

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
**«САРАТОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ Н.Г. ЧЕРНЫШЕВСКОГО»**
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра спортивных дисциплин

«ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ДЦП»

АВТОРЕФЕРАТ МАГИСТЕРСКОЙ РАБОТЫ

студентки 3 курса 331 группы
направление подготовки 44.04.01 Педагогическое образование
профиль «Физическая культура»

Факультета физической культуры и спорта

Татарниковой Наталии Андреевны

Научный руководитель

Доцент, кандидат педагогических наук

В.Н. Мишагин

Зав. Кафедрой

Доцент, кандидат педагогических наук

В.Н. Мишагин

Педагогическое исследование

Организация и проведение педагогического исследования

Настоящее педагогическое исследование мы проводили на базе центра Сокол Фитнес-парк.

На первом этапе исследования (сентябрь-ноябрь 2024 года) нами был проведен анализ и обработка литературных источников, на основании которого позволило определить цель, задачи, гипотезу и методы исследования.

На втором этапе исследования (декабрь 2024 г.–декабрь 2025 года) проводился педагогический эксперимент. Нами была разработана программа и комплексы упражнения для реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, а также определены методы контроля эффективности программы. В исследовании приняли участие 5 детей с ДЦП спастической формы в возрасте 7-9 лет без грубых морфологических изменений в головном мозге.

На третьем этапе исследования (январь-февраль 2025 года) проводилась обработка данных педагогического эксперимента, формирование выводов, оформление магистерской работы.

Центр обеспечивает комплексный подход к решению реабилитационных задач.

Основными принципами организации и осуществления комплексной реабилитации является:

- наиболее раннее начало осуществления реабилитационных мероприятий;
- непрерывность и поэтапность их проведения;
- индивидуальный подход к определению объема, характера и направленности реабилитационных мероприятий.

Комплексная реабилитация – это сложный многоступенчатый процесс, основными этапами которого являются : экспертная диагностика, разработка на ее основе реабилитационных программ, контроль за проведением реабилитационных мероприятий и их корректировка.

В центре проходят реабилитацию дети, имеющие заболевания опорно-двигательного аппарата (ДЦП), болезнь Дауна, аутизм и т.д.

Разработка реабилитационных программ осуществляется индивидуально для каждого ребенка.

Первым этапом работы является диагностика, в результате которой обобщаются наблюдения различных специалистов-педагогов, логопеда, психолога, а также родителей ребенка. Это позволяет выявить особенности внимания, памяти, развития сенсорно-перцептивной сферы, речи, эмоционально-волевой и двигательной сферы, уровень социально-бытовой адаптации, трудовые, учебные и коммуникативные навыки. На основании полученных данных осуществляется подбор наиболее эффективных методов и приемов работы, составляются рекомендации педагогам, воспитателям,

социальным работникам, дефектологам, руководителю ЛФК, а также родителям ребенка.

Вторым этапом комплексной реабилитации является разработка программ, которые включают социальные, медицинские и психолого-педагогические аспекты работы.

При построении программы реабилитации подбирается наиболее оптимальный и разнообразный курс, включающий в себя несколько видов реабилитации, но обязательно с учетом предельно допустимой нагрузки. Проводимые мероприятия зависят от заболевания ребенка.

Остановимся подробнее в соответствии с заявленной темой работы о способах реабилитации детей дошкольного возраста с ДЦП методами и средствами ЛФК.

Руководитель ЛФК на основании диагностики больного составляет индивидуальную программу, дающую возможность оптимально стимулировать двигательные функции в зависимости от диагноза.

При составлении программы ЛФК соблюдается ряд принципов: регулярность и систематичность применения лечебной гимнастики; строгая индивидуализация упражнений в зависимости от стадии заболевания, тяжести, возраста и психического развития больного; постепенное увеличение физической нагрузки.

При выборе игр для детей с ДЦП также следует учитывать уровень развития их двигательной силы, или упростить правила игры и условия ее проведения с учетом индивидуальной двигательной активности каждого больного, т.к. двигательные функции при каждой форме церебрального паралича (спастической диплегии, атонической и астатической формах) совершенно различны.

Упражнения при спастической диплегии должны выполняться непрерывно, тогда они легче осваиваются.

При астатической форме упражнения должны быть кратковременными с возможностью чаще отдыхать между их выполнением. Конечно, это несколько затрудняет усвоение техники упражнений, но предотвращает непроизвольные мышечные спазмы.

Больным с атонической формой паралича особенно трудно даются упражнения на поддержание равновесия.

