

Муниципальное бюджетное учреждение дополнительного образования
«Спортивная школа «Икар» города Сарова

Методическая разработка

Тема: «Особенности обучения плаванию детей с ДЦП»

Выполнил:
тренер-преподаватель АФК
Высшей квалификационной категории
Э.П.Вешкин

г. Саров, 2023г.

Детский церебральный паралич (ДЦП) – органическое поражение мозга, возникающее в периоде внутриутробного развития, в родах или в периоде новорожденности и сопровождающееся двигательными, речевыми и психическими нарушениями.

Примерно в 57% процентов случаев заболевание является врожденным, в 40% – обусловлено патологическими родами и только у 3% детей связано с инфекционными заболеваниями, черепно-мозговой травмой или другими патологиями, развившимися уже после рождения.

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.

Наиболее тяжело страдают «молодые» отделы мозга – большие полушария, которые регулируют произвольные движения и речь.

В нашей стране пользуются классификацией К.А. Семеновой выделяются следующие формы:

1. спастическая диплегия;
2. двойная гемиплегия;
3. гиперкинетическая форма;
4. гемипаретическая форма;

5. 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. При заболевании ребенка церебральным параличом тренер должен находиться в воде вместе с ребенком, что требует не только повышенного внимания со стороны тренера, но и разработки соответствующих поддержек и страховки, обеспечивающих безопасность организации и проведения занятий. Учитывая тяжелое физическое и психическое состояние ребенка, тренеру необходимо обеспечить организацию прохождения им всех служб плавательного или иного бассейна: раздевалка, туалет, душ, спуск в воду, выход из воды и т.п.

При начальном обучении плаванию подобных больных детей тренер сталкивается со значительными трудностями не только в водной среде, но и «на суше», а именно:

1. у ребенка отсутствует пони мание и контакт с тренером;
2. ребенок не умеет плавать;
 - > на первых занятиях в некоторых случаях отмечается выполнение вдоха под водой;
 - > ребенок не умеет задерживать дыхание на вдохе;
 - ребенок не умеет ритмично дышать в условиях периодического погружения под воду;
 - при перемещении с ребенком, имеющим большой вес или рост, по лестничным клеткам бассейна и помещениям – раздевалка, туалет, душ – требуется транспортное средство передвижения – коляска;
 - при перемещении с ребенком, имеющим малый вес, возможно удержание ребенка на руках тренера;

- при нахождении с ребенком в душевой установке, туалете необходимо предусмотреть приспособления для удержания ребенка с целью эффективного выполнения функциональных потребностей в данных помещениях;
- при передвижении в чаше бассейна, на мокром, скользком полу следует соблюдать максимальную осторожность, особенно, если ребенка придется держать на руках;
- при входе или спуске в воду, в некоторых случаях потребуется помощь родителя или помощника тренера;
- тренер, находясь в воде вместе с ребенком, должен удерживать его у поверхности воды.

В условиях водной среды развитие двигательных действий у детей, страдающих тяжелой формой спастической диплегии, учитывая индивидуальные причины нарушения запрограммированной схемы развития нормальных двигательных возможностей ребенка, в том числе формирование порочных поз и стойких установок, должно быть направлено, с одной стороны, на предупреждение сгибательно-разгибательной контрактуры и деформации в суставах конечностей, с другой, – на формирование тонических и установочных выпрямительных рефлексивных.

Представляется, что доступной гидродинамической моделью формирования двигательных действий ребенка с данной тяжелой формой заболевания могут служить различные упражнения (по А.К. Дмитриеву и А.М. Шумину, 1958 и 1966).

Модель двигательных действий в условиях водной среды ребенка, страдающего спастической диплегией, и взаимоотношений с тренером

Дополнительно включает в себя:

1. необходимость поддержания тренером головы ребенка в соответствующем положении (из-за слабости мышц шеи и свисания головы на грудь);

2. активное разгибание тренером спастически зажатых пальцев рук ребенка, погруженных под воду, и перемещение с ним, удерживая подобное положение кисти;

3. удержание тренером ребенка на руках, передвигаясь с ним по дну, фиксируя тело в толще воды в разных положениях по отношению к тренеру, направления перемещения: лицом, спиной, боком;

4. разработку нового ряда упражнений с использованием положения тела ребенка на спине, голова – в воде, при его перемещении в воде с помощью тренера;

5. разработку нового ряда упражнений для самостоятельного захвата ребенком руками лестничного поручня, доски для плавания; тренера – как подвижной опоры;

6. разработку нового ряда упражнений на пассивное сгибание-разгибание конечностей ребенка с помощью тренера и гидродинамическое сопротивление движению.

Патологическая особенность двигательных действий позволяет предположить возникновение трудностей у ребенка при разучивании в воде захвата какой-либо подвижной опоры – доски или надувного круга. При этом возможна потеря места удержания доски или полная утрата опоры. Возможны трудности при захвате неподвижной опоры – бортика бассейна или перекладины, закрепленной у борта. В этом случае будут необходимы дополнительные упражнения для выработки умения удержания подвижной опоры ребенком либо принудительное крепление опоры к руке.

Вместе с тем выраженная асимметрия поворота головы может быть, вероятно, через некоторое время, ликвидирована путем изменения места расположения тренера в воде в противоположной стороне относительно повернутой головы ребенка. Представляется, что желание ребенка (с сохранным интеллектом) видеть лицо тренера и соответствующие привлекающие действия и слова педагога будут эффективно способствовать ликвидации данного патологического тонического рефлекса. Однако

подобная позиция, занятая тренером, значительно повышает возможность развития критической ситуации «захлеб» и требует от педагога страховки головы ребенка от возможного неожиданного более сильного поворота с последующим погружением под воду.

Занятия плаванием имеют большое воспитательное (помогает ребятам стать дисциплинированными, собранными, смелыми, находчивыми, решительными), и оздоровительное значение. Правильно организованные занятия плаванием разносторонне и гармонично развивают человека, способствуют формированию силы, выносливости, ловкости, быстроты и др. качеств.