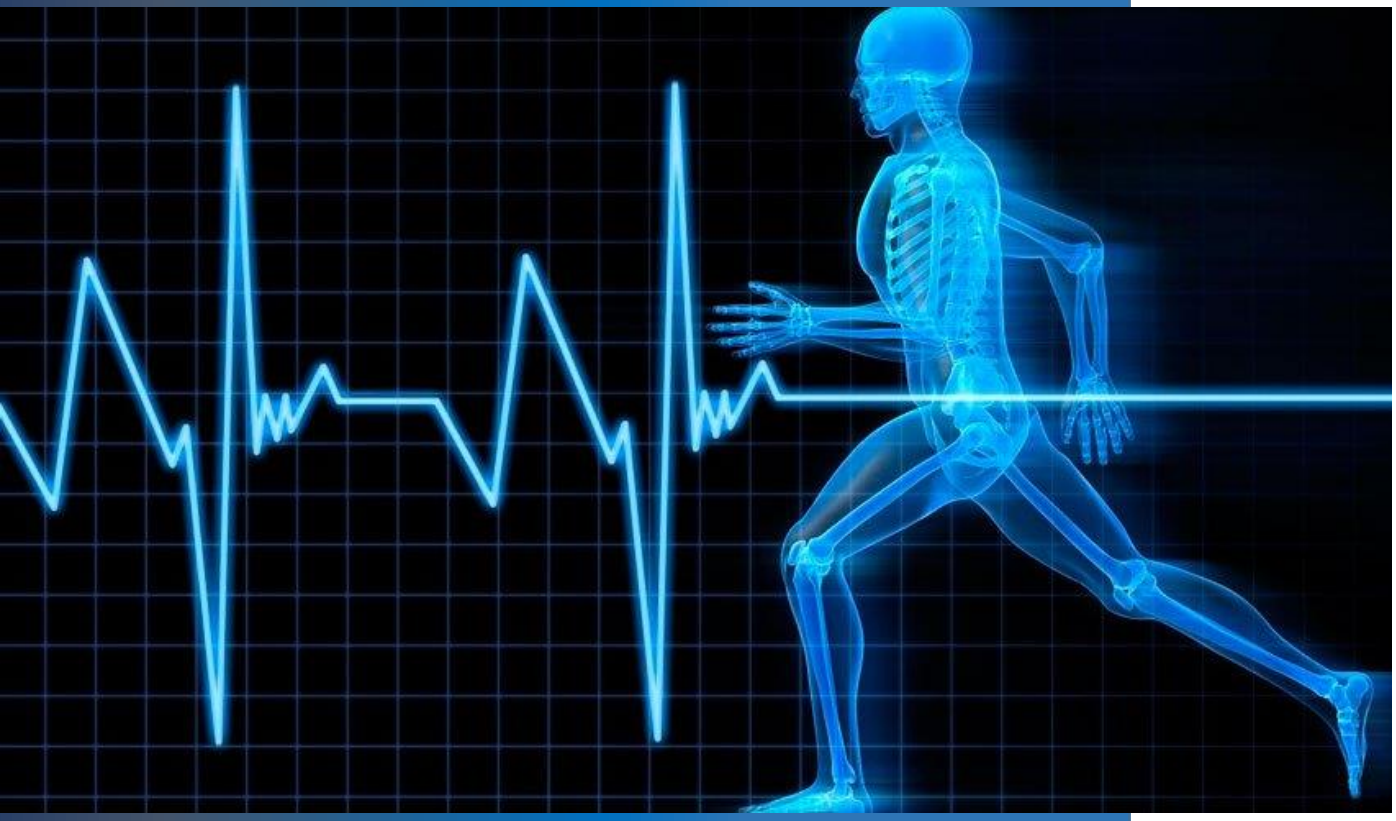
ISSN 2782-6449
2023

Материалы
Студенческой научно-практической конференции
в рамках Международной конференции

НАУЧНЫЕ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ОСНОВЫ В ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ И СПОРТЕ

Выпуск 3
Медико-педагогические аспекты
физической культуры и спорта



Екатеринбургский институт
физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО «УралГУФК»

Екатеринбург, 2023

ISSN: 2782-6449

УДК 615.82
УДК 616.741 – 009.1

Редакционная коллегия:
Кандидат педагогических наук, зав. кафедрой ТиМ АФК Тимофеева И.В.
Кандидат педагогических наук, доцент, доцент кафедры ТиМ АФК Салимов М.И.
Кандидат педагогических наук, доцент Репина А.И.

Медико-педагогические аспекты адаптивной физической культуры и спорта: материалы научно-практической конференции (21 февраля 2023 г., Екатеринбург) Отв. ред. Тимофеева И.В. – ЕИФК (филиал) ФГБОУ ВО УралГУФК, Екатеринбург, 2023. – 113 с.

Сборник содержит научные тезисы ученых, преподавателей и практиков кафедры естественно-научных дисциплин, а также приглашенных ученых. Излагается теория, методология и практика научных исследований в области математических и естественнонаучных наук.

Для специалистов в сфере математических и естественнонаучных аспектов физической культуры и спорта.

Материалы сборника размещаются на сайте: **https://www.sport-ural.ru/nauka/materialy-stud-konf**

Конференция организуется и проводится кафедрой Теории и методики адаптивной физической культуры по научному направлению: «Медико-педагогические аспекты адаптивной физической культуры и спорта» (Утверждено Ученым советом, протокол № 5 от 30.01.2023), руководитель направления, к.п.н., доцент Тимофеева И.В.

© Екатеринбургский институт физической культуры (филиал) ФГБОУ ВО УралГУФК, 2023
© Авторы тезисов, 2023

СОДЕРЖАНИЕ

Салимов М.И. Алиев В.Р. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ **4**

Репина А.И. Безотчество Л.А. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ОБЩЕЙ МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА **9**

Салимов М.И. Бикмурзина Е.В. ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ 7-9 ЛЕТ С ПЛОСКОСТОПИЕМ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ **14**

Тимофеева И.В. Волкова Е.А. МЕТОДИКА КОРЕККЦИИ ОБЩЕЙ МОТОРИКИ С ПОМОЩЬЮ ПОДВИЖНЫХ ИГР ДЛЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ НА ЗАНЯТИЯХ ПО АДАПТИВНОМУ ФИЗИЧЕСКОМУ ВОСПИТАНИЮ ... **18**

Салимов М.И. Горягина Е.С. МЕТОДЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ДЛЯ ЛИЦ С АМПУТАЦИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА В ТРЕНИРОВОЧНОМ ПРОЦЕССЕ **23**

Репина А.И. Гусева Е.Д. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ВЫНОСЛИВОСТИ У ДЕТЕЙ 12-14 ЛЕТ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ **30**

Салимов М.И. Добриянова А.В. МЕТОДИКА РАЗВИТИЯ КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ДЕТЕЙ 10-11 ЛЕТ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА НА ЗАНЯТИЯХ АДАПТИВВНЫМ ФИЗИЧЕСКИМ ВОСПИТАНИЕМ **35**

Репина А.И. Желнина Т.В. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С РАСТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА **39**

Репина А.И. Малышева А.В. МЕТОДИКА РАЗВИТИЯ КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА СРЕДНЕГОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА 11-15 ЛЕТ **45**

Репина А.И. Матдинова К.Д. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА **49**

Тимофеева И.В. Мелехина С.Д. МЕТОДИКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА **55**

Тимофеева И.В. Моисеева М.М. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА **58**

Репина А.И. Неволина К.А. МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА **64**

Тимофеева И.В. Никитина А.В. МЕТОДИКА КОРРЕКЦИИ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ **68**

Салимов М.И. Остробородко А.С. ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ 60-65 ЛЕТ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ **71**

Тимофеева И.В. Ренжина Е.В. МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ПЛОСКОСТОПИЕМ..... **76**

Репина А.И. Ситдикова В.С. МЕТОДИКА КОРРЕКЦИИ СКОЛИОЗА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА НА ЗАНЯТИЯХ ПО АДАПТИВНОМУ ФИЗИЧЕСКОМУ ВОСПИТАНИЮ **79**

Репина А.И. Тоскунина Ю.Э. ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЮНОШЕЙ 11-13 ЛЕТ С БОЛЕЗНЬЮ ОСГУДА-ШЛЯТТЕРА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ..... **85**

Тимофеева И.В. Ульянова Л.Е. МЕТОДИКА РАЗВИТИЯ ОБЩЕЙ МОТОРИКИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ НА ЗАНЯТИЯХ ПО АДАПТИВНМУЙ ФИЗИЧЕСКОМУ ВОСПИТАНИЮ **90**

Репина А.И. Чащихина Е.И. ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С РАХИТОМ **94**

Репина А.И. Шульц В.Е. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА **99**

Храмцова Г.А. Хабарова А.М. ОСОБЕННОСТИ МОНИТОРИНГА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ ФИЗКУЛЬТУРНОГО КОЛЛЕДЖА ……**103**

Храмцова Г.А. Букина Ю.В. РОЛЬ ПРОСВЕТИТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ…….....**108**

Салимов Марат Ильдусович, к.п.н., доцент
Алиев Вадим Русланович, студент
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Аннотация. В Российской Федерации за последние 20 лет уровень инвалидности с детства увеличился более чем в 3,6 раза. На каждую 1000 новорожденных 3-4 ребенка (а в некоторых регионах от 5 до 9) страдают церебральным параличом. Без двигательных расстройств детского церебрального паралича (ДЦП) не бывает, однако у значительной части больных возникают еще и нарушения речи (75%), задержка развития интеллекта (15-20%), возникают судороги (15-25%). Поэтому помощь детям с церебральным параличом становится важным курсом государственной политики Российской Федерации [6].

