



МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ГУМАНИТАРНО-
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(ФГБОУ ВО «ЮУрГГПУ»)

ФАКУЛЬТЕТ ИНКЛЮЗИВНОГО И КОРРЕКЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КАФЕДРА СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКИ, ПСИХОЛОГИИ И
ПРЕДМЕТНЫХ МЕТОДИК

ПОДВИЖНЫЕ ИГРЫ КАК СРЕДСТВО КОРРЕКЦИИ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ У
СТРАШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Выпускная квалификационная работа
по направлению 44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование
Направленность (профиль)
«Дефектология»

Выполнила:
Студентка группы ОФ-406/101-4-1
Панасюк Кристина Андреевна
Научный руководитель:
к.п.н., доцент кафедры СПиПМ
Дружинина Лилия Александровна

Проверка на объем заимствований:

54,89 % авторского текста

Работа _____ к защите
рекомендована/не рекомендована

« 14 02 20 18 г. из 6

зав. кафедрой специальной педагогики,
психологии и предметных методик

Дружинина
к.п.н., доцент Л.А. Дружинина

Челябинск
2018

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
ГЛАВА 1. АНАЛИЗ ПСИХОЛОГО – ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ВОПРОСУ ДЦП У СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ.....	6
1.1 Понятие ДЦП. Формы, причины возникновения и развития ДЦП.....	6
1.2 Понятие двигательная активность. Особенности двигательного развития детей с ДЦП.....	14
1.3 Коррекция двигательной активности у детей с ДЦП.	19
1.4 Роль подвижной игры в коррекции двигательной активности.	26
Выводы по главе 1.....	31
ГЛАВА 2. ЭКСПЕРЕМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО ИЗУЧЕНИЮ СОСТОЯНИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЦП.....	33
2.1 Изучение двигательной активности у детей с ДЦП.....	33
2.2 Содержание коррекционной работы по развитию двигательной активности у детей с ДЦП в процессе подвижной игры.....	45
Выводы по главе 2.....	52
ЗАКЛЮЕНИЕ.....	53
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	57

ВВЕДЕНИЕ

Для детей с детским церебральным параличом необходимо оказание специально организованной помощи медико – социального и психолого – педагогического характера. Важнейшим аспектом для успешной социальной интеграции и развития в целом у детей с ДЦП является своевременная и качественная диагностика, а в дальнейшем регулярная коррекция и профилактика двигательных, психических, поведенческих расстройств. Вместе с этим, стоит отметить, что для успешного включения в социум вышеперечисленных действий недостаточно. Не менее важным пунктом в развитии коммуникативных умений у детей с ДЦП является двигательная активность. Сформированность достаточного уровня двигательных умений будет благоприятно влиять на жизнь ребёнка в обществе.

В настоящее время отмечается многочисленное количество работ, посвященных проблеме обучения, лечения, воспитания, реабилитации, коррекции детей с ДЦП. Самыми известными клиницистами, педагогами, психологами в данной сфере являются: *Л.О. Бадалян, Л.И. Виноградова, М.В. Ипполитова., Э.С. Калижнюк, И.И. Кириченко, К.А. Семенова, Т.И.Серганова, О.В. Степанченко, Л.М. Шипицына и другие.* Анализируя их работы, стоит отметить, что все авторы делают акцент на большую значимость развития двигательных навыков в системе комплексной реабилитации на ранних годах жизни ребёнка.

Содержащиеся в литературе и дополнительных источниках материалы говорят о том, что на протяжении всего процесса лечения, коррекции, формирования двигательных навыков и развития зрительно-моторной координации, роста, наблюдается созревание конечных звеньев двигательных анализаторов. Осуществление реабилитационных мероприятий на ранних стадиях возрастного развития обеспечивает угасание влияния

патологических рефлексов. Важным пунктом в комплексной реабилитации дошкольников с ДЦП является раннее развитие трудовых навыков, что влечёт за собой необходимое наличие достаточного уровня двигательных возможностей и наглядных форм мышления у детей с церебральным параличом.

Объект исследования –двигательная активность у старших дошкольников с ДЦП.

Предмет – содержание коррекционной работы по формированию двигательных умений у старших дошкольников с ДЦП.

Цель исследования – изучить и практически обследовать возможности коррекции двигательной активности у старших дошкольников с ДЦП в процессе подвижных игр.

Задачи исследования:

1. Изучить и проанализировать методику, по которой проводилось исследование;
2. Осуществить исследование состояния двигательной активности у старших дошкольников с ДЦП;
3. Разработать комплекс подвижных игр, направленных на коррекцию двигательной активности у старших дошкольников с ДЦП.

Методы исследования:

1. Теоретические – изучение и анализ психологической, педагогической и медицинской литературы по теме исследования.

2. Эмпирические – педагогическое наблюдение, констатирующий и формирующий эксперимент, устный опрос, качественный и количественный анализ экспериментальных данных.

База исследования:

МДОУ ЦРР-ДС №181 г. г.Челябинска.

Структура работы включает в себя: введение, две главы, выводы по главам, заключение и список литературы.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ДЦП

1.1 Понятие ДЦП. Формы, причины возникновения и развития ДЦП

Детский церебральный паралич (ДЦП) – это заболевание центральной нервной системы, которое возникает в результате поражения одного или более отделов головного мозга.

Отечественный невропатолог *Л. О. Бадалян* в 1983 г. предложил называть данную патологию «дизонтогенетические поступательные дискинезии». Он отмечал, что поражение нервной системы в данном случае представляет собой не «поломку» уже готового механизма, а задержку его развития и становления. «Нарушения нельзя считать исключительно церебральными, так как механизм реализации патологической двигательной активности лежит не горизонтально, а охватывает всю вертикальную систему регуляции движений».[3]

ДЦП – понятие, объединяющее группу двигательных расстройств, возникающих вследствие повреждения различных мозговых структур в перинатальном периоде. Детский церебральный паралич может включать моно-, геми-, пара-, тетра- параличи и парезы, патологические изменения мышечного тонуса, гиперкинезы, нарушения речи, шаткость походки, расстройства координации движений, частые падения, отставание ребенка в моторном и психическом развитии. При ДЦП могут наблюдаться нарушения интеллекта, психические расстройства, эпилепсия, нарушения слуха и зрения.

Детский церебральный паралич (ДЦП) - тяжёлое мультифакториальное заболевание нервной системы, обусловленное вредоносными воздействиями на мозг в различные периоды внутриутробного

развития ребёнка, во время родов и в первые недели жизни. Время воздействия вредоносных факторов определяет картину болезни в большей степени, чем характер воздействующих факторов. Медицинской наукой накоплены огромные данные о причинах возникновения детского церебрального паралича. Многочисленные исследования свидетельствуют о нарушении развития плода под влиянием различных вредных факторов. Проблемам изучения больных ДЦП разного возраста посвящены многочисленные работы клиницистов, педагогов, психологов (*Л.О. Бадалян, Л.И. Виноградова, М.В. Ипполитова., Э.С. Калижнюк, И.И. Кириченко, К.А. Семенова, Т.И.Серганова, О.В. Степанченко, Л.М. Шипицына и др.*).

Большинство авторов считают диагноз ДЦП собирательным, объединяющим группу нейропсихосоматических синдромов, возникающих в результате недоразвития и/или повреждения мозга в раннем периоде его развития и в дальнейшем проявляющихся, прежде всего, неспособностью сохранять позу и выполнять произвольные движения (*Иваницкая И. Н., 1993*).

Клиническая картина ДЦП прежде всего представлена сочетанием ранних аномально развитых автоматизмов с патологическими автоматизмами, формирующимися на последующих стадиях развития организма, что и придает заболеванию особый процессуальный характер течения (*Бадалян Л. О., Дунаевская Г. Н., Скворцов И. А., 1983*).

В настоящее время доказано, что более 400 факторов могут оказать повреждающее действие на центральную нервную систему развивающегося плода.[4]

Принято выделять: пренатальные, перинатальные и постнатальные неблагоприятные факторы, имеющие отношения к происхождению ДЦП.

Сегодня существует несколько классификаций форм детского церебрального паралича.

Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ–10):

1. Спастическая форма ДЦП (спастическая тетраплегия, диплегия, гемиплегия);
2. Дискинетическая форма;
3. Атаксическая форма;
4. Смешанные формы ДЦП;
5. Неуточненная форма.

Спастическая тетраплегия. Данная форма представляет собой тяжелую форму ДЦП, в основе которой лежит повреждение структур головного мозга из-за кислородного голодания в момент беременности. В головном мозгу наблюдается процесс частичного отмирания нейронов и, происходит «разжижение» нормальной структуры нервных тканей. Одна вторая детей, страдающих этой формой детского церебрального паралича, имеет сочетанную патологию (как правило, эпилепсию). Включение в процесс большого количества структур головного мозга приводит к развитию псевдобульбарного синдрома, который выражается в нарушении процессов глотания, говорения, звукообразования и т.д. В данный симптом комплекс входят явления насильственного плача или смеха, которые могут развиваться в ответ на любые действия (например, прикосновение ложкой к зубам и др.).

Спастическая тетраплегия проявляется парезом мышц рук и ног, нарушением зрения, речи, внимания, умственного развития. Из-за сильного пареза мышц рук и ног часто происходит образование своего рода стяжек, которые ведут к деформации нормального положения тела, верхних и

нижних конечностей. Повреждение структур головного мозга часто затрагивает черепные нервы, что влечет за собой косоглазие, атрофию зрительного нерва с развитием слепоты и нарушение слуха. Задержка умственного развития и нормальных мышечных рефлексов влечет развитие микроцефалии (маленький размер черепной коробки). Поскольку нарушения при данной форме детского церебрального паралича очень тяжелые, человек практически не способен овладеть элементарными навыками самообслуживания.

