

АННОТАЦИЯ

на бакалаврскую работу Глоткиной Лидии Александровны по теме:
«Влияние игровой деятельности на развитие двигательных умений у детей с ДЦП дошкольного возраста»

На сегодняшний день детский церебральный паралич является одной из ведущих проблем в современной медицине и реабилитации. ДЦП - одно из самых тяжелых заболеваний, затрагивающее центральную нервную систему и ведущее к различным нарушениям. Среди множества средств лечебной физической культуры можно выделить игровую форму проведения занятий, с использованием различных игр и упражнений, которые будут способствовать увеличению как эмоциональной, так и двигательной сферы детей, а так же помогут решить важные коррекционные задачи.

Гипотеза исследования: предполагается, что использование разработанных комплексов игровых упражнений повлияет на улучшение двигательных умений у детей с ДЦП дошкольного возраста

Объект исследования: процесс физической реабилитации, направленный на развитие двигательных умений у детей с ДЦП дошкольного возраста

Предмет исследования: влияние игровой деятельности на развитие двигательных умений у детей с ДЦП дошкольного возраста

Цель исследования: обоснование влияния игровых упражнений для развития двигательных умений у детей с ДЦП дошкольного возраста

Задачи исследования:

1. Оценить исходный уровень двигательных умений у детей с ДЦП дошкольного возраста.
2. Разработать комплексы игровых упражнений для развития двигательных умений у детей с ДЦП дошкольного возраста.
3. Оценить эффективность разработанных комплексов упражнений, направленных на развитие двигательных умений у детей с ДЦП дошкольного возраста.

Практическая значимость: мы предполагаем, что предложенные нами комплексы игровых упражнений могут быть использованы инструкторами по лечебной физической культуре в комплексе коррекционно-воспитательной работы с детьми ДЦП дошкольного возраста. Данные разработанные комплексы игровых упражнений будут способствовать развитию двигательных умений у детей с ДЦП.

Работа состоит из введения, 1-ой главы, раскрывающей вопросы о характеристике ДЦП, двигательных и психических нарушениях, а также о влиянии игровой деятельности на развитие двигательных умений у детей с ДЦП; 2-ой главы, включающей задачи, методы и организацию исследования; 3-ей главы, содержащей результаты исследования и их обсуждение, а также в работу входят заключение и список используемой литературы.

Работа представлена на 50 страницах машинописного текста, список используемой литературы включает в себя 34 источника.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	6
1.1. Характеристика детского церебрального паралича.....	6
1.2. Особенности двигательного и психического развития у детей с ДЦП дошкольного возраста.....	12
1.3. Особенности игровой деятельности у детей с ДЦП дошкольного возраста.....	19
ГЛАВА II. ЗАДАЧИ, МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ	24
2.1. Задачи исследования.....	24
2.2. Методы исследования.....	24
2.3. Организация исследования.....	28
ГЛАВА III. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ	30
3.1. Обоснование применения разработанного комплекса игровых упражнений для детей с ДЦП дошкольного возраста.....	30
3.2. Оценка эффективности разработанных комплексов игровых упражнений, направленных на развитие двигательных умений у детей с ДЦП дошкольного возраста.....	35
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	44
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	46

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. На сегодняшний день детский церебральный паралич является одной из ведущих проблем в современной медицине и реабилитации. ДЦП - одно из самых тяжелых заболеваний, затрагивающее центральную нервную систему и ведущее к различным нарушениям. Среди них: отклонения в двигательной сфере, задержка психического и умственного развития, а так же нарушения речевой, слуховой и зрительной деятельности [5].

По мнению Бортфельда С.А. и Рогачевой Е.И., «В настоящее время проблема профилактики, лечения и социальной помощи этим больным является одной из ведущих в невропатологии детского возраста» [6, стр. 3].

У детей, страдающих ДЦП, нарушаются многие функции, обеспечивающие дальнейшее формирование у ребенка нормальной двигательной деятельности. К таким функциям можно отнести: умение держать голову, сидеть, ползать, стоять, ходить. Из-за поражения ЦНС у детей нарушается работа мышечной схемы движений, что в дальнейшем приводит к основным трудностям в формировании двигательных умений. В связи с этим, современная реабилитация детей с ДЦП должна быть направлена, в первую очередь, на формирование жизненно важных двигательных умений и навыков.

Одно из ведущих мест в комплексной реабилитации детей с ДЦП занимает лечебная физическая культура с ее многообразием подходов и методов к лечению больных детским церебральным параличом [4]. Последнее время, в комплексе коррекционно - воспитательной работы с детьми дошкольного возраста, имеющими такое заболевание, большое внимание уделяется игровой деятельности, как элементу социальной адаптации и коррекции имеющихся двигательных нарушений.

Среди множества средств лечебной физической культуры можно выделить игровую форму проведения занятий, с использованием различных игр и упражнений, которые будут способствовать увеличению как эмоциональной, так и двигательной сферы детей, а так же помогут решить важные коррекционные задачи.

На данный момент, существует недостаточное количество литературы, описывающей проведение игровых занятий с детьми ДЦП, которые бы способствовали развитию двигательных умений. Поэтому мы считаем, что данная тема будет актуальна.

Гипотеза исследования: предполагается, что использование разработанных комплексов игровых упражнений повлияет на улучшение двигательных умений у детей с ДЦП дошкольного возраста.

Объект исследования: процесс физической реабилитации, направленный на развитие двигательных умений у детей с ДЦП дошкольного возраста

Предмет исследования: влияние игровой деятельности на развитие двигательных умений у детей с ДЦП дошкольного возраста.

Цель исследования: обоснование влияния игровых упражнений для развития двигательных умений у детей с ДЦП дошкольного возраста.

Задачи исследования:

1. Оценить исходный уровень двигательных умений у детей с ДЦП дошкольного возраста.
2. Разработать комплексы игровых упражнений для развития двигательных умений у детей с ДЦП дошкольного возраста.
3. Оценить эффективность разработанных комплексов упражнений, направленных на развитие двигательных умений у детей с ДЦП дошкольного возраста.

Практическая значимость: мы предполагаем, что предложенные нами комплексы игровых упражнений могут быть использованы инструкторами по лечебной физической культуре в комплексе коррекционно-воспитательной работы с детьми ДЦП дошкольного возраста. Данные разработанные комплексы игровых упражнений будут способствовать развитию двигательных умений у детей с ДЦП.

ГЛАВА I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ТЕМЕ

1.1. Характеристика детского церебрального паралича

Существует множество авторов по-разному трактующих понятие о детском церебральном параличе. Изучая литературные источники по данной теме, мы выделили несколько определений этого понятия.

По определению Бортфельда С.А., «Детский церебральный паралич является заболеванием головного мозга, которое возникает под влиянием различных вредностей внутриутробно, при родах и в период новорожденности. В центре клинической картины находятся двигательные расстройства, сопровождающиеся нарушениями функций других анализаторных систем (зрения, вестибулярного аппарата, глубокой чувствительности и пр.), а также речи и психики» [6, стр. 3].

Так же Бортфельд С.А. дает еще одно определение данному понятию, говоря, что детский церебральный паралич - это заболевание, появляющееся из-за травм и инфекционных заболеваний, вследствие нарушений развития, а также не прогрессирующее в течение всей жизни [7]. По мнению, высказанному Семеновой К.А., «Детский церебральный паралич - заболевание мозга, начинающееся в период внутриутробного развития, в период родов или новорожденности. Заболевание продолжается в течение многих лет, чаще всего - в течение всей жизни» [25, стр. 3].

Бадалян Л.О. относит детский церебральный паралич к синдрому, который возникает на ранних этапах процесса индивидуального развития организма из-за повреждений головного мозга, и проявляется в отсутствии умения выполнять различные произвольные движения и сохранять правильную позу при выполнении различных двигательных действий. Нарушение речи, слуха, зрения, психики, чувствительности - все это является следствием тяжелых двигательных расстройств, к которым относятся параличи, насильственные движения, нарушение координации [2].

В своих практических рекомендациях Батышева Т.Т. пишет, что «Термином детский церебральный паралич (ДЦП) обозначают группу заболева-

ний центральной нервной системы, которые проявляются, прежде всего, двигательными расстройствами (нарушением мышечного тонуса, снижением мышечной силы, нарушением координации движений). Без двигательных расстройств церебрального паралича не бывает, однако, у значительной части больных (75%) возникают нарушения речи, задерживается развитие интеллекта (15 - 20%), возникают судороги (15 - 25%)» [5, стр. 3].

Обобщив понятия авторов о детском церебральном параличе, можно сделать вывод, что ДЦП является заболеванием, возникшим в результате повреждения центральной нервной системы, в основном, во внутриутробном периоде, и приводящее к нарушению двигательной сферы и всех анализаторных систем организма (речь, слух, зрение).

ДЦП - одно из самых тяжелых заболеваний ЦНС, имеющее свои особенности, к которым относятся:

- 1) период, в котором возникло заболевание (внутриутробный, в процессе родов, или в период новорожденности);
- 2) сочетание проявившихся отклонений (двигательной, речевой, психической сферы);
- 3) длительность заболевания (в основном затрагивает весь период жизни человека) [3].

В основном, детский церебральный паралич характеризуется как не прогрессирующее заболевание, однако клиническая картина и симптомы могут изменяться в период раннего возраста ребенка. Специфическими особенностями детских церебральных параличей являются двигательные нарушения, которые можно разделить на несколько групп:

- задержка формирования безусловных рефлексов, которые в норме должны привести к развитию необходимых для жизнедеятельности двигательных умений и навыков;
- присутствие произвольных мышечных сокращений или движений, а также наличие синергий и порочных поз;
- нарушенный тонус мышц;

- нарушение координации, вследствие неспособности ребенка чередовать различные состояния мышц при движении (сокращать, расслаблять, растягивать);
- нарушение пространственной ориентировки;
- нарушение мышечно - суставного чувства;
- нарушение сенсорных систем [7].

Бортфельд С.А. подчеркивает, что «Таким образом, основным в двигательных нарушениях при детском церебральном параличе является патология координации движений в самых разнообразных ее проявлениях. Характерным для детского церебрального паралича, хотя и непостоянным признаком, являются нарушения функций других анализаторов: зрительного, слухового, вестибулярного, а также различные нарушения речи и снижение интеллекта» [7, стр. 6].

Выделяется три группы, характеризующие степень тяжести двигательных нарушений и формирования двигательных умений и навыков у детей с детским церебральным параличом:

1) тяжелая степень нарушения. Дети этой группы плохо владеют навыками ходьбы, захвата и удержания предметов, самообслуживания. Некоторые способны передвигаться при помощи различных приспособлений для ходьбы и частично владеть навыками самообслуживания;

2) средняя степень нарушения. Большинство детей владеют навыками самостоятельного передвижения на небольшое расстояние и способны обслуживать себя сами;

3) легкая степень нарушения. Дети уверенно владеют навыками ходьбы и самообслуживания, однако могут присутствовать некоторые нарушения в ходьбе, патологические позы и насильственные движения [14].