Для лиц с ограниченными возможностями и инвалидов движение – не только условие жизнеобеспечения, средство и метод поддержания работоспособности, но и способ развития всех зон коры больших полушарий мозга, координации межцентральных связей, формирования двигательных взаимодействий, анализаторных систем, познавательных процессов, коррекции и компенсации недостатков в физическом и психическом развитии.

Ключевые слова: ДЦП, детский церебральный паралич, адаптивное физическое воспитание, ограниченные возможности, дети.

Актуальность. Детские церебральные параличи – это ряд клинических синдромов, преимущественно со стороны двигательной сферы, которые возникают вследствие поражения головного мозга до родов (антенатально), во время родов (интранатально) или на первом месяце жизни (постнатально). Из каждых 100 случаев церебрального паралича 30 возникает пренатально, 60 – интранатально, 10 – постнатально [3].

Известно около 500 факторов, объясняющих причины появления ДЦП. Так как развитие медицинской науки и методов исследования не стоит на месте, то этих факторов со временем будет найдено еще больше. Исходя из этих факторов были выделены пять групп причин всех болезней: биологические, физические, химические, механические, социально-психологические.

Цель исследования: анализ специальной литературы по проблеме адаптивного физического воспитания детей с детским церебральным параличом.

Методы и организация исследования. Осуществлялись поиск и сбор источников информации (статьи, материалы конференций, тезисы докладов, журналы). Найденные источники подвергались научному редактированию и анализу.

Результаты и их обсуждение. Детский церебральный паралич – это собирательный термин, объединяющий группу не прогрессирующих состояний – расстройств движений (параличи, гиперкинезы, атаксия), которые могут сочетаться с нарушениями психики, речи, чувствительных систем, эпилептическими припадками. Поэтому, наличие расстройств движения и позы тела при ряде неврологических болезней у детей побудило ряд авторов выделить ДЦП, как болезнь и ДЦП, как синдром [4].

В настоящее время согласно классификации К.А. Семеновой различают следующие формы детского церебрального паралича [6]: спастическая диплегия; двойная гемиплегия; гиперкинетическая форма; атонически-астатическая форма; гемиплегическая форма.

Ведущую роль в развитии движений у детей с церебральным параличом играет адаптивная физическая культура. Под влиянием занятий в мышцах, сухожилиях, суставах возникают нервные импульсы, направляющиеся в центральную нервную систему и стимулирующие развитие двигательных зон мозга. Важно отметить, что под влиянием занятий адаптивной физической культурой в мышцах ребенка с церебральным параличом возникают

адекватные двигательные ощущения. Лечебная гимнастика нормализует позы и положения конечностей, снижает мышечный тонус, уменьшает или преодолевает насильственные движения. Особое внимание в занятиях лечебной гимнастикой уделяется тем двигательным навыкам, которые необходимы в жизни, - навыкам и умениям, обеспечивающим ребенку ходьбу, предметно-практическую деятельность, самообслуживание [4].

У детей с церебральным параличом на всех возрастных этапах отмечается снижение таких физических качеств, как ловкость, скорость, сила, гибкость и выносливость. Поэтому для них крайне важно выполнение специальных прикладных упражнений - ходьба, бег, прыжки, лазанье и перелезание, а также различные действия с предметами (игрушками, гимнастическими палками, мячами, обручами). Детей учат правильно захватывать различные по форме, объему и весу предметы, манипулировать ими [2].

Урок по адаптивному физическому воспитанию в спецшколах является одним из предметов, где решаются образовательные, воспитательные и коррекционные задачи. Программа по физическому воспитанию в спецшколах имеет особенности. Так, в раздел общеразвивающих упражнений введены следующие коррекционные упражнения: для коррекции позотонических реакций; для расслабления мышц; для формирования правильной осанки; для опороспособности; для формирования равновесия; для развития пространственной ориентации и точности движений [1].

Урок по физическому воспитанию в спецшколах является одним из предметов, где решаются образовательные, воспитательные и коррекционные задачи. Программа по физическому воспитанию в спецшколах имеет особенности [2]. Так, в раздел общеразвивающих упражнений введены следующие коррекционные упражнения:

— для коррекции позотонических реакций;
— для расслабления мышц;
— для формирования правильной осанки;

— для опороспособности;

— для формирования равновесия;

— для развития пространственной ориентации и точности движений.

Все уроки по физическому воспитанию проходят с элементами ЛФК, на основе индивидуального подхода и дидактических принципов. Авторы выделяют упражнения начального этапа физической подготовки, развивающего и тренирующего [5]. Упражнения начального этапа физической подготовки. Общеразвивающие и корригирующие упражнения.

Упражнения для формирования свода стоп, их подвижности и опороспособности. В исходном положении: сидя (стоя у опоры) сгибание и разгибание пальцев ног: тыльное и подошвенное сгибание стопы с поочередным касанием пола пяткой, носком; смыкание и размыкание стоп. Прокатывание стопами каната. Захватывание стопами мяча, захватывание ногами мешочка с песком с последующими бросками его в обруч и передачей соседу по ряду [2]. Ходьба по ребристой доске, массажному коврику, рейкам гимнастической стенки.

Выводы. Детский церебральный паралич – это тяжелое заболевание нервной системы, которое нередко приводит к инвалидности ребенка. За последние годы оно стало одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы у детей, имея различные виды. ДЦП проявляется не только в двигательных нарушениях, но и в других видах отклонений: отклонения в психическом развитии; интеллектуальные нарушения; особенности развития личности (расстройства эмоционально- волевой сферы, нарушения личностного развития). Конкретные задачи профилактики и коррекции этих нарушений в отношении каждого ребенка могут быть определены только после индивидуального изучения.

Урок по физическому воспитанию в спецшколах является одним из предметов, где решаются образовательные, воспитательные и коррекционные задачи. Программа по физическому воспитанию в спецшколах имеет особенности. Так, в раздел общеразвивающих упражнений введены

следующие коррекционные упражнения: для коррекции позотонических реакций; для расслабления мышц; для формирования правильной осанки; для опороспособности; для формирования равновесия; для развития пространственной ориентации и точности движений.

Список литературы

1. Андреева, И. Н. Адаптивная физическая культура для обучения детей с умеренной, тяжелой и глубокой умственной отсталостью в сочетании с двигательными нарушениями: методические рекомендации. – СПб. – 2014. – 44 с.
2. Бортфельд, С. А. Двигательные нарушения и лечебная физкультура при детском церебральном параличе / С.А. Бортфельд. – Москва: «Медицина». – 1971. – 378 с.
3. Вернер, Д. Что такое детский церебральный паралич / Д. Вернер. – Москва. – 2003. – 167 с.
4. Винникова, Е. А. Ребенок с детским церебральным параличом / Специальная психология: учеб. пособие / под ред. Е.С. Слепович, А.М. Полякова. – Минск: Выш. шк. – 2012. – С. 346-397.
5. Дейнеко, В. В. Высокотехнологичная физическая реабилитация детей с церебральным параличом / В. В. Дейнеко, О. Б. Крысюк. – Адаптивная физическая культура. – 2017. – № 1 (69). – С. 18-19.
6. Строгова, Н. А. Адаптивная физическая культура в системе комплексной реабилитации и социальной интеграции инвалидов // Теория и практика общественного развития. – 2012. – № 2. – С. 169-171.

Репина Алла Ильинична, к.п.н., доцент
Безотчество Лада Андреевна, студент
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ОБЩЕЙ МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Аннотация. В работе затрагивается тема адаптивного физического воспитания детей с расстройством аутистического спектра. Даётся характеристика и понятие РАС, а также важность развития общей моторики. Большое внимание уделяется физическим и психическим особенностям развития детей.

Ключевые слова: расстройство аутистического спектра, адаптивное физическое воспитание, методы развития общей моторики.

Актуальность. На сегодняшний день проблема здоровья во всем мире очень актуальна. Еще несколько лет назад расстройство аутистического спектра, как самостоятельное заболевание диагностировали редко. При данном заболевании, прежде всего, снижена способность к общению. О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг считают, что ребенку с расстройством аутистического спектра, как и любому другому, необходимы постоянные физические нагрузки для поддержания психофизического тонуса, снятия эмоционального напряжения, страхов, агрессии [4].

В настоящее время по мировой статистике приблизительно 1 ребенок из 160 страдает расстройством аутистического спектра. Серьезно повлияло на увеличение статистики то, что в последние годы международное сообщество научилось лучше диагностировать данное заболевание.

Цель исследования: анализ специальной литературы по адаптивному физическому воспитанию детей с расстройством аутистического спектра.

Методы и организация исследования. Осуществлялись поиск и сбор источников информации (статьи, материалы конференций, тезисы докладов,

журналы). Найденные источники подвергались научному редактированию и анализу.

Результаты и их обсуждение. Расстройство аутистического спектра (РАС) — нарушение нервного развития, характеризующееся проблемами социального взаимодействия, а также ограниченными, повторяющимися моделями поведения.

1. К причинам расстройств аутистического спектра относят генетические и средовые факторы. При этом на долю генетической предрасположенности приходится от 64 до 91% всех случаев. Механизм передачи от родителей к детям до конца не исследован, но медики установили, что наибольший риск развития у однояйцевых близнецов [3].

Возможные факторы риска развития РАС: генетическая предрасположенность; осложнения при родах; дородовые инфекции; воздействие токсинов до или после родов; туберозный склероз, синдром ломкой Х-хромосомы, фенилкетонурию, синдром Ретта и синдром Ангельмана (на эти расстройства приходится около 25% случаев РАС).

Классификация РАС (клинико – нозологические формы): Синдром Аспергера (F84.5); Синдром Каннера (F84.0); атипичный аутизм (F84.1); органический аутизм.

С самого раннего детства у ребёнка отмечают неловкость, хотя, как правило, он вовремя начинает держать голову, садиться, вставать.

