

*Болдышева И.В.,
Фурс П.Ю.*

Белорусский государственный университет физической культуры
Республика Беларусь, Минск

НАПРАВЛЕННОЕ ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ САМООБСЛУЖИВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ДЦП СРЕДСТВАМИ ЭРГОТЕРАПИИ

*Boldyshava I.V.,
Furs P.Yu.*

Belarusian State University of Physical Culture
Republic of Belarus, Minsk

THE DIRECTED FORMATION OF CHILDREN SELF-CARE SKILLS WITH CEREBRAL PALSY BY ERGOTHERAPY

ANNOTATION. The program of ergotherapy based on the combined use of sensorimotor functional training and self-service skills is theoretically substantiated and experimentally confirmed. It has been experimentally confirmed that targeted tasks that are understandable to the patient and have a meaning for him significantly increase the effectiveness of rehabilitation.

KEYWORDS: infantile cerebral paralysis; rehabilitation; ergotherapy; sensomotor-functional training; fine motor skills; self-care skills; "PORTAGE" test.

АННОТАЦИЯ. Теоретически обоснована и экспериментально подтверждена программа эрготерапии, основанная на сочетанном применении сенсомоторной функциональной тренировки и навыков самообслуживания. Экспериментально подтверждено, что целенаправленные задания, понятные пациенту и имеющие для него смысл, значительно повышают эффективность реабилитации.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: детские церебральные параличи; реабилитация; эрготерапия; сенсомоторно-функциональная тренировка; навыки мелкой моторики; навыки самообслуживания; тест «PORTAGE».

В последние десятилетия во многих странах мира, в том числе и в Беларуси, наблюдается рост заболеваемости детским церебральным параличом (ДЦП), являющимся одним из наиболее частых инвалидизирующих заболеваний ортопедо-неврологического профиля. Большая часть детей, страдающих ДЦП, при несвоевременном и несистематическом проведении реабилитационных процедур характеризуется резким снижением возможностей к социальной адаптации [1; 2].

ДЦП – полиэтиологическое заболевание головного мозга, которое может возникнуть в период внутриутробного его формирования, в период родов и новорожденности, а также в постнатальном периоде [3].

Детские церебральные параличи встречаются довольно часто – 1,7–1,9 на 1000 родившихся детей [1; 2].

Выделение детских церебральных параличей в отдельную группу обусловлено незрелостью мозга новорожденного, как в анатомическом, так и в функциональном отношении. В этом периоде различные вредные воздействия могут вызвать аналогичные клинические изменения со стороны нервной системы. При детских церебральных параличах поражается незрелый, развивающийся мозг, который имеет большие компенсаторные возможности [4].

Многочисленные методики, применяемые на ранних этапах реабилитационного процесса, а также в период сформировавшегося патологического двигательного стереотипа, позволяют добиться значительного улучшения состояния пациентов [2; 4].

Реабилитация детей с ДЦП носит комплексный характер и направлена на формирование двигательных функций. Она включает медикаментозное, физиотерапевтическое, ортопедическое лечение, массаж и двигательную реабилитацию. В последнее время в реабилитации детей с ДЦП все большее место занимает такой вид реабилитации, как эрготерапия [1; 2].

Эрготерапия представляет собой реабилитацию посредством целенаправленной деятельности. В отличие от физической реабилитации, где выполняемые упражнения напрямую не носят практикоориентированный характер, в эрготерапии процесс реабилитации происходит посредством выполнения понятных и доступных человеку заданий и видов деятельности. Таким образом эрготерапия выступает своеобразным связующим звеном между медицинской и социальной реабилитацией.

В нашей стране эрготерапия внедряется в практическую реабилитацию относительно недавно и одним из актуальных вопросов остается разработка и совершенствование методик эрготерапии.

Целью нашего исследования была разработка эрготерапевтической методики направленного формирования навыков самообслуживания у детей 3–5 лет с ДЦП.

Педагогический эксперимент проводился на базе Брестского областного центра медицинской реабилитации для детей с психоневрологическими заболеваниями «Тонус». Исследование проводилось с ноября 2017 по ноябрь 2018 года. В процессе исследования были сформированы 2 группы: экспериментальная группа (ЭГ) и контрольная группа (КГ) по 10 человек, средний возраст испытуемых в КГ составил $4,1 \pm 0,94$ года, в ЭГ – $3,8 \pm 0,89$ лет. Дети КГ занимались по программе данного центра, которая включает в себя лечение положением, ЛФК, ФТЛ, массаж, эрготерапию (сенсомоторная функциональная тренировка, а именно занятия по тренировке мелкой моторики, трудотерапия, развитие навыков самообслуживания).

Дети ЭГ занимались ежедневно по предложенной нами программе реабилитации, отличительной особенностью которой является содержание занятий по эрготерапии. Первым отличием являлось сочетанное применение тренировки мелкой моторики и навыков самообслуживания. Это связано с основным положением эрготерапии о значении деятельности для любого человека. Мы предположили, что усвоение навыков мелкой моторики будет идти более эффективно в процессе деятельности, которая представляется им важной и осмысленной.