Исходя из многообразия нарушений двигательных и сенсорных систем, можно выделить ряд признаков, которые объединяются и классифицируются в группы. По словам Семеновской К.А., «Клиника детского церебрального паралича различна в зависимости от того, на какие отделы мозга преимуще-

ственно распространился патологический процесс. Интенсивность поражения того или другого отдела мозга положена в основу многих классификаций заболеваний» [26, стр. 18].

Изучению классификаций детского церебрального паралича посвящены работы многих авторов, среди которых можно выделить Бортфельда С.А., Никитину М.Н., Семенову К.А., Бадалян Л.О. и других [3, 7, 20, 25].

Никитина М.Н. в своем источнике отмечает, что «В отечественной и зарубежной литературе насчитывалось около 20 классификаций этой патологии, в которых предусматривается выделение форм этого тяжелого заболевания по этиологическому, топографическому принципу, качественному нарушению мышечного тонуса или в основу положен один из этих параметров. В основном рассматривались двигательные нарушения как ведущее звено детского церебрального паралича» [20, стр. 19].

Многие исследователи, изучая проблему детских церебральных параличей, классифицировали их по группам [25, 26]. Одним из основоположников, который стал изучать проблему детского церебрального паралича, считается английский ученый, хирург и ортопед, W.J. Little [25]. Он считал, что основными причинами появления болезни являются «аномальные роды», недоношенность и асфиксия плода.

J. Little одной из основных форм ДЦП считал «генерализованную ригидность» или «болезнь Литтла», при которой нижние конечности поражены больше, чем руки, присутствуют насильственные движения. Так же он выделял такую форму, как «спазмопаралич» и «гемиплегический спазмопаралич» [25].

Австрийский невропатолог S. Freud [26], выделил типы церебральных параличей, которые в дальнейшем стали основой для всех предложенных классификаций. Он предложил следующие формы ДЦП: гемиплегия (поражение ног в большей степени, чем рук), церебральная диплегия (двусторонний церебральный паралич): параплегическая ригидность, генерализованная

ригидность, двусторонняя гемиплегия, двойной атетоз и генерализованная хорья [19, 26].

В 1973 году Семенова К.А. предложила классификацию детских церебральных параличей, которая до настоящего времени пользуется большей популярностью в нашей стране [26]. В своем труде под названием «Лечение двигательных расстройств при детских церебральных параличах» Семенова К.А. отмечает, что «В связи с тем, что в течение многих лет двигательные нарушения рассматривались как центральное, ведущее звено детского церебрального паралича, классификация его отдельных форм строилась по топографическому принципу: выделялись тетрапарез, гемипарез, парапарез, монопарез, трипарез. Эта классификация не давала представления о характере психических и речевых расстройств, возникающих при перинатальных заболеваниях мозга» [25, стр. 15].

Никитина М.Н. отмечает, что развивающийся мозг плода склонен немедленно и с большой вероятностью отвечать на воздействие определенных раздражителей [20]. В связи с этим, происходит повреждение не только двигательной, но и других анализаторных систем. Классификация ДЦП по топографическому принципу не дает полного описания характера двигательных отклонений. Поэтому указание на ригидность или спастичность можно считать неправомерным, в силу того, что при детском церебральном параличе тонус мышц зависит от положения головы и тела ребенка [20]. Не давая представления о характере двигательных расстройств, о состоянии психики и речи ребенка, классификация по топографическому принципу не может дать основания для прогнозирования течения заболевания.

В основу представляемой ниже рабочей классификации положены собственные наблюдения и классификации двигательных нарушений, предложенные Ford (1946) и Д. С. Футером (1958)» [26].

1. Спастическая диплегия, так же может использоваться название «болезнь Литтла».

Одна из самых распространенных форм ДЦП, при которой ноги поражены в большей степени, чем руки. У детей, имеющих данную форму, могут наблюдаться нарушения речи (дизартрия) и психического развития. Также можно заметить наличие патологических синергий, вследствие которых происходит формирование порочных поз, развитие деформаций и контрактур, которые будут препятствовать развитию мелкой и крупной моторики. Несмотря на это, ребенок способен обучиться самообслуживанию и некоторым трудовым навыкам [19].

2. Двойная гемиплегия или (спастический тетрапарез).

Одна из самых тяжелых форм ДЦП, при которой поражены верхние и нижние конечности, с преобладающим нарушением в руках. Основными причинами, по которым возникает данная форма, являются внутриутробные инфекции и гипоксия, с последующими аномалиями в развитии головного мозга. При двойной гемиплегии у детей наблюдаются такие симптомы, как: нарушение зрения (косоглазие, атрофия зрительных нервов), нарушение речи, слуха, повышенный тонус мышц [3]. У половины детей, страдающих этой формой детского церебрального паралича, встречаются приступы эпилепсии, контрактуры суставов, возможно развитие микроцефалии. Из-за тяжелых двигательных дефектов, такие дети практически неспособны к самообслуживанию и какой-либо трудовой деятельности.

3. Гиперкинетическая форма или (дискинетическая форма).

Проявляется данная форма в виде непроизвольных движений (гиперкинезов), повышения тонуса мышц, параличей и парезов. Семенова К.А., пишет: «Этиологическим моментом является чаще всего билирубиновая энцефалопатия (несовместимость крови матери и плода по резусфактору или по группе крови и др., а также кровоизлияние в область подкорковых ядер, возникающее в результате родовой травмы). Гиперкинезы различного характера (хореоатетоз, атетоидный гиперкинез, баллизм, торсионная дистония) наблюдаются при данной форме наряду с параличами и парезами. Наблюдается задержка редукции тонических рефлексов до 2 - 3-го года жизни и за-

держка развития установочных рефлексов в эти же сроки; затем установочные рефлексы и произвольная моторика начинают развиваться удовлетворительно при всех типах гиперкинезов, кроме двойного атетоза и торсионной дистонии» [25, стр. 17].

Кроме этого, наблюдаются нарушения речи, проявляющиеся в большинстве случаев в виде гиперкинетической дизартрии. Интеллектуальные способности таких детей чаще всего имеют положительный характер развития, поэтому они способны к обучению и социальной адаптации.

4. Гемиплегическая форма или (гемипаретическая форма).

Особенностью данной формы ДЦП является поражение верхней и нижней конечности с одной стороны. В большинстве случаев, гемиплегическая форма выявляется в период новорожденности у недоношенных малышей.

В 30 % случаев у детей наблюдаются нарушения в психическом развитии, олигофрения и нарушения речи. Двигательными умениями и навыками такие дети овладевают гораздо позже, чем здоровые. Социальная адаптация, в большинстве случаев, зависит от интеллектуальных возможностей, а не от степени двигательных дефектов [19].

5. Атонически-астатическая форма или (атаксическая форма).

Отличительной особенностью данной формы является: низкий мышечный тонус, патологическое развитие тонических рефлексов, отсутствие установочных рефлексов и наличие высоких сухожильных рефлексов. Но, несмотря на это, дети к 3 - 5 годам способны овладеть произвольными движениями. При такой форме наблюдаются расстройства речи, задержка интеллектуального развития, умственная отсталость, тяжелые двигательные нарушения [2].

1.2. Особенности двигательного и психического развития детей с ДЦП дошкольного возраста

Для детей с ДЦП характерны свои особенности двигательного и психического развития. В своей работе, посвященной изучению проблемы развития детей с ДЦП, Мастюкова Е.М. отмечает, что «У детей с церебральным

параличом развитие двигательных функций нарушено, начиная с периода новорожденности. В основе этих нарушений - запаздывание в угасании безусловных рефлекторных двигательных автоматизмов, среди которых наибольшее значение имеют так называемые позотонические рефлексы» [17, стр. 248].

Зиглинда Мартин отмечает, что «Задержка двигательного развития может обнаружиться у некоторых детей уже в течение первого года жизни. Они позже своих сверстников начинают держать голову, играть своими ручками, переворачиваться, садиться, вставать или ходить. Чаще это встречается у недоношенных детей» [13, стр. 20].

В норме здоровые дети уже в 3 месяца способны уверенно держать голову. Дети с ДЦП этой же функцией смогут овладеть примерно к 3 - 5 годам. Происходит и задержка таких двигательных функций, как поворот со спины на бок, на живот и обратно. Формирование позы сидения так же отстает от здоровых детей и осваивается только в 2 - 3 года. Ползать такой ребенок начинает достаточно поздно, так как ползание для ребенка с ДЦП является довольно сложным двигательным актом, требующим координации движений ног и рук. Навык прямохождения в норме формируется примерно в 9 - 10 месяцев, большинство детей с детским церебральным параличом способны овладеть этим навыком только в дошкольном возрасте [10, 14].

Самый сложный двигательный навык для детей с ДЦП - это ходьба. У здоровых детей он формируется примерно с года, и лишь 50 % детей с ДЦП овладевают ходьбой в 4 года. Остальные могут овладеть этим навыком в последующие годы, а некоторые дети, имеющие тяжелую форму ДЦП, не смогут овладеть им вовсе [13].

Хольц Р. отмечает, что двигательные нарушения, возникающие вследствие церебральных параличей, отрицательно сказываются на развитии головного мозга и его функциях, тем самым препятствуя дальнейшему двигательному развитию ребенка. Но, несмотря на то, что заболевание не прогрессирует, функциональные нарушения со временем могут изменяться [31].

Широко варьируются темпы двигательного развития при детском церебральном параличе. Из-за нарушения двигательной сферы, у детей с ДЦП развитие статических и локомоторных функций происходит неправильно. Разнообразные двигательные отклонения обусловлены рядом факторов, которые напрямую связаны с особенностями данного заболевания.

Основными факторами являются:

1. Нарушение тонуса мышц. Совершение любых двигательных актов невозможно без нормального мышечного тонуса, так как работа мышц должна обеспечиваться согласованно. При ДЦП эта работа не согласована, вследствие нарушенного тонуса мышц у ребенка. Среди таких нарушений выделяют спастичность, ригидность, гипотонию и дистонию [14].

Самым распространенным видом нарушения тонуса является **спастичность**, проявляющаяся в повышении тонуса мышц, вследствие их напряжения [13]. Чаще всего нарастание мышечного тонуса у детей с ДЦП происходит при попытке выполнить какое-либо движение. В основном у детей с диагнозом ДЦП наблюдается следующее положение: ноги и руки, согнутые в коленных и локтевых суставах, приведены к туловищу, стопы опираются на пальцы, а пальцы рук сжаты в кулак. При резко повышенном тонусе частым явлением являются контрактуры суставов и деформации конечностей. Чаще всего, нарушение тонуса бывает при гемипаретической форме или спастической диплегии [9].