Научить ребёнка с РАС даже простым бытовым действиям достаточно сложно. В быту они проявляют неловкость, встречаются со значительными трудностями и запозданием, особенно, что касается навыков самообслуживания. Нередко дети с РАС проявляют эмоции, совершенно противоположные эмоциям окружающих. В период стресса они, как правило, не ищут поддержки или помощи со стороны окружающих и даже не принимают ее [1].

Коррекция и развитие двигательных функций у детей с РАС при помощи физического воспитания является обязательным и важным направлением

коррекционно-развивающей работы, поскольку процесс физического воспитания оказывает значительное влияние на развитие личностных качеств ребенка и его познавательной деятельности.

Основными задачами ФУ для детей с РАС являются: Развитие способностей к выполнению простых инструкций, выработка навыков организации движений, социальная адаптация, обучение действиям с различными предметами, обучение перемещающим действиям.

Общая (крупная) моторика – это те двигательные навыки, которые требуют включения мышц и движений всего тела для выполнения таких функций, как поддержание положения стоя или сидя, ходьба, бег, прыжки, навыки ухода за собой.

При РАС выявляются значительные моторные расстройства. К ним относятся неравномерность моторных формул, плохая скоординированность работы групп мышц, участвующих в походке и других двигательных актах. Отмечается неравномерность шага, ходьба на носочках, отсутствие содружественных движений рук и во время ходьбы. Затруднения при поворотах и перешагивании препятствий, малая устойчивость при стоянии и ходьбе, неловкость, «стылость», наклонность к формированию длительных стереотипий. При аутизме чаще, чем в общей популяции, наблюдается левшество или в равномерной степени использование левой и правой руки, отставание в развитии предметно-практической деятельности в овладении навыками самообслуживания. Им легче ориентироваться в небольших пространствах, так как лучше развита ближайшая ориентировка [2].

Все перечисленные особенности моторного развития ребёнка с РАС, требуют специальной коррекционной работы, направленной на развитие, восстановление изменённых моторных функций этих детей. Верчения, кувыркания, подпрыгивания, хождения по скамейке, специальным дорожкам с жестким покрытием, массажным коврикам и т.д. Отрабатываются комплексы упражнений, в которые включены выбрасывание и выкладывание предметов, бросание, попадание в цель, перебрасывание через верёвку,

огибание различных предметов, раскачивание на фитболах и другие задачи. Очень эффективно развитие движений в воде (в ванной, бассейне, природных водоёмах) или без воды в сухих бассейнах.

Выводы. Расстройство аутистического спектра – нарушение нервного развития, характеризующееся проблемами социального взаимодействия, а также ограниченными, повторяющимися моделями поведения. Причинами его развития считают: генетическую предрасположенность; осложнения при родах; дородовые инфекции; воздействие токсинов до или после родов; туберозный склероз, синдром ломкой Х-хромосомы, фенилкетонурию, синдром Ретта и синдром Ангельмана (на эти расстройства приходится около 25% случаев РАС). Классификация включает: синдром Аспергера (F84.5); синдром Каннера (F84.0); атипичный аутизм (F84.1); органический аутизм.

Основной особенностью физического развития детей с РАС является общая моторная неловкость, недостаточно координированная походка, а также наличие стереотипных движений.

Основными средствами адаптивного физического воспитания будут являться: физические упражнения; естественные факторы природы; массаж. Основными задачами АФВ для детей с аутизмом являются: развитие способностей к выполнению простых инструкций; выработка навыков организации движений; социальная адаптация; обучение действиям с различными предметами; обучение перемещающим действиям. Для лучших результатов при аутизме рекомендуют выполнять следующие упражнения: марш; марш на месте или по площадке; несложные действия, рассчитанные на улучшение координации подходят для отработки навыка подражания взрослому.

Прыжки на батуте не только помогают развить координацию и моторику, улучшить навыки управления собственным телом, но и снизят частоту припадков повторяющегося поведения. Несколько минут прыжков снимают сенсорную перегрузку, давая необходимый отдых органам чувств.

Список литературы:

1. Аршатская, О. С. Дефектология: Психологическая помощь ребенку раннего возраста при формирующемся детском аутизме / О.С. Аршатская. – Москва: Издательство Теревинф. – 2005. – № 2. – 224с.

2. Данилова, Е.Н. Моторное функционирование детей с РАС / Е.Н. Данилова. – 2017. – 3с.

3. Круцевич, Т. Ю. Общие основы теории и методики физического воспитания / Т. Ю. Круцевич. – Киев: Издательство Академия. – 2000. – 480с.

4. Никольская, О.С. Пути помощи: Инклюзивное образование для детей с ограниченными возможностями здоровья / О. С. Никольская, Н.В. Новикова, Л.А. Казакова, С.В. Алехина. – Красноярск: Издательство Теревинф. – 2013. – 228с.

Салимов Марат Ильдусович, к. п. н., доцент
Бикмурзина Елена Валерьевна, студентка
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ 7-9 ЛЕТ С ПЛОСКОСТОПИЕМ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Аннотация. Актуальность. Плоскостопие – диагноз, который очень часто можно услышать на приёме у детского врача. Согласно определению Всемирной Организации Здравоохранения, плоскостопие — это общий термин для обозначения нарушения биомеханики стопы и всей нижней конечности в целом, в результате деформации её сводов. Статистика говорит, что среди малышей до 3 лет оно встречается в 25% случаев, детей в возрасте до 6-7 лет встречается у 55-60%. С возрастом эти цифры только возрастают. Плоскостопие только на первый взгляд кажется безобидным недугом, оно к тому же является благоприятным фоном для развития ряда болезней опорно-двигательного аппарата.

Детская стопа, по сравнению со взрослой, коротка, широка, а в пяточной области сужена. Пальцы расходятся, в то время как у взрослых они плотно прилегают друг к другу. У детей на подошве сильно развита подкожная клетчатка, заполняющая своды стопы, что нередко приводит к диагностическим ошибкам. Объем движения детской стопы больше, чем взрослой, вследствие значительной эластичности мышечно-связочного аппарата. Поэтому детская стопа менее приспособлена к статическим нагрузкам: прыжкам, соскокам с высоких снарядов. Стопы быстро утомляются, и легко подвергаются деформации. При нагрузке своды стопы несколько уплотняются, но по окончании ее тотчас же с помощью активного сокращения мышц возвращаются в исходное положение.

Свод нормально сформированной стопы представляет собой арку, он служит пружиной, амортизатором, сглаживает толчки и сотрясения тела при ходьбе, беге, прыжках. Свод стопы формируют кости, мышцы и связки. Если происходит ослабление мышечно-связочного аппарата, то нарушается форма

– стопа распластывается (т.е. её поверхность практически во всех точках соприкасается с полом). Терапия заключается в выполнении лечебной физкультуры для укрепления мышц стопы и голени, дозирование физических нагрузок и подбор правильный обуви, а также ортопедических стелек.

Ключевые слова: плоскостопие, адаптивная физическая культура

Актуальность. Плоскостопие – заболевание опорно-двигательного аппарата, при котором происходит уплощение сводов стопы. По данным из разных источников страдают от 20 до 40% детей. Плоскостопие имеет три вида. Оно может быть продольным, которое характеризуется уплощением продольного свода стопы, и поперечным - распластанность переднего отдела стопы. Если имеется уплощение и продольного и поперечного сводов, то в таком случае говорят о комбинированном плоскостопии. Степень выраженности плоскостопия определяют при помощи специальных методик, таких как: плантография, подометрия, БОС и рентгенография.

Плоскостопие может очень быстро прогрессировать. Тяжесть данного заболевания может быть различной. Кроме видов, различают еще степени плоскостопия.

Систематические занятия лечебной физкультурой являются основным и наиболее эффективным методом коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата, которые всегда сочетаются с нарушениями функции мышц. Важно, чтобы процесс коррекции был регулярным и продолжался до полного выздоровления. Методами оценки функционального состояния при плоскостопии являются: визуальное исследование, плантографический метод, подометрический метод М.О. Фриндлянда.

Цель исследования: проведение оценки функционального состояния организма детей 7-9 лет с плоскостпием и разработка методики лечебной гимнастики для пациентов данной нозологической группы.

Методы и организация исследования. Ход исследования состоял из двух этапов. 1 этап: сентябрь 2021 – май 2022 года. Проходил на базе

Екатеринбургского института физической культуры (филиал) ФГБОУ ВО «Уральский государственный университет физической культуры», кафедре теории и методики адаптивной физической культуры. На этом этапе был проведен анализ специальной литературы по проблеме реабилитации детей, имеющих плоскостопие. Были получены сведения об этиологии, патогенезе и клинической картине данного заболевания, получены данные о методах и средствах реабилитации. В результате была конкретизирована цель, задачи и методика исследования.

2 этап исследования: 2021-2022 г. На этом этапе исследования проходил подбор контингента, базы исследования, проведена диагностика, разработаны методы физической реабилитации детей с плоскостопием. Базой исследования был выбран центр неврологии для детей и взрослых «Клиника доктора Бальберта», г. Екатеринбург, ул. Родонитовая, 34. В исследовании приняли участие 3 пациента в возрасте 7-9 лет, имеющие плоскостопие.

Физические возможности каждого пациента с плоскостопием оценивались по отобранным педагогическим тестам. В ходе наблюдения за тем, как дети выполняют основные движения, оценивалось их качество. Уровень качества свидетельствует о степени сформированности двигательной системы.

Для оценки функционального состояния опорно-двигательного аппарата и оценки состояния физической подготовленности детей производилось функциональные тестирование: проба Ромберга и прыжок в длину с места

Наблюдение осуществлялось за тем, как ребенок выполняет задания в соответствии с нормативами результатов оценки.

Выводы. Данные, полученные в результате исследования, свидетельствуют о том, что испытуемые показали средний результат по пробе Ромберга и среднюю оценку физической подготовленности по прыжкам в длину с места.