Спастическая диплегия представляет собой самую распространенную форму детского церебрального паралича, на которую приходится до 75% от всех остальных форм заболевания. Данную форму ДЦП часто называют по имени впервые описавшего ее английского врача, болезнью Литтля. Характерно большее поражение мышц нижних конечностей, по сравнению с руками и лицом, причем в процесс вовлечены обе ноги. Несмотря на более слабое вовлечение в процесс мышц лица и верхних конечностей, у детей с болезнью Литтля в раннем возрасте происходит формирование контрактур, которые приводят к нарушениям нормальной анатомической формы позвоночника и суставов.

Болезнь Литтля чаще всего выявляется у детей, родившихся недоношенными. А основными причинами данной формы ДЦП являются кровоизлияния в желудочки мозга, "разжижение" нервной ткани и ряд иных факторов. Преобладающим симптомом является мышечный парез нижних конечностей, который сопровождается задержкой умственного развития, речи и психики ребенка, частичные проявления псевдобульбарного синдрома (парез голосовых связок, нарушение звукообразования). Достаточно часто при болезни Литтля в патологический процесс вовлекаются и черепные нервы, что приводит к формированию задержки речевого развития и легкой степени умственной отсталости. Дети с болезнью Литтля вполне обучаемы,

поэтому при более или менее нормальном функционировании верхних конечностей такие люди способны выполнять посильную работу и жить в социуме. Адаптация к жизни в социуме происходит тем успешнее, чем меньше у ребенка нарушения деятельности рук.

Гемиплегическая форма детского церебрального паралича характеризуется включением в процесс мышц конечностей только с одной стороны – правой или левой. Причем чаще более выраженные нарушения наблюдаются в руках, чем в ногах. Наиболее частыми причинами формирования гемиплегической формы ДЦП являются инфаркты головного мозга и кровоизлияния. Дети с гемиплегической формой ДЦП способны научиться выполнять различные движения, но скорость развития мышечных навыков медленнее, чем у здоровых сверстников.

Умения и возможность для обучения и социализации определяется уровнем умственного развития ребенка, и практически не зависит от нарушений мышечных движений. Пораженная нога выпрямлена в бедре и колене, согнута в области стопы, ребенок идет на носочках, перенося вперед абсолютно прямую ногу. Рука на пораженной стороне имеет характерную позу просящего человека. Помимо двигательных нарушений, при гемиплегической форме ДЦП наблюдается задержка умственного развития и психической сферы ребенка, а также речи. Довольно часто ДЦП сочетается с эпилептическими приступами. [35]

Дискинетическая (гиперкинетическая) форма. Данная форма ДЦП чаще всего формируется у детей, переболевших гемолитической болезнью новорожденных. Больные дети страдают от непроизвольных мышечных движений, которые могут развиваться в любой части тела. Именно такие непроизвольные движения и называются гиперкинезами или дискинезами. При данной форме ДЦП гиперкинезы проявляются в виде

медленных, тягучих, червеобразных движений и судорог с сокращением мышц. Гиперкинезы чередуются с параличами и парезами. Дети и взрослые имеют нарушение нормальной позы туловища, рук и ног. Парезу подвержены мышцы голосовых связок, что влечет за собой нарушение речи и звукообразования. Умственные способности таких детей - как правило, нормальные, и интеллектуальное развитие проходит нормально. Поэтому дети с дискинетической формой ДЦП вполне обучаемы и способны к нормальной жизни в социуме. Ребенок успешно учится выполнять определенную работу, оканчивает даже высшие учебные заведения и может работать наравне со здоровыми людьми.[4]

Атаксическая форма детского церебрального паралича проявляется пониженным мышечным тонусом и сильными сухожильными рефлексамии. Очень часто встречаются различные нарушения речи, вызванные парезом голосовых связок и мышц гортани, трахеи и т.д. Основной причиной атаксической формы детского церебрального паралича является травмирование лобных долей мозга и гипоксия плода в родах. Признаки атаксической формы ДЦП - довольно четкие: сниженный тонус мышц; дрожание конечностей; нарушение произвольных движений и речи. Такие дети, как правило, страдают умеренной умственной отсталостью.

Смешанные формы детского церебрального паралича проявляются сочетанием нескольких вариантов заболевания, которые вызваны повреждением различных структур головного мозга. Наиболее часто выявляется сочетание спастической и дискинетической форм ДЦП, гемиплегической и спастической диплегии.

Принято выделять пренатальные, натальные и постнатальные факторы, вызывающие развитие детского церебрального паралича. Чаще

имеется комбинация вредоносных факторов, действующих на разных этапах развития (Иваницкая И. Н., 1993).

Ведущую роль в этиологии ДЦП играют пренатальные факторы (в 37–60 % случаев): инфекционные заболевания плода, в особенности краснуха, цитомегаловирусная инфекция, токсоплазмоз, герпес. Большую роль играют токсикозы беременности, сердечно-сосудистые и эндокринные заболевания матери, иммунологическая несовместимость матери и плода, психические, физические и химические воздействия (Бадалян Л. О., Журба Л. Т., Всеволожская Н. М., 1980; Чапига Л., Остраускене Д., Эндзинене М., 1987; 1980;

Пренатальные факторы:

- конституция матери; соматические, сердечно-сосудистые, эндокринные,
- инфекционные заболевания будущей матери (вирусные инфекции, краснуха, токсоплазмоз, цитомегаловирус);
- вредные привычки (курение, алкоголизм, наркомания); физические травмы, ушибы плода; осложнения предыдущей беременности; физические факторы (перегревание или переохлаждение, действие вибрации, облучение);
- некоторые лекарственные препараты;
- несовместимость крови матери и плода по резус-фактору или группам крови;
- экологическое неблагополучие (загрязненные отходами производства вода, воздух;

- содержание в продуктах питания большого количества нитратов, ядохимикатов, радионуклидов).

Все выше перечисленные факторы нарушают маточно-плацентарное кровообращение, что приводит к расстройствам питания и кислородному голоданию плода (внутриутробной гипоксии). Развитие нервной системы плода в этих условиях нарушается.

К факторам, нарушающим развитие плода, также относят следующие: вес менее 1500 гр., микроцефалия, ненормальная позиция плода, малый вес плаценты, беременность сроком менее 37 недель, аномалия конечностей, генетические факторы.

Перинатальные фактор:

К этим факторам относят родовую травму, асфиксию в родах. Сочетание внутриутробной патологии с родовой травмой считается в настоящее время одной из наиболее частых причин возникновения ДЦП. Родовая травма, с одной стороны, воздействует на мозг, как и всякая механическая травма, с другой – она вызывает нарушение мозгового кровообращения и в тяжелых случаях кровоизлияние в мозг.

Причинами родовых травм могут быть механические повреждения при рождении (применение щипцов, вакуумэкстрактора), неправильное предлежание плода, узкий таз матери, особенно при беременности крупным плодом. Скоротечные роды, длительные потуги, искусственные роды – кесарево сечение, патология плаценты или пуповины, обвитие пуповины, слабость родовой деятельности, преждевременное отхождение вод.

Действие родовой травмы обычно сочетается с асфиксией – патологическим состоянием организма, характеризующимся недостатком

кислорода в крови и избыточным накоплением углекислоты, нарушением дыхания и сердечной деятельности.

На *постнатальной стадии* выделяются следующие причины отклонений:

- травмы черепа и костей, субдуральные гематомы;
- инфекции: менингит, энцефалит, абсцесс мозга;
- интоксикации: лекарственными веществами, антибиотиками, свинцом, мышьяком и др.;
- кислородная недостаточность: при удушении, утоплении;
- осложнения после прививок;
- при новообразованиях и других приобретенных отклонениях в мозге: опухоли, кисты, гидроцефалия[5].

Таким образом, детский церебральный паралич – это тяжёлое мультифакториальное заболевание нервной системы. Причиной заболевания является вредоносное влияние на мозг в перинатальное, натальное или постнатальное время. От уровня тяжести вредоносного фактора зависит форма ДЦП и степень её тяжести.

1.2 Понятие двигательная активность. Особенности двигательного развития детей с ДЦП

Исторически, изучение двигательной активности по официальным данным началось с 30-х годов XX века. Работы профессора *Бернштейна Н.А.* послужили стартом для изучения двигательной активности. В своей работе "Очерки по физиологии движения и физиологической активности» он установил, что существует пять уровней регуляции движения. Первый этап

координации движения основывается на бессознательном уровне и подвластен только влиянию информации, идущей из рецепторов внешних тканей и внутренних органов. В случае нарушения данной регуляции в ходе выполнения движения у пациента наблюдается дрожание.

Двигательная активность - это вид деятельности человека, при котором активация обменных процессов в скелетных мышцах обеспечивает их сокращение и перемещение человеческого тела или его частей в пространстве. Суммарная величина разнообразных движений за определенный промежуток времени. Совокупность двигательных актов.

Двигательная деятельность человека - одно из необходимых условий поддержания нормального функционального состояния человека, естественная биологическая потребность человека. Нормальная жизнедеятельность практически всех систем и функций человека возможна лишь при определенном уровне двигательной активности. Недостаток мышечной деятельности, подобно кислородному голоданию или витаминной недостаточности, пагубно влияет на формирующийся организм ребенка.

Исследованиями двигательной активности так же занимались отечественные профессора, такие как: *М. Р. Могендович, А. Г. Сухарев, И. В. Муравов*. Из зарубежных стран в данной области были отмечены *Р. Гранит, Кендалл и Кендал (США)*.

В детском возрасте двигательная активность проявляется через естественную биологическую потребность растущего организма в движениях. Основной сюжетной линией поведения ребенка в этот период является игра, и он сам интуитивно, без вмешательства извне всегда безошибочно определяет для себя ее меру. Задача взрослых в этой ситуации предельно проста и заключается в том, чтобы не мешать ребенку, не

сдерживать его естественного стремления к движениям (Б. Спок, 1995; Н.М. Амосов, И.В. Мурахов, 1985, и др.).

У детей с церебральным параличом задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: с трудом и опозданием формируется функция удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Темпы двигательного развития могут широко варьировать.

В силу двигательных нарушений у детей с церебральным параличом статические и локомоторные функции не могут развиваться спонтанно или развиваются неправильно.