Следующий вид нарушения тонуса - **ригидность**. Она проявляется в максимальном повышении тонуса мышц агонистов и антагонистов, вследствие чего нарушается слаженная мышечная работа. Чаще всего, ригидность наблюдается у детей, имеющих ДЦП в форме двойной гемиплегии. **Гипотония** - ослабленный мышечный тонус, при котором все мышцы находятся в слабом и вялом состоянии. Связано это, прежде всего, с нарушением функций мозжечка и вестибулярного аппарата. При гипотонии нарушается равновесие и способность удерживать вертикальное положение тела [14, 26]. В основном, такой вид нарушения выражен при атонически астатической форме.

Вследствие нарушенной регуляции тонуса мышц, может возникнуть **дистония**, при которой мышечный тонус будет иметь меняющийся, непостоянный характер. В этом случае, в покое мышцы расслаблены, а при совершении движения тонус повышается. В результате, совершить движение бывает невозможно. Часто, дистонию можно наблюдать у детей, имеющих гиперкинетическую форму церебрального паралича.

2. Параличи и парезы (ограничение или невозможность выполнения произвольных движений). Выполнение тех или иных движений, прежде всего, зависит от степени тяжести поражения мозга, из-за которого может наблюдаться частичное или полное отсутствие движений [19]. **Центральный паралич** характеризуется полным отсутствием способности выполнить произвольные движения, а **центральный парез**, только лишь ограничением объема этих движений. Вследствие этих нарушений, ребенок не способен выполнить самые простые движения - поднять руки вверх или вытянуть их вперед и в стороны, а также согнуть и разогнуть ногу [3]. В связи с этим у ребенка появляются трудности с освоением ходьбы и манипулятивной деятельности.

3. Насильственные движения. Насильственные движения при многих формах детского церебрального паралича проявляются в виде гиперкинезов или тремора. **Гиперкинезы** вызываются вследствие нарушения мышечного тонуса и выражаются в виде произвольных насильственных движений [25]. В результате это приводит к затруднению выполнения любых двигательных действий. **Тремором** называются ритмические, быстрые движения конечностей, которые вызываются вследствие мышечных сокращений [6].

4. Нарушение координации движений и равновесия. Частичное или полное отсутствие координации движений или «атаксия» может проявляться как при статических, так и динамических усилиях. Атаксия может выражаться неустойчивым положением тела при стоянии, ходьбе или сидении. Нарушение координации может проявляться неточными или несоразмерными

движениями, когда ребенок не способен правильно захватывать предметы и перемещать их, бросать или ловить мяч [10].

5. Недостаточное развитие цепных установочных выпрямительных рефлексов. Формирование вертикального положения тела ребенка и произвольной моторики, прежде всего, зависит от наличия статокинетических рефлексов у ребенка. При полном отсутствии или недоразвитии данных рефлексов, у ребенка появятся трудности при удерживании головы и туловища в нужном положении [13]. Вследствие этого, ребенок будет неспособен овладеть навыками самообслуживания.

Помимо этого, у детей могут развиваться **синкинезии**. Это содружественные непроизвольные движения, которые побуждают к выполнению активных действий. Различают два вида синкинезий: имитационные и координаторные [4]. Первый вид проявляется чаще всего при выполнении ребенком движений не пораженной конечностью, а здоровой. Например, при попытке взять какой-либо предмет одной рукой, сгибается другая. Вторым видом возникает при невозможности выполнения отдельного движения изолировано, а только в совокупности с более сложным двигательным актом [4, 22]. Например, когда у ребенка не получается отдельно разогнуть пальцы руки, разгибание происходит только при выпрямлении полностью всей руки.

Наличие двигательных нарушений может оказывать отрицательное влияние и на психическое развитие. Для детей с ДЦП характерны специфические отклонения в развитии психики. Нарушения психики, зависят, прежде всего, от степени и локализации поражения головного мозга [23]. По мнению Немковой С.А., «Двигательные и сенсорные нарушения при ДЦП с первых дней жизни ребенка создают неблагоприятные условия для его психического развития. Двигательная недостаточность, ограниченность или невозможность произвольных движений вследствие поражения двигательного кинестетического анализатора, патология зрения и слуха препятствуют адекватному восприятию пространства, формированию схемы тела, познанию формы и свойств предметов, т. е. пространственного гнозиса и праксиса. Кроме того,

двигательная недостаточность препятствует развитию зрительного восприятия в связи с нарушением моторного аппарата глаз, недоразвитием статокинетических рефлексов, что в сочетании с нарушениями функции рук мешает формированию зрительно-моторной координации, препятствует развитию манипулятивной деятельности, конструирования и рисования, а в дальнейшем тормозит формирование учебных навыков (чтения, письма) и познавательной деятельности» [19, стр. 15-16].

Нарушения познавательной деятельности у детей с ДЦП имеют специфические особенности. Среди них: неравномерное и дисгармоничное развитие некоторых психических функций; выраженные астенические проявления (нарушение нервно-психических процессов и повышенная утомляемость); недостаточный уровень знаний и представлений об окружающем мире. Ребенок с ДЦП не имеет понятия о многих процессах, происходящих в окружающем мире и социальной сфере. Зачастую дети способны понять лишь то, что было в их практическом опыте [19, 23]. Происходит это, чаще всего, из-за недостатка общения, связанного с различными трудностями в передвижении, или вынужденной изоляции, вследствие тяжести имеющегося дефекта. Кроме того, это может происходить из-за затруднений в познании окружающего мира, в связи с двигательными и сенсорными расстройствами.

У детей с диагнозом ДЦП наблюдаются нарушения координационной деятельности. Как утверждает Семенова Е.В., «При церебральном параличе трудности восприятия, обусловленные нарушением координированной деятельности различных анализаторных систем (патология зрения, слуха, мышечно-суставного чувства), приводят к ограничению поступающей информации, что затрудняет интеллектуальную деятельность» [24, стр. 372].

Примерно у 25 % детей с ДЦП отмечается нарушение зрения. По данным Семеновой Е.В., «При нарушении зрительного восприятия недостаточная фиксация взора, нарушение плавного прослеживания, сужение полей зрения, нарушение остроты зрения, косоглазие, протоз век ведут к недостатку зрительно-моторной координации, неполноценному или искаженному вос-

приятно предметов или явлений окружающего мира» [24]. Из-за часто встречающихся отклонений зрительного восприятия, дети с ДЦП имеют трудности в распознавании различных предметов и явлений окружающей их среды.

Помимо зрительных отклонений, у детей с детским церебральным параличом встречаются нарушения слухового анализатора, проявляющиеся в недостаточной пространственно-различительной деятельности. Все это, в свою очередь, приводит к речевым нарушениям, которые влекут за собой трудности в овладении навыком письма и чтения, а также нарушения слуховой памяти и слухового восприятия [22]. Независимо от формы детского церебрального паралича, отмечается задержка и нарушение в развитии кинестетических анализаторов, то есть нарушение тактильного и мышечно-суставного чувства. У детей появляются трудности в определении положения и направления движений пальцев рук без контроля зрения, в узнавании предметов на ощупь, а также их манипулирование [1].

У детей с ДЦП дошкольного возраста, намного позже, чем у здоровых детей, происходит формирование представлений о своем теле. Они затрудняются в определении левой и правой стороны, путают понятия ближе, дальше, а так же с трудом воспринимают целостный образ предметов, путают их формы.

Помимо этого, у детей с ДЦП нарушено интеллектуальное развитие. Отклонения могут проявляться в виде умственной отсталости различной степени тяжести или интеллектуальной недостаточности, имеющей более легкие и обратимые нарушения. В большинстве случаев такие нарушения проявляются в форме задержки психического развития. Категория таких детей пользуется при обучении помощью взрослых и достаточно хорошо усваивает новый материал [17].

Дети с церебральными параличами отличаются расстройствами памяти и внимания. Они больше отвлекаются, становятся неспособны сконцентрировать свое внимание. Вербальная память у таких детей преобладает над так-

тильной и зрительной. Характерной чертой для детей с церебральным параличом является инфантилизм, проявляющийся чертами непосредственности, детскости, склонности к мечтательности и фантазированию. Свойственна таким детям повышенная заторможенность и пугливость в ситуациях, незнакомых ребенку [1, 17].

1.3. Особенности игровой деятельности детей с ДЦП дошкольного возраста

Для детей с церебральным параличом, игровая деятельность, прежде всего, является средством для развития не только эмоциональной сферы, интеллекта и коммуникативных способностей, но также мелкой и крупной моторики [22]. Из-за двигательных нарушений, снижения зрения и нарушений речи, ребенок с таким диагнозом развивается медленнее. Поэтому у таких детей нарушается координированность и ловкость в движениях рук, а также способность к выполнению определенных движений (ползание, сидение, стояние) [14]. Для того чтобы помочь ребенку во время игры использовать приобретенные им умения и навыки, необходимо:

- следить за положением тела ребенка во время выполнения каких-либо упражнений и игровых действий. Оно должно иметь устойчивое положение и надежную опору для фиксации рук и кистей;
- необходимый инвентарь и игрушки подбирать в соответствии с интеллектуальным и физическим развитием. Ребенок должен с легкостью их удерживать;
- учитывать заинтересованность ребенка, то есть использовать в основном те игрушки, к которым он проявляет интерес;
- учитывать усидчивость ребенка и его способность удерживать внимание;
- позволять ребенку самому выбирать понравившийся инвентарь и инициировать игровые действия, помогая только при неправильном выполнении того или иного движения;
- давать четкие и простые указания к выполнению действия [34].

В комплексной коррекционно-воспитательной работе с детьми, имеющими церебральные параличи, в последнее время, все больше внимания уделяют игровой деятельности, которая направлена как на коррекцию двигательных нарушений, так и социальную адаптацию [17]. Развитие двигательных умений и навыков у детей с ДЦП дошкольного возраста является сложной и длительной реабилитационной работой, поскольку в данном возрасте ребенок практически не осознает наличие дефекта и не проявляет активности на занятиях для его исправления [10].

Стимуляция моторного развития является основой физического воспитания детей с ДЦП. Для этого необходимо с помощью специальных упражнений поэтапно развивать двигательные умения и навыки ребенка, учитывая при этом степень формирования основных двигательных функций [13]. В процессе этой работы необходимо решать ряд следующих задач:

- контроль над положением и движением головы;
- формирование опороспособности рук;
- обучение разгибанию верхней части туловища;
- стимулирование переворотов;
- обучение функциям присаживания и сидения;
- обучение передвижению на четвереньках;
- развитие координации движений и равновесия;
- формирование вертикальной позы;
- формирование навыка ходьбы с поддержкой и без нее [13].

