

*Тилекеев К. М., Токтобай к Э.*

**БАЛДАРДЫН МЕДИЦИНАЛЫК, ПСИХОЛОГИЯЛЫК-ПЕДАГОГИКАЛЫК  
КЫЙМЫЛ АРАКЕТИНИНИ ПАТОЛОГИЯСЫН КАЛЫБЫНА КЕЛТИРҮҮ**

*Тилекеев К. М., Токтобай к Э.*

**МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ  
С ДВИГАТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

*К. М. Tilekeev, Toktobai k E*

**MEDICAL, PSYCHOLOGICAL, AND PEDAGOGIC REHABILITATION  
OF CHILDREN WITH LOCOMOTOR PATHOLOGIES**

**Аннотация:** Бул макалада неврологиялык кыймыл аракеттин бузулуулары бар балдар учун билимин калыбына келтируусуно жардам беруу жана балдардын психикасынын суйлоосунун бузулушунун натыйжасында борбордук нерв системасынын ар кандай генездеги жана ар кандай денгээлдеринин неврологиялык паталогиясынын бузулушунда олуттуу проблема каралган.

**Негизги сөздөр:** Борбордук нерв системасы, таяныч кыймыл араketи.

**Аннотация:** В статье рассматривается проблема коррекционно-педагогической помощи детям с неврологической двигательной патологией. Представлены нарушение двигательного, психического и речевого развития детей вследствие поражения центральной нервной системы различного генеза и различные степени тяжести неврологической патологии.

**Ключевые слова:** Центральной нервной системы, Церебральный паралич, Расслабление, Релаксация.

**Annotation.** The article examines the issue of remedial teaching to help children with neurological motor problems. Presented a violation of motor, sensory and speech development in children caused by central nervous system lesions of different origin and different degrees of severity of neurological pathology.

**Keywords:** Central nervous system disorders, cerebral palsy, relaxation.

Проблема коррекционно-педагогической помощи детям с неврологической патологией в настоящее время является чрезвычайно актуальной. Необходимость мер по диагностике и коррекции нарушений в развитии детей связана не только общим снижением рождаемости, но и увеличением доли рождения не здоровых, физиологически не зрелых детей. Сегодня имеют перинатальную патологию центральной нервной системы, несвоевременная коррекция которой приводит к развитию стойких нарушений в будущем. Патология, перенесенная ребенком в перинатальном периоде, оказывает негативное влияние на состояние многих систем организма, в первую очередь нервной (Г. В. Яцык).

Перинатальные поражения ЦНС объединяют различные патологические состояния, обусловленные воздействием на плод вредоносных факторов во внутриутробном периоде, во время родов и в ранние сроки после рождения. Ведущее место в перинатальной патологии ЦНС занимают асфиксия и внутричерепная родовая травма, которые чаще всего поражают нервную систему аномально развивающегося плода. В клинической практике общеприняты термины «перинатальное поражение ЦНС» и «перинатальная энцефалопатия (ПЭП)». Ранее

поражение мозга в большинстве случаев в дальнейшем проявляется в той или иной степени нарушенным развитием. В силу того, что страдает незрелый мозг, дальнейшие темпы его созревания замедляются. Нарушается порядок включения структур мозга по мере их созревания в функциональные системы[1]. ПЭП является фактором риска по возникновению у ребенка отклонений в развитии различных функциональных систем. При этом могут быть нарушены различные «линии развития»: двигательное, познавательное, речевое.

Нарушение двигательного, психического и речевого развития детей – следствие поражения центральной нервной системы различного генеза. Одни и те же вредоносные факторы, воздействующие на мозг в период его интенсивного развития, в одних случаях вызывают лишь некоторую задержку становления возрастных функций, а в других приводят к выраженным нарушениям развития (Л. Т. Журба, Е. М. Мастюкова).

