

Н.М. Тимофеева, 4 курс

Научный руководитель – А.Н. Яковлев, к.п.н., доцент

Полесский государственный университет

Актуальность. Проблема детских церебральных параличей является одной из актуальных проблем детской ортопедии и невропатологии. Социальная значимость этой проблемы настолько велика, что вполне закономерен все увеличивающийся к ней интерес [1, 168 с.].

«...Детский церебральный паралич является сложным заболеванием центральной нервной системы, возникающим вследствие повреждения головного мозга, ведущим не только к двигательным нарушениям, но и вызывающим задержку или патологию умственного развития, речевую недостаточность, нарушение слуха и зрения. ДЦП является полиэтиологическим заболеванием инфекционного, интоксикационного, воспалительного, токсического, радиационного, экологического, травматического и другого происхождения...» [2, 384 с.].

У детей с церебральным параличом задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: с трудом и опозданием формируются функция удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности, а физическое воспитание является важной частью общей системы обучения, воспитания и лечения детей с церебральным параличом.

«...Особое внимание в занятиях АФК уделяется тем двигательным навыкам, которые больше всего необходимы в жизни, и прежде всего — обеспечивающим ребенку ходьбу, предметно-практическую деятельность и самообслуживание. Тренируемые навыки и умения целесообразно постоянно адаптировать к повседневной жизни ребенка. Для этого во время занятий и особенно дома нужно отрабатывать «функциональные ситуации» — раздевание, одевание, умывание, кормление. При стимуляции двигательных функций надо обязательно учитывать возраст ребенка, уровень его интеллектуального развития, его интересы, особенности поведения. Большинство упражнений лучше всего предлагать в виде увлекательных для ребенка игр, побуждая его к подсознательному выполнению желаемых активных движений...» [3, 272 с.].

«...В этой связи развитие общих движений необходимо проводить поэтапно с применением специальных упражнений, с учетом степени сформированности основных двигательных функций. Основные задачи: торможение патологической тонической рефлекторной активности, нормализация на этой основе мышечного тонуса и облегчение произвольных движений, тренировка последовательного развития возрастных двигательных навыков ребенка. На начальных этапах развития общей моторики все мероприятия направлены на воспитание задержанных статокинетических рефлексов и устранение влияния тонических рефлексов, а затем на развитие возможностей активных движений. Проведению мероприятий по становлению общей моторики должны предшествовать приемы, направленные на нормализацию мышечного тонуса...» [3, 272 с.].

Результаты исследований и их обсуждение. Тестирование уровня физической работоспособности, занимающихся в группе адаптивной физической культуры проведено нами в ходе практики в период с 08.02.2016 г. по 27.03.2016 г. на базе ГУСО «ЦКРОиР г. Пинска», расположенной по адресу ул. Рокоссовского, 36.

Директор центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации: Крысенко Елена Александровна; инструктор ЛФК: Дайко Галина Витальевна. Основная деятельность ГУСО «ЦКРОиР г.Пинска» направлена на воспитание и обучение детей с особенностями психического и физического развития, на их адаптацию в современном обществе.

Категория детей, являющихся воспитанниками центра, это дети с нарушением слуха, зрения, речи, с задержкой психического и умственного развития различной степени, а также с нарушением опорно-двигательного аппарата.

В центре проходят обучение дети до 18 лет. Самая младшая группа детей от 1 до 3 лет после назначений приходит вместе с родителями на индивидуальные занятия. Для возрастной группы от 3 до 6–7 лет занятия проходят по принципу детского сада с прогулками и обеденным сном. И самые старшие дети получают школьное образование.

Организационная структура центра позволяет осуществлять разноуровневое сопровождение ребенка с особенностями психофизического развития. В центре работают квалифицированные специалисты: педагоги–психологи; учителя–дефектологи; воспитатели; психиатр; инструкторы ЛФК; инструктор по физической культуре; медицинские сестры по массажу.

Анализ результатов степ–теста, который был проведен 17.02.2016 г., 24.02.2016 г., 02.03.2016 г. позволил определить степень изменения уровня физической работоспособности детей занимающихся в группе адаптивной физической культуры. Большинство детей имеют среднюю тяжесть дефекта и вторичные нарушения вызванные ДЦП. Соответственно, вследствие этого занимающиеся имеют плохой уровень физической подготовленности (по Л.А. Донниковой, 1991).

Предложенный нами вариант занятий повысил уровень физической подготовленности повысил, что объясняется правильно подобранными физическими упражнениями и эффект от занятий будет возможен при ежедневных физических нагрузках, занятиях на тренажерах и комплексной корректирующей гимнастики.

Результаты исследований, проведенные нами, представлены в таблице.

Таблица – Уровень физической работоспособности, занимающихся в группе адаптивной физической культуры

Дата проведения	№ группы	ЧСС в покое	ЧСС на 1 мин. после нагрузки	ЧСС на 2 мин. после нагрузки	ЧСС на 3 мин. после нагрузки	ЧСС на 5 мин. после нагрузки
17.02.2016	Группа №3	78	180	172	160	144
24.02.2016		76	176	170	160	142
02.03.2016		76	178	170	158	136
17.02.2016	Группа №2	74	174	166	150	136
24.02.2016		76	176	168	154	130
02.03.2016		74	172	164	152	132
17.02.2016	Группа №3	80	176	168	152	132
24.02.2016		78	174	164	150	128
02.03.2016		78	174	166	150	128
17.02.2016	Группа №3	84	180	170	162	150
24.02.2016		80	184	176	164	148
02.03.2016		82	180	172	160	140
17.02.2016	Группа №2	74	178	170	156	136
24.02.2016		72	172	166	146	130
02.03.2016		73	174	170	144	128
17.02.2016	Группа №2	80	176	168	152	132
24.02.2016		78	174	164	150	128
02.03.2016		78	174	166	150	128

Выводы. При лечебно–педагогической работе необходимо учитывать функциональные этапы становления моторики кисти и пальцев рук: развитие опорной функции на раскрытые кисти, осуществление произвольного захвата предметов кистью, включение пальцевого захвата, противопоставление пальцев, постепенно усложняющиеся манипуляции и предметные действия, дифференцированные движения пальцев рук.

Наряду с физической культурой при ДЦП широко применяется классический лечебный массаж, который способствует расслаблению спастичных мышц и укрепляет, стимулирует функционирование ослабленных мышц, так как массаж и АФК: нормализует мышечный тонус, стабилизирует позы и положения конечностей, уменьшаются насильственные движения, ощущаются позы и движения – как важный стимул к развитию и совершенствованию двигательных функций.

Список использованных источников

1. Абрашина, Н.А. Лечебный массаж для детей с нарушениями развития: Практическое пособие / Н.А. Абрашина. – М.: Флинта, 2001. – 168 с.
2. Семенова, К.А. Восстановительное лечение больных с резидуальной стадией детского церебрального паралича /К.А. Семенова. – М.: Антидор, 2007. – 384 с.
3. Шипицина, Л.М. Детский церебральный паралич / Л.М. Шипицина, И.И. Мамайчук. – СПб., Изд-во «Дидактика Плюс, 2004. – 272 с.