

3. Сыркин, А.Л. Инфаркт миокарда / А.Л. Сыркин. – М.: Медицина, 1991. – 298 с.
4. Цыбин, А.К. Анализ показателей смертности от болезней системы кровообращения / А.К. Цыбин [и др.] // Здоровоохранение. – 2004. – № 3. – С. 5–10.

ФОРМИРОВАНИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ СТРАДАЮЩИХ ДЦП

Буцкевич И.А.,

Бондаренко Е.А.,

Учреждение образования «Белорусский государственный университет физической культуры»,

Республика Беларусь

Актуальность нашего исследования обусловлена тем, что данное заболевание встречается довольно часто – 1,7–1,9 на 1000 родившихся детей [5]. Из этого числа многие дети рождаются с умственными отклонениями и в дальнейшем недееспособны. Те же дети, интеллектуальное развитие которых не нарушено, физически малоактивны, в результате чего страдают различными дополнительными заболеваниями опорно-двигательного аппарата и внутренних органов. К этому присоединяются и различные психические расстройства, вызванные особым отношением невоспитанных сверстников. Когда приходит время половой зрелости, юношам и девушкам с церебральным параличом довольно трудно найти спутников жизни. Все эти факторы накладывают отпечаток на психику, зачастую приводя к суицидам или уходу больного «в себя» [3].

Как утверждают ученые, заболевание неизлечимо, но добиться хороших результатов хоть и трудно, но можно. Проблема обостряется нехваткой профессиональных медицинских кадров и недостатком внимания к таким детям [6].

Термин «детский церебральный паралич» впервые был предложен З. Фрейдом в 1893 году. Он стал так называть группу заболеваний внутриутробного и родового происхождения с двигательными нарушениями церебрального происхождения [1]. Им же была предложена классификация форм ДЦП по пораженным конечностям, которая рассматривала только двигательную сферу: монопарез, парапарез, гемипарез, трипарез, тетрапарез.

Топографический принцип этой классификации форм ДЦП не давал представления о характере психических и речевых расстройств.

Профессор К.А. Семенова в 1978 году вывела наиболее совершенную, всеохватывающую классификацию форм ДЦП с учетом развития не только двигательной, но и интеллектуальной, психоречевой и эмоциональной сфер: а) болезнь Литтла – форма, при которой руки поражаются в значительно меньшей степени, чем ноги, иногда минимально; б) форма, при которой руки поражены так же тяжело, как и ноги, или же еще более тяжело; в) одностороннее поражение конечностей; г) гиперкинетическая форма с подформами: двойной атетоз, атетозный баллизм, хореоатетозная форма, хореический гиперкинез; д) атонически-астатическая форма, в отличие от остальных форм заболевания характеризуется низким тонусом мышц при наличии патологических тонических рефлексов, отсутствием или недоразвитием установочных рефлексов и высокими сухожильными и периостальными рефлексами [8].

Рассмотрим этиопатогенез возникновения детского церебрального паралича и подходы к классификации заболевания в настоящее время. По времени развития выделяют следующие группы детского церебрального паралича: поражение во внутриутробный период, поражение во время родов, поражение головного мозга ребенка после родов [2].

Нормальное развитие плода, особенно его мозга, может быть нарушено вследствие изменения обмена витаминов, микроэлементов, снижения уровня сахара, нарушения строения и содержания нуклеиновых кислот и других обменных процессов [7].

Углубленное изучение патогенеза детских церебральных параличей выдвигает как важнейшую задачу охрану здоровья женщины с первых месяцев беременности [4].

Важно отметить, что данные дети имеют особенности в психологическом развитии и очень важно, чтобы ребенок начал осознавать себя таким, каков он есть, чтобы у него постепенно развивалось правильное отношение к своей болезни и к своим возможностям. Ведущая роль в этом принадлежит родителям и воспитателям: у них ребенок заимствует оценку и представление о себе и своей болезни. В зависимости от реакции и поведения взрослых он будет рассматривать себя либо как инвалида, не имеющего шансов занять активное место в жизни, либо как человека, вполне способного достичь успехов.

