БЮджетное образовательное учреждение высшего образования

**Тольяттинский государственный университет**

институт физической культуры и спорта

кафедра адаптивной физической культуры спорта и туризма

**курсовая работа**

по дисциплине
 «Лечебная физическая культура»

**ТЕМА: «Применение игровых форм занятий ЛФК для детей 5-6 лет с диагнозом ДЦП»**

**Выполнила:** студент (ка) группы АФКб – 1401, Глоткина Л.А.

**проверила:** д.п.н. профессор, директор института физической культуры и спорта В.Ф. Балашова

**Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Оценка:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**СОГЛАСОВАНО:**

**Тольятти, 2017 г.**

**СОДЕРЖАНИЕ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ВВЕДЕНИЕ** | Стр.3 |
| **Глава I. Анализ проблемы по теме развития координации движений у детей с ДЦП средствами ЛФК** |  |
| 1.1.Понятие о детском церебральном параличе | Стр.5 |
| 1.2.Формы и характеристика ДЦП | Стр.7 |
| 1.3.Влияние игровых форм занятий лечебной физической культурой для детей с ДЦП | Стр.12 |
| **Глава II. Задачи, методы и организация исследования** |  |
| 2.1.Задачи исследования | Стр.15 |
| 2.2.Методы исследования | Стр.15 |
| 2.3.Организация исследования | Стр.17 |
| **Глава III**. **Результаты исследования и их обсуждение** | Стр.19 |
| **Заключение** | Стр.26 |
| **Список используемой литературы** | Стр.27 |
| **Приложения** | Стр.31 |

**Введение**

**Актуальность**. В настоящее время, к большому сожалению, растет количество заболеваний нервной системы, что является причинами нарушений многих функций организма. Среди таких заболеваний главное место занимает детский церебральный паралич [21].

 Детский церебральный паралич - одно из самых распространенных заболеваний, которое приводит не только к ограниченной жизнедеятельности, но и снижению качества жизни. Во многих странах, ДЦП, относится к ведущему хроническому заболеванию среди детей разного возраста, и составляет, примерно, от 1,7 до 7 на 1000 человек.

Число заболеваний ДЦП у детей растет с каждым годом. Это говорит о том, что данная проблема очень актуальна в наши дни и требует большого внимания. В России детским церебральным параличом страдают около 500 тысяч детей, от 1 года до 18 лет. В связи с тем, что таким детям очень часто не хватает двигательной активности, это негативно сказывается на их физическом развитии.

Поскольку проблема детских церебральных параличей очень значима и велика, интерес к ней увеличивается с каждым годом. Так как ДЦП ведет как к двигательным нарушениям, так и речевым, слуховым, нарушению зрения, дети становятся, не способны к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, мало обучаемы. Данные некоторых литературных источников говорят, что правильно подобранное, систематическое и комплексное лечение существенно снижает инвалидизацию детей. Различными исследователями предложено множество средств физической реабилитации детей с ДЦП, среди них хорошо зарекомендовала себя лечебная физическая культура, где упражнения построены, прежде всего, по принципу последовательности и систематичности, без чего невозможна комплексная реабилитация детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Игровые формы занятий - это эффективный способ увеличения как двигательной, так и эмоциональной сферы детей. Игры занимают важное место в исправлении двигательных нарушений детей с ДЦП и с помощью высоко эмоционального уровня помогают решать важные коррекционные задачи.

Существует различная литература, в которой говорится о благоприятном влиянии подвижных игр для здоровых детей. Однако воздействие игровых форм занятий на детей с ДЦП недостаточно изучено, в связи с чем, мы считаем, что данная тема будет актуальна.

**Гипотеза:** предполагается, что использование игровых форм занятий лечебной физической культурой благоприятно повлияет на развитие двигательной и эмоциональной сферы у детей с ДЦП 5-6 лет

**Объект исследования:** процесс развития двигательной и эмоциональной сферы у детей с ДЦП 5-6 лет

**Предмет исследования:** процесс проведения игровых форм занятий ЛФК для детей с ДЦП 5-6 лет

**Цель исследования:** обоснование эффективности применения игровых форм занятий ЛФК для детей с ДЦП 5-6 лет

**Задачи исследования.**

**1.**Изучить и проанализировать литературные источники по данной теме

**2.**Подобрать комплексы игровых упражнений ЛФК для детей с ДЦП 5-6 лет, направленных на развития двигательных способностей

**3.**Оценить эффективность подобранного комплекса для детей с ДЦП 5-6 лет

**Глава I. Анализ проблемы по теме развития координации движений у детей с ДЦП 5-6 лет средствами ЛФК**

* 1. **Понятие о детском церебральном параличе**

Понятие детский церебральный паралич многие авторы описывают по-разному. По словам Дубровского В.И.: «ДЦП — заболевания, обнаруживаемые у новорожденных и проявляющиеся не прогрессирующими двигательными нарушениями[11].

ДЦП рассматривают как полиэтиологическое заболевание мозга, начинающееся в интраиперинатальном периодах, для которого характерны двигательные, психические и речевые нарушения. Болезнь развивается вследствие родовой травмы с последующим кровоизлиянием в головной мозг, асфиксии плода, анемии, эндокринных заболеваний, внутриутробной инфекции, иммунологической несовместимости матери и плода, токсикозов при беременности, терапевтических воздействий, отягощенной наследственности».

По определению Ж. Айкарди.: «Детский церебральный паралич (ДЦП) — заболевание, возникающее в результате поражения головного мозга в перинатальном периоде или вследствие аномалии его развития и характеризующееся нарушениями двигательных и статокинетических функций, а также психоречевыми и сенсорными расстройствами, не прогрессирующее, отчасти поддающееся функциональной компенсации и коррекции»[1].

