**План – конспект занятия по теме: «Практические рекомендации по организации занятий лечебной физкультурой с детьми с ОВЗ в домашних условиях и использованием спортивного инвентаря» для специалистов территориальных кабинетов реабилитации.**

Дата: 16.12.2021

Место проведения: кабинет механотерапии

**Цель:** формирование компетенций необходимых при организации самостоятельных занятий для детей с ОВЗ в домашних условиях без использованием спортивного инвентаря.

**Задачи занятия:**

*Образовательная:* сообщить информацию о методах и формах работы с детьми с ОВЗ.

*Развивающая:* развивать навыки и умения работы с детьми с ОВЗ.

*Воспитательная:* воспитывать ответственность, трудолюбие, терпимость.

Занятие проводит инструктор-методист по лечебной физкультуре: Цыбуля Надежда Ивановна

**ПЛАН:**

1. Подготовительный этап – 3 мин.
2. Теоретическая часть – 8 мин.
3. Практическая часть – 14 мин.
4. Этап рефлексии – 5 мин.

**ХОД ЗАНЯТИЯ**

1. **Подготовительный этап:**

Введение в проблематику, на решение которой направлено занятие.

1. **Теоретическая часть:**

Ознакомление специалистов территориальных кабинетов реабилитации с организацией занятий лечебной физкультурой с детьми с ОВЗ в домашних условиях без использованием спортивного инвентаря.

 ДЦП — органическое поражение мозга, возникающее в периоде внутриутробного развития, в родах или в периоде новорожденности и сопровождающееся двигательными, речевыми и психическими нарушениями.

 Двигательные расстройства наблюдаются у 100% детей, речевые у 75 и психические у 50% детей.

 Двигательные нарушения проявляются в виде парезов, параличей, насильственных движений. Особенно значимы и сложны нарушения регуляции тонуса, которые могут происходить по типу спастичности, ригидности, гипотонии, дистонии. Нарушения регуляции тонуса тесно связаны с задержкой патологических тонических рефлексов и несформированностью цепных установочных выпрямительных рефлексов. На основе этих нарушений формируются вторичные изменения в мышцах, костях и суставах (контрактуры и деформации).

 Речевые расстройства характеризуются лексическими, грамматическими и фонетико-фонематическими нарушениями.

 Психические расстройства проявляются в виде задержки психического развития или умственной отсталости всех степеней тяжести. Кроме того, нередко имеются изменения зрения, слуха, вегетативно-сосудистые расстройства, судорожные проявления и пр.

 Двигательные, речевые и психические нарушения могут быть различной степени выраженности — от минимальных до максимальных. В нашей стране пользуются классификацией К.А Семеновой (1978), согласно которой выделяются следующие формы:

 — спастическая диплегия;

 — двойная гемиплегия;

 — гиперкинетическая форма;

 — гемипаретическая форма;

 — атонически-астатическая форма.

 Спастическая диплегия — самая распространенная форма ДЦП. Обычно это тетрапарез, но ноги поражаются больше, чем руки. Прогностически благоприятная форма в плане преодоления речевых и психических нарушений и менее благоприятная в двигательном отношении. 20% детей передвигаются самостоятельно, 50% — с помощью, но могут себя обслуживать, писать, манипулировать руками.

 Двойная гемиплегия — самая тяжелая форма ДЦП с тотальным поражением больших полушарий. Это также тетрапарез с тяжелыми поражениями как верхних, так и нижних конечностей, но руки «страдают» больше, чем ноги. Цепные установочные выпрямительные рефлексы могут не развиться вообще. Произвольная моторика резко нарушена, дети не сидят, не стоят, не ходят, функция рук не развита. Речевые нарушения грубые, по принципу анартрии, в 90% умственная отсталость, в 60% судороги, дети необучаемы. Прогноз двигательного, речевого и психического развития неблагоприятный.

 Гиперкинетическая форма — связана с поражением подкорковых отделов мозга. Причиной является билирубиновая энцефалопатия (несовместимость крови матери и плода по резус-фактору).