Двигательные нарушения, в свою очередь, оказывают неблагоприятное влияние на формирование психических функций и речи. Разнообразие двигательных нарушений у детей с церебральным параличом обусловлено действием ряда факторов, непосредственно связанных со спецификой самого заболевания.

И.Ю. Левченко указывает на тот факт, что у больных детей с последствиями детского церебрального паралича выполнение движений происходит с нарушением координации. Снижение мышечного тонуса происходит только в покое. При выполнении того или иного движения параллельно выполняется непроизвольная спастика сокращения мышц, в основном сгибателей. При легкой степени поражения можно наблюдать небольшое нарушение координации движений, незначительная спастичность, передвижения самостоятельно такой ребенок не может. Нарушение речи отсутствует. Так же эти дети могут себя обслуживать без применения чьей-либо помощи. Тяжелая степень поражения сопровождается выраженной спастичностью, в связи с чем ребенок не может сам передвигаться, а иногда даже самостоятельно сидеть и стоять. У таких больных зачастую понижен

интеллект, и нарушена речь. Однако, автор отмечает тот факт, что благодаря пластичности нервной системы при верном лечении зачастую удается получить небольшое улучшение состояния ребенка с ДЦП. *Левченко И.*

Т.Г. Шамарина и Г.И. Беловой указывают на то, что существенным проявлением двигательных нарушений служит нетвердая ходьба. Затруднение при спусках и поднятие по лестнице, без чьей-либо помощи детям тяжело одеться, раздеться, застегнуть пуговицу и молнию.

Нарушения мышечного тонуса. Для любого двигательного акта необходим нормальный мышечный тонус. Регуляция мышечного тонуса обеспечивается согласованно работой различных звеньев нервной системы. При ДЦП отмечаются различные нарушения мышечного тонуса.

Часто у детей с церебральным параличом наблюдается повышение мышечного тонуса – спастичность. Мышцы в этом случае напряжены, что связано с поражением пирамидной системы. Для ДЦП является характерным нарастание мышечного тонуса при попытках произвести то или иное движение (особенно при вертикальном положении тела). У детей с церебральным параличом ноги согнуты в коленных суставах, опора на пальцы, руки приведены к туловищу, согнуты в локтевых суставах, пальцы согнуть в кулаки. При резком повышении мышечного тонуса часто наблюдаются сгибательные и приводящие контрактуры (ограничение объема пассивных движений в суставах), а также различные деформации конечностей. Нарушение мышечного тонуса по типу спастичности наиболее часто наблюдается при спастической диплегии и гемипаретической форме ДЦП.

При ригидности мышцы напряжены, находятся в состоянии тетануса (максимального повышения мышечного тонуса). Ригидность – напряжение тонуса мышц – антагонистов и агонистов, при котором

нарушается плавность и слаженность мышечного взаимодействия. Это происходит при тяжелом поражении экстрапирамидной (подкорковой) системы. Нарушение мышечного тонуса по типу ригидности отмечается при двойной гемиплегии.[29]

При гипотонии (низкий мышечный тонус) мышцы конечностей и туловища дряблые, вялые, слабые. Объем пассивных движений значительно больше нормального. Понижение тонуса мышц во многом связано с недостаточной функцией мозжечка и вестибулярного анализатора. При этом отмечаем нарушение статики, несоразмерность движений, походка с покачиванием и потерей равновесия; ребенок сидит согнувшись, не удерживается в вертикальном положении. Гипотония особенно выражена при атонически – астатической форме ДЦП и у детей с гиперкинетической формой ДЦП на первом году жизни.

При нарушении регуляции мышечного тонуса со стороны подкорковых структур возникает дистония – меняющийся характер мышечного тонуса. Мышечный тонус в этом случае отличается непостоянством. В покое мышцы расслаблены, при попытках к движению тонус резко нарастает. В результате этого движение может оказаться невозможным. Дистония наблюдается при гиперкинетической форме церебрального паралича.

При смешанных формах церебрального паралича может отмечаться сочетание различных вариантов нарушений мышечного тонуса. Характер этого сочетания может меняться с возрастом. Например, у больного со спастической диплегией со временем могут появиться насильственные движения – гиперкинезы – в руках и артикуляционном аппарате. Это свидетельствует о сложном механизме нарушений мышечного тонуса, которые зависят от многих факторов.

Большое значение в нарушении мышечного тонуса у детей с церебральным параличом имеет неравномерность созревания различных мозговых структур. Нарушения мышечного тонуса могут широко варьировать от грубых до практически приближающихся к норме.

Ограничение или невозможность произвольных движений (парезы и параличи).

В зависимости от тяжести поражения мозга может наблюдаться полное или частичное отсутствие тех или иных движений. Полное отсутствие произвольных движений, обусловленное поражением двигательных зон коры головного мозга и проводящих двигательных (пирамидных) путей головного мозга, называется центральным параличом, а ограничение объема движений - центральным парезом. Ограничение объема произвольных движений обычно сочетается со снижением мышечной силы. Ребенок затрудняется или не может поднять руки вверх, вытянуть их вперед, в стороны, согнуть или разогнуть ногу. Все это затрудняет развитие важнейших двигательных функций и прежде всего манипулятивной деятельности и ходьбы.

Для центрального паралича характерно повышение мышечного тонуса, поэтому даже при гипотонии или дистонии у детей с церебральным параличом отмечается повышение мышечного тонуса в отдельных мышечных группах. При парезах страдают в первую очередь наиболее тонкие и дифференцированные движения, например изолированные движения пальцев рук.

Таким образом, развитие двигательной активности у детей с ДЦП зависит от формы церебрального паралича и степени тяжести и области поражения мышечного тонуса.

1.3 Коррекция двигательной активности у детей с ДЦП

Коррекция и лечение детского церебрального паралича должна быть начата как можно раньше, и в дальнейшем коррекция должна носить непрерывный и комплексный характер. Важность и необходимость раннего лечения обусловлена большой способностью к адаптации мозга ребёнка. Выявление дефектов на раннем сроке повысит уровень коррекции, так как не будут сильно развиты вторичные отклонения, которые последуют за первичным вследствие не начатого во время лечения. В первые годы жизни коррекция и тренировки различных навыков наиболее результативна. В период бурного становления двигательных, речевых и психических функций (до 3 лет). Так же обязательным условием ранней выработки нормальных поз и движений связано с тем, что с самых первых недель жизни, движения активизируются мощной афферентной стимуляцией. В нервную систему через зрение, слух, обоняние, осязание и проприорецепторы (мышцы, связки, суставы) поступают импульсы. Обучение движениям идет параллельно приобретению сенсорного опыта и полностью зависит от него.

В.А. Качесов выделяет принципы, которые будут способствовать восстановлению двигательной активности ребенка с ДЦП. Основное правило - подбор такого задания, с которым ребенок сможет справиться. При условии, что ребенок не может выполнить двигательное задание, происходит потеря интереса к нему, но ребенок при этом уверен, что это задание в принципе для него не выполнимо.

У здорового ребёнка сенсорно – моторный опыт приобретается очень рано. Первоначально, данный опыт у ребёнка приходит от матери, в процессе её ухода за ним: сначала это примитивные и простые движения, а далее следуют более сложные позы. У ребёнка с ДЦП идёт сигнал через свои проприорецепторы, где ощущение только патологического мышечного тонуса, движений и поз. С раннего возраста у него приобретается патологический сенсорно - моторный опыт по причине, что он постоянно

испытывает чрезмерное напряжение при любой попытке совершить движение или принять какую – либо позу. В дальнейшем это приводит к выработке патологических двигательных образцов и формированию деформаций.

В случае перенесения родовых травм, асфиксий, внутриутробных гипоксий у любого ребёнка может сформироваться ДЦП. При патологическом течении беременности или родов, незначительные самые первые признаки в отставании формирования психомоторных функций требуют особого внимания и являются причиной отнести ребёнка к группе риска развития ДЦП. Дети, которые оказались в данной группе нуждаются в регулярной целенаправленной тренировке возрастных навыков. К упражнениям следует приступить незамедлительно, не ожидая первых угрожающих симптомов, ярко говорящих о наличии ДЦП у ребёнка.

Преимуществом раннего лечения является так же активное включение матери в работу по формированию поведенческих функций у малыша, следовательно, процесс коррекции становится более эффективным. Матери необходимо обучиться специальным приёмам по уходу за ребёнком с ДЦП или риском возникновения заболевания.

Наряду с тренировкой двигательных навыков необходима ранняя стимуляция предречевых, речевых и эмоционально-психических реакций. Если психическое развитие ребенка нормальное, уже с первых месяцев жизни можно привлечь его внимание к выполнению того или иного задания, т. е. включить его в произвольную двигательную активность. Волевые движения оставляют более глубокий след в памяти, чем пассивные. Многократное повторение определенных движений самим ребенком способствует выработке устойчивого двигательного стереотипа. Умение с раннего возраста сохранять адекватную позу головы, туловища, конечностей,

производить целенаправленные движения, в свою очередь предопределяет своевременное развитие речи и психики и предупреждает вторичную задержку речевого и психического развития.

Ранняя выработка возрастных двигательных, речевых и психических навыков стимулирует формирование высших интегративных центров, оказывающих тормозящее влияние на активность стволовых механизмов. Совершенно очевидно, что в тяжелых случаях даже при рано начатом лечении нельзя ликвидировать возникший анатомический дефект мозга, но можно устранить функциональную недостаточность центральной нервной системы, предупредить формирование патологических образцов движений, контрактур и деформаций.

Комплексное лечение больных церебральными параличами предусматривает одновременное воздействие на различные функциональные уровни мозга. Одновременно следует тренировать двигательные, психические и речевые функции, социальную адаптацию. По показаниям применяют ортопедические методы коррекции и оперативные вмешательства, физиотерапию, медикаментозные препараты, санаторно-курортное лечение, трудотерапию.