Большое внимание необходимо уделять двигательным умениям и навыкам, которые ребенок будет использовать в процессе всей жизни. К ним относятся: ходьба, предметно-практическая деятельность и самообслуживание. Подбирая упражнения для развития двигательных умений и навыков, необходимо учитывать некоторые особенности: возраст ребенка; уровень психического и интеллектуального развития; особенности поведения [21].

Предлагая ребенку различные игровые упражнения, мы побуждаем его к выполнению активных движений. При выполнении упражнений необходи-

мо использовать зрительные, тактильные, звуковые и речевые стимулы, а также музыкальное сопровождение. Кроме того, для создания положительного эмоционального фона важно иметь четкую речь, а так же использовать стихотворное сопровождение [1]. Как правило, развитие различных видов деятельности происходит у детей в дошкольном возрасте. Одной из ведущих видов деятельности, которая развивается в этот период, является игровая. Но большое значение, так же имеют учебная, трудовая, изобразительная и другие виды деятельности [8].

Развитие всех видов деятельности у детей с детским церебральным параличом происходит своеобразно. Прежде всего, это связано с имеющимися двигательными нарушениями, так как любой вид деятельности предполагает активное выполнение различных двигательных действий и формирование необходимых для этого умений и навыков [22]. Шапкова Л.В. отмечает, что «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» [32, стр. 127].

Для ребенка с ДЦП реабилитация будет носить положительный эффект, если в занятия будут включаться различного рода игры или упражнения игрового характера. Таким образом, ребенок будет заинтересован в выполнении упражнений и будет способен заниматься продолжительное время, без чувства усталости [18]. Существует множество видов игр: подвижные или малоподвижные, дидактические, ролевые, развивающие, а так же различные упражнения с применением специальных развивающих и обычных игрушек. Игры оказывают на ребенка общетонизирующее и эмоциональное воздействие, позволяя развивать, а в дальнейшем и совершенствовать двигательные умения и навыки. В связи с этим, игровую деятельность выделяют

как одну из более подходящих и эффективных, среди различных средств лечебной физической культуры, применяемых в дошкольном возрасте [1, 11].

Поскольку у детей с ДЦП формирование предметной деятельности происходит со значительным опозданием, то это может привести к задержке формирования целостных представлений о предметах и окружающем мире. Поэтому, в формировании предметной деятельности важную роль играет развитие зрительно-моторной координации [28]. Также формированию предметной деятельности может препятствовать неспособность ребенка следить за действием и движением рук [16]. Все эти особенности будут отрицательно сказываться на развитии игровой деятельности детей с церебральным параличом.

Основными задачами в проведении игр и упражнений с детьми, имеющими детский церебральный паралич, является: поддержка вертикального положения туловища, развитие двигательных умений и навыков, улучшение мелкой и крупной моторики [30]. Важнейшим условием решения этих задач является укрепление слабых и растянутых мышц, и расслабление спастичных мышц.

Игровая деятельность привлекает тем, что благодаря специальным упражнениям, на организм оказывается питательное воздействие, и тем самым, предупреждается формирование контрактур и деформаций. Кроме того, она способствует улучшению вестибулярного аппарата и психомоторного развития, а также коррекции нарушений осанки. В результате игровой деятельности, у детей проявляется развитие мотивации и предметной деятельности [28, 34].

У детей дошкольного возраста с детским церебральным параличом, игровая деятельность имеет ряд особенностей:

- подражательный и процессуальный характер;
- отсутствие замысла игры;
- ограниченный набор действий [21].

Малоподвижные игры для данной категории детей носят, в основном, целенаправленный характер. В игре можно использовать различные предметы, например, кубики разных цветов. Разложив их перед ребенком, можно попросить построить пирамиду, проговаривая цвет каждого кубика. В таком виде игровой деятельности активизируется сразу несколько зон: двигательная, зрительная, слуховая и речевая [27]. Подвижные игры в основном способствуют формированию двигательных умений и навыков, а также улучшению функций различных анализаторных систем. К данной категории игр можно отнести элементы ползания, ходьбы, бега, перелазания, метания [34].

Упражнения должны носить коррекционно-развивающую направленность, благодаря которой можно достичь положительных результатов в развитии необходимых двигательных умений и навыков у детей с детским церебральным параличом [18].

Делая вывод по **главе I**, можно сказать о том, что: ДЦП - это тяжелое заболевание центральной нервной системы, которое приводит к различным двигательным и психическим нарушениям. В связи с этим, у детей нарушается нормальное формирование двигательных умений и навыков.

Развитие двигательной сферы и психики у детей с церебральным параличом имеет свои особенности. Двигательные нарушения характеризуются наличием тонуса мышц, параличами и парезами, нарушением координации движений, а также недостаточным развитием цепных установочных выпрямительных рефлексов. Нарушение психических процессов характеризуется отклонениями в формировании эмоционально-волевой сферы, познавательной деятельности, нарушениями зрения, речи и слуха, а также интеллектуального развития.

В связи с тем, что игровая деятельность в дошкольном возрасте занимает одно из главных мест, то применение игровых упражнений и различных игр будет являться наиболее доступным средством в развитии двигательных умений у детей с ДЦП дошкольного возраста.

ГЛАВА II. ЗАДАЧИ, МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Задачи исследования

1. Оценить исходный уровень двигательных умений у детей с ДЦП дошкольного возраста.
2. Разработать комплексы игровых упражнений для развития двигательных умений у детей с ДЦП дошкольного возраста.
3. Оценить эффективность разработанного комплекса, направленного на развитие двигательных умений у детей с ДЦП дошкольного возраста.

2.2. Методы исследования

В нашем исследовании при решении поставленных задач и дальнейшего проведения педагогического эксперимента, применялись 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

В процессе нашего исследования и написания дипломной работы было изучено, проанализировано и обобщено около 34 источников отечественной и современной научно - методической литературы по данной теме исследования.

Для постановки цели и определения задач исследования была изучена литература о детском церебральном параличе и его характеристике, об особенностях двигательных нарушений и психического развития детей с ДЦП, а так же об особенностях проведения игровой деятельности с данной категорией детей.

2. Педагогическое наблюдение

В ходе нашего исследования была необходимость в проведении педагогического наблюдения за детьми, имеющими диагноз детский церебральный паралич, в процессе их занятий в клубе физической культуры для детей с двигательными нарушениями. Данное наблюдение позволило нам изучить особенности двигательного и психического развития детей с ДЦП, а также методику проведения занятий.

3. Проведение контрольных тестов

Для определения уровня двигательных умений у детей с ДЦП дошкольного возраста была подобрана одна из схем оценки двигательных возможностей детей, описанная в учебнике под редакцией Шапковой Л.В. «Частные методики адаптивной физической культуры».

ИП. лежа на спине сесть (кол-во раз)	
а) махом рук	
б) руки за голову	
И. П. лежа на спине удерживать голову (время)	
Выполнение упражнения «Крылышки» (время)	
И. П. лежа на животе руки в упоре (время)	
Поворот на живот из положения, лежа на спине (время)	
а) направо	
б) налево	
Стоит: на четвереньках (время) - на трех точках опоры, левая рука вперед, правая в опорном положении	
- на трех точках опоры, правая рука вперед, левая в опорном положении	
- на двух точках опоры, левая рука вперед, правая в опорном положении, правая нога назад, левая в опорном положении	
- на двух точках опоры, правая рука вперед, левая в опорном положении, левая нога назад, правая в опорном положении	
- на коленях, руки вдоль туловища	
- на ногах (без опоры)	
- на правой ноге	

- на левой ноге	
Прыжки на двух ногах (кол-во)	
- на левой ноге	
- на правой ноге	
Ловить: - большой мяч, расстояние 3 м (кол-во)	
- теннисный мяч (сидя, стоя)	
Сбор пирамидки 5 колец (время)	
- левой рукой	
- правой рукой	
Метание в цель 5 попыток расстояние 3 м	
- левой рукой	
- правой рукой	
И. П. стоя, сидя, лежа (нужное подчеркнуть). Фиксация взгляда, голова по средней линии	
И. П. лежа на животе удержать согнутую ногу в коленном суставе (время)	
- правая нога	
- левая нога	
И. П. лежа на животе согнуть ногу в коленном суставе (время)	
- правая нога	
- левая нога	
И. П. лежа на животе согнуть ногу в коленном суставе (кол-во раз)	
- правая нога	
- левая нога	
С отягощением - правая нога	

Рис.1. Тестирование двигательных умений у детей с ДЦП

Из общего количества показателей были выбраны несколько тестов, с помощью которых мы оценивали уровень двигательных умений у детей с ДЦП дошкольного возраста.

Тест №1. И. П. лежа на спине, сесть.

При помощи маха руками, поднимая голову, плечи, а затем всю верхнюю часть туловища, ребенку необходимо из положения, лежа на спине, пе-

рейти в положение, сидя, при этом ноги должны быть согнуты в коленных и тазобедренных суставах. Подсчитывается количество раз, которое ребенок сумел подняться в положение, сидя, за отведенное время - 30 секунд.

Тест №2. Поворот на живот из положения, лежа на спине.

Ребенку необходимо совершить переворот из положения, лежа на спине, в положение, лежа на животе. Фиксируется время, за которое испытуемый совершил данное действие.

Тест №3. И. П. лежа на животе руки в упоре.

Ребенок, лежа на животе, с упором на согнутые в локтевых суставах руки, удерживает принятое положение. Фиксируется время, которое ребенок сумел продержаться в данном положении.

Тест №4. Стойка:

- на четвереньках (на трех точках опоры)

- на ногах (без опоры)

1) Ребенок становится в положение на четвереньки, затем поднимает и вытягивает левую руку вперед, оказываясь в положении на трех точках опоры.

2) Ребенок становится в положение, стоя на двух ногах, без опоры руками. Фиксируется время, которое ребенок сумел продержаться в данном положении.

Тест №5. Ловить большой мяч.

Инструктор находится на расстоянии трех метров от ребенка. Испытуемому необходимо ловить резиновый мяч, который ему бросает инструктор. Подсчитывается количество пойманных мячей, из 10 бросков.

Тест №6. Метание в цель.

На расстоянии трех метров от ребенка располагается корзина. Ребенку необходимо бросить мяч так, чтобы он попал в цель. Подсчитывается количество попаданий мячей в корзину, из 5 попыток.