 Двигательные нарушения проявляются в виде гиперкинезов (насильственных движений), которые возникают непроизвольно, усиливаясь от волнения и утомления. Произвольные движения размашистые, дискоординированные, нарушен навык письма, речь. В 20—25% поражен слух, в 10% возможны судороги. Прогноз зависит от характера и интенсивности гиперкинезов.

 Гемипаретическая форма — поражаются руки и ноги с одной стороны. Связано это с поражением полушария мозга (при правостороннем гемипарезе нарушается функция левого полушария, при левостороннем — правого).

 Прогноз двигательного развития при адекватном лечении благоприятный. Дети ходят сами, обучаемость зависит от психических и речевых нарушений.

 Атонически-астатическая форма возникает при нарушении функции мозжечка. При этом отмечается низкий мышечный тонус, нарушение равновесия в покое и ходьбе, нарушение координации движений. Движения несоразмерны, неритмичны, нарушено самообслуживание, письмо. В 50% отмечаются речевые и психические нарушения различной степени тяжести.

 Более 400 факторов способны вызвать повреждающее воздействие на центральную нервную систему, но особенно опасно это влияние до 3—4 месяца беременности. Все неблагоприятные факторы нарушают маточно-плацентарное кровообращение, вызывая кислородное голодание плода — хроническую гипоксию. Развитие центральной нервной системы в условиях хронической гипоксии нарушено.

 Таково влияние внутриутробных факторов. В родах причиной понреждения ЦНС является асфиксия и нарушение мозгового кровообращения. После родов причиной повреждения ЦНС является чаще всего нейроинфекция (менингит, энцефалит) и травмы головы. Таким образом, ДЦП является полиэтиологическим заболеванием инфекционного, интоксикационного, воспалительного, токсического, радиационного, экологического, травматического и другого происхождения.

Основным средством двигательной реабилитации детей с ДЦП является ЛФК.

**Тренировка удержания головы**

 В положении на спине вырабатывается умение приподнимать голову, поворачивать ее в стороны. Это важно для освоения следующего двигательного навыка — поворотов и присаживания. В положении на животе, для облегчения удержания головы, под голову и плечи подкладывают валик. Легче поднять голову при выполнении упражнений на большом мяче, раскачивая его вперед назад. Раскачивание на мяче тренирует не только реакцию выпрямления головы, но и реакцию равновесия.

**Тренировка поворотов туловища**

Повороты со спины на бок и со спины на живот стимулируют подъем головы, тормозят влияние шейных тонических рефлексов, развивают координацию движений, равновесие. В положении на боку ребенок видит свои руки, что способствует выработке зрительно-моторных координаций. Кроме того, вращательные движения необходимы для поддержания равновесия.

 **Тренировка ползания на четвереньках.**

Вначале необходимо тренировать поднимание головы и опору на предплечья и кисти в положении на животе. В положении на четвереньках тренируется способность правильно удерживать позу, опираясь на раскрытые кисти и колени, отрабатывается реакция равновесия, перенос массы тела, опираясь то на одну руку или одну ногу, то на другую. При этом необходимо следить за правильным (разогнутым) положением головы. Для ползания на четвереньках необходимо правильно перемещать центр тяжести, сохранять равновесие и совершать движения конечностями.

 **Тренировка сидения**

Умение сидеть требует хорошего контроля головы, распространения реакций выпрямления на туловище, наличия реакций равновесия и защитной функции рук. Кроме того, важна коррекция патологических поз. Устойчивость в положении сидя облегчает свободные движения рук, при этом спина должна быть выпрямлена, голова приподнята.

 **Тренировка стояния**

 Способность к стоянию основывается на освоении сидения и вставания на колени. В позе на коленях легче, чем в положении стоя, тренируются реакции равновесия туловища, поскольку благодаря большей площади менее выражена реакция страха падения. Тренировка ходьбы на коленях закрепляет реципрокную функцию мышц конечностей, необходимую для вертикальной ходьбы. Тренировка функции стояния предусматривает формирование равномерной опоры на стопы, контроль вертикальной позы туловища и сохранение реакций равновесия.