У детей с ДЦП часто наблюдаются различные сочетанные симптомы и синдромы (судороги, синдромы, вегетативные расстройства, нарушения зрения, слуха и др.), которые важно отметить при реализации лечебных мероприятий. У физически здоровых, редко болеющих соматическими и инфекционными заболеваниями детей легче вырабатываются и закрепляются возрастные двигательные и психические навыки. Таким образом, сохранность физического здоровья — важный аспект лечения детей с ДЦП.

Очень важно, чтобы лечение было не периодичным, а непрерывным и регулярным на протяжении того времени, которое требуется для наибольшей компенсации дефекта и социальной адаптации, т.е. до достижения максимальной самостоятельности ребёнка, его реализации жизни в обществе, его личного включения в окружающий мир. Лечебные мероприятия наиболее широко достигают успеха, когда группа специалистов различного профиля: *педиатр, психиатр, невропатолог, дефектолог. Логопед, воспитатель, инструктор ЛФК и т.д.* работает согласованно, обговаривая процесс лечения и коррекции, ход дальнейших мероприятий и др. Между специалистами должно возникнуть взаимопонимание и преемственность на различных возрастных этапах.

В настоящее время имеется уже огромный опыт тренировок для развития двигательных навыков при ДЦП. (*М. Б. Эйдинова, Е. Н. Правдина-Винарская, 1959; С. А. Бортфельд, 1971, 1986; и др.*). При анализе работ и достижений отечественной, зарубежной науки по теме лечения ДЦП и его разновидностей, а так же применение теории на практике советскими учёными о формировании функциональных систем мозга можно выявить наиболее эффективные подходы к стимуляции двигательного развития.

Многолетний опыт работы с детьми различного возраста привёл к тому, что патология движений при церебральных параличах многообразна, и для получения оптимальных результатов целесообразно разнообразить лечебную стимуляцию, не ограничиваясь каким либо одним методом. При детских церебральных параличах в результате поражения мозга на ранних этапах онтогенеза дезорганизованы мозговые механизмы, направленные на координированную работу мышц, ответственных за поддержание позы, равновесия и выполнение целенаправленных движений. Поэтому задача лечебной гимнастики — тренировка механизмов центральной координации мышечной деятельности, необходимых для поддержания определенного

положения ребенка. Чтобы правильно спланировать лечение больного церебральным параличом, необходимо предварительно определить: какие показатели моторного развития (контроль головы, повороты, сидение, вставание, стояние, ходьба, манипуляция рукой и кистью) сравнительно нормальные, но отстают от хронологического возраста; какому периоду развития соответствуют те или иные статические и локомоторные функции, мозаичны ли они. Почему ребенок выполняет одни движения и не может выполнить другие. Какие элементы движения отсутствуют в каждом навыке и мешают его развитию. Оказывает ли влияние тоническая рефлексорная активность на позу и движения. Степень спастичности в покое, при попытке к движению, в каких позах она ярче выражена. Наличие контрактур и деформаций или их ранних признаков. Уровень психического и речевого развития, характер сочетанных расстройств.

Работу и стимуляцию двигательных навыков лучше всего начинать вскоре после рождения, постепенно и динамически усложнять с учетом индивидуальных особенностей развития на различных возрастных ступенях. Требуется предоставить комплекс лечебной гимнастики ребёнку, опираясь на его возможности и особенности. Эффективностью можно назвать то, когда от ребёнка поступают ответные реакции. Так, следовательно, по мере освоения ребёнком образцов врач прогнозирует дальнейшие действия, определяет, какой комплекс упражнений нужен на текущей стадии для последующего уровня функциональной активности, а так же коррекции неправильно выполняемых образцов.

С периода рождения нужно начинать развивать все виды активности. В ходе занятия необходимо стремиться моделировать динамическую последовательность движений на разных стадиях развития. Наглядным примером может послужить комбинация из поворотов на бок из положения на спине с дальнейшим переходом ребенка в положение сидя. Не

рекомендуется продолжительно выполнять изолированные движения, особенно если ребенок не в силах выполнить их с нормальной координацией. Такие движения могут лишь усугубить положение, закрепив патологический тип движения и способствовать регрессу общей двигательной активности.

В комплекс упражнений для лечения детей с ДЦП включают так же и пассивные движения, несмотря на их, не самую первостепенную роль в развитии двигательных навыков. Демонстрация пассивных движений происходит для детей в раннем возрасте, тогда, когда произвольная двигательная активность ещё развита недостаточно. Пассивные движения помогают выработке кинестетических и зрительных ощущений схемы движения, тормозят содружественные реакции. Данные движения следует повторять несколько раз в течение дня, фиксируя внимание больного на их выполнении. [30]

С периода новорожденности необходимо добиваться включения ребенка в активное поддержание позы и выполнение произвольных движений. У детей первых 2—3 мес. жизни, когда мотивация еще недостаточна и уровень произвольной двигательной активности низкий, максимально используют сложные рефлекторные движения, такие как ползание, повороты, ходьба, которые одновременно включают в деятельность многие мышечные группы, интегрируемые разными уровнями центральной нервной системы.

Таким образом, чем раньше будет начата коррекция по развитию двигательной активности у детей с ДЦП, тем эффективнее будет прогноз, и динамика показателей движений будет благоприятной. Важно, чтобы коррекция осуществлялась регулярно, методы коррекции были интересны ребёнку, давали ему положительный заряд, не вызывали у него чувства негативизма.

1.4 Роль подвижной игры в коррекции двигательной активности

В настоящее время проблема подвижной игры как средство всестороннего воспитания, развития и коррекции ребенка дошкольного возраста продолжает быть предметом исследования научных и практических работников, имеются *труды (А.И.Быковой, М.М.Конторович и Л.И.Михайловой, Т.И.Осокиной, Е.А.Тимофеевой, Л.В.Артемовой и др. авторов).*

Как считают психологи, наиболее эффективно развитие происходит в деятельности. Игра – ведущая деятельность ребенка. А его игровая деятельность выражается прежде всего в движениях: в манипуляциях игрушками, во взаимодействии со взрослыми, детьми, с окружающими предметами. Первые представления о мире, его предметах и явлениях приходят к ребенку через движения его глаз, языка, рук, через перемещения в пространстве. Чем разнообразнее движения, тем большая информация поступает в его мозг, тем интенсивнее идет психическое развитие.[22]

П.Ф. Лесгафт подчеркивал, что игры должны состоять главным образом из тех действий, которые усваиваются при систематическом обучении. Подвижные игры для дошкольников включают разнообразные основные движения. Поэтому в процессе физического воспитания игру используют для укрепления двигательных навыков, сформированных на занятии в специально подобранных упражнениях, и для их совершенствования, для получения более интенсивной функциональной нагрузки с целью укрепления и развития внутренних органов, воспитания физических, морально-волевых и интеллектуальных качеств.

Движения являются важным средством не только развития, но и воспитания ребенка, способствуя формированию его как личности. С

помощью собственных движений, сопровождаемых соответствующими словами взрослых, ребенок познает окружающий его предметный мир, выражает свое отношение к нему, учится целенаправленно действовать в нем. Именно в движениях начинают просматриваться первые ростки смелости, решительности, выносливости, настойчивости маленького ребенка, которые в будущем станут формой проявления этих и других важных качеств личности. В играх с движениями и правилами ребенок приобретает навыки человеческого общения, осваивает опыт социального поведения.

Подвижная игра - специфический вид двигательной деятельности. Она является сознательной деятельностью, направленной на достижение поставленной цели. Подвижные игры занимают ведущее место, как в физическом воспитании здорового ребенка, так и в процессе физической реабилитации больных и инвалидов, позволяя на высоком эмоциональном уровне эффективно решать лечебные и воспитательные задачи.[16]

Подвижная игра как средство коррекции обладает целым рядом качеств, среди которых важнейшее место занимает высокая эмоциональность играющих. Эмоции в игре имеют сложный характер. Это и удовольствие от мышечной работы в игре, от чувства бодрости и энергии, от возможности дружеского общения в коллективной игре, от достижения поставленной в игре цели. Во время подвижной игры осуществляется комплексное воздействие на моторику и нервно-психическую сферу ребенка с детским церебральным параличом.

Подвижная игра относится к тем проявлениям игровой деятельности, в которых ярко выражена роль движений. Для подвижной игры характерны творческие активные двигательные действия, мотивированные ее сюжетом (темой, идеей). Эти действия частично ограничиваются правилами (общепринятыми, установленными

руководителем или играющими). Они направляются на преодоление различных трудностей по пути к достижению поставленной цели (выиграть, овладеть определенными приемами).

Преимущество подвижных игр перед строго дозированными упражнениями в том, что игра всегда связана с инициативой, фантазией, творчеством, протекает эмоционально, стимулирует двигательную активность. В игре используются естественные движения большей частью в развлекательной ненавязчивой форме.

Подвижные игры, как правило, не требуют от участников специальной подготовленности. Одни и те же подвижные игры могут проводиться в разнообразных условиях, с большим или меньшим числом участников, по различным правилам.

Важнейший результат игры - это радость и эмоциональный подъем. Именно благодаря этому замечательному свойству подвижные игры, особенно с элементами соревнования, больше, чем другие формы физического воспитания, адекватны потребностям организма в движении.

Для целенаправленной тренировки некоторых мышечных групп наряду с подвижными играми могут использоваться упражнения игрового характера, которые не имеют законченного сюжета, развития событий (например, эстафеты).[18]

В подвижных играх с элементами соревнования, как и в спорте, формируются выдержка, самообладание, правильное реагирование на неудачу.

Правильно организованные подвижные игры оказывают благоприятное влияние на развитие и укрепление костно-связочного аппарата, мышечной системы, на формирование правильной осанки.

Благодаря этому большое значение приобретают подвижные игры, вовлекающие в разнообразную, преимущественно динамическую работу, различные крупные и мелкие мышечные группы, игры, увеличивающие подвижность в суставах.