4. Метод педагогического эксперимента

Данная исследовательская работа проводилась в период с января 2017 по май 2018 учебного года, на базе Клуба физической культуры для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата "Герда", города Тольятти. В нашем исследовании приняли участие дети дошкольного возраста, имеющие детский церебральный паралич в гиперкинетической (дискинетической) и атонически-астатической (атаксической) форме.

В процессе исследования мы оценивали уровень двигательных умений у детей с детским церебральным параличом до и после педагогического эксперимента. После проведения первичного тестирования, контрольная группа продолжила заниматься по стандартному комплексу упражнений лечебной физической культуры, а для детей экспериментальной группы были разработаны специальные комплексы игр и игровых упражнений, направленных на развитие двигательных умений у детей с ДЦП дошкольного возраста.

5. Математико-статистический анализ

Данный метод математического анализа использовался при обработке полученных результатов тестирований, проводимых до и после педагогического эксперимента. Для этого мы использовали специальные формулы для расчета следующих величин: M - средняя арифметическая величина; σ - стандартное отклонение; m - ошибка среднего арифметического. Для проверки достоверности полученных результатов использовался t - критерий Стьюдента.

2.3. Организация исследования

Данная исследовательская работа проводилась в три этапа:

На I этапе (январь - май 2017 года), изучалась и анализировалась научно-методическая литература по выбранной теме исследования, проводилось педагогическое наблюдение за процессом занятий, а также изучение особенностей двигательного и психического развития занимающихся. Проводилось первичное тестирование, позволившее выявить уровень двигательных умений у детей с ДЦП дошкольного возраста.

По результатам данного тестирования сформировались две равноценные группы детей: контрольная и экспериментальная. В каждой группе находилось по 7 человек. Кроме того, на данном этапе мы разрабатывали комплексы игр и упражнений, направленных на развитие двигательных умений у детей с ДЦП дошкольного возраста.

На II этапе (*июнь 2017 - март 2018 года*), проводился педагогический эксперимент. Контрольная группа продолжила заниматься по стандартному комплексу упражнений лечебной физической культуры, в который входили в основном пассивные упражнения, а экспериментальная по разработанному комплексу, в который вошли упражнения в игровой форме, и малоподвижные игры.

На III этапе (*апрель - май 2018 года*), проводилось повторное тестирование и оформление результатов исследования, осуществлялся анализ и обработка полученных результатов, построение графиков и таблиц, позволивших сделать вывод об эффективности применения разработанных комплексов игровых упражнений, направленных на развитие двигательных умений у детей с ДЦП дошкольного возраста.

ГЛАВА III. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

3.1. Применение разработанных комплексов игровых упражнений для детей с ДЦП дошкольного возраста

Среди множества методик реабилитации детей с ДЦП и развития у них двигательных умений и навыков, важное место занимает лечебная физическая культура с применением различных упражнений, в том числе игрового характера и подвижных и малоподвижных игр.

Методика проведения занятий ЛФК включает такие принципы, как: систематичность и непрерывность, регулярность, индивидуальный подход, степень тяжести имеющегося дефекта, возраст и психофизические особенности ребенка. Важно как можно раньше начинать коррекционно-воспитательную работу с детьми, имеющими детский церебральный паралич, в связи с особенностями развития детского мозга, его способностью и пластичностью к коррекции нарушенных функций.

Основной целью наших занятий являлось:

- нормализация тонуса мышц;
- формирование контроля над положением головы и ее движениями;
- обучение разгибанию верхней части туловища;
- тренировка опороспособности рук (опора на предплечья и кисти);
- развитие поворотов туловища (переворачивания с живота на спину и со спины на живот);
- формирование функции сидения и самостоятельного присаживания;
- обучение вставанию на четвереньки, развитие равновесия и ползания в этом положении;
- развитие возможности удержания вертикальной позы и ходьбы с поддержкой;
- развитие ловкости и меткости.

Занятия в экспериментальной группе проводились 3 раза в неделю по 60 мин, и включали использование разработанных комплексов упражнений.

В комплекс входили: дыхательные упражнения, упражнения направленные на развитие мелкой моторики, а также основных двигательных умений, которыми ребенку необходимо овладеть к 4-5 годам, игровые задания умеренной интенсивности, спокойные подвижные и малоподвижные игры, упражнения на восстановление дыхания и снятия напряжения с задействованных во время занятия мышц.

Комплекс упражнений №1

1. И. П. - лежа на спине, руки вдоль туловища. Ребенок делает вдох, поднимая руки через стороны вверх, и хватает яркую игрушку, которую держит инструктор. Затем возвращается в И.П.

2. Упражнение «пальчики здороваются»:

- ребенок, большим пальцем левой руки по очереди касается каждого пальчика правой руки. Затем меняет руки;

- ребенок касается каждого пальчика одновременно двумя руками

3. Упражнение «пирамидка». Ребенок собирает пирамидку из разноцветных кубиков, складывая их, друг на друга.

4. Ребенок сидит на качелях. Инструктор находится сзади и поддерживает ребенка за бедра, раскачивая качели вперед-назад, затем вправо-влево. При раскачивании ребенок старается схватить колечки, которые подает ему инструктор из различных положений.

5. И. П. - лежа на спине, руки вдоль туловища. Инструктор, показывая ребенку яркую игрушку, стимулирует повороты головы вправо-влево.

6. И. П. - лежа на спине. Перед ребенком находится корзина с разноцветными шариками. Инструктор, подтягивая ребенка вверх за плечи, дает ему возможность взять шарик из корзины, создавая при этом условия для подъема головы.

7. И. П. - лежа на животе и опираясь на предплечья. Инструктор стимулирует ребенка опираться на одну руку, давая ему возможность снимать и одевать колечки, которые находятся впереди него.

8. И. П. - лежа на животе, на мягком валике, опираясь ладонями в пол. Инструктор стимулирует вынос вперед поочередно левой и правой руки, снимая и надевая колечки, с сохранением опоры на противоположной руке.

9. И. П. - лежа на спине. Инструктор стимулирует ребенка к отталкивающим движениям руками, набрасывая на грудь ребенка надувной мяч.

10. И. П. лежа на спине. Сбоку находится пирамидка. Ребенок надевает колечки, выполняя при этом повороты туловища в сторону пирамидки.

11. И. П. - лежа на спине на фитболе. Инструктор, раскачивая ребенка за ноги в разные стороны, стимулирует повороты туловища. При этом ребенку предлагается при каждом повороте тянуться за игрушками, которые показывает инструктор.

12. И. П. стоя на четвереньках. Ребенок, старается удержаться на трех точках опоры, надевая кольца на пирамидку одной рукой, затем другой.

13. И. П. - стоя на четвереньках. Инструктор стимулирует ребенка встать на колени, давая ему схватить игрушку двумя руками вверху.

14. Игра «прокати мяч с горки». Ребенку предлагается скатывать мяч с наклонной поверхности инструктору, который ловит мяч. Затем инструктор и ребенок меняются местами.

15. И. П. - лежа на спине на фитболе в расслабленном состоянии. Инструктор, придерживая ребенка, выполняет покачивания в разные стороны.

Комплекс упражнений №2

1. И. П. - лежа на спине, руки вдоль туловища. Ребенок делает вдох, поднимая руки вдоль головы, берет игрушку и возвращается в И. П.

2. Попросить ребенка переключать маленький резиновый мячик и из одной ладони в другую.

3. На столе стоит две корзинки. В одной из них находятся маленькие игрушки. Попросить ребенка брать понравившуюся игрушку из корзинки и переключать ее в пустую корзину. Сначала одной рукой, затем другой.

4. И. П. - стоя на батуте, инструктор придерживает ребенка сзади. Стимулировать ребенка удерживать равновесие, выполняя вместе с ним пры-

жнящие движения, не отрывая ног от поверхности, при этом можно попросить ребенка брать игрушки, которые подает инструктор.

5. И. П. - сидя на мягком валике. Инструктор находится сзади, придерживая ребенка за бедра. По бокам находятся две корзинки, в одной из которых лежат мешочки с песком. Ребенок, стараясь удержаться, перекладывает мешочки из одной корзины в другую. Затем наоборот.

6. И. П. - лежа на животе на фитболе. Инструктор, удерживая ребенка за ноги, толкает мяч вперед, вызывая у ребенка реакцию опоры рук.

7. И. П. - тоже. На полу разбросаны разноцветные кольца. Инструктор толкает мяч вперед, давая возможность ребенку собирать колечки.

8. И. П. - лежа на животе на фитболе, с опорой руками на пол. Толкая мяч вперед, инструктор дает ребенку возможность достать впереди стоящую игрушку, перебирая руками по полу.

9. И. П. - сидя «верхом» на фитболе. Инструктор толкает мяч вперед, стимулируя опору на стопы. При этом в руки ребенку можно дать маленькие резиновые мячи, и попросить выполнять ими различные движения (поднять вверх, в стороны и т.д.)

10. И. П. - сидя на фитболе. Инструктор помогает ребенку выполнить наклоны в стороны, так чтобы он поочередно опирался на каждую стопу. При этом ребенок выполняет различные задания, держа в руках резиновые мячики.

11. И. П. - стоя на коленях перед фитболом, руки на мяче. Ребенок, опираясь руками, встает поочередно на обе ноги, затем возвращается в И. П.

12. И. П. - сидя на коленях у инструктора. Впереди находится фитбол. Ставя ноги на мяч, и наклоняя корпус вперед, стимулировать ребенка отталкиваться от мяча ногами.

13. И. П. - стоя на коленях, инструктор придерживает ребенка сзади. Стараясь удержаться в таком положении, ребенок хватает руками колечки из различных положений, которые подает инструктор.

14. Выполнить то же самое, опираясь на одно колено.

15. Игра «Кегли». На расстоянии двух метров от ребенка стоя кегли. Ребенок старается сбить кегли, бросая в них большой резиновый мяч.

16. «Складной нож». Ребенок лежит на боку, прижав ноги и руки к груди. По команде инструктора ребенок одновременно должен выпрямить руки. Затем опять вернуться в И. П.

Комплекс упражнений №3

1. И. П. - сидя на мате, руки вдоль туловища. На вдохе - развести руки в стороны, на выдохе - вернуться в И. П. и обнять себя руками.

2. И. П. - тоже. На вдохе - поднять руки вперед и дотянуться до игрушки, на выдохе - опустить.

3. Сидя за столом, ребенок катает ладошкой маленький резиновый мячик, сначала одной рукой, потом двумя одновременно.

4. Сидя на стуле, в руках большое кольцо. Ребенок выполняет им круговые движения, имитируя работу руля.

5. И. П. - сидя на фитболе, с опорой руками сзади. Инструктор выполняет пружинящие движения, формируя у ребенка опору на руки.