По мнению автора Наперстак М.А.: «Детские церебральные параличи — собирательный термин, объединяющий группу хронических не прогрессирующих симптомокомплексов двигательных нарушений, вторичных по отношению к поражениям и/или аномалиям головного мозга, возникающим в перинатальном периоде»[22].

Баранов А.А. в своем учебно-методическом пособии писал, что: «ДЦП — полиэтиологичное заболевание. Ведущей причиной развития ДЦП является повреждение или аномалии развития головного мозга

плода и новорожденного. Патофизиологическая основа формирования

ДЦП — поражение головного мозга в определенный период его развития с последующим формированием патологического мышечного тонуса (преимущественно спастичности) при сохранении позотонических рефлексов и сопутствующем нарушении становления цепных установочных

выпрямительных рефлексов»[5].

ДЦП является одним из самых сложных заболеваний ЦНС, основными особенностями которого являются:

-возникновение заболевания (внутриутробно или в процессе родов)

- совокупность отклонений (двигательная сфера, психическая, речевая)

- продолжительность заболевания (в основном на протяжении всей жизни)[12].

«Детские церебральные параличи представляют собой резидуальные состояния с не прогрессирующим течением. Однако по мере развития ребенка, особенно в раннем возрасте, клиническая симптоматика может видоизменяться. В настоящее время ясно, что термин «церебральные параличи» не отражает многообразия и сущности имеющихся при этом заболевании неврологических нарушений, однако его широко используют в мировой литературе, поскольку другого понятия, всесторонне характеризующего эти паталогические состояния, до настоящего времени не предложено»[3].

Ранними проявлениями ДЦП по данным Заваденко Н. Н. и Немковой С. А., являются: « задержка двигательного и психоречевого развития, отсутствие или задержка редукции врожденных и тонических рефлексов, а также задержка формирования установочных рефлексов, нарушения мышечного тонуса, повышение сухожильных рефлексов, появление патологических установок и синкинезий»[23].

Дети, имеющие диагноз детский церебральный паралич, имеют задержку и нарушение двигательной функции организма. У них позднее, чем у здоровых детей вырабатываются такие функции, как: удержание головы, сидение, стояние, ходьба, мелкая моторика. Двигательное развитие у детей с ДЦП варьируется. В связи с тем, что такие дети имеют в основном двигательные нарушения, все функции организма не могут развиваться правильно, поэтому вместе с двигательными нарушениями, с трудом формируется психическая и речевая функции. По данным источника «Заболевания нервной системы у детей под ред. Ж. Айкарди: «Распространенность ДЦП в России составляет 1,6–6 на 1000 доношенных детей, 9–40 на 1000 недоношенных»[1].

По мнению Немковой С.А.: «Наиболее значимые осложнения ДЦП

 Ортопедо-хирургические:

- патология тазобедренных суставов (нестабильность – у 70,4% пациентов)

- деформация стоп:

- вальгусная – больной ходит с опорой на внутренние отделы стоп (у 60%),

- эквинусная - пациент ходит на носках (у 24,5% больных),

- варусная – больной при ходьбе опирается на наружные края стоп (у 16%)

- сгибательные деформации коленных суставов – у 11%,

- пронаторная деформация предплечий – у 4%»[24] .

* 1. **Формы и характеристика ДЦП**

В настоящее время объединение ДЦП в нозологическую группу позволяет проводить различные мероприятия, направленные на их раннюю диагностику, лечение и профилактику. По мнению участника международной научно-практической конференции Бруйкова А.А.: «Аномальное распределение мышечного тонуса, нарушение координации, двигательные расстройства и снижение интеллекта ребенка-все это является характерной особенностью детского церебрального паралича и ограничивает бытовые возможности больного, при этом затрудняя его социальную адаптацию»[7].

Причиной детских церебральных параличей является патология в [коре](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D1%80%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D1%8C%D1%88%D0%B8%D1%85_%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D1%83%D1%88%D0%B0%D1%80%D0%B8%D0%B9), подкорковых областях, в капсулах или [стволе головного мозга](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%BE%D0%B7%D0%B3%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B9_%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE%D0%BB). Главным отличием ДЦП от других параличей  это нарушение редукции позотонических [рефлексов](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B5%D1%84%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D1%81_%28%D0%B1%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F%29), характерных для новорождённых

Несмотря на то, что у детей с ДЦП существует множество нарушений, можно выделить общие признаки, и классифицировать диагноз в однообразные группы.

 Описание различных формы детских церебральных параличей приведены в изданиях под редакцией Юнусова Ф.А., Клочковой Е.В., Бадалян Л.О., подразделяющих ДЦП на: « спастическую диплегию, спастическую гемиплегию, двойную гемиплегию, параплегию, моноплегию, атонически-астатический синдром, гиперкинетическую форму»[15]. Изучение ДЦП так же принадлежит австрийскому невропатологу Фрейду, который проанализировав все случаи, предложил разделение на 6 типов:

1. гемиплегия
2. церебральная диплегия
3. генерализованная ригидность
4. параплегическая ригидность
5. генерализованная хорея
6. двойной атетоз

В настоящее время все больше используется и пользуется большой популярностью классификация К.А. Семеновой. Согласно ей детские церебральные параличи делятся на следующие формы:

1. спастическая диплегия
2. двойная гемиплегия
3. гиперкинетическая форма
4. атонически-астатическая форма
5. гемиплегическая форма[27].

В основе этой классификации лежат главные черты данного заболевания, такие как, характер протекания и выраженные отклонения в двигательной сфере. Они обусловлены, прежде всего, паталогическим состоянием мышц и нарушением координационных способностей ребенка[26]. Согласно Международной классификации МКБ-10, детский церебральный паралич делится на:

G80.0 - Спастический церебральный паралич

G80.1 – Спастическую диплегию

G80.2 - Детскую гемиплегию

G80.3 - Дискинетический церебральный паралич

G80.4 - Атаксический церебральный паралич

G80.8 - Другой вид детского церебрального паралича[8].