При проведении подвижных игр с дошкольниками с ДЦП главная задача состоит в содействии вертикализации тела ребенка, его подвижности, совершенствовании мелкой моторики рук. Важное условие решения этой задачи - расслабление спастически сокращенных мышц и укрепление ослабленных, растянутых мышц. Подвижные игры особенно важны и привлекательны для больных детей тем, что специально направленными упражнениями оказывают на их организм трофическое влияние. Влияние, способствующее восстановлению иннервационных механизмов и предупреждению образования вторичных контрактур и деформаций, а при необходимости содействуют формированию компенсации, способствуют улучшению психомоторных показателей развития, улучшению работы сердечно-сосудистой, дыхательной систем, вестибулярного аппарата, коррекции нарушенной осанки. [20]

Последующее усложнение игры (направленное на более совершенную технику движения, подвижность нервно-мышечного аппарата, высокую степень координации и мышечного напряжения) ведет к тому, что ребенок в силу большого эмоционального напряжения делает максимальное волевое движение, а отсюда - значительно большая возможность упрочения производимого движения и перехода его в полуавтоматизированное. Подобным же влиянием обладают и игры-эстафеты.

Сложная взаимосвязь между стремлением к выполнению условий той или иной игры, с которым связано чувство собственного успеха, самоутверждения в коллективе и напряженностью положительных

эмоциональных реакций приводят к тому, что во время индивидуальных занятий физическими упражнениями и другими формами коррекции, ребенок с церебральным параличом работает с большей активностью над становлением движений.

Нередко под влиянием эмоционального фактора - стремления к успешному участию в игре – ребенок значительно более правильно производит то движение, выполнить которое или скорректировать движение, производившееся недостаточно правильно или же не в полном объеме, не удается ему во время индивидуальных занятий или в процессе других видов деятельности.

Систематическое использование игровых методов при проведении ЛФК и других видов занятий позволяет добиться хороших результатов в улучшении двигательных навыков.

Подвижные игры – один из способов физического развития ребенка. Они позволяют снять физическую усталость с мышц, достичь эмоционального переключения с одного вида деятельности на другой. Подвижные игры особенно любимы детьми, ведь они – важный источник радостных эмоций.

Таким образом, игры стимулируют активную работу, мысли, способствуют расширению кругозора, совершенствованию всех психических процессов. Как ведущий вид деятельности игра является одним из важнейших аспектов в воспитании развитии и коррекции двигательной активности у детей с ДЦП.

ВЫВОД ПО ГЛАВЕ 1

Детским церебральным параличом (ДЦП) называют заболевания нервной системы, при которых нарушается координация речи и движения, происходит задержка в интеллектуальном развитии, расстройство мышечной и двигательных систем. ДЦП объединяет в себе комплекс симптомов, которые связаны с нарушением двигательной функцией человека.

Тренируемые навыки и умения целесообразно постоянно адаптировать к повседневной жизни ребёнка. Главный акцент делается на коррекционной работе. Здоровый ребенок приобретает сенсорно-моторный опыт очень рано: вначале в примитивных, а затем и в более сложных позах и движениях в процессе ухода матери. Ребенок с церебральным параличом получает через свои проприорецепторы ощущение только патологического мышечного тонуса, патологических поз и движений.

У детей с церебральным параличом задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: с трудом и опозданием формируется функция удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Темпы двигательного развития могут широко варьировать.

Лечение церебральных параличей должно быть ранним, комплексным и непрерывным. В первые годы жизни. Направленная тренировка различных навыков наиболее эффективна в период бурного становления двигательных, речевых и психических функций (до 3 лет).

Подвижные игры особенно важны и привлекательны для больных детей тем, что специально направленными упражнениями оказывают на их организм трофическое влияние, способствующее восстановлению иннервационных механизмов и предупреждению образования вторичных контрактур и деформаций. При необходимости содействуют формированию

компенсации, способствуют улучшению психомоторных показателей развития, улучшению работы сердечно-сосудистой, дыхательной систем, вестибулярного аппарата, коррекции нарушенной осанки.

ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО ИЗУЧЕНИЮ СОСТОЯНИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЦП

2.1 Изучение двигательной активности у детей с ДЦП

Исследование состояния двигательной активности у детей с ДЦП проводилось на базе МДОУ ЦРР-ДС №181 г. г.Челябинска. В эксперименте приняли участие 6 детей старшего дошкольного возраста, которые вошли в состав экспериментальной группы (далее ЭГ) (Таблица1).

Таблица №1

Состояние зрения участников экспериментальной группы

Имя	Диагноз
1. Сергей С.	ДЦП, спастическая гемиплегия
2. Александр Т.	ДЦП, атаксическая форма
3. Михаил Ш.	ДЦП, спастическая гемиплегия
4. Елизавета Б.	ДЦП, спастическая гемиплегия
5. Дмитрий Р.	ДЦП, дискинетическая форма

Цель эксперимента заключалась в определении уровня развития двигательной активности у детей с ДЦП.

Реализация поставленной цели потребовала решения следующих задач:

1. Подобрать методики для выявления уровня развития двигательной активности у детей.
2. Провести эксперимент, используя выбранные методики.
3. Проанализировать результаты проведённого исследования, сделать вывод об уровне развития двигательной активности у детей.
4. Разработать комплекс подвижных игр, направленных на развитие двигательной активности.

Исследование проводилось с использованием диагностических методик по А. Р. Лурия: изучение общей моторики, пространственного праксиса, ручного праксиса.

Методика № 1 (По А. Р. Лурия)

Изучение состояния общей моторики

- Поймать мяч, брошенный экспериментатором;
- Бросить мяч на пол и поймать его двумя руками;
- Поднять руки вверх, потянуться (стали большими); присесть, руками обхватить колени, спрятать голову (маленькие);
- Размахивать руками вперед-назад как «маятник».

Исследование двигательной памяти

- Вытянуть руки вперед, сделать хлопок перед собой, опустить вниз;
- Поднять флажок вверх, помахать им, посмотреть на него, опустить вниз;

- Взять флажок в другую руку повторить тоже самое;
- Присесть на корточки (стали маленькими), встать, выпрямиться (стали большими);
- Повторить тоже самое в обратном порядке.

Система оценки методики (в балах):

Трудность нахождения отдельных поз:

- невозможность принятия правильной позы - 0 баллов;
- принятие позы с большими трудностями - 1 балл;
- незначительные затруднения и персеверации - 2 балла;
- правильное выполнение позы с первого раза - 3 балла;

Качество выполнения движения:

- невозможность выполнения - 0 баллов;
- не точное, «грязное», «рваное» движение - 1 балл;
- движение недостаточно точное с прерывистым выполнением, но достаточно плавное - 2 балла;
- точное движение, правильное, плавное его исполнение - 3 балла;

Последовательность выполнения движения, память на двигательную программу:

- нарушение последовательности и плохая память - 0 баллов;

- сохранена последовательность элементов, но память на двигательную программу сужена в объеме (страдает количество воспроизводимых элементов движения и их порядок), скорости запоминания - 1 балл;
- элементы в программе последовательны, память незначительно сужена, в некоторой степени страдает качество исполнения - 2 балла;
- хороша двигательная память, правильная последовательность запоминания и воспроизведения - 3 балла;

Умение координировать движения при их воспроизведении, особенности переключения с одного движения на другое:

- некоординированные, грубые и размашистые движения, низкая переключаемость - 0 баллов;
- плохо координированные движения, большая амплитуда, сниженный контроль, переключаемость ниже среднего уровня - 1 балл;
- движение в общем координировано, но носит неточный характер, содержит персеверации, переключение с одного движения на другое недостаточно плавное - 2 балла;
- движение точное координированное, хорошая переключаемость движения и его запоминание - 3 балла;

Темп выполнения движений:

- отсутствие четкого темпа, его частая переключаемость (темп то быстрый, то медленный) - 0 баллов;
- замедленный или ускоренный темп - 1 балл;

- стремление к поддержанию нормального темпа, наличие персеверации - 2 балла;
- - нормальный средний темп - 3 балла.

Методика № 2

Исследование пространственного праксиса:

Пробы на пространственную координацию.

Выполняется сначала по образцу, затем по инструкции:

1. Показать левую руку;
2. Вытянуть руку вперед;
3. Положить руку на бок;
4. Отвести руку назад;
5. Сделать 5 шагов вперед;
6. Сделать 5 шагов назад;
7. Повернуть вправо;
8. Повернуть влево.

(Задание выполнить пять - шесть раз);

Двуручные пробы на пространственную координацию движения:

1. По инструкции: коснуться левой рукой правого уха и правой рукой

левого уха (пробы Хэда).

Система оценки методики (в балах):

Затруднения пространственной ориентировки рук:

- полное нарушение ориентировки - 0 баллов;
- значительные затруднения, незнание частей тела, раскоординированность - 1 балл;
- незначительное нарушение пространственной ориентировки, связанное в основном с невнимательностью, возможно наличие персевераций - 2 балла;
- отсутствие затруднений - 3 балла;

Усвоение программы:

- полное неусвоение программы - 0 баллов;
- непонимание некоторых инструкций, значительные трудности усвоения - 1 балл;
- усвоение программы с некоторыми погрешностями и нечеткостью выполнения программы - 2 балла;
- хорошее усвоение без помех - 3 балла;

Явления зеркальности:

- явно выраженные; наличие четкого стереотипа (патологического) - 0 баллов;
- значительно выраженного, при наличии множественных персевераций - 1 балл;

- слабо выражены; наличие небольших perseverаций но с исправлением собственных действий - 2 балла;
- отсутствуют - 3 балла.

Контроль за своими действиями:

- отсутствие контроля - 0 баллов;
- слабый контроль при наличие гипер- и синкинезий - 1 балл;
- незначительно сниженный контроль за своими действиями при наличии небольших perseverаций - 2 балла;
- хороший устойчивый контроль за своими действиями - 3 балла.

Методика № 3

Исследование ручного праксиса

1. Выполнение действия правой – левой рукой, перенос позы с одной руки на другую - по подражанию затем - по инструкции:
2. Сжатие кисти;
3. Перебор пальцев;
4. Ладони вертикально;
5. Ладони горизонтально;
6. Перенос позы с одной руки на другую.