6. И. П. - сидя «верхом» на фитболе. Инструктор выполняет покачивания мяча вправо-влево, формируя у ребенка опору на каждую ногу. В руках у ребенка находятся маленькие мячики, которыми он выполняет различные задания (поднять вверх, развести в стороны, опустить вниз и т. д.)

7. И. П. - стоя на коленях. Инструктор покачивает ребенка в разные стороны, формируя опору на каждую ногу. При этом ребенку предлагается брать колечки из разных положений, которые держит инструктор.

8. И. П. - лежа на тележке, ноги на полу. Инструктор медленно толкает тележку вперед, стимулируя ребенка отталкиваться ногами и ползти. Ребенку дается задание доползти до впереди стоящей игрушки и взять ее.

9. И. П. - лежа на тележке, руки на полу. Инструктор толкает тележку вперед, стимулируя ребенка перебирать руками и ползти. Ребенку дается задание доползти до впереди стоящей игрушки.

10. И. П. - сидя на ступеньке и держась руками за перекладину. Инструктор подталкивает ребенка сзади, стимулируя к вставанию.

11. И. П. - стоя на коленях и держась руками за перекладину. Ребенок ставит одну ногу вперед и, помогая себе руками, подтягивает вторую ногу и встает. Ребенку дается задание дотянуться до игрушки, которая находится наверху.

12. И. П. - стоя у ступеньки и держась руками за перекладину. Ребенок поднимается и опускается на одну ступеньку. Поднимаясь - ребенок берет игрушку, которую подает инструктор, опускаясь - складывает игрушки в корзину.

13. И. П. - стоя. Инструктор придерживает за бедра. Ребенок стоит максимально возможное время.

14. И. П. - стоя на балансировочной доске. Ребенок старается удержать равновесие, при этом держа в руках маленькие мячики и выполняя задания (опустить, поднять, развести в стороны и т. д.).

14. И. П. - стоя, руки на тележке. Ребенок толкает тележку и продвигается за ней вперед.

15. Игра «Пройди, не задев ворота». На расстоянии полметра друг от друга стоит два стула. Ребенок должен пройти так, чтобы не задеть ворота.

16. «Спящий котенок». Инструктор проговаривает: представьте себе, что вы веселые, озорные котята. Котята ходят, выгибают спинку, машут хвостиком. Но вот котята устали и начали зевать, ложатся на коврик и засыпают. У котят равномерно поднимаются и опускаются животики, они спокойно дышат.

3.2. Оценка эффективности разработанных комплексов игровых упражнений направленных на развитие двигательных умений у детей с ДЦП дошкольного возраста

По результатам тестирований двигательных умений у детей с ДЦП, проведенных до педагогического эксперимента (*Таблица 1*), достоверных

различий выявлено не было, поэтому можно говорить о том, что контрольная и экспериментальная группы были сформированы правильно.

Полученные данные мы отобразили ниже в виде таблицы, в которой приведены результаты тестирований двигательных умений у детей с ДЦП дошкольного возраста в начале педагогического эксперимента.

Таблица 1

Результаты исходного уровня двигательных умений у детей с ДЦП

<i>Тесты</i>	<i>КГ</i>			<i>ЭГ</i>			t	p
	X	σ	m	X	σ	m		
И. П. лежа на спине, сесть (кол-во раз)	2,6	0,55	0,24	2,8	0,45	0,2	0,63	<0.05
Поворот на живот из положения, лежа на спине (с)	19,6	1,14	0,51	19,4	1,14	0,51	0,28	<0.05
И. П. лежа на животе руки в упоре (с)	14,6	1,14	0,51	14,8	0,84	0,37	0,32	<0.05
Стойка: - на четвереньках, на трех точках опоры (с)	9,2	1,31	0,58	8,8	0,84	0,37	0,58	<0.05
- на ногах, без опоры (с)	7,3	0,84	0,37	7,4	1,14	0,51	0,16	<0.05
Ловить большой мяч (кол-во мячей)	3,2	0,84	0,37	3,4	0,89	0,4	0,37	<0.05
Метание в цель (кол-во попаданий)	1	0,55	0,24	2	0,71	0,32	1	<0.05

После тестирования и изучения исходного уровня двигательных умений, дети из контрольной группы продолжили заниматься по стандартному комплексу упражнений лечебной физической культуры, а для детей из экспериментальной группы были разработаны специальные комплексы, включа-

ющие игры и упражнения игрового характера, направленные на развитие двигательных умений, по которым они в дальнейшем занимались.

Таблица 2

Результаты повторного тестирования двигательных умений у детей с ДЦП

<i>Тесты</i>	<i>КГ</i>			<i>ЭГ</i>			t	p
	X	σ	m	X	σ	m		
И. П. лежа на спине, сесть (кол-во раз)	4,2	0,84	0,37	6	0,71	0,32	3,67	<0.05
Поворот на живот из положения, лежа на спине (с)	17,8	0,84	0,37	16,2	0,84	0,37	3,02	<0.05
И. П. лежа на животе руки в упоре (с)	16,6	1,67	0,75	19,2	0,84	0,37	3,11	<0.05
Стойка: - на четвереньках, на трех точках опоры (с)	12	1,58	0,71	14,2	0,84	0,37	2,75	<0.05
- на ногах, без опоры (с)	10,2	1,3	0,58	12,6	1,67	0,75	2,53	<0.05
Ловить большой мяч (кол-во пойманных мячей)	5,4	1,14	0,51	7	0,71	0,32	2,67	<0.05
Метание в цель (кол-во попаданий)	2	0,71	0,32	4	0,45	0,2	2,14	<0.05

В конце педагогического эксперимента проводилось повторное тестирование двигательных умений у детей с ДЦП (*Таблица 2*), с целью прослеживания динамики роста исследуемых показателей.

Динамика показателей, исследуемых в начале и в конце педагогического эксперимента, свидетельствует о том, что прирост произошел в обеих группах, но экспериментальная группа превысила показатели контрольной. Следовательно, это говорит о положительном влиянии разработанных ком-

плексов игр и упражнений на развитие двигательных умений у детей с ДЦП дошкольного возраста.

По результатам **Теста №1** «И. П. лежа на спине, сесть», показатели повторного тестирования увеличились в обеих группах, по сравнению с исходными данными, полученными в начале нашего исследования. В контрольной группе средний результат до педагогического эксперимента составлял - 2,6 количество раз, а после - 4,2 количество раз. В экспериментальной группе средний результат этого же теста в начале исследования составил - 2,8 количество раз, в конце - 6 количество раз.

Таким образом, результат у КГ увеличился на 1,6 количество раз и составил прирост на 50%, а у ЭГ результат увеличился на 3,2 количество раз, что составило 67%. Отсюда можно сделать вывод, что у детей, занимающихся по специально разработанным комплексам, результат тестирования оказался выше, чем у детей, занимающихся обычным комплексом лечебной физической культуры.

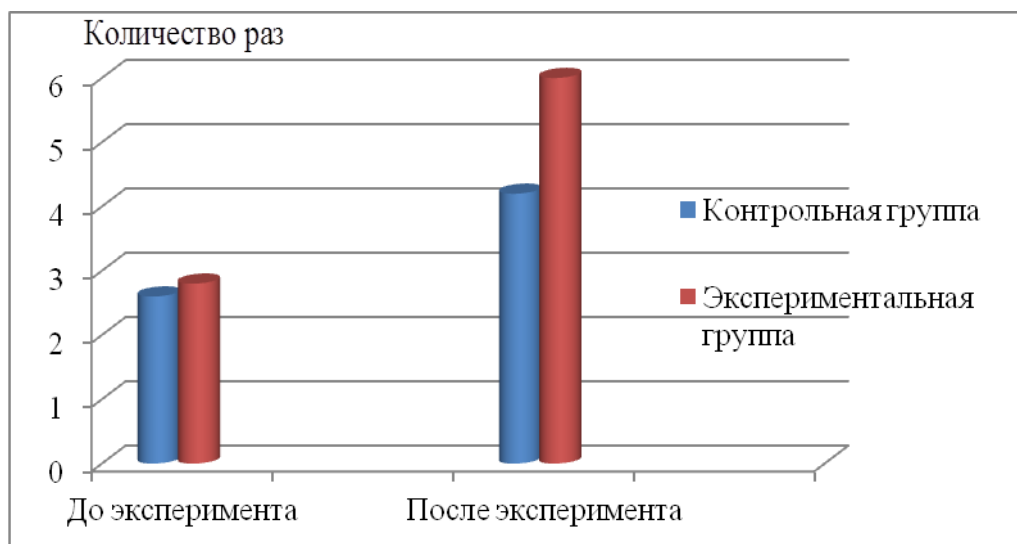


Рис.2. Динамика показателей теста №1

По результатам **Теста №2** «Поворот на живот из положения, лежа на спине», показатели повторного тестирования также увеличились в обеих группах, относительно начала исследования. В контрольной группе средний результат до педагогического эксперимента составлял - 19,6 с., а после - 17,8

с. В экспериментальной группе средний результат составил - 19,4 с., в конце - 16,2 с.

Таким образом, результат у КГ увеличился на 1,8 с. и составил прирост на 11%, а у ЭГ результат увеличился на 3,2 с. и составило 16%, что говорит о незначительном превышении показателей у экспериментальной группы по сравнению с контрольной группой.

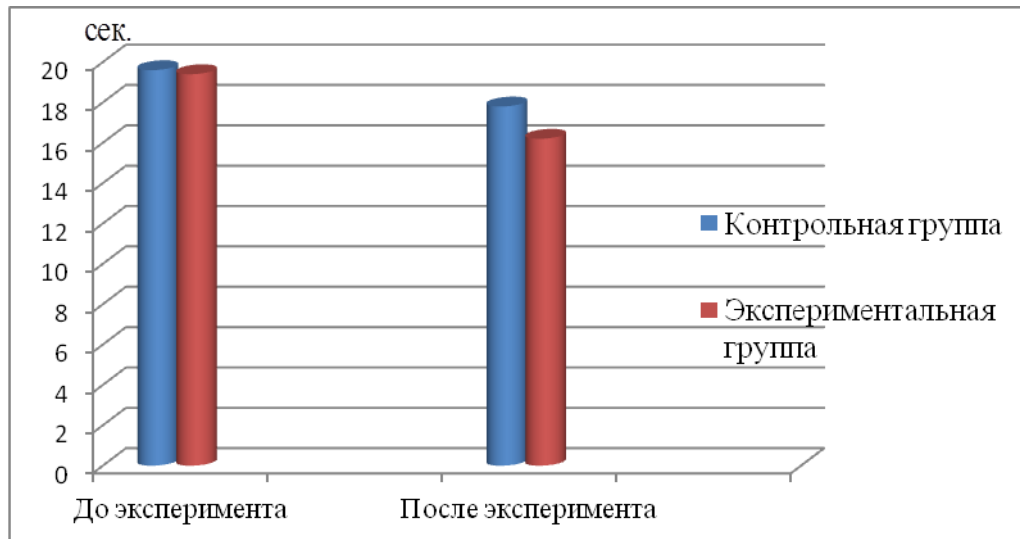


Рис.3. Динамика показателей теста №2

Согласно результатам **Теста №3** «И. П. лежа на животе руки в упоре», у контрольной группы средний результат в начале исследования составлял - 14,6 с., в конце - 16,6 с. В экспериментальной группе средний результат составлял - 14,8 с., в конце - 19,2 с.