Список литературы:

1. Аршатская, О. С. Дефектология: Психологическая помощь ребенку раннего возраста при формирующемся детском аутизме / О.С. Аршатская. – Москва: Издательство Теревинф. – 2005. – № 2. – 224с.

2. Данилова, Е.Н. Моторное функционирование детей с РАС / Е.Н. Данилова. – 2017. – 3с.

3. Круцевич, Т. Ю. Общие основы теории и методики физического воспитания / Т. Ю. Круцевич. – Киев: Издательство Академия. – 2000. – 480с.

4. Никольская, О.С. Пути помощи: Инклюзивное образование для детей с ограниченными возможностями здоровья / О. С. Никольская, Н.В. Новикова, Л.А. Казакова, С.В. Алехина. – Красноярск: Издательство Теревинф. – 2013. – 228с.

Тимофеева Ирина Владимировна, к.п.н. доцент
Волкова Екатерина Андреевна, студент
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Аннотация. Статья посвящена проблеме развития общей моторики с помощью подвижных игр учащихся младшего дошкольного возраста с детским церебральным параличом. В статье рассматривались методические приемы для развития общей моторики учащихся младшего дошкольного возраста с детским церебральным параличом.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, дети младшего дошкольного возраста, развитие общей моторики с помощью подвижных игр.

Актуальность. У детей с церебральным параличом задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: с трудом и опозданием формируются функции удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Темпы двигательного развития при ДЦП широко варьируются.

Разнообразие двигательных нарушений у детей с церебральным параличом обусловлено действием ряда факторов, непосредственно связанных со спецификой самого заболевания. К этим факторам относятся: нарушения мышечного тонуса; ограничение или невозможность произвольных движений; наличие насильственных движений; нарушения равновесия и координации движений; нарушение ощущений движений; недостаточное развитие цепных установочных выпрямительных рефлексов; наличие патологических тонических рефлексов отмечает два типа нарушений при данном заболевании:

Цель исследования: развитие общей моторики с помощью подвижных игр детей младшего дошкольного возраста с детским церебральным параличом.

Методы и организация исследования. Осуществлялись поиск и сбор источников информации (статьи, материалы конференций, тезисы докладов, журналы). Найденные источники подвергались научному редактированию и анализу.

Результаты и их обсуждение. Первый тип связан с задержкой формирования тех или иных двигательных функций (сидение, стояние, ходьба).

Второй тип показывает присутствие простых форм моторной активности, никак не свойственных для определенного возраста и поэтому патологических [1].

Дети с ДЦП не могут совершать какие-либо действия больной рукой. Также у них можно заметить: нарушение координации, недостаточно сформированные навыки самообслуживания, очень ограниченную предметно-практическую деятельность. Иногда отмечается повышенное слюноотделение. Нуждаются в частых перерывах, так как очень быстро утомляются, особенно во время активных действий.

При удержании карандаша или ручки, у детей может наблюдаться вялость пальцев или напряжение, малоподвижность.

Нарушение мелкой и крупной моторики можно заметить во время формирования трудовых и бытовых навыков. Без специальной коррекционной работы дети не могут работать с какими-либо материалами в школе на уроках. Выполнению трудовых задач мешают не развитые функции удержания и захвата предмета [1].

Двигательные нарушения особенно заметны при подвижных играх. Дети не могут как следует выполнять задания, потому что они не способны правильно воспроизвести исходные положения, сохранить устойчивость, делать движения в нужном темпе, согласовывать движения рук, ног и

туловища. Подвижная игра как средство коррекции обладает некоторыми особенностями, главной из которых является высокая эмоциональность детей. Она проявляется в удовольствии от мышечной работы, от чувства бодрости, в удовольствии от возможности дружеского общения в коллективе, от достижения поставленной цели игры. Во время подвижной игры осуществляется комплексное воздействие на моторику и нервно-психическую сферу ребенка с детским церебральным параличом [2].

Главным отличием подвижных игр от строго дозированных упражнений является то, что игра всегда связана с инициативой, фантазией, творчеством, протекает эмоционально, стимулирует двигательную активность. Они не требуют от играющих специальной подготовленности, могут проводиться в разнообразных условиях, с большим или меньшим числом участников, по различным правилам [3].

Радость и эмоциональный подъем - результат подвижных игр, является очень важной частью, потому что благодаря этому замечательному свойству подвижные игры, особенно с элементами соревнования, больше, чем другие формы физического воспитания, адекватны потребностям организма в движении.

Правильно организованные подвижные игры оказывают благоприятное влияние на развитие и укрепление костно-связочного аппарата, мышечной системы, на формирование правильной осанки. Благодаря этому большое значение приобретают подвижные игры, вовлекающие в разнообразную, преимущественно динамическую работу, различные крупные и мелкие мышечные группы, игры, увеличивающие подвижность в суставах.

В последнее время в общем комплексе коррекционно-воспитательной работы с дошкольниками с детским церебральным параличом все большее внимание уделяют игровой деятельности, как элементу коррекции и социальной адаптации [1].

Основной задачей при проведении подвижных игр с дошкольниками с ДЦП является содействие в вертикализации тела ребенка, его подвижности,

совершенствование мелкой моторики рук [5]. Подвижные игры особенно важны и привлекательны для больных детей тем, что специально направленными упражнениями оказывают на их организм трофическое влияние, способствующее восстановлению иннервационных механизмов и предупреждению образования вторичных контрактур и деформаций, а при необходимости содействуют формированию компенсации, способствуют улучшению психомоторных показателей развития, улучшению работы сердечно-сосудистой, дыхательной систем, вестибулярного аппарата, коррекции нарушенной осанки.

Выводы. Таким образом, патология двигательной функциональной системы у детей, страдающих церебральными параличами, является одним из важных факторов, замедляющих и искажающих психическое развитие. Патология зрительного и слухового восприятия в результате поражения рецепторных систем также может привести к недоразвитию познавательной деятельности, речи и интеллекта в целом.

У детей с церебральным параличом задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: с трудом и опозданием формируются функции удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Темпы двигательного развития при ДЦП широко варьируются.

Двигательные нарушения особенно заметны при подвижных играх. Дети не могут как следует выполнять задания, потому что они не способны правильно воспроизвести исходные положения, сохранить устойчивость, делать движения в нужном темпе, согласовывать движения рук, ног и туловища.

Список литературы.

1. Бортфельд, С. А. Двигательные нарушения и лечебная физическая культура при детском церебральном параличе / С.А. Бортфельд. – “Медицина”, – 1971. – 164 с.

2. Ефименко, Н. Н. Содержание и методика занятия физкультурой с детьми, страдающими церебральным параличом / Н.Н. Ефименко, Б.В. Сермеев. – Москва. – 2001. – С. 10-98.

3. Левченко, И. Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / И.Ю. Левченко. – Москва. – 2001. – С. 78-110.

4. Частные методики адаптивной физической культуры: Учебное пособие / Под ред. Л.В. Шапковой, –Москва. – Советский спорт. – 2003. – С. 228-236.

5. Шапкова, Л. В. Коррекционные подвижные игры и упражнения для детей с нарушениями в развитии / Под общей ред. проф. Л.В Шапковой. – М.: Советский спорт. – 2002. – 212 с.

Салимов Марат Ильдусович, к.п.н. доцент
Горягина Евгения Сергеевна, студент
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК

МЕТОДЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ДЛЯ ЛИЦ С АМПУТАЦИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА В ТРЕНИРОВОЧНОМ ПРОЦЕССЕ

Аннотация. Статья посвящена проблеме, связанной с физическими способностями спортсменов с ампутацией нижних конечностей старшего возраста, также рассматриваются методы совершенствования координационных способностей для лиц с ампутацией нижних конечностей старшего возраста в тренировочном процессе по волейболу.

Ключевые слова: опорно-двигательный аппарат, ампутации нижних конечностей, волейбол сидя, тренировочный процесс, физические способности.

Актуальность. Ампутация – одна из древнейших операций. Гиппократ проводил ампутацию в пределах мертвых тканей, позже Цельс предложил проводить её, захватывая здоровые ткани, что было более целесообразно, но в средние века всё это было забыто. В XVI веке Паре предложил перевязку сосудов вместо прижигания каленым железом или опускания в кипящее масло, потом Луи Пти стал прикрывать культю кожей, и в XIX веке Пирогов предложил костно-пластические операции [1].

В мирное время 47 % ампутаций проводятся по поводу осложнений сосудистых заболеваний конечностей и 43 % – в связи с травмой. Показания для выполнения этой операции делятся на две группы:

— абсолютные (или первичные) показания, когда периферическая часть конечности нежизнеспособна, но протекающие в ней процессы не угрожают жизни пострадавшего;

— относительные (или вторичные) показания, когда периферическая часть конечности жизнеспособна, но протекающие в ней процессы угрожают жизни пострадавшего.

Цель исследования: методика совершенствования координационных способностей в тренировочном процессе в волейболе лиц с ампутацией нижних конечностей.

Методы и организация исследования. Данная проблема решается одним из новых педагогических направлений: адаптивный спорт. Применяя средства лечебной физической культуры (ЛФК), тренировочный процесс решает проблемные факторы в области физических навыков лиц с поражением опорно-двигательного аппарата, совершенствуя их навыки, помогает облегчить им жизнь в бытовой и трудовой деятельности.

Выделяют три уровня физического развития: гармоническое, дисгармоническое, резко дисгармоническое.

Физическое развитие напрямую коррелирует с соматотипом, телосложением, обменом веществ. Из внешних факторов среды, под воздействием которых складывается соматотип (социально-экономические условия, питание, основные и сопутствующие заболевания, двигательная активность), существенное значение для лиц с нарушением в развитии имеют занятия адаптивной физической культурой.

Ограниченная подвижность и невозможность функционального участия отдельных мышечных групп, слабый мышечный тонус, приводят к недостатку двигательной активности, что тормозит весоростовые процессы и биологическое развитие к основному заболеванию [2].