Двуручные пробы на пространственную координацию движения:

Трудности выполнения левой рукой:

- невозможность выполнения действия - 0 баллов;
- частичное принятие позы рукой - 1 балл;
- наличие незначительных помех и ослабленный контроль - 2 балла;
- отсутствие трудности - 3 балла;

Трудности переноса позы справа налево:

- невозможность переноса - 0 баллов;
- частичный перенос с наличием насильственных и содружественных движений - 1 балл;
- неполный перенос действия при правильном понимании смысла - 2 балла;
- отсутствие трудностей - 3 балла;

Характер и длительность поиска поз:

- большая длительность поиска позы, вплоть до невозможности ее нахождения - 0 баллов;
- поза находится через определенное время при воздействии персевераций. Характерны насильственные движения - 1 балл;
- замедленный поиск позы при небольших персеверациях (иногда наблюдается тремор) - 2 балла;
- быстрый поиск позы и ее воспроизведение (наличие хорошей двигательной памяти) - 3 балла;

Трудность воспроизведения:

- невозможность правильного воспроизведения позы кисти - 0 баллов;
- большие трудности при воспроизведении, связанные с насильственными движениями - 1 балл;
- незначительные трудности и наличие персевераций - 2 балла;
- - отсутствие трудностей воспроизведения - 3 балла;

Трудности переключения и персеверации:

- невозможность переключения, грубые насильственные и содружественные движения - 0 баллов;
- слабая переключаемость при обилии персеверации - 1 балл;
- незначительно сниженная переключаемость при небольшом количестве персевераций - 2 балла;
- отсутствие трудностей- 3 балла.

Методика №1, результаты которой представлены в Таблице 2, была направлена на выявление у детей уровня развития общей моторики, двигательной памяти и координации движений.

В ходе проведения Методики №1 по А. Р. Лурия были выявлены возможности и особенности обследуемых дошкольников с ДЦП их общей моторики. Правильного выполнения с первого раза не наблюдалось. Всем детям требовалась помощь и подсказки. После чего задания были выполнены. У некоторых детей отличается неточность движений. В таблице приведены показатели по каждому ребёнку.

Анализ результатов, полученных в ходе поведения эксперимента

Таблица 2

ФИО	Отдельные позы	Качество	Последовательность	Переключение	Темп
Сергей С.	2	1	3	2	2
Александр Т.	2	2	1	2	1
Михаил Ш.	3	2	2	2	1
Елизавета Б.	2	2	1	1	2
Дмитрий Р.	3	2	1	2	2

В таблице 3 отображены результаты на пространственную ориентировку и на двуручные пробы на пространственную координацию движения.

Детям были первоначально продемонстрированы задания, после они должны были исполнить их по образцу, а далее по словесной инструкции. В среднем, отмечались незначительные нарушения, связанные с невнимательностью и отвлечённостью. У двоих детей были затруднения, раскоординированность. В таблице зафиксированы показатели усвоения задания, контроль над действиями, ориентация рук, ориентация в пространстве.

Анализ результатов, полученных в ходе поведения эксперимента

Таблица 3

ФИО	Ориентация	Усвоение	Контроль над действиями
Сергей С.	2	3	2

Александр Т.	2	1	2
Михаил Ш.	3	2	2
Елизавета Б.	2	1	1
Дмитрий Р.	3	1	2

В таблице 4 отображены результаты исследования ручного праксиса по методике № 3.

Выполнение действий осуществлялось первоначально по образцу, после по словесной инструкции. В данном случае у детей вызывал затруднение переход справа налево, переключения. Выполнение заданий правой и левой рукой выполнялись с незначительными нарушениями. Требовались подсказки и помощь взрослого. В таблице отмечены индивидуальные показатели выполнений заданий левой (правой) руками, переключение, трудность воспроизведения, длительность поиска позы.

Анализ результатов, полученных в ходе поведения эксперимента

Таблица 4

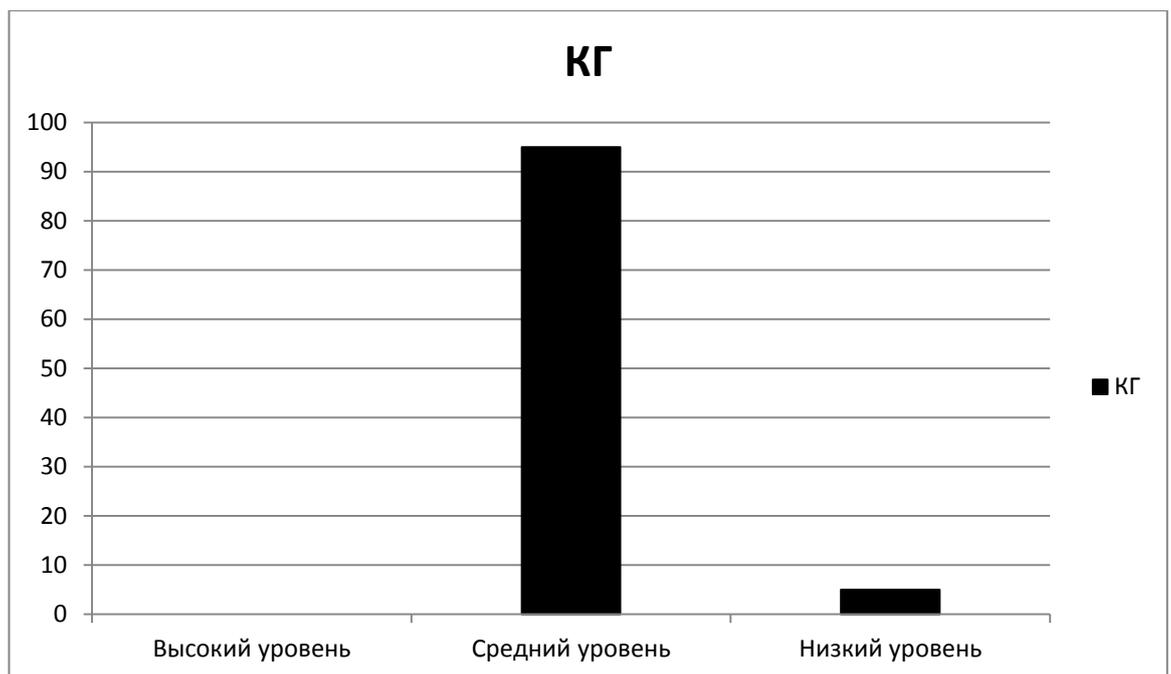
ФИО	Выполнение заданий левой рукой	Переход справа - налево	Длительность поиска позы	Трудность воспроизведения	Переключение
Сергей С.	2	2	2	2	2
Александр Т.	2	1	2	1	2
Михаил Ш.	2	1	2	2	2

Елизавета Б.	2	2	2	2	1
Дмитрий Р.	2	1	1	2	2

У детей возникали сложности и затруднения при самостоятельном выполнении заданий, требовалась поддержка и сопровождение движений, выполняемых детьми. Высоких результатов из участников эксперимента не показал никто.

На данной диаграмме мы видим, что высоких результатов среди детей экспериментальной группы не показал никто. Детей с ДЦП со средним уровнем развития – 90%. 5% показали низкий уровень. (Рисунок

Рисунок 1



Таким образом, можно сделать вывод о том, что состояние двигательной активности у детей с ДЦП нарушено и требует коррекции. Это связано с тем, что детям с ДЦП было сложно выполнять задания, понимать

задания, в связи с нарушением двигательного аппарата. Выявленные недостатки двигательной активности у детей с ДЦП позволили нам выявить основные направления коррекционной работы и по каждому из них осуществить подбор подвижных игр.

2.2 Содержание коррекционной работы по развитию двигательной активности у детей с ДЦП

В содержание коррекционной работы по развитию двигательной активности у детей с ДЦП входит комплекс подвижных игр. Данные подвижные игры подобраны и разработаны в соответствии с возможностями и особенностями детей, продиагностируемых по методике *А. Р. Лурия*. У всех детей отмечается нарушение координации, отсутствует плавность движений. Интеллект снижен, присутствует ЗПР и умственная отсталость, следовательно, условия и инструкции игры могут быть непонятны ребёнку.

Таким образом, подвижные игры, направленные на коррекцию двигательной активности сопровождаются активной деятельностью педагога – дефектолога, инструкция игры помимо словесного объяснения должна нести в себе показательный характер. При первоначальном затруднении ребёнка в процесс вхождения игры, действия выполняются содружественно с педагогом или в паре с ребёнком под наблюдением дефектолога.

Ещё одним важным аспектом перед началом игры является проведение разминки. Можно помассировать ручки и ножки детей, побудить их выполнить упражнения, которые будут выступать разминкой перед игрой. Комплекс таких упражнений переключит ребёнка на игровой вид деятельности, активизирует его мышечный тонус. У детей с ДЦП мышечный тонус нарушен, но, тем не менее, разминка будет нести положительный отпечаток.

Разминка:

- наклоны головы (вправо – влево, вперёд – назад);
- круговые вращения головой;
- поднятие рук (попеременно: правая вверху, левая внизу; поднятие обеих рук одновременно);
- сжатие – разжимание кулачков;
- наклоны туловища (вправо – влево, вперёд – назад);
- марш на месте;
- приседания;
- прыжки на обеих ногах.

Во время разминки детям с ДЦП при выполнении некоторых элементов нужна помощь, упражнения выполняются содружественно с педагогом – дефектологом. После разминки переходим к подвижным играм.

Игра «Цветочная поляна»

Пропедевтическая работа: повторить с детьми цвета, поговорить о насекомых (бабочке), поиграть с детьми в настольную игру «Найди пару».

Оборудование: цветы разных цветов (красный, синий, зелёный, жёлтый, фиолетовый), бабочки разных цветов (красная, синяя, зелёная, жёлтая, фиолетовая).

Ход игры: каждому ребёнку выдаётся бабочка определённого цвета. На полу лежат цветы разных цветов. Пока играет музыка, дети бегают, присматривая себе цветок такого же цвета, которого у него бабочка. После, как музыка прерывается, дети бегут на свои цветки. Игра проигрывается несколько раз, меня у каждого ребёнка цвет бабочки. В процесс активно вовлекаются все части тела.