**G80.0 Спастическая тетраплегия** или«двусторонняя гемиплегия».

Является одним из самых распространенных и тяжелых типов ДЦП, характерной особенностью которого является поражение всех конечностей, с преобладанием двигательных нарушений в руках[24].

Основная причина, по которой возникает данный тип ДЦП - это аномалии в развитии головного мозга, внутриутробные инфекции, перинатальная гипоксия с поражением полушарий головного мозга. У детей с этим типом детского церебрального паралича встречается ряд сопутствующих паталогий, среди них: патология черепных нервов (нарушение слуха, зрения, псевдобульбарные расстройства), когнитивные отклонения и нарушения в речи, также может наблюдаться эпилепсия, и вторичные ортопедические осложнения[5].

Из-за тяжелого двигательного дефекта данного типа дцп и отсутствия мотивации практически полностью исключается навык самообслуживания и трудовой деятельности[28].

**G80.1 Спастическая диплегия** или «спастический двусторонний ДЦП», так же имеет название «болезнь Литтла».

Спастическая диплегия является самым распространенным типом ДЦП, характерной особенностью которого является симметричное нарушение функций мышц, с преобладанием двигательных нарушений в ногах, больше чем руках. При данном типе дцп образуются деформации и контрактуры позвоночника и суставов.

По данным источника Немковой С. А., Заваденко Н. Н., Медведева М. И. «Современные принципы ранней диагностики и комплексного лечения перинатальных поражений центральной нервной системы и детского церебрального паралича»: «При спастической диплегии в анамнезе часто встречается недоношенность (67%), резко повышен тонус мышц конечностей, тела, языка, высокие сухожильные рефлексы, усилены тонические рефлексы, наблюдаются патологические установки и деформации конечностей, формируется спастическая походка с перекрестом, при этом ходят самостоятельно только половина больных, с опорой — 30%, остальные передвигаются в коляске. Характерны нарушения речи в виде спастической дизартрии, патология зрения у 70% больных»[23]. Так как спастический двусторонний дцп в основном преобладает у недоношенных детей и характеризуется изменением в головном мозге, восстановление двигательных возможностей будет намного сложнее, чем при спастическом гемипарезе.

 **G80.2 Гемиплегическая форма** или «Спастический односторонний ДЦП».

Характерной особенностью этой формы детского церебрального паралича является наличие одностороннего спастического гемипареза, когда рука поражена в большей степени, чем нога. Главными причинами поражения являются: геморрагический инсульт и врожденная аномалия развития головного мозга.

Дети с гемиплегической формой дцп позже других приобретают необходимые двигательные навыки, кроме того их социальная адаптация в большей степени зависит от интеллектуальных возможностей, а не двигательного дефекта. При такой форме дцп могут случаться приступы эпилепсии, наблюдается олигофрения, задержка психического развития и речевые расстройства.

**G80.3 Дискинетическая форма** или «гиперкинетическая форма».

Дискинетическая форма дцп проявляется, прежде всего, в виде непроизвольных движений (или гиперкинезов), повышении или понижении тонуса мышц, сочетающиеся с параличами и парезами, а также нарушениями речевой функции.

По данным иностранного источника Dan B., Mayston M., Paneth N., Rosenbloom L. «Cerebral palsy: science and clinical practice»: Одной из самых частых причин данной формы является перенесенная гемолитическая болезнь новорождѐнных с развитием «ядерной» желтухи, а также острая интранатальная асфиксия у недоношенных детей с селективным повреждением базальных ганглиев (status marmoratus). При этом, как правило, повреждаются структуры экстрапирамидной системы и слухового анализатора. Выделяются хореоатетоидный и дистонический варианты.

(Dan B., Mayston M., Paneth N., Rosenbloom L. Cerebral palsy: science and clinical practice).

У детей, страдающих данной формой дцп проявляется отсутствие правильной установки туловища и конечностей, интеллектуальные функции сохранены, что благоприятно влияет на социальную адаптацию и обучение, но нарушена эмоционально-волевая сфера.

**G80.4 Атаксическая форма** или может применяться термин ««атонически-астатическая форма».

Основной характеристикой данной формы дцп является пониженный мышечный тонус, атаксия и повышенные сухожильные и периостальные рефлексы. Основными причинами будут являться преобладающее повреждение мозжечка, гипоксически-ишемический фактор или врожденная аномалия развития[25].

У таких детей чаще всего встречается задержка интеллектуального развития, нарушения речи, тяжелые двигательные расстройства. Также из-за двигательных нарушений у 55 % детей, страдающих этой формой дцп, олигофрения, имеющая степень дебильности или имбецильности. В большинстве случаев при диагностировании этой формы, проявляются нераспознанные ранние наследственные атаксии[30]. Многолетние исследования показали, что основной причиной гемипаретических форм ДЦП стало внутриутробное поражение центральной нервной системы, не считающееся инсультом, так как не носит травматический характер[2].

* 1. **Влияние игровых форм занятий лечебной физической культурой для детей с ДЦП**

В восстановительном процессе лечения детского церебрального паралича применяются такие методы, как ЛФК, массаж, трудотерапия. Но наиболее значительным и эффективным средством является лечебная физическая культура, играющая важную роль для профилактики различных нарушений опорно двигательного аппарата[29].

Как отмечает Третьякова И.А.: «Под влиянием систематического применения физических упражнений улучшаются трофика опорно-двигательного аппарата и кровоснабжение в мышцах, увеличивается число капилляров и анастомозов сосудов. Наблюдаются повышение биоэлектрической активности мышц и усиление ферментативных процессов в них, что ведет к улучшению химизма мышечного сокращения и сократительных свойств мышц[29].