Отрицательные черты характера формируются и закрепляются у детей с ДЦП в значительной степени по причине воспитания по типу гиперопеки, характерному для многих. Такое воспитание ведет к подавлению естественной активности ребенка. Это и приводит к тому, что ребенок не стремится к самостоятельности, у него формируются эгоцентризм, ощущение постоянной зависимости от взрослых, неуверенность в своих силах, робость, ранимость, застенчивость, замкнутость, тормозные формы поведения. У части детей наблюдается стремление к демонстративному поведению, тенденция к манипулированию окружающими.

В некоторых случаях у детей с тяжелыми двигательными и речевыми нарушениями и сохранным интеллектом тормозные формы поведения носят компенсаторный характер. Они отличаются замедленностью реакций, отсутствием активности и инициативы. Такие дети осознанно выбирают данную форму поведения и тем самым пытаются скрыть свои двигательные и речевые нарушения. Владея развернутой речью, дети, маскируя дефекты произношения, односложно отвечают на вопросы, сами вопросов никогда не задают, отказываются выполнять доступные им задания двигательного характера [5].

Исходя из вышеизученного, цель нашего исследования заключалась в изучении наиболее эффективных средств для формирования двигательных навыков детей, страдающих ДЦП.

Задачи исследования были поставлены следующие:

1. Изучить теоретико-методические данные медицинской литературы по ДЦП.
2. На основе анализа научно-методической литературы выявить наиболее эффективные средства формирования двигательных умений и навыков детей, страдающих данным заболеванием.
3. Провести исследования эффективности занятий.

В нашем исследовании приняли участие 16 детей, больных ДЦП в возрасте 10–12 лет (9 мальчиков и 7 девочек).

Исследовательская работа была проведена на базе Республиканского детского реабилитационного центра.

В ходе исследования все испытуемые были распределены на две группы:

- первая – экспериментальная, занималась по специальной методике, предложенной в качестве альтернативной.
- вторая – контрольная, занималась по обычной программе, предусмотренной данным учреждением.

Исследование проводилось в течение трех недель. Контрольная группа занималась три раза в неделю по 45 минут, а экспериментальная – шесть раз в неделю по разработанной нами методике.

На первом этапе исследования с целью выявления частоты заболеваемости и отношения больного к занятиям физической культурой были использованы следующие методические подходы:

1. Исследованы личные дела больных и медицинские карты;
2. Проведены беседы с персоналом учреждения и больными детьми.

Далее было проведено тестирование на определение уровня развития физических качеств. Тесты и показатели, позволяющие оценивать уровень развития физических

качеств, являются незаменимым способом контроля над ходом процесса занятий и их эффективностью. Данные результатов исследования приведены в таблице 1.

Таблица 1 – Тестирование уровня развития физических качеств

№ Контрольная	Бег 10 м с высокого старта, с	Челночный бег 10 м	Сгибания и разгибания рук в упоре лежа	Наклон вперед, см
1	4,2	3,8	0	-5
2	3,9	3,3	2	2
3	2,5	4,1	0	4
4	3,7	4,0	0	-10
5	3,3	3,3	0	-15
6	3,9	4,0	1	-4
7	4,6	3,7	1	-7
Среднее арифм.	3,72	3,74	0,57	-5
№ Экспериментальная				
1	3,9	4,8	0	1
2	2,8	3,8	1	2
3	4,2	4,4	3	-9
4	3,4	4,6	0	-20
5	3,9	4,9	0	-1
6	4,1	5,1	1	-3
7	4,7	4,0	0	-1
Среднее арифм.	3,85	4,51	0,71	-4,42
Процентные различия	3,38	17,08	19,72	11,6

Следующим этапом было проведение функциональных проб с целью оценки правильности используемой физической нагрузки и реакции на нее жизненно важных функциональных систем при помощи проб Штанге и Проб Генчи. Данные приведены в таблице 2.