**Нормализация дыхательной функции**

Умение правильно дышать повышает физическую работоспособность, улучшает обмен веществ, восстанавливает речь. При ДЦП дыхание слабое, поверхностное, движения плохо сочетаются с дыханием, нарушена речь. В связи с этим у детей с церебральной патологией важно правильно выбрать исходное положение для выполнения упражнений, т.е. в зависимости от положения тела меняются и условия дыхания. Так, например, в положении лежа на спине затруднен вдох на опорной стороне, сидя — преобладает нижнегрудное дыхание, а диафрагмальное (брюшное) затруднено, стоя — преобладает верхнегрудное дыхание. В занятиях ЛФК используют как статические, так и динамические дыхательные упражнения в разных исходных положениях с разным темпом, ритмом, с акцентом на вдох или выдох, с использованием различных предметов (надувание шариков, пускание мыльных пузырей, игра на духовых инструментах и пр.). Дыхание связано также с речью, поэтому используют звукоречевую гимнастику, и с осанкой, поэтому обучение дыханию сочетают с коррекцией осанки. **Коррекция осанки**

При ДЦП в результате действия позотонических рефлексов, формирования патологических синергии и мышечного дисбаланса наиболее часто формируется нарушение осанки во фронтальной плоскости, круглая спина (кифоз и кифосколиоз). Для нормализации осанки необходимо решать такие задачи, как формирование навыка правильной осанки, создание мышечного корсета (преимущественное укрепление мышц брюшного пресса n разгибателей спины в грудном отделе позвоночника) и коррекция имеющихся деформаций (кифоза, сколиоза). ЛФК проводится по методике коррекции нарушений осанки во фронтальной и сагиттальной плоскостях и методике сколиоза.

**Нормализация произвольных движений в суставах верхних и нижних конечностей**

Для детей с церебральной патологией работа на суставах верхних и нижних конечностей начинается с самых простых движений, с облегченных исходных положений, в сочетании с другими методами (массаж, тепловые процедуры, ортопедические укладки и пр). Необходимо добиваться постепенного увеличения амплитуды движения в суставах конечностей, отрабатывать все возможные движения в каждом суставе. При этом можно использовать упражнения в сопротивлении в сочетании с расслаблением и маховыми движениями. Можно также использовать различные предметы (гимнастическую палку, мяч, скакалку для верхних конечностей, гимнастическую стенку, следовые дорожки, параллельные брусья для нижних конечностей). Особенное внимание следует обратить на разработку ограниченных движений — разгибание и отведение в плечевое суставе, разгибание и супинация в локтевом суставе, разгибание пальцев и отведение большого пальца в кисти, разгибание и отведение в тазобедренном суставе, разгибание в коленном суставе, разгибание в голеностопном суставе и опору на полную стопу.

 **Коррекция мелкой моторики и манипулятивной функции рук**

Основная функция руки — манипуляция с предметами. Даже анатомическое строение мышц рук предполагает тонкую, мелкую, дифференцированную работу. Манипулятивная функция важна для самообслуживания ребенка и для овладения профессиональными навыками. При этом самым важным является оппозиционный хват большого пальца.

Существуют следующие виды схватов кисти: шаровидный, цилиндрический, крючковидный, межпальцевой и оппозиционный. В занятиях ЛФК необходимо отрабатывать все виды схватов. Для тренировки кинестетического чувства важна адаптация руки ребенка к форме различных предметов при обучении захвату.