По мнению Епифанова В.А.: «Лечебная физическая культура применяется в комплексном лечении при различных заболеваниях и повреждениях организма и не имеет возрастных ограничений: это, прежде всего терапия регуляторных механизмов, использующая адекватные биологические пути мобилизации приспособительных, защитных и компенсаторных свойств организма для ликвидации патологического процесса»[14].

Среди различных средств лечебной физической культуры в дошкольном и младшем школьном возрасте можно выделить игровую деятельность, так как игры в первую очередь позволяют совершенствовать двигательные навыки, улучшать функции организма, и имеют общетонизирующее и эмоциональное воздействие на ребенка[13].

При детском церебральном параличе главными расстройствами являются повышенный тонус мышц, спастичные движения, неконтролируемые движения рук и ног. Все это является следствием нарушения движения, что приводит к ограниченному передвижению, и нарушению дыхательной функции, нарушенному кровообращению, быстрой утомляемости и ослабленной мышечной системе. Достичь оптимального возрастного развития детей с дцп можно с помощью различных форм занятий[25].

По мнению Малашиной М.А.: «Игры (подвижные и малоподвижные) являются самой приемлемой формой занятий физическими упражнениями с этой категорией детей. Ребенок, включаясь в сюжет игры, становится ее непосредственным участником, веселится и радуется, забывая о своих дефектах. Бесконечное разнообразие движений, из которых состоит подвижная игра, оказывает всестороннее воздействие на психофизическое и эмоциональное состояние ребенка, что создает положительные предпосылки для коррекции»[20].

Подвижные игры - это одно из эффективных средств увеличения двигательных возможностей ребенка. Игровые формы лфк занимают важное место в реабилитации и исправлении нарушенных двигательных способностей детей с дцп, и позволяют на значительном эмоциональном уровне решить задачи лечебного и воспитательного характера[10].

С.Д. Антонюк дает следующее определение подвижным играм: «это характерный вид двигательной деятельности. Подвижную игру можно отнести к деятельности, выполненной сознательно, которая направлена на решение поставленной цели»[2].

В процессе игровой деятельности, ребенок с дцп, использует движение естественного характера в отвлекающей легкой форме. В лечении и восстановлении детей с дцп так же важную роль выполняют отдельные упражнения в виде игр, имеющие незаконченный сюжет или развитие. Основные задачи, использования игровых форм на занятиях лечебной физической культурой – это увеличение двигательных возможностей ребенка, вертикальное положение тела и вырабатывание мелкой моторики. Данные задачи будут решаться только при условии расслабления спастических мышц и укрепления слабых и растянутых мышц[18].

Малоподвижные игры для детей с дцп должны носить целенаправленный характер. Например, методист, разложив кубики разного цвета и размера перед ребенком, может спросить, какие действия ребенок хочет совершить с ними. Ребенок может построить что-то, проговаривая все свои действия: «Я беру правой рукой большой синий кубик - это начало дома. Я беру большой белый кубик и ставлю его сверху - это первый этаж».

В таком процессе происходит активация сразу нескольких зон: двигательных, кинестетических, зрительных, слуховых и речевых[31].

Подвижные игры, в большей степени совершенствуют двигательные навыки в изменяющихся условиях среды, улучшают функции разнообразных анализаторов, и имеют мощное общетонизирующее и эмоциональное воздействие. Такие игры должны иметь элементы ходьбы, бега, ползания, преодоление разных преград, метания[19].

При проведении игровой деятельности с детьми дцп важно учитывать некоторые условия, такие как, адекватность, компетентность, регулярность, коррекционно-развивающую направленность, которая формирует основные структурные компоненты занятия. Именно регулярность применения игровых методов лечебной физической культуры может привести к неплохим результатам и улучшить двигательные навыки детей[9].

**Глава II. Задачи, методы и организация исследования**

**2.1.Задачи исследования**

**1.**Изучить и проанализировать литературные источники по данной теме

**2.**Подобрать комплексы игровых упражнений ЛФК для детей с ДЦП младшего школьного возраста, направленных на развитие двигательных способностей

**3.**Оценить эффективность подобранного комплекса для детей с ДЦП младшего школьного возраста

**2.2.Методы исследования**

 Для решения поставленных задач и проведения исследования использовались следующие методы:

1.Анализ научно-методической литературы

2.Педагогическое наблюдение

3.Проведение контрольных тестов

4.Метод педагогического эксперимента

5.Метод математико-статической обработки данных, полученных при исследовании

**1.Анализ научно-методической литературы**

При написании курсовой работы изучались, анализировались и обобщались около 30 источников научной и методической литературы. Анализ источников проводился по теме «Применение игровых форм занятий ЛФК для детей с ДЦП 5-6 лет». Были изучены источники различных авторов о детском церебральном параличе, их формах и характеристике, а так же о влиянии игровых форм лфк на детей с дцп.

**2.Педагогическое наблюдение**

Педагогическое наблюдение осуществлялось за детьми с детским церебральным параличом в процессе их занятий ЛФК в коррекционно- развивающем центре. Наблюдение проводилось с целью контроля над ходом педагогического эксперимента. В ходе занятий осуществлялась фиксация наблюдаемых явлений с целью установки дальнейшей программы исследования.

**3.Проведение контрольных тестов**

Тестирование - это процесс или метод исследования, позволяющий определить умения, навыки и способности человека.

Для проведения испытания были подобраны и использованы следующие тесты:

1.Приседания. Сидя на невысоком стуле или другой поверхности, ребенок опирается ногами о пол, инструктор находится перед ребенком и удерживает его за колени. Ребенку необходимо подняться, наклоняя туловище вперед, затем опуститься. Подсчитывается количество раз, которое ребенок смог подняться и опуститься за 30 сек.

2.Поднимание туловища из положения, лежа на спине. Ребенок лежит на мате или гимнастической скамье, руки скрестно перед грудью, инструктор удерживает ноги. Ребенку необходимо поднять и опустить туловище. Подсчитывается наибольшее количество раз, выполненных за 30 сек.