Таким образом, показатель контрольной группы увеличился на 2 с. и составил 14% прироста, а у ЭГ показатель увеличился на 4,4 с., что составило 36% прироста. Следовательно, прирост показателей у экспериментальной группы превышает показатели контрольной группы. Это свидетельствует о благоприятном воздействии разработанных комплексов упражнений на развитие двигательных умений у детей с ДЦП.

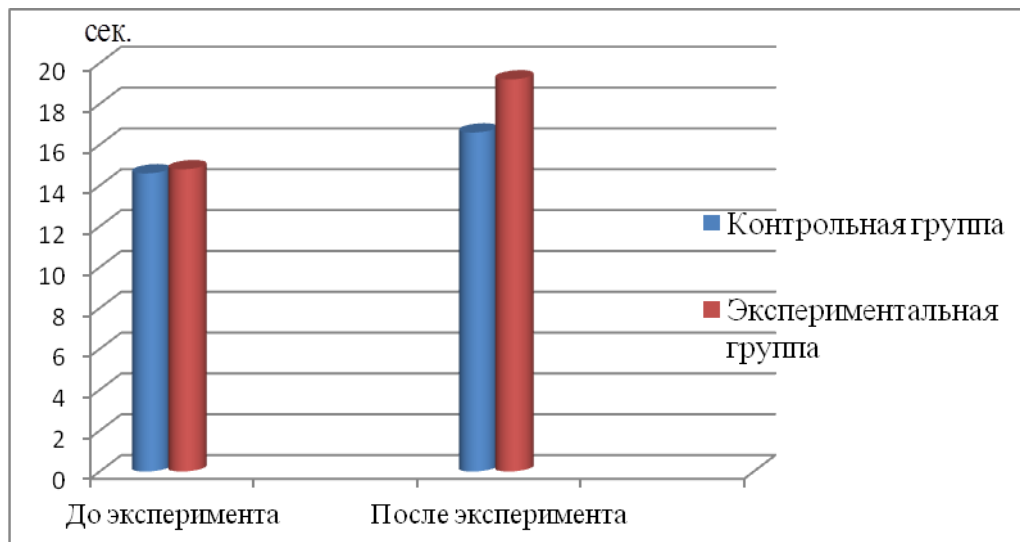


Рис.4. Динамика показателей теста №3

Согласно результатам **Теста №4**, состоящего из двух показателей: «стойка на четвереньках, на трех точках опоры» и «стойка на ногах без опоры», по первому показателю, результат контрольной группы в начале педагогического эксперимента был 9,2 с., а в конце составил - 12 с. В экспериментальной группе средний результат до педагогического эксперимента составил - 8,8 с., а в конце - 14,2 с. Следовательно, показатель контрольной группы увеличился на 2,8 с. и составил 33% прироста, а у ЭГ показатель увеличился на 5,4 с., что составило 75% прироста.

По второму показателю, результат контрольной группы в начале педагогического эксперимента был 7,3 с., а в конце составил - 10,2 с. В экспериментальной группе средний результат до педагогического эксперимента составил - 7,4 с., а в конце - 12,6 с. Следовательно, показатель контрольной группы увеличился на 2,9 с. и составил 43% прироста, а у ЭГ показатель увеличился на 5,2 с., что составило 71% прироста.

Таким образом, результаты обоих показателей экспериментальной группы превышают показатели контрольной группы, что свидетельствует о положительном воздействии разработанных комплексов игровых упражнений на развитие двигательных умений у детей с ДЦП дошкольного возраста.

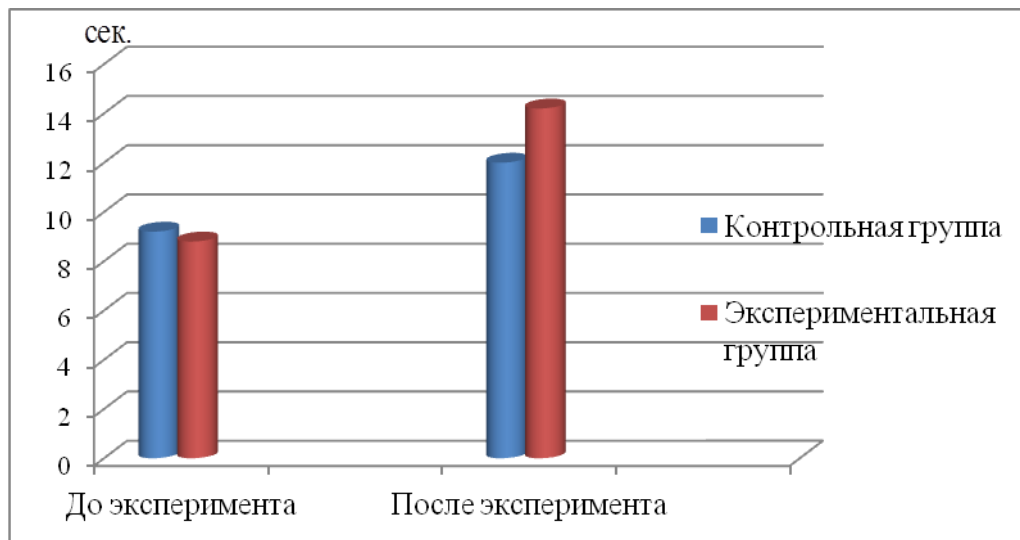


Рис.5. Динамика показателей теста №4 «Стойка на трех точках опоры»

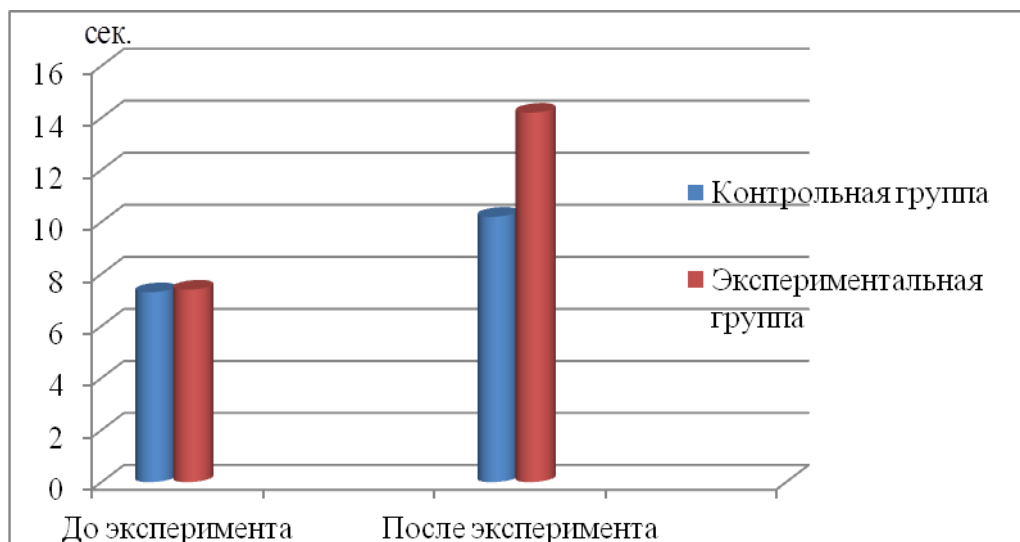


Рис.6. Динамика показателей теста №4 «Стойка на ногах без опоры»

По результатам **Теста №5**, «Ловить большой мяч». Результаты увеличились как в экспериментальной, так и в контрольной группе. В контрольной группе в начале педагогического эксперимента результат был - 3,2 количество пойманных мячей, а в конце - 5,4 количество пойманных мячей. В экспериментальной группе средний результат до педагогического эксперимента составил - 3,4 количество пойманных мячей, а в конце - 7 количество пойманных мячей. Следовательно, показатель контрольной группы увеличился на 2,2 количество пойманных мячей и составил прирост на 67%, а у ЭГ пока-

затель увеличился на 3,6 количество пойманных мячей, что составило 80% прироста.

Отсюда можно сделать вывод, что у детей, занимающихся по специально разработанному комплексу, результат тестирования оказался выше, чем у детей, занимающихся обычным комплексом лечебной физической культуры.



Рис.7. Динамика показателей теста №5

По результатам Теста №6, «Метание в цель», прирост показателей произошел также в двух группах. В контрольной группе, в начале педагогического эксперимента результат был - 1 количество попаданий мяча, а в конце - 2 количества попаданий мяча. В экспериментальной группе средний результат до педагогического эксперимента составил - 2 количества попаданий мяча, а в конце - 4 количества попаданий мяча. Следовательно, показатель контрольной группы увеличился на 1 количество попаданий мячей, а у экспериментальной группы на 2 количества попаданий мяча.

Следовательно, прирост показателей у экспериментальной группы превышает показатели контрольной группы. Это свидетельствует о благоприятном воздействии разработанных комплексов упражнений на развитие двигательных умений у детей с ДЦП.

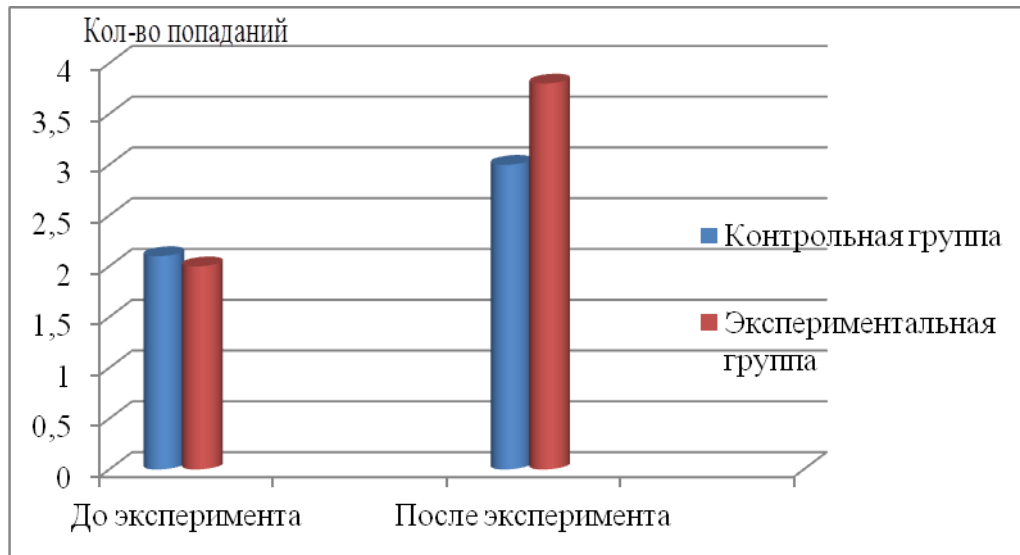


Рис.8. Динамика показателей теста №6

С помощью данных педагогического эксперимента, которые представлены выше, в виде таблиц, обсуждений и диаграмм, можно судить о положительной динамике развития двигательных умений у детей с ДЦП дошкольного возраста. Прирост показателей наблюдается как в контрольной, так и в экспериментальной группе. Однако результаты экспериментальной группы превышают результаты контрольной.