Прогноз лечения, включая развитие двигательных возможностей и интеллекта ребенка, во многом зависит от становления мелкой моторики. В течение первых лет жизни различные стадии развития комплексов движений руки в целом, главным образом, кисти, сменяют одна другую. У ребенка, страдающего церебральным парали-

чом, не происходит нормального последовательного развития движений рук: может отсутствовать опора на кисть, в то время как опора на предплечье и плечо в той или иной мере развивается. В силу нарушения тонических мышечных реакций кисть не может или неправильно осуществляет процесс захватывания.

Говоря о навыках мелкой моторики, обычно имеют в виду такие действия, как завязывание шнурков и нанизывание бусин. Все это навыки мелкой моторики, но они – конечный результат долгой подготовки, происходящей в мышцах и нервной системе. Развитие – непрерывный процесс, и наши руки неотделимы от остального тела. Поэтому навыки мелкой моторики формируются в контексте целостного развития ребенка, включая подвижность, а также эмоциональную, познавательную и социальную сферы.

Мы предположили, что развитие мелкой моторики можно представить как последовательное освоение определенных этапов. В первую очередь, необходимо заложить фундамент, который состоит из стабильности, двусторонней координации и проприоцептивной чувствительности. Следующий этап – ловкость. Все это основа следующего этапа – развития бытовых навыков, таких, как одевание, и других действий по уходу за собой, а также навыков графомоторики.

Стабильность – это сочетание силы и равновесия, позволяющее нам сохранять одну часть тела неподвижной, пока другая находится в движении. Примером задания является процесс обувания из положения стоя.

Двусторонняя координация или бимануальная активность проявляется в таких бытовых видах деятельности как умение застегивать молнию и завязывать шнурки. Она лежит в основе эффективного использования обеих рук и, в конечном итоге, приводит к развитию преобладающей руки.

Проприоцептивная чувствительность – это понимание, где находятся пальцы, кисти и руки и как они двигаются, без постоянного контроля над ними. Для тренировки данного вида чувствительности мы давали задания поймать руками мяч или собрать волосы в хвост.

Данный «фундамент» мелкой моторики продолжает совершенствоваться тогда, когда начинает формироваться следующий уровень – ловкость.

Ловкость проявляется в выполнении таких действий, как способность открыть банку, продеть нитку в иголку. Ловкость позволяет совершать мелкие, точные, правильные и эффективные движения кистями рук без особых усилий.

Последний этап – навыки повседневной жизни. К ним относятся занятия в группе, одевание и даже игра – часть повседневности.

Для оценки эффективности проводимых реабилитационных мероприятий мы использовали тест «Самообслуживание» из методики «PORTAGE».

Полученные результаты представлены в таблице

Таблица – Результаты ЭГ и КГ по тесту «Самообслуживание» в начале и в конце исследования

	В начале исследования ($X \pm Sx$), баллы	В конце исследования ($X \pm Sx$), баллы
Контрольная группа	20,8 \pm 1,280	26,2 \pm 1,068
Экспериментальная группа	20,4 \pm 1,364	30,6 \pm 0,872

Из таблицы видно, что в конце исследования по показателям самообслуживания результаты детей ЭГ значительно превосходят результаты КГ. Сравнивая полученные результаты на достоверность различий мы выявили, что в начале эксперимента показатели в ЭГ и КГ достоверно не различались ($p > 0,05$), а в конце исследования показатели, характеризующие освоение бытовых навыков в ЭГ достоверно превосходят таковые в КГ ($p \leq 0,05$).

Полученные в ходе педагогического эксперимента результаты, показали, что улучшение результатов произошло в обеих группах, однако в ЭГ, которая занималась по разработанной нами программе, прирост результатов значительно превосходит таковой в КГ, занимавшейся по общепринятой программе реабилитации. Так показатели самообслуживания в КГ улучшились в среднем на 26 %, в ЭГ – на 50 % к исходному состоянию.

Это подтверждает наше предположение о том, что сочетанное применение на занятиях по эрготерапии поэтапного формирования навыков мелкой моторики в процессе формирования навыков самообслуживания достоверно улучшает манипулятивные возможности рук и тем самым оказывает более выраженное влияние на выполнение всех бытовых и игровых действий.

1. Ключкова, Е. В. Введение в физическую терапию: реабилитация детей с церебральным параличом и другими двигательными нарушениями неврологической природы / Е. В. Ключкова. – М.: Тервинф, 2014. – 288 с.

2. Реабилитация детей с ДЦП: обзор современных подходов в помощь реабилитационным центрам / Е. В. Семенова [и др.]. – М.: Лепта Книга, 2018. – 584 с.

3. Шамарин, Т. Г. Возможности восстановительного лечения детских церебральных параличей / Т. Г. Шамарина, Г. И. Белова. – Элиста: Джангар, 1999. – 168 с.

4. Шипицына, Л. М. Детский церебральный паралич / Л. М. Шипицына, И. И. Мамайчук. – М.: Педагогика, 2005. – 284 с.