3.Координация. Ребенок стоит ногами на балансировочной доске, инструктор страхует его, стоя рядом с ним. Посчитывается максимальное время, в течение которого ребенок способен удержаться и простоять на балансировочной доске.

4. Ловкость. Ребенок сидит на стуле, инструктор находится на расстоянии двух метров от него. Ребенку необходимо поймать легкий, резиновый мяч, диаметром 20 см, брошенный инструктором. Количество бросков-10. Подсчитывается количество пойманных мячей.

5. Меткость. Ребенок находится у опоры, на расстоянии трех метров от него находятся 10 кеглей. Ему необходимо бросить мяч так, чтобы сбить стоящие перед ним предметы. Инструктор подсчитывает количество кеглей, которое ребенок сбил одним броском.

**4.Метод педагогического эксперимента**

В ходе педагогического эксперимента оценивались физические способности детей с диагнозом дцп, при применении игровых форм ЛФК. В дальнейшем, мы разделили детей на 2 группы: контрольную и экспериментальную. В каждой группе находилось по 7 человек.

Эксперимент проходил в два этапа. На первом - мы знакомились с методикой проведения занятий и их направленностью. На втором этапе проводилось тестирование детей. После чего дети и были разделены на 2 группы. В контрольной группе использовалась обычная методика ЛФК, а в экспериментальной использовалась игровая форма ЛФК.

**5.Математико-статистический анализ.**

При помощи математико-статистической обработки проводился для обработки результатов, полученных при проведении эксперимента. Использовались специальные формулы, с помощью которых рассчитывались средняя арифметическая величина, стандартное отклонение, ошибка средней арифметической.

**2.3.Организация исследования**

Исследование проводилось на базе коррекционно-развивающего центра «Дети-Ангелы» г. Тольятти (г. Тольятти ул. Жукова 44), с сентября по декабрь 2017 года. В начале исследования были поставлены цели и задачи, с помощью которых мы определили последовательность данного эксперимента.

В нашем исследовании участвовали дети с диагнозом ДЦП, имеющие одинаковую форму и физические навыки. Общее количество детей, которые приняли участие в эксперименте – 14 человек. Всех детей мы разделили на 2 группы: экспериментальную и контрольную. В каждой группе находилось по 7 человек.

Контрольная группа продолжила заниматься по стандартной методике ЛФК, а в экспериментальной группе использовалась игровая методика лечебной физической культуры. Исследование проводилось в течение 4 месяцев и включало три этапа.

На первом этапе использовался метод педагогического наблюдения, и проводилось первичное тестирование детей, имеющих диагноз ДЦП.

На втором этапе проводилась обработка, полученных в ходе проведения тестов, данных, а также составление комплекса упражнений для экспериментальной группы.

На третьем, заключительном этапе было проведено повторное тестирование, обрабатывались данные нашего исследования, а также проводился анализ полученных результатов и построение графиков.

**Глава III**. **Результаты исследования и их обсуждения**

Сопоставление средних результатов тестирования двигательных навыков детей с ДЦП в контрольной и экспериментальной группе, не выявило достоверных различий показателей (таблица 1, 2). Следовательно, экспериментальная и контрольная группы были подобранны правильно.

В процессе нашего исследования были получены результаты, которые приведены ниже в виде таблиц. В данных таблицах отображены результаты тестирований до и после педагогического эксперимента. Динамика показателей, исследуемых после повторного тестирования, имеет положительный характер изменений, в обеих группах, что говорит о благоприятном влиянии занятий лечебной физической культурой с применением игровых форм.

**Таблица 1.**

**Результаты тестирования двигательных навыков детей с ДЦП в начале педагогического исследования**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Тесты | КГ |  |  |  | ЭГ |  | t | p |
| X | σ | m | X | σ | m |
| Приседания (кол-во) | 4,5 | 0,93 | 0,33 | 4,62 | 1,06 | 0,38 | 0,25 | >0.05 |
| Поднимание туловища (кол-во)  | 6,38 | 0,92 | 0,32 | 6,12 | 1,13 | 0,4 | 0,49 | >0.05 |
| Координация (с)  | 6,32 | 1,23 | 0,43 | 5,92 | 1,22 | 0,43 | 0,66 | >0.05 |
| Ловкость (кол-во) | 4,25 | 1,04 | 0,37 | 4,5 | 1,2 | 0,42 | 0,45 | >0.05 |
| Меткость (кол-во) | 5,12 | 1,13 | 0,4 | 4,88 | 1,25 | 0,44 | 0,42 | >0.05 |

После первичного тестирования дети с детским церебральным параличом, которые входили в контрольную группу продолжали заниматься тем же комплексом упражнений лечебной физической культуры, а дети, входившие в экспериментальную группу стали заниматься по специально подобранному комплексу лечебной физической культуры с применением игровых форм.

В конце педагогического исследования нами провелось повторное тестирование двигательных способностей детей с ДЦП, которое показало, что рост показателей произошел в обеих группах, но показатели экспериментальной группы превысили показатели контрольной. Это говорит о положительном характере изменений вследствие применения игровых форм ЛФК.