Таблица 2 – Показатели по функциональным пробам

№ Контрольная	Проба Штанге, с	Проба Генчи, с
1	14	7
2	10	11
3	22	12
4	18	9
5	22	16
6	13	9
7	19	10
Среднее арифм.	16,85	10,57
№ Экспериментальная	Проба Штанге, с	Проба Генчи, с
1	21	12
2	13	14
3	10	7
4	18	12
5	23	7
6	17	12
7	16	8
Среднее арифм.	16,85	10,28
Процентные различия	0	2,75

Как видно из результатов, приведенных в таблице 1, контрольная группа лидирует по бегу на 10 метров и челночному бегу на 3,38 и 17,08 % соответственно. По сгибанию и разгибанию рук в упоре лежа, что составляет 19,72 %, и по наклону вперед (11,12 %) экспериментальная группа лидирует. Это говорит нам о том, что дети обеих групп довольно слабы как по показателям функциональных проб, так и по показателям развития физических качеств.

Контрольная и экспериментальная группы по пробе Штанге показали среднее арифметическое значение 16,85 с. А вот по пробе Генчи контрольная группа набрала среднюю сумму в 10,57 с и обошла на 2,75 % экспериментальную, что составляет по результатам исследования 10,28 с. Данный факт свидетельствует о том, что физические упражнения благотворно влияют на развитие жизненно важных функциональных систем организма.

Таким образом, можно сделать выводы о том, что нам предстоит нелегкая работа, которая будет заключаться: во-первых, в устранении контрактуры мышц и суставов в результате выполнения физических упражнений; во-вторых, в воспитании активной функции и укреплению силы растянутых мышц-антагонистов; в-третьих, в воспитании навыка прямохождения и передвижения первоначально с посторонней помощью, а затем и самостоятельно с помощью костылей, палочки, ортопедической обуви, тьюторов, аппаратов; в-четвертых, в стимулировании психического развития и воспитании правильной речи.

Развитие личности у детей с ДЦП в большинстве случаев проходит весьма своеобразно, хотя и по тем же законам, что и развитие личности нормально развивающихся детей. Специфика развития личности детей с ДЦП определяется как биологическими факторами, так и факторами социальными. Развитие ребенка в условиях болезни, а также неблагоприятные социальные условия негативно сказываются на формировании всех сторон личности ребенка, страдающего детским церебральным параличом.

1. Бадалян, Л.О. Невропатология / Л.О. Бадалян. – М.: Медицина, 2000. – 234 с.
2. Герцен, Г.И. Реабилитация детей с поражениями опорно-двигательного аппарата в санаторно-курортных условиях / Г.И. Герцен, А.А. Лобенко. – М. Медицина, 1991. – 271 с.
3. Гончарова, М.Н. Лечебная помощь детям с церебральными параличами / М.Н. Гончарова. – Л.: Медицина, 1962. – 86 с.
4. Дубровский, В.И. Лечебный массаж: учеб. для студ. сред. и высш. учеб. заведений / В.И. Дубровский. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – 464 с.
5. Ерохина, Л.Г. Болезни нервной системы (руководство для фельдшеров) / Л.Г. Ерохина, В.Б. Гельфанд. – 2-е изд., испр. и дополн. – Л.: Медицина, 1979. – 352 с.
6. Новинский, Г.Д. Точечный массаж / Г.Д. Новинский // Фельдшер и акушерка, 1985. – № 3. – С. 28–31.
7. Фищенко, П.Я. Детские церебральные параличи / П.Я. Фищенко. – Л.: Медицина, 1974. – 144 с.
8. Цукер, М.Б. Клиническая невропатология детского возраста / М.Б. Цукер.; изд. 2-е исправл. и доп. – М.: Медицина, 1978. – 464 с.