Коррекционная программа ЛФК начинается с учетом того уровня двигательного развития, на котором больной остановился, но в то же время мы включаем в занятия корригирующие упражнения, которые немного сложнее, которые соответствуют более высокому (и в настоящий момент невозможному) уровню двигательного развития. Для этого мы определяем двигательные коррекционные задачи для каждого ребёнка, которые необходимо решить в процессе всего реабилитационного периода.

Основными двигательными коррекционными задачами являются:

а) сформировать умения ползать на животе, самостоятельно принимать положение на четвереньках, передвигаться на четвереньках;

б) создать условия для развития более высокого уровня двигательного развития ребенка, а именно: научить стойке на коленях, вставанию с поддержкой с последовательной постановкой и выпрямлением ног, стоянию у опоры с поддержкой, без поддержки и т. д.

Наряду с основными задачами в процессе занятий решаются и вспомогательные двигательные коррекционные задачи:

- а) коррекция порочной сгибательно-приводящей установки кистей;
- б) улучшение подвижности в суставах рук и в плечевом и тазобедренном;
- в) преодоление патологических тонических рефлексов;
- г) формирование опороспособности рук и плечевого пояса, а также стоп и нижних конечностей в целом;
- д) развитие статической и динамической устойчивости (равновесия);
- е) формирование предметной манипуляции руками;
- ж) развитие ориентировки в собственной схеме тела и окружающем пространстве и др.

А также и специальные коррекционные задачи:

- а) развитие речи посредством движения;
- б) формирование пространственных представлений;
- в) ознакомление с основными свойствами материалов и т. д.

С учетом вышесказанного мы составляем комплексы упражнений для работы с больными детьми дошкольного возраста, проходящими лечение и реабилитацию в нашем центре.

При разработке индивидуального комплекса реабилитации учитывались предпочтения и особенности самих занимающихся и медицинские рекомендации врачей-реабилитологов, тяжесть заболевания и имеющиеся сопутствующие заболевания.

В комплекс входят традиционно:

- 1 Упражнения для формирования вертикального положения головы*
- 2 Упражнения для формирования положения на четвереньках*
- 3 Упражнения для формирования функции сидения*
- 4 Упражнения для формирования умения самостоятельно стоять*
- 5 Упражнение для формирования самостоятельной ходьбы*

А также мы включили в наш комплекс малоподвижные игры, способствующие развитию координации и внимания.

Игры способствуют мотивации, активности и желанию двигаться при условии правильной организации игр, особенно коллективных (Н.А. Малашина, 2005) [21].

По такой программе наши испытуемые занимались в нашем центре в январе-феврале 2025 года на протяжении пяти недель курсом 15 занятий.

Второй курс реабилитации данные дети проходили в апреле-мае 2025 года также на протяжении 15 занятий.

Третий курс реабилитации проходил в ноябре-декабре 2025 года. В программу данного курса наряду с традиционными упражнениями из

предыдущего комплекса мы включили в занятия упражнения в «сухом» бассейне, заполненном мягкими шариками. Во время нахождения в данном бассейне происходит массаж всего тела, стимулируется развитие моторики, координации, равновесия, тактильной и проприоцептивной чувствительности. Кроме того, занятия в бассейне позитивно воздействуют на внутренние органы, уменьшают спастичность и гиперкинезы, увеличивают подвижность суставов конечностей, позвоночника, хватательную функцию кистей, укрепляют мышцы. И, что особенно важно для детей с ДЦП, в «сухом» бассейне можно свободно двигаться, не бояться упасть, потерять равновесие, что придает занятию позитивный психо-эмоциональный фон. В вязкой среде выполняются упражнения общеразвивающие, специальные и прикладные, на сопротивление и расслабление, с использованием различных предметов: мячей разного диаметра, утяжелителей и т.п. из различных исходных положений: сидя и лежа, на четвереньках и на коленях; свесившись с бортика бассейна.

Начиная с первого курса реабилитации, мы проводили тестирование по ряду показателей, свидетельствующих об эффективности проводимого лечения.

В качестве контрольных упражнений мы использовали следующие (В. Г. Калюжин, Ю. В. Зыбин, Н. О. Богданович, 2012):

1. Удержание головы из положения лежа на животе. Для оценки функционального состояния мышц спины: из исходного положения лежа на животе, руки согнуты в локтевых суставах, ребенок должен выпрямить руки и поднять голову. Фиксируется время удержания позы в секундах.