**Таблица 2.**

**Результаты тестирования двигательных навыков детей с ДЦП в конце педагогического исследования**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Тесты | КГ |  |  |  | ЭГ |  | t | p |
| X | σ | m | X | σ | m |
| Приседания (кол-во) | 7,62 | 0,74 | 0,26 | 8,62 | 0,74 | 0,26 | 2,69 | >0.05 |
| Поднимание туловища (кол-во)  | 8,88 | 1,13 | 0,4 | 10,5 | 0,93 | 0,33 | 3,15 | >0.05 |
| Координация (с)  | 8,08 | 1,44 | 0,51 | 10,16 | 1,3 | 0,46 | 3,04 | >0.05 |
| Ловкость (кол-во) | 5,5 | 1,2 | 0,42 | 7,75 | 1,04 | 0,37 | 4,02 | >0.05 |
| Меткость (кол-во) | 6,25 | 1,39 | 0,49 | 8 | 1,07 | 0,38 | 2,82 | >0.05 |

Согласно результатам проведенного педагогического эксперимента можно сделать выводы по всем показателям тестирований (приседание, поднимание туловища, координация, ловкость, меткость). Результаты сравнительно улучшились в двух группах, но в экспериментальной группе они значительно выше, чем в контрольной, что явилось следствием целенаправленной работы на развитие двигательных навыков детей с ДЦП средствами игровых форм ЛФК.

Из **Таблицы 2** видно, что результаты всех тестов выросли на достоверно значимые величины (р.<0,05), что говорит о положительном влиянии подобранного комплекса игровых упражнений ЛФК на развитие двигательных навыков у детей с ДЦП.

Рис.1. Динамика приседаний

Согласно результатам теста №1 (приседания), проведенного в конце эксперимента, средние показатели обеих групп, как экспериментальной, так и контрольной, достоверно увеличились (табл.2; рис.1) по сравнению с началом исследования. Но стоит заметить, что показатели экспериментальной группы оказались выше, чем у контрольной. В конце эксперимента у КГ средний показатель врос на 69% и составил (7,62), а у экспериментальной на 86%, и составил (8,62). Следовательно, можно сказать о положительном влиянии игровой методики ЛФК на детей с ДЦП.

Рис.2 Поднимание туловища

Согласно результатам теста №2 (поднимание туловища из положения лежа на спине), проведенного в конце эксперимента, средние показатели обеих групп, также увеличились (табл.2; рис.2) по сравнению с началом исследования. Следует отметить, что показатели экспериментальной группы оказались выше, чем у контрольной. В конце эксперимента у КГ средний показатель врос на 39% и составил (8,88), а у экспериментальной на 71%, и составил (10,5). Следовательно, можно сказать о положительном влиянии подобранного комплекса ЛФК на развитие двигательных навыков детей с ДЦП.

Рис. 3 Координация

Согласно результатам теста № 3 (координация), проведенного в конце эксперимента, средние показатели обеих групп, увеличились (табл.2; рис.3) по сравнению с началом исследования. Но показатели экспериментальной группы оказались выше, чем у контрольной. В конце эксперимента у КГ средний показатель врос на 26% и составил (8,08), а у экспериментальной на 72%, и составил (10,16). Следовательно, можно сказать о положительном влиянии подобранного комплекса ЛФК на развитие координации движений у детей с ДЦП.

Рис.4 Ловкость

Согласно результатам теста № 4 (ловкость), проведенного в конце эксперимента, средние показатели обеих групп достоверно увеличились (табл.2; рис.4) по сравнению с началом исследования. Но стоит отметить, что показатели экспериментальной группы увеличились больше, чем у контрольной. В конце эксперимента у КГ средний показатель врос на 29% и составил (5,5), а у экспериментальной на 39%, и составил (7,75). Следовательно, наблюдается положительное влияние занятий ЛФК с применением игр на детей с ДЦП.

Рис.5 Меткость

Согласно результатам теста № 5 (меткость), проведенного в конце эксперимента, средние показатели обеих групп достоверно увеличились (табл.2; рис.5) по сравнению с началом исследования. Но стоит отметить, что показатели экспериментальной группы увеличились больше, чем у контрольной. В конце эксперимента у КГ средний показатель врос 22% и составил (6,25), а у экспериментальной на 64%, и составил (8). Следовательно, наблюдается положительное влияние занятий ЛФК с применением игр на детей с ДЦП.

По итогам всех вышеперечисленных данных, можно говорить о том, что прирост показателей произошел в обеих группах, но по отношению к контрольной группе, показатели экспериментальной оказались выше.

Результаты, полученные в ходе исследования, показали, что использование игрового метода лечебной физической культуры оказывают благоприятное влияние на улучшение двигательных навыков детей с детским церебральным параличом, в частности таких, как выносливость, координация, ловкость, меткость.

**Заключение**

1. Проанализировав данные литературных источников по теме: «Применение игровых форм занятий ЛФК для детей 5-6 лет с диагнозом ДЦП», было определено, что в настоящее время, к большому сожалению, растет количество заболеваний нервной системы, что является причинами нарушений многих функций организма. Среди таких заболеваний главное место занимает детский церебральный паралич.

Игровые формы занятий - это эффективный способ увеличения как двигательной, так и эмоциональной сферы детей. Игры занимают важное место в исправлении двигательных нарушений детей с ДЦП и с помощью высоко эмоционального уровня помогают решать важные коррекционные задачи.

2. После подбора тестов для выявления двигательных навыков детей с ДЦП, было проведено первичное тестирование. После чего детей разделили на две группы, контрольную и экспериментальную. Тестировались выносливость, координация, ловкость и меткость. Средние результаты обоих групп до педагогического эксперимента практически не отличались.

3. В конце исследования проводилось повторное тестирование. Данные показали, что у обеих групп произошел рост результатов, но у экспериментальной группы они значительно выше, чем у контрольной.

Достоверное улучшение таких двигательных навыков как, выносливость, координация, ловкость, меткость, у детей экспериментальной группы свидетельствует о правильном использовании комплексов ЛФК с применением игровых форм на улучшение и развитие двигательных навыков детей с ДЦП.

Таким образом, можно сделать вывод, что специально подобранный комплекс упражнений лечебной физической культуры положительно влияет на развитие двигательных навыков детей с ДЦП 5-6 лет.