Искажение схемы тела и нарушение балансировочных реакций, в результате которых возникают компенсаторные позы, являются основными лимитирующими факторами при ампутации или врожденном отсутствии конечностей. Для всей разнообразной группы с ПОДА, но в особенности для лиц со спинальными поражениями, характерно ограничение возможностей кардио-респираторной системы в результате длительной гиподинамии.

Также важным лимитирующим фактором в этой группе является вынужденное положение сидя или лежа. Все перечисленные нарушения затрудняют развитие статических и локомоторных функций у лиц с ПОДА и определяют аномалию моторного развития [3].

При ампутации нижних конечностей значительно нарушается статика тела: центр тяжести смещается, что вызывает изменения в напряжении нервно-мышечного аппарата, необходимом для сохранения равновесия. Компенсаторно могут развиваться сколиотические искривления в грудном и шейном отделах позвоночника.

Спортивная классификация спортсменов-инвалидов в волейболе сидя с ампутацией конечностей (ISOD):

Класс А-1:

— двусторонняя ампутация бедра

Класс А-2:

— односторонняя ампутация бедра

— односторонняя ампутация бедра в сочетании с ампутацией стопы по Пирогову

— односторонняя ампутация бедра в сочетании с ампутацией стопы на различном уровне

— односторонняя ампутация бедра в сочетании с ампутацией голени на различном уровне

Класс А-3:

— двусторонняя ампутация голени

— односторонняя ампутация голени в сочетании с ампутацией стопы по Пирогову с другой стороны

— двусторонняя ампутация по Пирогову

Класс А-4:

— односторонняя ампутация голени

— односторонняя ампутация голени в сочетании с ампутацией стопы на различном уровне с другой стороны

— односторонняя ампутация стопы по Пирогову, в сочетании с ампутацией стопы на различном уровне с другой стороны

Класс А-5:

— двусторонняя ампутация плеча

Класс А-6:

— односторонняя ампутация плеча

— односторонняя ампутация плеча в сочетании с ампутацией стопы по Пирогову

— односторонняя ампутация плеча в сочетании с ампутацией стопы на различном уровне

Класс А-7:

— двусторонняя ампутация предплечья

— односторонняя ампутация предплечья в сочетании с ампутацией плеча с другой стороны

Класс А-8:

— односторонняя ампутация предплечья

— односторонняя ампутация предплечья в сочетании ампутации стопы по Пирогову

— односторонняя ампутация предплечья в сочетании ампутации стопы на различном уровне

Класс А-9:

— смешанная ампутация верхних и нижних конечностей

В составе команды не должно быть более 2х спортсменов со следующими заболеваниями:

1. Дисплазия коленного или тазобедренного сустава
2. Эндопротезис колена или бедра
3. Нарушение кровообращения нижних конечностей
4. Неустойчивость колена на 1,5 см (вперёд/назад)
5. Вывих плече-лопаточного сустава
6. Явное ограничение вращательного движения нижних конечностей

7. Наличие данных заболеваний подтверждается медицинским заключением, представляемым руководителем команды в медицинскую комиссию [4].

Частые тренировки (3-5 раз в неделю) нужны лицам с поражением опорно-двигательного аппарата. Подготовка спортсмена с ампутацией нижних конечностей должна учитывать его психологический статус. Когда нарушается сфера психологической адаптации спортсмена, происходит возникновение дополнительных стрессорных факторов, снижающих моторную деятельность и вызывающих нарушение концентрации внимания, что снижает спортивные результаты и увеличивает риск получения травмы.

Интенсивность работы у лиц с ампутацией нижних конечностей способствует тому, что мобилизуются внутренние резервы организма, функциональные системы начинают работать более интенсивно.

Подбор упражнений в первую очередь должен обеспечивать коррекцию нарушений психомоторики и навыков двигательных компенсаций, мобилизацию подвижности в сохраненных суставах.

Принцип сознательности и активности формирует у волейболистов осмысленность и интерес. Стимулирует анализ и самоанализ, позволяет вести самоконтроль, рационально использовать свои возможности в процессе тренировки.

Задачами тренировочного процесса являются: дальнейшее развитие физических качеств, функциональной подготовленности, совершенствование технико-тактических навыков избранной спортивной дисциплины и приобретение соревновательного опыта с целью повышения спортивных результатов, воспитание специальных психических качеств.

Перевод на тренировочном этапе осуществляется при условии выполнения занимающимися контрольно-переводных нормативов по общей физической и специальной подготовке.

Средства спортивной тренировки:

1. Соревновательные упражнения (с использованием протезов и без использования их);

2. Специально-подготовительные упражнения (подводящие, развивающие, комбинированные);

3. Общеподготовительные (всестороннее развитие спортсмена).

Результаты и их обсуждение. Разработанный комплекс по тренировочного занятия по волейболу для лиц с ампутацией нижних конечностей, занимающихся волейболом сидя, будет способствовать значительному повышению уровня развития координационных способностей, развитию силы и мышечно-суставной чувствительности мышц здоровой конечности, коррекции деформаций опорно-двигательного аппарата (нарушение осанки, плоскостопие), развитию способности к равновесию, ориентированию в пространстве, дифференцированию пространственных, временных и силовых параметров движений.

Таблица 1. Показатели тестов при ампутации нижних конечностей спортсменов старшего возраста от 25 до 60 лет.

Тесты	Ф.И.О. спортсменов	Дата рождения	Результат по 10-б. шкале
Тест 1. Поднимание туловища из положения лежа на спине за 30 сек.	Евгений Волосников	24.01.1994 (28 лет)	34 раза 10 баллов
Тест 2. Прием мяча над собой за 30 сек.	Александр Савичев	11.03.1989 (33 года)	45 раз 10 баллов
Тест 3. Прием мяча снизу двумя руками за 30 сек.	Танаткин Букин	15.01.1967 (55 лет)	27 раз 9 баллов
Тест 4. Метание теннисного мяча в цель (кол-во раз).	Алексей Волков	14.03.1983 (39 лет)	7 из 10 8 баллов

Выводы. Педагогический эксперимент проводился для проведения специальных диагностических процедур во время тренировочного процесса по волейболу для лиц с ПОДА, разработки и обоснования эффективности методики координационных способностей участников с использованием упражнений.

Оценивая результаты из таблицы выше, мы видим, что показатели по 10-бальной шкале достаточно хорошие, чтобы определить уровень физических

навыков и координационных способностей спортсменов с ампутацией нижних конечностей в тренировочном процессе по волейболу сидя.

Список литературы.

1. Епифанов, В. А. / Лечебная физкультура и спортивная медицина: учеб. для вузов / В.А. Епифанов // ГЭОТАР-Медиа. – 2007. – С. 306-308.
2. Железняк, Ю. Д. / Теория и методика обучения по предмету «Физическая культура» / Ю.Д. Железняк // Академия. – 2004. – 272 с.
3. Ивойлов, А. В. / Соревнование и тренировка спортсмена / А.В. Ивойлов / Мн.: Полымя. – 1982. – 126 с.
4. Федеральный стандарт спортивной подготовки по виду спорта спорт лиц с поражением ОДА / – ч.1 – приложение №10.
5. Швецова, Т. В. / Организация и методика учебно-тренировочных занятий по сидячему волейболу / Т.В. Швецова // Ульяновск: Ульяновский Государственный университет. – 2012. – 18 с.

Репина Алла Ильинична, к.п.н., доцент
Гусева Елизавета Данииловна, студент
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ВЫНОСЛИВОСТИ У ДЕТЕЙ 12-14 ЛЕТ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Аннотация. В данной статье освещаются проблемы развития познавательной сферы среднего школьного возраста с интеллектуальными нарушениями. В статье рассматриваются особенности развития психических и физических процессов у детей 12-14 лет с интеллектуальными нарушениями: внимания, памяти, мышления, воображения, физического развития, выносливости.

Ключевые слова: нарушение интеллекта, выносливость, дети 12-14 лет, внимание, память, мышление, физическое развитие.

Актуальность. Этиология пограничных форм интеллектуальной недостаточности многозначна. С одной стороны, в генезе их могут играть роль различные биологические факторы, в том числе генетические, инфекции, травмы, интоксикации и т. п., которые ведут к негрубым нарушениям темпа развития мозговых механизмов или вызывают легкие церебральные органические повреждения, с другой стороны социальные факторы, включая недостаточное воспитание, дефицит информации и т. п. Выделяют следующие группы причин: генетические изменения, перинатальное поражение ЦНС, натальное повреждение ЦНС, постнатальное поражение нервной системы, психические, неврологические расстройства, социальные факторы [1].

Восприятие характеризуется замедленным темпом и объемом, поэтому формирование знаний, освоение двигательных действий требует больше времени. Трудности восприятия пространства и времени мешают ориентироваться в окружающем, улавливать внутренние взаимосвязи. Например, подводящие упражнения часто воспринимаются как самостоятельные, не имеющие логической связи с основным упражнением [1].

Речевая деятельность развита недостаточно, страдают все ее стороны фонетическая, лексическая, грамматическая. Характерна задержка становления речи, понимания обращенной речи. К старшим классам словарный запас обогащается, однако сохраняется дефицитарность слов, определяющих внутренние свойства человека, а предложения оказываются преимущественно простыми [2].

Память характеризуется слабым развитием и низким уровнем запоминания, сохранения, воспроизведения. Особенно затруднено осмысленное запоминание. То, что удерживается механической памятью, тоже быстро забывается. Это касается как словесного материала, так и движения [2].

Внимание характеризуется малой устойчивостью, трудностью его распределения, замедленностью переключения. Дети не могут долго сосредотачиваться на одном объекте, быстро отвлекаются [2].

Степень интеллектуального нарушения:

— легкая степень умственной отсталости;

— умеренная умственная отсталость;

— выраженная умственная отсталость;

— глубокая умственная отсталость [3].