Коррекционная направленность: в процесс активно вовлекаются все части тела. В работу вовлекаются все группы мышц. Происходит плавное развитие двигательной активности, развивается внимательность.

Игра «Дружный мяч»

Пропедевтическая работа: индивидуально поиграть с ребёнком в мяч.

Оборудование: мяч

Ход игры: дети садятся по кругу на пол, раздвинув ноги. Поочерёдно дети отталкивают мяч друг другу. В данной игре у детей развивается внимание, ребёнок должен уследить, кому катиться мяч, а в случае, если мяч катиться ему, быстро отреагировать на мяч, поймать и передать другому игроку. После нескольких передач для каждого ребёнка, игру можно повторить, но в стоячем положении.

Коррекционная направленность: в процессе игры активно работают руки, задействовано в работу туловище. Развивается внимание. При затруднении или непонимании ребёнком процесса игры, взрослому следует содружественно проиграть ход игры, направить его на самостоятельные действия.

Игра «Забей гол»

Пропедевтическая работа: поговорить про игру – футбол. Попинать с ребёнком мяч.

Оборудование: мяч, ворота (можно сделать из стульчиков).

Ход игры: игра может проводиться как индивидуально, так и с подгруппой. Задача ребёнка (детей) попасть в ворота. Если у ребёнка с ДЦП

возникает сложность играть с детьми, бегать, бить в мяч, т.к. дети с нормой постоянно могут отбирать его, игра может строиться следующим образом. Дети встают в колонну и поочередно «забивают гол» в ворота. Каждому предоставляется поработать с мячом. В такой форме игру можно включить как одно из заданий на соревнованиях, «детских стратах», эстафетах и так далее.

Коррекционная направленность: в процессе игры активно работает нижняя часть, группа мышц ног, так же задействовано в работу туловище. Развивается двигательная активность, координация, ориентировка в пространстве, внимание.

Игра «У медведя в бору»

Пропедевтическая работа: беседа о диких животных (медведь)

Ход игры: один ребёнок (педагог) – медведь. Когда «медведь» спит, остальные дети шагают ему на встречу со словами:

«У медведя в бору грибы ягоды беру.

А медведь не спит, всё на нас глядит.»

После этого медведь просыпается и бежит навстречу детям. Задача детей убежать от медведя к себе в «домик». В случае если медведь поймал свою «добычу», они меняются местами, теперь пойманный становится медведем.

Второй вариант игры – медведь ловит всех, до тех пор пока не остаётся один победитель.

Коррекционная направленность: в данной игре задействованы многочисленные группы мышц. Активно развивается двигательная активность, внимание. Работа в коллективе помогает ребёнку находиться в обществе, чувствовать себя комфортно в нём. При нарушенной координации или затруднении у ребёнка в процессе игры требуется помощь взрослого, движения выполняются содружественно.

Игра «Юный рыбак»

Пропедевтическая работа: беседа о морских обитателях. Работа с удочкой.

Оборудование: аквариум, рыбки, удочка, ведро.

Ход игры: в аквариуме находятся рыбки с магнитными «носами». У ребёнка в руках удочка с магнитным окончанием. Так его задача поймать рыбку, в случае успеха и рыбка зацепилась за удочку, ребёнок поднимает её специальным рычажком на удочке. После относит рыбку к себе в ведро.

Игра может проводиться как индивидуально, так и в подгруппе. Есть возможность перевоплотить игру в соревновательных характер: кто больше поймает рыбок, кто первый поймает рыбку, кто поймает самую большую (маленькую) рыбку и так далее.

Коррекционная направленность: в процессе игры активно участвуют шея, руки, туловище, формируется и закрепляется их двигательная активность. Так же развивается внимание, устойчивость внимание, терпение.

Игра «Дракон кусает хвост»

Пропедевтическая работа: рассказать детям о драконе, почитать сказку, посмотреть мультфильм с участием дракона.

Ход игры: дети становятся друг за другом и крепко держатся за впереди стоящего игрока . В руках первого ребенка — «голова дракона», последний ребенок — «хвост». «Голова» должна поймать «хвост», дотронувшись до него мячом. «Голова» должна поймать «хвост», дотронувшись до него мячом так, чтобы не разорвалось «тело дракона».

Коррекционная направленность: развивается двигательная активность всех групп мышц, дети перемещаются в разные стороны разными способами (бегом, шагом). Активно происходит формирование коммуникативных навыков, работа в коллективе. При сложности у ребёнка стоять в строю, необходимо взрослому помочь, расставить в колонну детей следует в зависимости от уровня возможностей ребёнка. Всем детям должно быть комфортно для установления положительного впечатления и более эффективного развития двигательной активности.

Игра «Морская фигура»

Пропедевтическая работа: подробно рассказать о ходе игры.

Ход игры: выбирается один ведущий (может быть взрослый), под слова – море волнуется раз, море волнуется два, море волнуется три – дети передвигаются по группе (по участку д/с), на слова – морская фигура на месте замри, дети замирают, принимая какую – либо позу. Их задача не пошевелиться, пока ведущий наблюдает за игроками.

Коррекционная направленность: в процессе игры развивается двигательная активность, координация движений, устойчивость движения.

Игра «Маша спряталась»

Пропедевтическая работа: рассказать детям инструкцию и ход игры

Ход игры: Маша (кукла) прячется на обозначенной территории (группа, часть участка д/с), ребята в это время сидят с закрытыми глазами. По команде взрослого, дети открывают глаза и идут искать Машу. Тот, кто нашёл куклу, становится ведущим. Ход игры повторяется.

Коррекционная направленность: развивается двигательная активность, работают все группы мышц, в процессе поиска – ребёнок ходит, наклоняется, тянется вверх (в зависимости, где располагается кукла). В процессе игры активно работает логика, мышление, внимание.

Вывод по главе 2

Во второй главе первоначально было осуществлено исследование детей по методике А. Р. Лурия. Выявлен их уровень развития двигательной активности. В основном, исследуемые дети с ДЦП показали средний уровень, высоких показателей нет. Дети могли не сразу понять задания и следовали уже согласно образцу, по подражанию взрослого. Снижен уровень зрительной памяти, были затруднения в определённой последовательности выполнения движений. Нарушена координация, ходьба и бег сопровождались наваливающимися движениями. При этом дети хорошо шли на контакт, легко было найти подход. Следовательно, показатели исследования максимально приближены к истинным возможностям ребёнка, дети не сковывали свои движения из-за робости и стеснения.

Далее, на основе полученных результатов были подобраны подвижные игры, являющиеся средством коррекции и развития двигательной активности у детей с ДЦП. Предложенные игры подходят и для детей с нормально протекающим развитием. Для детей с церебральным параличом и их особенностями здоровья игры адаптированы, упражнения и задания, входящие в игру предусматривают все возможности дошкольников с ДЦП. В ходе игр дети получают помощь от педагога-дефектолога, в случае необходимости. Игры рассматривают возможность включения детей с ДЦП в среду нормально развивающихся дошкольников, что является дополнительным преимуществом подвижных игр, развивая у детей работу в коллективе, коммуникацию, доброжелательное отношение друг к другу.

Главной целью подвижных игр является коррекция двигательной активности. Подобранные игры включают в себя включение работы всех групп мышц. При регулярном использовании игр может наблюдаться положительный результат и эффективная коррекция

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Физическое развитие и воспитание детей с ДЦП имеет аналогичные цели и задачи для детей с нормой. Но за счёт специфических особенностей формирования моторики детей с двигательными нарушениями физическое развитие имеет своеобразный индивидуальный характер.

Изучив и проанализировав теоретическую литературу по исследуемой проблеме, мы пришли к следующим выводам:

1. Для успешной коррекции двигательных нарушений необходим целый ряд лечебных мероприятий, создающий в итоге комплексное и всестороннее воздействие на организм ребёнка с ДЦП. К ним относятся: массаж, медикаментозное лечение, физиотерапия, лечебная физкультура, комплекс подвижных игр, ортопедическое лечение. Для нормализации мышечного тонуса, гашения насильственных движений используется медикаментозное лечение. Каждая терапия носит индивидуальный характер с учетом формы ДЦП, структуры двигательного дефекта, особенностей психической деятельности и соматического состояния ребенка. Физиотерапевтические процедуры направлены на уменьшение спастичности, улучшение кровообращения в мышцах (грязевое лечение, тепловые процедуры). Ортопедическая работа предусматривает соблюдение ортопедического режима, использование ортопедических приспособлений для ходьбы, коррекции положения конечностей и др. Лечебная физкультура направлена на развитие двигательных навыков и умений, обеспечивающих социально-бытовую адаптацию детей.

2. Коррекция двигательных нарушений должна носить постоянный, непрерывающийся характер. Занятия физической культурой, музыкальные занятия, занятия по формированию элементарных математических представлений, лепке, аппликации, рисованию, конструированию, труду,

игре, ознакомлению с окружающим, развитию речи, а также все режимные моменты должны иметь коррекционную направленность и проводиться с учетом особенностей двигательного развития детей с ДЦП, при этом систематическое использование игровых методов при проведении ЛФК и других видов занятий позволяет добиться хороших результатов в улучшении двигательных навыков.

3. Подбор дидактических игр и игровых занятий для дошкольников с церебральными параличами должен основываться на знании специфических структурных нарушений познавательной и двигательной деятельности и быть направлен на коррекцию этих нарушений. Большое значение имеет включение в комплекс коррекционных мероприятий таких видов деятельности, которые в своих истоках связаны с игрой: рисование, лепка, аппликация, конструирование, труд и др. Эти виды деятельности направлены, прежде всего, на развитие способности различать цвет, форму, величину, а также на развитие мышечно-суставного чувства и мелкой моторики. Вместе с тем эти виды деятельности существенно обогащают все психические функции и личность в целом.