**Список используемой литературы**

1. Айкарди Ж. Заболевания нервной системы у детей. Под ред. М., Бином, 2013. Т. 1, с. 221–259.
2. Антонюк С.Д. Влияние направленной игротерапии на формирование сенсомоторного интеллекта у детей с проблемами в развитии / Антонюк С.Д., Хватова М.В., Макарова Л.Н. // Адаптивная физическая культура. – 2004. - № 4. - С. 11-12.
3. Бадалян Л.О. Детская неврология: учеб. Пособие / Бадалян Л.О.– 4-е изд. – М.: МЕДпрессинформ, 2016. – 608 с.
4. Бадалян Л. О. Детские церебральные параличи: ДЦП, ЛФK, неврология/. Бадалян Л. О, Журба Л. Т, Тимонина О. В. – М.: Книга по Требованию, 2013 – 325 с.
5. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Куренков А.Л., Клочкова О.А., Каримова Х.М., Мамедъяров А.М., Жердев К.В., Кузенкова Л.М., Бурсагова Б.И. Комплексная оценка двигательных функций у пациентов с детским церебральным параличом: учеб. - Метод. Пособие/ Баранов А.А. [и др.]; Федеральное госбюджетное науч. учреждение Науч. центр здоровья детей. – М.: ПедиатрЪ, 2014 – 84 с.
6. Баранов А.А., Куренков А.Л Намазова-Баранова Л.С., Клочкова О.А., Каримова Х.М., Мамедъяров А.М., Жердев К.В., Кузенкова Л.М., Бурсагова Б.И. Комплексная оценка двигательных функций у пациентов с детским церебральным параличом: учеб.-метод. пособие / Баранов А.А. [и др.].Федеральное госбюджетное науч. учреждение Науч. центр здоровья детей. – М.: ПедиатрЪ, 2014. – 84 с.
7. Бруйков / Алла Ивановна, Алексей Александрович // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. - 2013. - № 1. - С. 68-70. - Библиогр.: с. 70.
8. Батышева Т.Т. [и др.]. Роль физических факторов в реабилитации детей с церебральным параличом [[Текст]] / Татьяна Тимофеевна [и др.];//Детская и подростковая реабилитация. - 2014. - № 2 (23). - С. 5-14. - Библиогр.: с. 13.
9. Ганзина, Н.В. Подвижные и спортивные игры как средство рекреации и социальной адаптации инвалидов с ДЦП / Ганзина Н.В, Губарева Т.И. // Спорт, духовные ценности, культура. - М., 2014. - Вып. 8. - С. 175-186.
10. Грецов, А. Г. Подвижные игры в психологических тренингах / А.Г. Грецов // Адаптивная физическая культура. – 2014. - № 1. - С. 32-33.
11. Дубровский В.И. Лечебная физическая культура (кинезотерапия): Учеб. Для студ. высш. учеб, заведений. —— 2-е изд., стер. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2013. — 608 с.
12. Дубровский В.И. Спортивная медицина: Учеб. Для студ. высш. Учеб. Заведений. — 2-е изд., доп. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС 2013.—512с.
13. Дорофеева, И.Е. Роль подвижных игр в воспитании детей дошкольного возраста / Дорофеева И.Е. // Проблемы педагогики. 2015. - №1 (2) С. 47–49.
14. [Епифанов В.А. Лечебная физическая культура. Справочник. – М.: Авторская академия, 2016. – 448 с.](http://litra.studentochka.ru/book?id=135455415)
15. Клочкова, Е. В. Введение в физическую терапию. Реабилитация детей с церебральным параличом и другими двигательными нарушениями неврологической природы / Клочкова Е.В. - М.: Теревинф, 2014. - 288 c.
16. Клочкова О.А., Куренков А.Л., Намазова-Баранова Л.С., Мамедъяров А.М., Жердев К.В. Общее моторное развитие и формирование функции рук у пациентов со спастическими формами детского церебрального паралича на фоне ботулинотерапии и комплексной реабилитации// Вестник РАМН. 2013. – Т. 11. – С. 38-48.
17. Куренков А.Л, Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С.,., Клочкова О.А., Каримова Х.М., Мамедъяров А.М., Жердев К.В., Кузенкова Л.М., Бурсагова Б.И. Комплексная оценка двигательных функций у пациентов с детским церебральным параличом: учеб. - Метод. Пособие / Баранов А.А. [и др.]. Федеральное госбюджетное науч. учреждение Науч. центр здоровья детей. – М.: ПедиатрЪ, 2014. – 84 с. 3.
18. Ладина О.А. Развитие мелкой моторики у младших школьников с ДЦП на уроках технологии [Текст] / О.А. Ладина // статья. – Москва, 2012 С. 10-12.
19. Лильин Е. Т. и др. Особый ребенок. Знайте и умейте. В помощь специалистам и родителям детей, страдающих ДЦП // Детская и подростковая реабилитация. – 2013 - № 1 – С. 3-49.
20. Малашина, Н. А. Использование игр и упражнений в развитии ручных умений дошкольников с детским церебральным параличом (спастическая диплегия) // Коррекц. педагогика. – 2007 - № 5 –С. 55-62.
21. Мамедова Л.В., Мингазова М.В. Психолого-педагогический аспект развития мелкой моторики у детей с детским церебральным параличом. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015 – № 12-1. – С. 76-78; 28.
22. Наперстак, М.А.  Методические подходы к диагностике и реабилитации детей, страдающих детским церебральным параличом / Наперстак М.А.. - М.: НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2012. - 46с.
23. Немкова С. А., Заваденко Н. Н., Медведев М. И. Современные принципы ранней диагностики и комплексного лечения перинатальных поражений центральной нервной системы и детского церебрального паралича. Методическое пособие. М., 2013. 76 с.
24. Немкова, С.А. Детский церебральный паралич: диагностика и коррекция когнитивных нарушений // Немкова С.А.. М.: Союз педиатров России, 2012. - 60с.
25. Немкова С.А., Заваденко Н.Н., Аргунова Г.В. Особенности регуляции

вертикальной устойчивости у детей и подростков с последствиями черепно-мозговой травмы. // Вопросы практической педиатрии. 2014, № 1 С.70-75.