На физическое развитие, двигательные способности, обучаемость и приспособляемость к физической нагрузке оказывают влияние тяжесть интеллектуального дефекта, сопутствующие заболевания, вторичные нарушения, особенности психической и эмоционально-волевой сферы детей [4].

Нарушения физического развития:

— отставания в массе тела;

— отставания в длине тела;

— нарушения осанки;

— нарушения в развитии стопы;

— нарушения в развитии грудной клетки и снижение ее окружности;

— парезы верхних конечностей; парезы нижних конечностей;

— отставания в показателях объема жизненной емкости легких;

— деформации черепа;

— дисплазии;

— аномалии лицевого скелета [4].

Цель исследования: развитие выносливости у детей 12-14 лет на занятиях по адаптивному физическому воспитанию.

Методы и организация исследования. Осуществлялись поиск и сбор источников информации (статьи, материалы конференций, тезисы докладов, журналы). Найденные источники подвергались научному редактированию и анализу.

Результаты и их обсуждение. Выносливость — это совокупность психических, морфологических и физиологических компонентов организма, обеспечивающая его устойчивость к утомлению в условиях мышечной деятельности. Поскольку у выносливого школьника отмечается высокая работоспособность, то известно, что более выносливые учащиеся могут выполнять более значительную умственную и физическую работу. В этом огромное значение воспитания этого физического качества у умственно отсталых детей. Для развития выносливости применяются разнообразные методы тренировки, которые можно разделить на несколько групп: непрерывные и интервальные, а также контрольный (или соревновательный) методы тренировки. Каждый из методов имеет свой особенности и используется для совершенствования тех или иных компонентов выносливости в зависимости от параметров применяемых упражнений [5].

Методика развития общей (аэробной) выносливости. Целенаправленную работу над развитием общей выносливости удобнее всего выполнять в утренние часы. Такая работа должна быть «фоном», на который накладываются все остальные объёмы специальных упражнений [7].

Методика развития выносливости к скоростной работе. Под скоростной выносливостью понимается способность к поддержанию предельной и

околопредельной быстроты движений в течение определённого времени без снижения эффективности профессиональных действий. Для «базовой» подготовки логика тренировочного процесса остаётся прежней: развитие общей выносливости и разносторонняя скоростно-силовая подготовка. По мере решения этой задачи, тренировочный процесс должен всё более специализироваться. Для этого нужно увеличить долю специализированных упражнений, по своим основным параметрам соответствующим трудовой деятельности, и в избирательном совершенствовании отдельных компонентов профессиональной работоспособности.

Чем лучше развита выносливость, чем выше ее уровень, тем позже начинается общее утомление, позже появляется фаза некомпенсированного утомления [3].

Выводы. Умственная отсталость – это задержка в развитии психики, которая проявляется в виде нарушения интеллекта и ведет к социальной дезадаптации. В отличие от других психических расстройств, например, депрессии или аутизма, это заболевание настолько тяжелое, что в психиатрии его называют “болезнью”. Причины умственной отсталости заключаются в неправильном формировании или в поражении головного мозга на ранних этапах его развития. При умственной отсталости страдают те функции психики, которые обеспечивают нормальное развитие человека.

Физическое воспитание в системе коррекционного обучения и воспитания – это комплексное воздействие на личность умственно отсталого школьника с целью формирования у него жизненно важных двигательных умений и навыков, приобщения к систематическим занятиям физической культурой, коррекции нарушений моторики и физического развития, укрепления здоровья и подготовки к жизни и деятельности в обществе.

Главная задача по развитию выносливости у детей школьного возраста состоит в создании условий для неуклонного повышения общей аэробной выносливости на основе различных видов двигательной деятельности, предусмотренных для освоения в обязательных программах физического

воспитания. Выполнение длительной работы до более глубоких степеней утомления (более 10-15% снижения мышечной работоспособности) сопровождается неблагоприятными сдвигами в показателях сердечно-сосудистой, дыхательной и нервной систем. В процессе выполнения упражнений надо приучать детей продолжать работу до утомления.

Список литературы:

1. Амасьянц, Р. А. Клиника интеллектуальных нарушений. Учебник / Р.А. Амасьянц, Э.А. Амасьянц. – Москва.: Педагогическое общество России. – 2009. – 320с.
2. Вайзман, Н. П. Психомоторика умственно отсталых детей / Н.П. Вайзман. – Москва.: Аграф, 1997. – 234с.
3. Козленко, Н. А. Физическое воспитание в системе коррекционно-воспитательной работы вспомогательной школы / Н.А. Козленко // Дефектология. – 1991. – №2. – С. 12-15.
4. Мозговой, В. М. Развитие двигательных возможностей учащихся коррекционной школы / В.М. Мозговой. – Москва.: Олма – Пресс. – 2001. – 85с.
5. Новицкий, П. И. Воспитание физических качеств у учащихся с умеренной и тяжелой степенью интеллектуальной недостаточности / П.И. Новицкий // Адаптивная физическая культура. – 2008. – №3 (35). – С. 28-30.
6. Шевченко, С. Г. Коррекционно-развивающее обучение. Организационнопедагогические аспекты / С.Г. Шевченко. – М.: Владос. – 2001. – 136с.

Салимов Марат Ильдусович, к.п.н., доцент
Добриянова Анита Владимировна, студент
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК

МЕТОДИКА РАЗВИТИЯ КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ДЕТЕЙ 10-11 ЛЕТ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА НА ЗАНЯТИЯХ АДАПТИВВНЫМ ФИЗИЧЕСКИМ ВОСПИТАНИЕМ

Аннотация. Данная статья посвящена проблеме развития координационных способностей детей 10-11 лет с расстройством аутистического спектра. В ней рассматривается важность адаптивного физического воспитания для детей 10-11 лет с расстройством аутистического спектра и необходимость разработки методики развития координационных способностей детей 10-11 лет с расстройством аутистического спектра. В статье раскрывается особенности организации занятий адаптивным физическим воспитанием для развития координационных способностей с учетом психофизиологической характеристики детей 10-11 лет с расстройством аутистического спектра.

Ключевые слова: расстройство аутистического спектра, развитие, координационные способности, дети 10-11 лет, адаптивное физическое воспитание.

Актуальность. В ходе изучения статистики, нами было установлено, что популяционные исследования показывают неуклонный рост распространенности расстройств аутистического спектра (РАС). Необходимо отметить, что еще 20 лет назад аутизм считался редким нарушением развития (регистрировалось всего 2–6 случаев на 10 000 детей). По данным Минздрава РФ, распространенность расстройств аутистического спектра в России составляет около 1 % детской популяции. Согласно данным Росстата РФ за 2021 год, численность детского населения составляет более 30 миллионов, это означает, что прогнозируемое количество диагнозов в России составляет более

300 тысяч. Изучение зарубежной истории [3] и современных прогнозов показывает нам, что в настоящее время в мире увеличивается число детей с расстройством аутистического спектра и в России число детей с данным диагнозом ежегодно растет, поэтому тема нашего исследования актуальна

Цель исследования: изучение и анализ специальной литературы для развития координационных способностей детей 10-11 лет детей с расстройством аутистического спектра на занятиях по адаптивному физическому воспитанию.

Методы и организация исследования. Осуществлялись поиск и сбор источников информации (статьи, материалы конференций, тезисы докладов, журналы). Найденные источники подвергались научному редактированию и анализу.

Результаты и их обсуждение. Нами проведен анализ специальной литературы по проблеме адаптивного физического воспитания детей с расстройством аутистического спектра. Изучена этиология, патогенез, классификация аутизма, психолого-физиологическую характеристика детей 10-11 лет с расстройством аутистического спектра. Изучили методы и средства адаптивного физического воспитания для развития координационных способностей детей 10-11 лет с расстройством аутистического спектра. В результате исследования мы выявили, что в основном специалисты рассматривают расстройство аутистического спектра как особый тип нарушения психического развития и указывают на полиэтиологию (множественность причин возникновения) и его полинозологию (проявление в рамках разных патологий). Дети с расстройством аутистического спектра отстают в двигательном развитии, ведущим нарушением двигательной сферы у детей 10-11 лет является расстройство координации движений. Адаптивное физическое воспитание является формой физического воспитания, которое предназначено для формирования базовых основ физкультурного образования [4] с помощью которого мы можем проводить развитие координационных способностей детей 10-11 лет с расстройством аутистического спектра. В

книге профессора Владимира Ляха, ознакомились с представленной целостной, научно обоснованной методикой развития координационные способности школьников с 1-го по 10-й классы, а также методами диагностики этих способностей [2], выбрали материалы, соответствующие интересующей нас возрастной группе. Таким образом, можно констатировать, что мы достигли поставленной цели исследования

Выводы. У учащихся 10-11 лет с расстройством аутистического спектра отмечаются нарушения регуляции мышечной деятельности, своевременно не формируется контроль за двигательными действиями, возникают трудности в становлении целенаправленных движений, страдает пространственная ориентировка. Практика показывает, что пониженная произвольность приводит в первую очередь к нарушению координации движений. Устойчивость вертикальной позы, сохранение равновесия и уверенной походки, способность соизмерять и регулировать свои действия в пространстве, выполняя их свободно, без излишнего напряжения и скованности, — все это необходимо человеку для нормальной жизнедеятельности, удовлетворения личных, бытовых и социальных потребностей. Чаще всего недостаточность именно этих характеристик лимитирует двигательную деятельность.

Анализ существующих методик по проблеме развития координационных способностей у детей с расстройством аутистического спектра показал, что несмотря на многообразие средств и методов развития координационных способностей [2], данная проблема на сегодняшний день остается нерешенной, из-за необходимости адаптации или составления методики, направленной на развития координационных способностей детей 10-11 лет с расстройством аутистического спектра с учетом их психофизического развития.

Список литературы.

1. Евсеев, С. П. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник / С. П. Евсеев. – М.: Спорт. – 2016 – 113с.

