расстройства минимальны. Заметна неловкость в движениях. Нарушение речи отмечается у 30-40% детей, больше по типу спастико- паретической дизартрии либо моторной алалии. Обучаемость и степень общественной приспособленности ребенка с данной формой ДЦП во многом обуславливается не именно тяжестью двигательных нарушений, а умственными способностями ребенка, оперативной и полной компенсации мыслительных процессов и речевых расстройств.

- Смешанные формы. Дети с ранним органическим поражением мозга, как правило, обладают смешанными формами детского церебрального паралича. При основном синдроме, согласно которому обуславливается

другая форма детского церебрального паралича, клинически имеют все шансы проявляться и прочие патологии мускульного тонуса, моторики, свободной моторной деятельности.

Существенную роль имеет ранняя стимуляция развития моторных способностей. Всем детям назначается персональный комплекс лечебной физкультуры в зависимости от возраста и формы заболевания. При формировании моторных функций немаловажно соблюдать возрастную закономерность их формирования, постепенно тренировать все виды двигательной активности: повороты, сидение с дальнейшим вставанием на колени, а далее и на ноги, с позиции на животе с дальнейшим ползанием. Привлекая детей к активному осуществлению движений, необходимо остерегаться его излишних усилий, что приводит обычно к внезапному увеличению мышечного тонуса.

Во 2 главе «Использование лечебной физической культуры в коррекции двигательных навыков у дошкольников с детским церебральным параличом» представлены результаты диагностики уровня сформированности двигательных навыков у детей с ДЦП, даётся описание формирующего эксперимента и повторной диагностики в экспериментальной группе.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Под термином «детский церебральный паралич» сводится группа синдромов, появившихся вследствие нарушения целостности мозга в ранних стадиях онтогенеза и характеризующихся моторными расстройствами. Детский церебральный паралич считается итогом органического поражения нервных тканей, в период родов, периода новорожденности или перенесенного поражения в течение внутриутробного этапа жизни.

Исследование проходило в 3 этапа, на каждом из них были определены соответствующие цели:

1 этап – *констатирующий эксперимент*. Целью данного этапа было определение уровня сформированности двигательных навыков у детей с ДЦП.

2 этап – *формирующий эксперимент*. Цель этапа: стимуляция и коррекция самостоятельной ходьбы, положения сидя и навыков передвижения в пространстве средствами лечебной физической культуры.

3 этап – *контрольный эксперимент*, который представляет собой повторное изучение состояния двигательных навыков у детей с ДЦП, сравнение результатов с данными констатирующего этапа с целью определения эффективности проведённого формирующего эксперимента.

Для изучения состояния сформированности двигательных навыков у детей с ДЦП были проанализированы методические разработки А. А. Наумова, Т. Э. Токаревой, А. И. Репиной. В основу обследования были положены материалы теста П. Лаутеслагера. Исследователь разработал мониторинг для оценки физического развития детей с синдромом Дауна, но на сегодняшний день его элементы эффективно используется в скрининг-обследовании физического развития детей с ДЦП. Мониторинг состоит из 7 блоков, в каждом из которых предусмотрены баллы от 0 до 3, для возрастной категории детей экспериментальной группы мониторинг был сокращён до 5 блоков исследования.

Диагностическое изучение состояния двигательных навыков у детей с ДЦП показало, что экспериментальная группа отстаёт от нормотипичного развития по большинству показателей, им были необходимы занятия ЛФК, которые направлены на развитие способности воспринимать позы и направления движений под музыку с четкими речевыми инструкциями.

После проведения формирующего эксперимента была организована повторная диагностика уровня сформированности двигательных навыков по направлениям, которые предъявлялись на констатирующем этапе эксперимента. Повторное исследование показало, что у экспериментальной группы детей показатели группы исследования положения сидя и ходьбы

перешли на качественно новый уровень (со среднего на высокий). Показатели, которые отражают уровень сформированности движения в пространстве, свидетельствуют о том, что не удалось достичь нового уровня сформированности, но произошел значительный числовой «скачок» по сравнению с данными на начало эксперимента. Контрольный эксперимент дал возможность сделать вывод, что для большинства детей экспериментальной группы работа оказалась эффективной, несмотря на ограничения здоровья, характерные для данной категории детей.