**Профилактика и коррекция контрактур**

 Аномальное распределение мышечного тонуса быстро приводит к развитию контрактур и деформаций, тормозит формирование произвольной моторики. Профилактику и коррекцию контрактур можно проводить как с помощью физических упражнений, так и с помощью вспомогательных средств. Из упражнений наиболее целесообразны упражнения в расслаблении, растягивании, потряхивании (по Фелпсу), а из вспомогательных средств, способствующих сохранению правильного положения различных звеньев тела, используются лонгеты, шины, туторы, воротники, валики, грузы и др. Вспомогательные средства могут использоваться как для разгрузки (воротник Шанца, корсеты), так и для коррекции патологических поз (лонгеты, шины, аппараты). Их используют 3—4 раза в день, длительность пребывания в спецукладках зависит от тяжести поражения и переносимости процедуры.

 Основными средствами являются дозированные физические упражнения. Задачи, содержание, методические приемы на занятиях ЛФК связаны с планом лечения, коррекции, обучения и воспитания ребенка и зависят от его состояния и динамики достигнутых результатов.

1. **Практическая часть**

**Упражнения, направленные на увеличение подвижности суставов верхних конечностей**

1. Берём кисть руки ребёнка и производим с ней пассивно все физиологически возможные движения. Зафиксировав лучезапястный сустав одной рукой, другой стараемся раскрыть кисть и отвести большой палец. Отпустив кисть, мы, как правило видим, что она снова сжимается в кулак. Повторяем действие, удерживая кисть раскрытой в течение некоторого времени.
2. Для улучшения подвижности лучезапястного сустава выполняем в нем сгибание и разгибание, а также повороты кисти, придерживая этот сустав одной рукой. Движения выполнять осторожно, без рывков.
3. Осуществляем сгибание и разгибание в локтевом суставе, придерживая локоть одной рукой. Темп медленный или средний.
4. Пальцами одной руки фиксируем плечевой сустав ребёнка и производим в нём сгибание-разгибание (руку вверх-вниз) и отведение-приведение (руку вверх-вниз через сторону). Не допускаем при этом резких движений.
5. Сгибаем конечность в локтевом суставе и упираем ладонь ребёнка в ладонь родителя - инструктора. Затем, подталкивая снизу локоть ребенка, производим разгибание - толчок вперед.

**Упражнения при тугоподвижности, контрактурах суставов нижних конечностей**

1. Выполняем сгибание - разгибание в голеностопном суставе, придерживая его одной рукой.
2. Удерживая голеностопный сустав в положении максимального сгибания, выполняем сгибание - разгибание в коленном суставе. Следим, чтобы колено не отклонялось в стороны.
3. Захватив одной рукой тазобедренный сустав, а другой удерживая конечность в прямом положении, поднимаем ногу на максимально возможную высоту (до болевых ощущений) и возвращаем обратно.
4. Из такого же положения произвести отведение нижней конечности в сторону. Выполнять в медленном темпе.
5. Привести колени к животу и, поставив стопы на ладонь одной руки, другой оказывая давление на колени, выпрямить конечности.
6. Следующие упражнения выполняем в исходном положении лёжа на животе.

Привлекая ребенка игрушками, постараться выполнить активно повороты головы влево - вправо. (Ребенок должен попытаться выполнить это без помощи).

1. Ребенок лежит на животе, нижние конечности под грузом. Одной рукой фиксируем плечевой сустав, другой, удерживая за предплечье, совершаем "плавательные" движения. Темп средний, без резких рывков.
2. Согнув одну ногу в коленном суставе, выполняем сгибание - разгибание в голеностопном.
3. Прижав область таза к кушетке, подвести руку под нижнюю конечность, приподнять её, выполняя разгибание тазобедренного сустава.
4. Зафиксировав одну нижнюю конечность в максимально возможно прямом положении, произвести сгибание другой в коленном суставе и ротацию в тазобедренном, т.е. ногу, согнутую в колене, отвести в сторону так, чтобы стопа отведенной ноги была на уровне колена другой. Темп Медленный.
5. **Этап рефлексии:**

В ходе свободной беседы после демонстрации занятия специалисты будут иметь возможность задать уточняющие и дополнительные вопросы.