2. Лях, В. И. Координационные способности: диагностика и развитие. – М.: ТВТ Дивизион. – 2006. – 290с.

3. Расстройства аутистического спектра. Вводный курс. Учебное пособие для студентов / Под. ред. Е. Л. Григоренко. – М.: Практика. – 2018. – 280 с. – С. 24-30.

4. Частные методики адаптивной физической культуры: учебное пособие / Под. ред. Л. В. Шапковой. – М.: Советский спорт, 2003. – 464с.

Репина Алла Ильинична, к.п.н., доцент
Желнина Татьяна Викторовна, студент
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С РАСТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Аннотация. Сегодня проблема адаптивного воспитания детей с расстройствами аутистического спектра из-за выраженной социальной дезадаптации занимает существенное место в общей проблеме реабилитации детской личностной патологии, нарушений развития. При отсутствии лечебно-коррекционной работы в физиологически благоприятные сроки развития с больными, страдающими детским аутизмом, более чем в 2/3 случаев наступает глубокая инвалидность.

Ключевые слова: синдром аутистического спектра, адаптивное физическое воспитание.

Актуальность. Расстройства аутистического спектра (РАС), – это группа психических расстройств, которые характеризуются нарушениями в социальном взаимодействии и коммуникации – процессе общения и передачи информации другим людям. При аутизме наблюдается ограниченное, стереотипное, повторяющееся поведение. У разных пациентов нарушения выражены в разной степени, при этом они могут, как сопровождаться, так и не сопровождаться нарушениями речевого и интеллектуального развития [1].

Первые признаки заболевания отмечаются уже в младенчестве или раннем детском возрасте, аномалии социального функционирования и особенностей поведения сохраняются на протяжении всей жизни.

Ученые полагают, что существует комплекс причин РАС, в том числе генетические факторы, которые в совокупности влекут изменения в поведении людей.

При РАС отмечаются патологические изменения в головном мозге неясной этиологии. Есть предположение, что расстройство может быть обусловлено органическим поражением мозга [3].

Классификация расстройств аутистического спектра.

В основе классификации РАС лежат особенности клинической картины и этиопатогенетических механизмов. Следующие расстройства входят в данную категорию:

Аутизм. Развивается в раннем возрасте, но ряд случаев может диагностироваться позже. Симптоматика характерна для большинства аутистических расстройств – регресс речи, проблемы в социальных взаимодействиях и стереотипии.

Синдром Аспергера. Клиническая картина выглядит лучше, чем при аутизме. Среди симптомов выделяются однообразность в поведении, неуклюжесть, проблемы с восприятием юмора, непонимание сарказма, а также некоторая эксцентричность.

Синдром Ретта. Это генетическая патология, которая диагностируется у девочек. Симптоматика яркая – однообразные круговые движения руками, нарушение речевой функции, олигофрения. Некоторые специалисты не относят это заболевание к аутистическим расстройствам по причине того, что у детей с синдромом Ретта сохранен интерес к общению.

Атипичная форма аутизма. Отличается от обычной формы детского аутизма тем, что проявляется в более позднем возрасте, при этом могут не присутствовать все симптомы, характерные для аутизма.

Дезинтегративное детское расстройство (синдром Хеллера). Для этого состояния характерны проявления, как при аутизме. Не все специалисты относятся эту патологию к числу РАС [4].

Основные признаки расстройства:

— выраженные проблемы в общении, которые не поддаются коррекции обычными воспитательными методами;

— склонность к бессмысленному на первый взгляд повторению движений и фраз;

— ограниченное поведение – характеризуется узкой направленностью интереса, например, на какую-то одну игрушку.

Признаки нарушения психомоторного развития проявляются в совсем юном возрасте и не всегда бывают расценены родителями как отклонения, которые следует корректировать [2].

Цель исследования: анализ специальной литературы по проблеме адаптивного физического воспитания детей с расстройствами аутистического спектра.

Методы и организация исследования. Осуществлялись поиск и сбор источников информации (статьи, материалы конференций, тезисы докладов, журналы). Найденные источники подвергались научному редактированию и анализу.

Результаты и их обсуждение. Проблема аутизма становиться все более актуальной для современной психопатологии, специальной педагогики. Количество детей, страдающих аутизмом, с каждым годом увеличивается.

На данный момент признано, что помощь средствами образования требуется ребенку с аутизмом не меньше, а во многих случаях даже больше, чем медицинская. Развитие аутичного ребенка не просто задержано, оно искажено: нарушена система смыслов, поддерживающих активность ребенка, направляющих и организующих его отношения с миром. Именно поэтому ребенку с аутизмом затруднительно применять в реальной жизни имеющиеся у него знания и умения.

Детей с аутизмом сначала рекомендуется обучать восприятию и воспроизведению движений в пространстве собственного тела – начиная с движений головой, руками, кистями и пальцами рук, а затем переходя к движениям туловищем и ногами. При двигательном и эмоциональном участии ребенка, после телесно ориентированных игр или во время упражнений на

тоническую стимуляцию у ребенка часто устанавливается прямой взгляд, он начинает разглядывать педагога и окружающий мир [6].

Коррекция и развитие двигательных функций у детей с аутизмом при помощи адаптивного физического воспитания является обязательным и важным направлением коррекционно-развивающей работы, поскольку процесс физического воспитания оказывает значительное влияние на развитие личностных качеств ребенка и его познавательной деятельности.

У детей с расстройством аутистического спектра часто возникают трудности с выполнением тех или иных двигательных движений, необходимые для выполнения бытовых или предметных действий. Движения детей обычно могут быть вялыми или, наоборот, напряженно скованными или механическими. Так же трудно даются действия и упражнения с мячами - это связано с нарушениями сенсомоторной координации и мелкой моторики рук.

Адаптивное физическое воспитание с ребенком аутистом направлены:

— на укрепление здоровья, своевременное формирование двигательных умений, навыков и основных физических качеств;

— коррекцию нарушений двигательной сферы и психомоторики;

— стимуляцию физического и двигательного развития, произвольной двигательной активности;

— создание предпосылок и стимуляцию интеллектуального и речевого развития;

— педагогический процесс формирования личности, обеспечивающий условия для последующей социальной адаптации и интеграции детей в общество [5].

В процессе работы с детьми – аутистами используются: физические упражнения, игры, оздоровительное плавание, а также средства физической реабилитации и разные виды анималотерапии.

Дети должны научиться осознавать действия, которые они выполняют, уметь пояснить, зачем они делают, и в какой последовательности будут выполнять упражнения.

На занятиях АФК инструктору следует научить Я-концепции, а для этого все действия следует проговаривать от первого лица, чтобы у детей сформировалось представление о себе.

Выводы. Расстройства аутистического спектра (РАС), – это группа психических расстройств, которые характеризуются нарушениями в социальном взаимодействии и коммуникации – процессе общения и передачи информации другим людям. При аутизме наблюдается ограниченное, стереотипное, повторяющееся поведение. Это недостаточно изученная проблема, у подавляющего большинства детей причины её появления остаются невыясненными.

Физические упражнения играют важную роль в развитии любого ребенка. Особое значение они имеют для детей с расстройством аутистического спектра, которые испытывают проблемы с коммуникацией, формированием социальных навыков и поведением.

Коррекция и развитие двигательных функций у детей с аутизмом при помощи адаптивного физического воспитания является обязательным и важным направлением коррекционно-развивающей работы, поскольку процесс физического воспитания оказывает значительное влияние на развитие личностных качеств ребенка и его познавательной деятельности.

Конечной целью адаптивного физического воспитания для детей с аутизмом является стремление и возможность самостоятельно выполнять упражнения без посторонней помощи, нормализация психофизического и физического состояния, успешная социализация.

Список литературы:

1. Башина, В. М. Аутизм в детстве / В.М. Башина. – Москва. – 2021. – URL: http://ncpz.ru/lib/1/book/2/chapter/25 (дата обращения: 13.010.2022).

2. Ворхлик, Е. В. Аутизм – симптомы и лечение / Е.В. Ворхлик. – 2021. – URL: https://probolezny.ru/autizm/ (дата обращения: 13.10.2022).

3. Возрастная физиология: (Физиология развития ребенка): Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / М.М. Безруких, В.Д. Сонькин, Д.А. Фарбер. – Москва : Издательский центр «Академия». – 2002. – 416с.

4. Изотова, М. Ю. Развитие координации движений у детей с расстройствами аутистического спектра / М.Ю. Изотова, У.И. Захарова. – Смоленский медицинский альманах. – 2019. – № 4. – С. 136-139.

5. Плаксунова, Э. В. Организация коррекционно-развивающего обучения детей с расстройствами аутистического спектра на примере адаптивного физического воспитания [Электронный ресурс] / Э.В. Плаксунова – Психологическая наука и образование www.psyedu.ru. – 2012. – № 3. – С. 120-130. – URL: http://elibrary.ru/download/15730416.pdf

Репина Алла Ильинична, к.п.н., доцент.
Малышева Алена Викторовна, студент
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК

МЕТОДИКА РАЗВИТИЯ КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА СРЕДНЕГОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА 11-15 ЛЕТ

Аннотация. Статья посвящена проблеме развития координационных способностей у детей среднего школьного возраста с расстройством аутистического спектра. В статье рассматривались методические приемы для развития координационных способностей у детей среднего школьного возраста с расстройством аутистического спектра.

Ключевые слова: расстройство аутистического спектра, координационные способности, адаптивное физическое воспитание.

Актуальность. Расстройство аутистического спектра (РАС) относят к общим нарушениям психического развития и являются поведенческим диагнозом. При постановке данного диагноза специалисты наблюдают за особенностями поведения детей, за тем, как ребенок общается и играет.