В качестве рекомендаций по использованию игровых приемов в коррекции двигательных нарушений у детей старшего дошкольного возраста с ДЦП необходимо отметить:

1) Необходимо учитывать темп, в котором ведется подвижная игра. Его следует с особой тщательностью регулировать инструктору ЛФК или педагогу-дефектологу, воспитателю. Многие движения, которые ребенок не может совершить самостоятельно или совершает их неправильно при быстром темпе исполнения, он выполняет эти движения при медленном темпе - точнее и совершеннее. Поэтому подбор скорости движений (темп

игры) для разных игр является существенно важным условием эффективности игры.

2) Целесообразно сочетать в одном занятии игры разной направленности (по физическим качествам и видам движений), а главное - степень сложности содержания игры и выполняемых элементов и движений.

3) Чистое время занятия должно быть от 20 до 25 минут; игры целесообразно заполнять паузами для отдыха и дыхательными упражнениями и на расслабление.

4) Выбор игр, методика их применения диктуются степенью ограничения подвижности ребенка с ДЦП, состоянием его интеллекта.

5) Следует принимать во внимание заинтересованность, желание детей играть в ту или иную игру.

6) Игра должна иметь музыкальное сопровождение.

7) В игре не должно быть чрезмерных мышечных напряжений и продолжительных задержек дыхания (натуживание).

8) Игры должны вызывать только положительные эмоции у занимающихся и оказывать благоприятное влияния на нервную систему ребенка путем оптимальных нагрузок на память и внимание.

9) Правила - обязательны для участников игры. Они обуславливают расположение и перемещение игроков, уточняют характер поведения, определяют способы ведения игры, приемы и условия подсчета ее результатов. При проведении игр с ведущий сам определяет и корректирует правила той или иной игры, иногда несколько упрощая правила игры.

10) При выраженной усталости играющий может свободно выйти из игры.

Результаты констатирующего эксперимента подтвердили выводы теоретического исследования о сложном характере двигательных и психических нарушений исследуемой группы детей, а так же дали нам конкретную информацию об уровне развития у них общей и мелкой моторики, психических функций.

Основываясь на выводах теоретического исследования и результатах констатирующего эксперимента мы подобрали игры, соответствующие уровню испытуемых и отвечающие целевым установкам коррекции двигательных нарушений.

В заключении стоит также отметить, что при обучении движениям детей с церебральным параличом, решающую роль играет индивидуальный подход, учет особенностей двигательных нарушений. Кроме специфики двигательных нарушений важен учет психологических особенностей ребенка. Одни дети активны и самостоятельны, другие напротив, вялы, малоподвижны.

Список литературы

1. Антонов, Ю.Е. Здоровый дошкольник [Текст] / Социально-оздоровительная технология XXI века / Ю.Е. Антонов, М.Н. Кузнецова, Т.Ф. Саулина. изд. 2-е испр. и доп. – М.: АРКТИ, 2001. – 80 с.
2. Аршавский, И.А. Ваш малыш может не болеть [Текст] / физкультура для здоровья / И.А. Аршавский; – М.: Советский спорт, 1990. – 30 с.
3. Бадалян, Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. [Текст] / Детские церебральные параличи. - Киев, 1988. – 340 с.
4. Бисярина, В.П. Анатомо-физиологические особенности детского организма. - М.: «Медицина», 2010. – 368 с.
5. Воронова, Е.К. Игры – эстафеты для детей 5 – 7 лет [Текст] / практическое пособие / Е.К. Воронова. – М.: Аркти, 2009. – 88 с.
6. Данилова, Л. А. Особенности нарушения ряда форм познавательной деятельности и пути их преодоления у детей с врожденным церебральным параличом. [Текст] / - Ленинград, 1969.- 569 с.
7. Дмитриев, А.А. Коррекционно-педагогическая работа по развитию двигательной. - М., 2004. -340 с.
8. Дмитриев, А.А. Организация двигательной активности умственно-отсталых детей. - М., 2010. – 370 с.
9. Дмитриев, А.А. Коррекция двигательных нарушений у учащихся вспомогательных школ средствами физического воспитания. - Красноярск: Изд-во Красноярского Университета, 1987. – 450 с.
10. Здоровьесберегающее физическое развитие: Развивающие двигательные программы для детей 5–6 лет [Текст] / пособие для педагогов дошкольных учреждений / Филиппова Л.В., Лебедев Ю.А., Шилкова И.К., Силкин Ю.Р., Большев А.С. и др. – М.:Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. – 336 с.

11. Игры и упражнения для детей с высоким уровнем двигательной активности [Электронный ресурс]. – Режим доступа <http://www.iemcko.narod.ru/2516.html>
12. Кузнецова, М.Н. Система комплексных мероприятий по оздоровлению детей дошкольных образовательных учреждений [Текст] / пособие для медработников и воспитателей / М.Н. Кузнецова; – М.: АРКТИ, 2003. – 64 с.
13. Лазарев, М.Л. Здравствуй! [Текст] / учеб.метод. пос. для педагогов дошкольн. образов. учрежд. / М.Л. Лазарев; – М.: Мнемозина, 2004. – 248 с.
14. Мащенко, М.В. Физическая культура дошкольника [Текст] / пособие для педагогов дошкольн. учреждений, методистов по физ. воспитанию / М.В. Мащенко, В.А. Шишкина. – Минск: Ураджай, 2000. – 156 с.
15. Осокина, Т.И. Физические упражнения и подвижные игры для дошкольников [Текст] / книга для воспитателей детского сада / Т.И. Осокина, Е.А. Тимофеева. 2-е изд., дораб. – М.: Просвещение, 1971. – 159 с.
16. Подвижные игры для детей [Электронный ресурс]. – Режим доступа <http://www.bambinella.ru/podvignie-igri.php>
17. Пралеска: программа дошкольного образования [Текст] / Под.ред. проф. Е.А. Панько. – Минск: НИО, 2007. – 320 с.
18. Рунова, М.А. Двигательная активность ребенка в детском саду [Текст] / пособие для педагогов дошкольных учреждений, препод. и студ / М.А. Рунова; – М.: Мозаика-Синтез, 2004. – 256 с.
19. Рунова, М.А. Движение день за днем; Двигательная Активность – источник здоровья детей [Текст] / пособие для педагогов дошкольных учреждений, препод. и студ / М.А. Рунова; – М.: Линка – Пресс, 2007. – 96 с.
20. Рунова, М.А. Дошкольные учреждения: оптимизация режима двигательной активности [Текст] / М.А. Рунова // Дошкольное воспитание. – 1998. – №6. – С. 81–86.

21. Степаненкова, Э.Я. Теория и методика физического воспитания и развития ребенка [Текст] / учебное пособие для студентов / Э.Я. Степаненкова; – М.: Академия, 2008. – 368 с.
22. Матвеева, Л. П. Теория и методика физического воспитания [Текст] / Учебник для ин-тов физ. культуры. / Под ред. Л.П. Матвеева, А.Д. Новикова, том 2. – М.: ФиС, 1976. – 256 с.
23. Фролов, В.Г. Физкультурные занятия на воздухе с детьми дошкольного возраста [Текст] / пособие для воспитателя детского сада / В.Г. Фролов В, Г.П. Юрко. – М.: Просвещение, 1983. – 191 с.
24. Шарманова, С.Б. Оздоровительная направленность художественной гимнастики в физическом воспитании детей дошкольного возраста [Текст] / С.Б. Шарманова, Г.К. Калугина // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – 2004. – №2. – С. 9–12.
25. Шишкина, В.А. Журнал мониторинга здоровья, физического и двигательного развития дошкольников [Текст] / В.А. Шишкина // Мозырь, ООО ИД «Белый ветер», 2005. – 34 с.
26. Шишкина, В.А. Здоровый ребенок: Физическое воспитание – основа здоровьесберегающего образовательного процесса в дошкольном учреждении [Текст] / В.А. Шишкина // Пралеска. – 2006. – №9. – С. 25–28.
27. Якунина, С.А. Ритмическая гимнастика [Текст] / С.А. Якунина // Дошкольное воспитание. – 2003. – №10. – С. 64–71.
28. Рунова, М.А. Двигательная активность ребенка в детском саду [Текст] / пособие для педагогов дошкольных учреждений, препод. и студ / М.А. Рунова; – М.: Мозаика-Синтез, 2004. – 256 с.
29. Рунова, М.А. Движение день за днем; Двигательная Активность – источник здоровья детей [Текст] / пособие для педагогов дошкольных учреждений, препод. и студ / М.А. Рунова; – М.: Линка – Пресс, 2007. – 96 с.

30. Рунова М.А. Дошкольные учреждения: оптимизация режима двигательной активности [Текст] / М.А. Рунова // Дошкольное воспитание. – 1998. – №6. – С. 81–86.
31. 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., 1997. - Вып. 8. - С. 175-186.
32. Глазырина Л.Д., Овсянкин В.А. Методика физического воспитания детей дошкольного возраста. – М.: Владос, 1999. – 175 с.
33. Гончарова, М.Н., Гринина А.В., Мирзоева И.И. Реабилитация детей с заболеваниями и повреждениями опорно-двигательного аппарата. Л. "Медицина", 1974, 207с.
34. Гуровец, Г.В. Реабилитация психомоторных нарушений на занятиях ЛФК // Дефектология № 1, 1999.
35. Жуховицкий, М.С., Айзиков Г.С., Трудотерапия в лечении детских церебральных параличей.- В кн.: Проблемы восстановления при паралитических заболеваниях у детей. М., 1964, с. 292-294.
36. Ипполитова, М.В., Бабенкова Р.Д., Мастюкова Е.М. Воспитание детей с церебральными параличами в семье. М., 1993.
37. Кенеман, А.В., Хухлаева Д.В. Теория и методика физического воспитания детей дошкольного возраста. – М.: Просвещение, 1985. – 271 с.
38. Клячкин, Л.М., Виноградова М.Н. Физиотерапия. М., 1995.
39. Левченко, И.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. М., 2001.
40. Лопухина, И.С. Логопедия – речь, ритм, движение: пособие для логопедов и родителей – С.Пб.; Дельта, 1997.
41. Левченко, И.Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. М., Академия, 2001. С. 48)