2. Подъем туловища из положения на спине. Для оценки функционального состояния мышц брюшного пресса: Из исходного положения лежа на спине, с фиксацией ног инструктором, ребенок должен самостоятельно подняться из и.п. и коснуться грудью колен. Фиксируется количество повторений.

3. Сгибание и разгибание рук. Для оценки функционального состояния мышц рук. Из исходного положения сидя на стуле и свесив руки с подлокотников, ребенок должен сгибать и разгибать кисти рук. Фиксируется время выполнения упражнения по 10 раз каждой рукой.

4. Подъем ног. Для оценки функционального состояния мышц ног. Из исходного положения лежа на спине, ребенок поочередно поднимает ноги и сгибает их в коленном суставе. Фиксируется количество повторений за 10 сек.

Анализ результатов педагогического исследования

Эффективность проводимых реабилитационных мероприятий мы выявляли посредством тестирования по вышеописанным контрольным упражнениям. Тестирование проводилось в начале и по окончании каждого курса реабилитации.

По итогам тестирования мы выявили достоверные различия в полученных результатах. Приведем сравнительный анализ по каждому из показателей.

Приведенные сводные таблицы и диаграммы наглядно демонстрируют изменения уровня развития локомоторных способностей детей в результате прохождения трех реабилитационных курсов на протяжении года.

Однако динамика результатов явно свидетельствует не только о положительном воздействии традиционной программы занятий на протяжении двух курсов лечения, но и об эффективности применения в лечении детей с ДЦП нетрадиционной формы реабилитации, такой как «сухой» бассейн, введенной нами в третий курс лечения.

Прирост показателей на двух этапах исследования увеличивался за 15 занятий на 0,9 повторений и на 1,4 в среднем, а динамика результатов на третьем курсе реабилитации составил +3,6 раза.

Выводы

Приведенный анализ результатов исследования подтверждает выдвинутую нами гипотезу, что средствами физической реабилитации при систематическом и поэтапном применении возможно оптимизировать развитие локомоторных двигательных способностей детей с ДЦП, но использование в программе реабилитации нетрадиционных форм оздоровления, в нашем случае «сухого» бассейна более эффективно влияет на уровень развития локомоторных двигательных способностей у детей с таким диагнозом.

Детский церебральный паралич – это тяжелое заболевание головного мозга и добиться значительных результатов за короткий период времени, конечно, невозможно. Но специалистами центра (педиатром, неврологом, психиатром) были отмечены и другие положительные результаты по окончании курсов реабилитации: это и незначительное снижение АД и ЧСС, и значительное снижение ЧД, и улучшение психо-эмоционального состояния, что напрямую зависит от двигательной активности ребенка с физическими нагрузками, адекватными функциональному состоянию больного.

На основании вышесказанного мы констатируем, что проводимые систематически курсы реабилитации по ЛФК с постоянными занятиями дома повышают уровень развития локомоторных способностей. Программа реабилитации, проводимая в нашем центре, является эффективной. А применяемые нами в работе нетрадиционные формы реабилитации могут быть использованы в профильных реабилитационных центрах, детских поликлиниках и специализированных (коррекционных) образовательных учреждениях VI вида, как эффективное средство оздоровления детей с церебральным параличом.

Заключение

Детский церебральный паралич, как болезнь, объединяющая множество видов двигательных нарушений, возникает из-за повреждения или нарушения развития головного мозга, произошедшего в период внутриутробного развития, родов или в раннем возрасте.

Одним из важнейших методов лечения ДЦП является физическая реабилитация. Сразу же после установления диагноза необходимо начинать лечение, уже в самые первые месяцы жизни ребенка. ЛФК и АФК решают ряд важных задач:

1) не допустить ослабления и атрофии мышц, вследствие недостаточного их использования;

2) избежать развития контрактур, при которых спастически напряженные мышцы становятся малоподвижными и фиксируют конечности больного в патологическом положении.

3) способствовать моторному и психо-эмоциональному развитию ребенка.

Комплексная физическая реабилитация включает различные методики лечебной физической культуры, массажа, физио- и тепलोпродур и может применяться в мероприятиях реабилитации больных ДЦП как спастической, так и атонической форм.

Кроме традиционных средств и методов оздоровления в практике комплексной реабилитации больных с ограниченными возможностями, в том числе и больных с ДЦП, в последнее время широко используются современные технологии, такие как различные тренажеры, комплекс «сенсорная комната», лечебные костюмы «Адель» и «Гравистат», «Спираль», костюм «ДК», иппотерапия, цветотерапия, «сухой» бассейн и другие.