Изучая психомоторное развитие детей первых лет жизни, Л. Т. Журба и Е. М. Мастюкова выделили различные степени тяжести неврологической патологии: легкую, среднюю и тяжелую:

Легкая степень - (гипертензионный синдром, гидроцефальный синдром, минимальная мозговая дисфункция, синдромы гипервозбудимости и гиповозбудимости, негрубая неврологическая симптоматика в виде нарушений мышечного тонуса, тремора).

Средняя степень - (синдромы двигательных расстройств, эписиндром (судорожный синдром), церебрастенический синдром).

Тяжелая степень - (детский церебральный паралич, органическое поражение ЦНС). Несмотря на равную вероятность поражения всех отделов нервной системы, при действии патогенных факторов на развивающийся мозг прежде всего и сильнее всего страдает двигательный анализатор. У детей с перинатальной церебральной патологией постепенно по мере созревания мозга выявляются признаки повреждения или нарушения развития различных звеньев двигательного анализатора, психического и речевого развития. С возрастом, при отсутствии адекватной лечебно-педагогической помощи постепенно нарушения развития закрепляются и может сформироваться более сложная патология – детский церебральный паралич (ДЦП)[2].

На первом году жизни диагноз «детский церебральный паралич» ставится только тем детям, у которых ярко выражены тяжелые двигательные расстройства: нарушения тонуса мышц, ограничение их подвижности, патологические тонические рефлексы, произвольные насильственные движения (гиперкинезы и тремор), нарушения координации движений и т. д. Остальным детям с церебральной патологией ставится диагноз перинатальная энцефалопатия, синдром церебрального паралича (или синдром двигательных расстройств).

В медицинской литературе подробно описаны принципы, методы и содержание комплексного восстановительного лечения детей с церебральным параличом, основными компонентами которого являются лечебная физкультура, различные виды массажа, медикаментозные средства, ортопедическая помощь, физиотерапевтические процедуры, рефлексотерапия. Лечебная физкультура является основным средством коррекции двигательной сферы у детей с церебральным параличом. основополагающие подходы в развитии движений у детей с ДЦП были предложены и апробированы в середине XX века Винтропом М. Фелпсом, Бертой и Карелом Бобатами, Жаном Тардые и др.

В. М. Фелпс разработал 15 шагов-рекомендаций, которые нашли свое применение не только в лечебной физкультуре, но и в логопедической практике при коррекции дизартрии. Он предложил следующие рекомендации:

#### Расслабление.

Для расслабления может быть использован массаж в виде легких поглаживаний. В. М. Фелпс рекомендовал осторожно применять массаж, чтобы не увеличивать гипертонус. В то же время он придавал большое значение расслаблению мышц в начале работы и, в частности, изобрел прием расслабления конечности путем многократного потряхивания ниже того сустава, в котором имеется тугоподвижность.

Наиболее значимым он считал обучение произвольному расслаблению мышц. В. М. Фелпс писал, что расслабления можно достигнуть не массажем, а контролем головного мозга над деятельностью мышц. После достижения полного расслабления нужно учить без движения сокращать и расслаблять мышцы. Для этого ребенка учат сконцентрировать внимание на мышце или группе мышц и затем дать себе команду. Инструктор демонстрирует ребенку на своем примере ожидаемый результат[3].

#### Пассивное движение.

При этом ребенок не оказывает ни поддержки, ни сопротивления движению, но осознает его. Инструктор производит движение конечностью пациента. Привлечение внимания к работающей мышце способствует выработке зрительного и кинестетического контроля. Вскоре ребенок начинает чувствовать разницу между сокращением и расслаблением мышц.

#### Активное движение.

При упражнениях нужно учитывать вспомогательную роль физической поддержки. При разных движениях различная степень помощи. Максимальная помощь оказывается в упражнениях, направленных на подготовку к осуществлению самостоятельных движений. Помощь инструктора позволяет совершать движение без излишнего напряжения и утомления или движение большей амплитуды. Постепенно помощь сокращается. Могут быть использованы разные виды помощи: инструктор помогает в завершении движения; пациент помогает себе здоровой конечностью; движение осуществляется в бассейне – вода облегчает мышечные усилия.

Активное движение без помощи, совершаемое силой самой мышцы. Активное движение с сопротивлением.