Поэтому, можно сделать вывод о том, что разработанные нами комплексы, включающий различные игры и упражнения игрового характера оказали положительное влияние на развитие двигательных умений у детей с ДЦП дошкольного возраста, нежели обычный комплекс упражнений лечебной физической культуры.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проанализировав данные подобранных нами литературных источников по выбранной теме исследования можно сделать вывод о том, что на сегодняшний день, детский церебральный паралич является одной из ведущих проблем в современной медицине и реабилитации.

Поскольку ДЦП - это заболевание, затрагивающее центральную нервную систему, оно приводит не только к отклонениям в двигательной сфере, но и в других анализаторных системах. Нарушения всех этих функций, как психических, так и двигательных, в дальнейшем приводит к неправильному формированию всех жизненно важных умений и навыков (сидение, ползание, стояние, ходьба). В связи с этим, в современном мире, остро стоит вопрос о новых подходах и методах к лечению и реабилитации детей с церебральным параличом.

Лечебная физическая культура уже давно зарекомендовала себя, как один из наиболее популярных и действенных методов в реабилитации таких детей. В дошкольном возрасте, независимо от того, здоровый ребенок или имеет какое - либо отклонение, все же основным видом деятельности является игровая. Для детей с ДЦП игровая деятельность способствует повышению как эмоциональной, так и двигательной сферы, поэтому включение в занятия упражнений игрового характера или подвижных и малоподвижных игр будут положительно влиять на развитие двигательных умений у детей с ДЦП дошкольного возраста.

В ходе нашего исследования были сделаны следующие выводы:

1. В начале нашего педагогического исследования мы провели тестирования группы детей, имеющих диагноз детский церебральный паралич, по шести показателям:

Тест №1. И. П. лежа на спине, сесть (кол-во раз);

Тест №2. Поворот на живот из положения, лежа на спине (с);

Тест №3. И. П. лежа на животе руки в упоре (с);

Тест №4. Стойка: - на четвереньках (на трех точках опоры); на ногах (без опоры) (с);

Тест №5. Ловить большой мяч (кол-во мячей);

Тест №6. Метание в цель (кол-во мячей).

Они показали, что двигательные умения у тестируемых детей находятся примерно на одинаковом уровне развития, что говорит о достоверности полученных результатов.

2. После первичного тестирования были разработаны комплексы упражнений, включающие различные подвижные и малоподвижные игры, игровые упражнения, которые были направлены на развитие двигательных умений у детей с ДЦП дошкольного возраста. Экспериментальная группа занималась по данным комплексам, а контрольная продолжила заниматься стандартным комплексом упражнений лечебной физической культуры.

3. В конце педагогического эксперимента мы провели повторное тестирование по тем же шести контрольным испытаниям. Полученные данные показали, что динамика прироста показателей имеет положительный характер у обеих групп. Однако результаты повторного тестирования экспериментальной группы значительно улучшились по сравнению с контрольной, которая имеет более низкие результаты. Наибольший прирост отмечается:

в тесте №3 - И. П. лежа на животе руки в упоре, прирост показателя составил - 4,4 с.

в тесте №4 - стойка:

- на четвереньках на трех точках опоры, прирост составил - 5,4 с.

- на ногах без опоры, прирост составил - 5,2 с.

Таким образом, улучшение таких двигательных умений, как: удержание головы, перевороты, ползание, удержание позы, равновесие, координация движений, меткость, ловкость, подтверждает, что разработанные комплексы игровых упражнений являются эффективными в развитии двигательных умений у детей с ДЦП дошкольного возраста.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. 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. - № 4. - 2004. - С. 11-12.
2. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. Детские церебральные параличи: учебное пособие. - К.: Здоровья, 1988. - 322 с.
3. Бадалян Л.О. Детские церебральные параличи: ДЦП, ЛФК, неврология / Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба, О. В. Тимонина. - М.: Книга по требованию, 2013. - 325 с.
4. Баранов А.А., Батышева Т.Т., Бурсагова Б.И., Змановская В.А. и др. Детский церебральный паралич (ДЦП): Клинические рекомендации / Баранов А.А. и др. - М.: Министерство здравоохранения РФ, 2015. - 18 с.
5. Батышева Т.Т. О детском церебральном параличе для родителей пациентов: Методические рекомендации. - Москва 2012. - 32 с.
6. Бортфельд С.А, Рогачева Е.И. Лечебная физическая культура и массаж при детском церебральном параличе / Бортфельд С.А, Рогачева Е.И. - Л.: Медицина 1986. - 176 с.
7. Бортфельд С.А. Двигательные нарушения и лечебная физическая культура при детском церебральном параличе / С.А. Бортфельд. - М.: Медицина, 1971. - 247 с.
8. 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. - Москва. - Вып. 8. - 1997. - С. 175-186.
9. Дедюхина Г. В., Яньшина Т.А., Могучая Л.Д. Логопедический массаж и лечебная физкультура с детьми 3-5 лет, страдающими детским церебральным параличом: Учебно-практическое пособие для логопедов и медицинских работников. - М.: «Издательство ГНОМ и Д», 2000. - 32 с.
10. Доман Г. Что делать, если у вашего ребенка повреждение мозга / Глен Доман. - М.: Медиакит, 2013. - 413 с.

11. Дорофеева И.Е. Роль подвижных игр в воспитании детей дошкольного возраста / И.Е. Дорофеева // Проблемы педагогики. - №1 (2). - 2015. - С. 47-49.
12. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура: справочник / Епифанов В.А. - М.: Авторская академия, 2016. - 448 с.
13. Зиглинда Мартин. Обучение моторным навыкам детей с ДЦП: пособие для родителей и профессионалов. - М.: Рама Паблишинг, 2015. - 336 с.
14. Ключкова, Е. В. Введение в физическую терапию: реабилитация детей с церебральным параличом и другими двигательными нарушениями неврологической природы / Ключкова Е.В. - М.: Теревинф, 2014. - 288 с.
15. Котенко К.В., Епифанов А.В., Епифанов В.А., Корчажкина Н.Б. Реабилитация при заболеваниях и повреждениях нервной системы / Котенко К.В. и др. - М.: Гэотар-Медиа, 2016. - 656 с.
16. Малашина Н. А. Использование игр и упражнений в развитии ручных умений дошкольников с детским церебральным параличом (спастическая диплегия) / Малашина, Н. А. // Коррекц. педагогика. - 2015. - №5. - С. 55-62.
17. Мастюкова Е.М. Специальная педагогика. Подготовка к обучению детей с особыми проблемами в развитии: ранний и дошкольный возраст / Под ред. А.Г. Московкиной. - М.: Классике Стиль, 2003. - 320 с.
18. Нарзулаев С.Б. Подвижные игры в системе реабилитации детей с детским церебральным параличом: сибирский педагогический журнал. - № 2. - 2014. - 290 с.
19. Немкова С.А. Детский церебральный паралич: диагностика и коррекция когнитивных нарушений / Немкова С.А. - М.: Союз педиатров России, 2012. - 60 с.
20. Никитина, М.Н. Детский церебральный паралич / М.Н. Никитина. - М.: Медицина, 1979. - 120 с.
21. Ньюмен С. Игры и занятия с особым ребенком: руководство для родителей / Пер. с англ. Н. Л. Холмогоровой. - М.: Теревинф, 2004. - 240 с.

22. Нэнси Р. Ребенок с церебральным параличом: помощь, уход, развитие / Нэнси Р.- М.: Теревинф, 2014. - 336 с.
23. Савина М. В. Проблемы психического развития детей и подростков с детским церебральным параличом // Международный медицинский журнал. - № 3. - 2014. - 15 с.
24. Семёнова Е.В., Е.В. Клочкова, А.Е. Коршикова-Морозова, А.В. Трухачёва, Е.Ю. Заблоцкис. Реабилитация детей с ДЦП: обзор современных подходов в помощь реабилитационным центрам / Семёнова Е.В. и др. - М.: Лепта Книга, 2018. - 584 с.
25. Семенова К.А. Лечение двигательных расстройств при детских церебральных параличах. М.: «Медицина», 1976. - 185 с.
26. Семенова К.А. Детские церебральные параличи / Семенова К.А. - М.: «Медицина». - 1968. - 250 с.
27. Страковская В.Л. Подвижные игры в терапии больных и ослабленных детей / Страковская В.Л. - М.: «Медицина», 2013. - 178 с.
28. Тимофеева Т.Н. Игровая коррекционная методика занятий с детьми с проблемами развития / Т.Н. Тимофеева // Адаптивная физическая культура. - № 4. - 2002. - С. 32 - 33.
29. Трунов А. Лечение ДЦП: революционный метод реабилитации Гленна Домана / Трунов А. - М.: Амрита-Русь, 2015. - 208 с.
30. Умнов В. В. Детский церебральный паралич: эффективные способы борьбы с двигательными нарушениями / Умнов В. В. - Санкт-Петербург: Десятка, 2013. - 236 с.
31. Хольц Р. Помощь детям с церебральным параличом / Под ред. Клочковой Е.В. - М.: Теревинф, 2015. - 336 с.
32. Шапкова Л.В. Коррекционные подвижные игры и упражнения для детей с нарушениями в развитии / Шапкова Л.В. - М.: Советский спорт, 2002. - 212 с.
33. Шапкова Л.В. Частные методики адаптивной физической культуры: Учебное пособие. / Л. В. Шапкова. - М.: Советский спорт, 2003. - 463 с.

34. Шоо М. Спортивные и подвижные игры для детей и подростков с нарушениями опорно двигательного аппарата: учеб. пособие для студ. дефектол. фак. высш. пед. учеб. заведений. / Пер. с нем. Н.А. Горловой. - М.: Издательский центр «Академия», 2003. - 112 с.