1. Смирнова, А. В. (учитель-дефектолог; заведующий отделением раннего вмешательства; КГБУСО "Краевой реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья "Журавлики", г. Барнаул Алтайского края). Мотивация собственной двигательной активности детей раннего возраста с церебральным параличом / Анастасия Викторовна; Смирнова А. В. // Логопед. - 2013. - № 4. - С. 53-61. - Библиогр.: с. 61
2. Семенова К.А. Лечение двигательных расстройств при детском церебральном параличе/ К.А.Семенова: М.:Медицина, 1976.-185с.
3. Трунов А. Лечение ДЦП [Текст]: революционный метод реабилитации Гленна Домана /, Москва: Амрита-Русь, 2015
4. Третьякова, Н. В. Лечебная физическая культура и массаж: учебное пособие / Н. В. Третьякова. Екатеринбург: Изд-во. Рос. Гос. проф. - пед. ун-та, 2013, 357 с.
5. Умнова В. В Детский церебральный паралич: эффективные способы борьбы с двигательными нарушениями / Под ред. СПб, 2013. 235 с.
6. Хольц Р. Помощь детям с церебральным параличом. Под ред. Клочковой Е.В.. // М.: Теревинф, 2015 – 336 с.

**Приложения**

Приложение 1

иСостав контрольной и экспериментальной группы

Контрольная группа

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | ФИО ребенка | Возраст | Диагноз |
| 1 |  Соколов Максим |  6 лет | Атаксическая форма |
| 2 | Трусов Семен | 6 лет | Дискинетическая форма |
| 3 | Максимов Ярослав | 5 лет | Атаксическая форма |
| 4 | Горюнова Мария | 5 лет | Дискинетическая форма |
| 5 | Баринов Антон | 5 лет | Атаксическая форма |
| 6 | Кацирко Дмитрий | 6 лет | Дискинетическая форма |
| 7 | Иванова Ксения | 5 лет | Дискинетическая форма |
| 8 | Галкина Елизавета | 5 лет | Дискинетическая форма |

Экспериментальная группа

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | ФИО ребенка | Возраст | Диагноз |
| 1 |  Говорухина Ксения |  6 лет | Атаксическая форма |
| 2 | Карпов Данил | 6 лет | Дискинетическая форма |
| 3 | Павлова Алена | 5 лет | Атаксическая форма |
| 4 | Пешков Илья | 5 лет | Дискинетическая форма |
| 5 | Васильев Павел | 5 лет | Атаксическая форма |
| 6 | Носова Виктория | 6 лет | Дискинетическая форма |
| 7 | Краснова Юлия | 5 лет | Дискинетическая форма |
| 8 | Щеглов Валерий | 5 лет | Дискинетическая форма |

Приложение 2

Подвижные игры для детей с ДЦП 5-6 лет

1.«Кошки и мышки». Направлена на развитие координации движений и равновесия.

Инвентарь: мягкие игрушки («кошки» и «мышки»)

Дети становятся или садятся в круг. Один игрок держит в руках игрушку «кошку», другой «мышку». По команде инструктора дети передают игрушки по кругу так, чтобы «кошка» догнала «мышку»

2. «Спрячь кубик». Направлена на развитие координации и реакции движений.

Инвентарь: мягкие игрушки «кубики»

Дети садятся по кругу. Рядом с каждым ребенком лежит мягкий кубик.

Инструктор находится в центре круга и старается забрать кубик у одного из детей. Как только инструктор оказывается рядом с кубиком, ребенку необходимо взять игрушку в руки и поднять вверх. Если кто то из детей не успевает это схватить кубик, он временно выходит из игры.

3. «**Попади в корзину». Направлена на развитие меткости и ловкости.**

Инвентарь: большая яркая корзина, резиновые мячи.

Дети находятся на расстоянии двух 1,5-2-х метров от корзины, в руках у каждого мяч. Необходимо бросить мяч так, чтобы он попал в корзину. У кого больше мячей попало в корзину, тот и выиграл.

4. «**Строим пирамидку». Направлена на развитие мелкой моторики рук и координации.**

Инвентарь: кубики разного цвета.

Детям необходимо построить пирамидку, ставя как можно больше кубиков друг на друга. При этом можно проговаривать свои действия: «я беру правой рукой синий кубик, я беру красный кубик и ставлю его сверху и т.д.».

5. «Сбить кегли» Направлена на развитие точности.

Инвентарь: резиновые мячи, кегли.

Кегли находятся на расстоянии 1,5-2х метров от детей. Ребенку одним броском необходимо сбить как можно больше кеглей.

6. «Не упади». Направлена на развитие равновесия, координации, внимание.

Инвентарь: фитболы

Дети садятся на фитболы лицом друг к другу. По сигналу инструктора, играющие должны дотянуться и коснуться руками плеч партнера, при этом держать равновесие и не упасть.

7. «Успей занять место» Направлена на развитие внимания, двигательной точности, реакции.

Инвентарь: стулья

Стулья стоят по кругу, на один меньше чем игроков. Под музыку дети начинают двигаться вокруг стульев, как только музыка заканчивается, каждый старается занять место на стуле. Тот, кто не успел сесть, на время выбывает из игры.

8. «Повторяй за мной» Направлена на нормализацию тонуса и укрепление мышц.

Дети садятся на стул или на пол. Инструктор встает перед ними, показывая разные упражнения и движения (например, круговые движения руками, или головой и т.д.) Перед началом игры, выбирается одно движение, которое дети не должны повторять, вместо него необходимо хлопать в ладоши. Ребенку, который ошибся, дается один штрафной балл. После пяти баллов, игрок выходит из игры, но может выполнять упражнения дальше.