Движение с сопротивлением усиливает афферентацию. Здесь возможны два варианта: движение осуществляется пациентом -инструктор оказывает сопротивление; движение осуществляет инструктор - пациент оказывает сопротивление. В. М. Фелпс отмечал, что оказание сопротивления самим пациентом очень важно и полезно перед совершением активного движения.

#### Произвольное движение.

Воспроизведение движения по команде. Достижения данной ступени все внимание должно быть сконцентрировано на выполнении команд в определенном ритме.

#### Автоматизированное движение.

Выполнение автоматизированных движений принципиально важно для тренировки вялых мышц. Нужно заставлять вялую мышцу сокращаться, оказывая сопротивление движению сохранной мышцы.

#### Комбинированное движение.

Воспроизведение движения в комбинации с другим движением. С этого момента у ребенка возникают интерес и желание расширять и совершенствовать свои возможности.

Полный отдых – релаксация.

В. М. Фелпс писал о том, что умственная релаксация обязательно должна сопровождать телесную, для чего используется музыка.

Дифференцированное расслабление.

Умение произвольно расслаблять любую мышцу, даже если в это время сокращаются другие.

Спонтанное движение с позиции расслабления.

Удержание равновесия и позы. Реципрокные движения, дающие возможность возвращаться к направлению движения.

Достижение и схватывание. Практически все полезные движения рук основаны на этих действиях.

Двигательные умения и навыки.

Первые годы жизни связаны с формированием основных моторных компонентов, которые после 12 лет превращаются в усовершенствованные умения и навыки. Методика Фелпса предполагает сознательное отношение пациента к мышечным тренировкам. В полном объеме она не ориентирована на работу с детьми раннего возраста или с детьми, имеющими низкий потенциал развития.

Наиболее востребованными в последние годы являются методики лечебной гимнастики, основанные на эволюционных закономерностях развития моторики здорового ребенка. Одной из них является методика К. Bobath. Она применяется при всех формах ДЦП, начиная с раннего возраста, в том числе у детей с грубыми нарушениями психической и речевой сфер и различной тяжестью поражений двигательной сферы. К. Bobath обосновали необходимость работы по подавлению патологических рефлексов перед началом формирования движений. Они обнаружили, что при определенных положениях тела активность патологических рефлексов снижается. К. Bobath назвал эти положения тела рефлекс-запрещающими позициями. В основе рефлекс-запрещающих позиций лежит разнообразное воспроизведение позы эмбриона - сидя, лежа на спине или на боку, лежа на мяче или на валике. При этом голова опущена на грудь, руки и колени согнуты и приведены к животу. Плавные покачивания ребенка при этом позволяют устранить влияние лабиринтного тонического рефлекса и достичь расслабления[4].

Начальным этапом в системе помощи детям с церебральным параличом является диагностический. Психолого-педагогическое и логопедическое обследование детей с церебральным параличом в раннем возрасте представляет значительные трудности в связи с многообразием и сложной структурой нарушений двигательного, психического и речевого развития. Двигательная патология с расстройствами зрения и слуха, отсутствие речи или нарушение ее разборчивости затрудняют организацию обследования и ограничивают возможности использования экспериментальных методик. Не всегда представляется возможным получить объективные данные о состоянии познавательной и речевой деятельности детей с ДЦП. [5]

#### **Литература:**

1. Ананьев Б. Г. Человек как предмет познания. Избранные психологические труды: в 2-т. М.:Педагогика. 1980. Е. 1.
2. Веневцев С. И. Дмитриев А. А. Оздоровление коррекция психофизического развития детей с нарушениями интеллекта средствами адаптивной физической культуры.
3. Воронкова В. В. и др. Программы специальных (коррекционных) образовательных учреждений VIII вида. М.: Просвещение. 2004.
4. Выготский Л. С. Основы дефектологии. Лань. 2003.

5. Выготский Л. С. Проблемы дефектологии. М.: Просвещения. 1995.

**Рецензент: д. пед. н., профессор Калдыбаева А. Т.**

---