Установлено, что основным нарушением в двигательной сфере у детей с РАС является расстройство координации движений, что тормозит развитие координационных способностей, в учебной, трудовой, бытовой, спортивной деятельности. На сегодняшний день установлено, что частота проявления определяется как 3-6 случаев на 10 тысяч детей, причем у мальчиков встречается в 3 раза чаще, чем у девочек [1].

Число детей с расстройством аутистического спектра, которые обучаются в образовательных организациях, а не на дому, выросло на 100 человек в Свердловской области по сравнению с 2019 годом.

Расстройство аутистического спектра (РАС) встречаются у каждого 54-го ребенка. В 2020 году удалось выяснить, что среди детей и подростков в возрасте от 0 до 14 лет общая заболеваемость снизился до 4%, а первичная

почти до 30%. Среди подростков 15-18 лет общая заболеваемость, наоборот, возросла в три раза, а первичная в 25 раз [2].

К расстройствам аутистического спектра относятся: детский аутизм, атипичный аутизм, синдром Аспергера, органический аутизм и аутистическоерасстройство. Все эти термины описывают разные проявления одного и тогоже нарушения. Аутизм часто сочетается с другими нарушениями. Большая часть детей с РАС имеют сопутствующуюумственную отсталость, часто у них имеются расстройства моторики и координации, проблемы с желудочно-кишечным трактом, нарушения сна [4].

Для ребенка с РАС очень важны занятия по адаптивному физическому воспитанию. Занятия по адаптивной физической культуре необходимо начинать с того, что ребенку уже знакомо, и что он умеет выполнять. Новый материал необходимо вводить постепенно, чтобы не вызвать негативные реакции на занятия или полный отказ от них. Важно учитывать особенности ребенка, его интересы и уровень развития.

Для ребенка с РАС необходим твердый график занятий и четкая структура занятия: ритуалы приветствия и прощания, порядок выполнения упражнений на занятии.

Один из важных аспектов у детей расстройством аутистического спектра является координационное развитие. Часто у детей РАС страдает координационное развитие и пространственная ориентация.

Координация – это способность человека рационально согласовывать движения звеньев тела при решении конкретных двигательных задач.

Применительно к детскому спорту можно выделить следующие наиболее значимые, фундаментальные координационные способности человека в процессе управления двигательными действиями: способность к реагированию, способность к равновесию, ориентационная способность, дифференцированная способность, разновидностями которой является способность к дифференцированию пространственных, временных и силовых параметров движения, ритмическая способность.

Основным средством воспитания координационных способностей являются физические упражнения повышенной координационной сложности и содержащие элементы новизны. Сложность физических упражнений можно увеличить за счет изменения пространственных, временных и динамических параметров, а также за счет внешних условий, изменяя порядок расположения снарядов, их вес, высоту; изменяя площадь опоры или увеличивая ее подвижность в упражнениях на равновесие [5].

Все координационные способности можно разделить на потенциальные (существующие до начала какой-либо действия в скрытом виде) и актуальные (проявляемые в данный момент). Выделяют элементарные и сложные координационные способности. Элементарной является способность точно воспроизводить пространственные параметры движений, сложные – способность быстро перестраивать двигательные действия в условиях внезапного изменения условий [3].

И простые, и сложные упражнения требуют координации: в одном случае нужно точно воспроизвести какое-либо движение или позу, в другом - зрительно отмерить расстояние и попасть в нужную цель, в третьем - рассчитать усилие, в четвертом - точно воспроизвести заданный ритм движения.

Выводы. Таким образом, у детей с расстройством аутистического спектра имеются нарушения в двигательной сфере. Главное нарушение у детей с РАС является нарушение координационных способностей.

Развитие координационных способностей является важным аспектом в процессе адаптивного физического воспитания в коррекционных школах, а также требует правильный подход в подборе методов и средств.

Для развития координационных способностей в адаптивном физическом воспитании используют 4 метода:

1. Стандартно-повторное упражнение;
2. Вариативные упражнения;
3. Игровые;

4. Соревновательные.

Все координационные способности можно разделить на потенциальные (существующие до начала какой-либо действия в скрытом виде) и актуальные (проявляемые в данный момент).

Наиболее эффективными средствами воспитания координационных способностей являются игры и физические упражнения.

И простые, и сложные упражнения требуют координации: в одном случае нужно точно воспроизвести какое-либо движение или позу, в другом - зрительно отмерить расстояние и попасть в нужную цель, в третьем - рассчитать усилие, в четвертом - точно воспроизвести заданный ритм движения

Высокая степень развития координационных способностей оказывает положительное влияние на овладение детьми новыми двигательными навыками.

Список литературы.

1. Аутизм. Методические рекомендации по коррекционной работе / Под. Ред. С.А. Морозова (материалы к спецкурсу). – Москва: Изд-во "СигналЪ". – 2003.

2. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). РАС (РАС) [Электронный ресурс]. URL: https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders (дата обращения 3.12.2019).

3. Иванова, Н. С. «Особенности физического воспитания детей с расстройством аутистического спектра». – Ханты-Мансийский автономный округ. – 2018.

4. Иванов, Е. С. Детский аутизм / Е.С. Иванов. – Санкт-Петербург: Дидактика плюс. – 2004. – URL: https://sdo.mgaps.ru/books/K3/M7/file/1.pdf

5. Лях, В. И. Развитие координационных способностей в школьном возрасте / В.И. Лях. – Физкультура в школе. – 1997. – № 5. – С. 25-28.

Репина Алла Ильинична, к.п.н., доцент
Матдинова Ксения Дмитриевна, студент
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Аннотация. На сегодняшний день в мире зарегистрировано 67 миллионов человек, страдающих расстройствами аутистического спектра, которым требуется помощь в адаптации. Поэтому тема предложенного исследования актуальна в современном обществе.

Исследование отражает главные теоретические аспекты расстройства – этиология, патогенез, клинические проявления. Так как изучение всех возрастных групп с расстройством аутистического спектра в рамках одного исследования невозможно, мы остановились на возрасте 6-7 лет, описав основные особенности психического и физического развития данных детей. Важным аспектом физического воспитания является развитие координационных способностей, которое невозможно без понимания средств и методов. Поэтому мы изучили данные теоретические основы и предложили практическую разработку - план-конспект урока по развитию координационных способностей у детей с расстройством аутистического спектра 6-7 лет. Сделанные нами выводы соответствуют поставленным в работе целям и задачам.

Ключевые слова: расстройство аутистического спектра, координационные способности, адаптивное физическое воспитание, возрастные особенности детей аутистов, психическое развитие.

Актуальность. На сегодняшний день в мире зарегистрировано 67 миллионов человек, страдающих расстройствами аутистического спектра, которым требуется помощь в адаптации. Поэтому во всех прогрессивных странах мира тема помощи людям, страдающим расстройствами

аутистического спектра (РАС), становится важным курсом государственной политики.

Одна из особенностей взаимодействия ребенка РАС с людьми – непонимание им чувств, испытываемых партнером при взаимодействии. Нежелание, а зачастую и неспособность ребенка с аутизмом выразить то, что он хочет, приводит к тому, что многие из взаимодействующих с ним людей рассматривают его как существо, не имеющее иных потребностей, кроме витальных. Попытки объяснить ребенку с РАС ошибки взаимодействия при помощи речи редко достигают долговременного результата и часто приводят к возникновению отрицательных эмоций обеих сторон. Именно поэтому в работе с детьми с аутизмом главной задачей является вовлечение ребенка в индивидуальную и совместную деятельность для дальнейшей его адаптации в обществе, в том числе на уроках физкультуры.

Синдром детского аутизма как самостоятельная клиническая единица был впервые выделен Л. Каннером в 1943 г. Но описания подобных состояний и попыток коррекционной работы с такими детьми известны с начала XIX в [2].

Расстройства аутистического спектра (РАС) – это общие расстройства психического развития, чаще манифестирующие в возрасте до 3-5 лет, и, прежде всего, характеризующиеся качественным нарушением потребности в социальном взаимодействии во всех сферах коммуникаций (эмоциональной, речевой, поведенческой), с замкнутой внутренней жизнью, с отсутствием потребности в общении, активным отстранением от внешнего мира, бедностью выражения эмоций, расстройством качества, целенаправленности, разнообразия деятельности и поведения, а также расстройством адаптации ребёнка в собственной семье, усиливающимся в обществе [1].

Выдвигаются разные теории, объясняющие происхождение детского аутизма: социальные, психологические, биологические и даже экологические. Следует иметь в виду, что существующие гипотезы не исключают друг от друга, а скорее описывают нарушения в разных системах. Причиной

возникновения расстройств аутистического спектра чаще всего является одновременное воздействие различных этиологических факторов. Не подлежит сомнению также влияние совокупности эпигенетических факторов (системные аутоимунные заболевания, соматические заболевания; токсические воздействия) [1].

К расстройствам аутистического спектра относятся: детский аутизм, атипичный аутизм, синдром Аспергера, органический аутизм и аутистическое расстройство. Все эти термины описывают разные проявления одного и того же нарушения. Аутизм часто сочетается с другими нарушениями. Значительная часть людей с РАС (от 25 до 50%) имеют сопутствующую умственную отсталость, часто у них имеются расстройства моторики и координации, проблемы с желудочно-кишечным трактом, нарушения сна [3].

Симптоматика РАС представлена тремя основными группами («триадой нарушений») [5]:

1. Нарушения в сфере социального взаимодействия**:** отказ от контакта, пассивное принятие контакта при инициативе со стороны другого человека, либо же контакт носит формальный характер.

2. Нарушения в сфере общения**:** представлены в вербальной и невербальной коммуникации. Ребёнок с аутизмом испытывает трудности в привлечении внимания взрослых: не пользуется указательным жестом, вместо этого подводит взрослого к интересующему объекту, манипулирует его рукой для получения желаемого. Большинство детей с РАС развиваются с задержкой в формировании речи. При данном заболевании отсутствует стремление использовать речь в качестве средства общения, нарушено понимание жестов, мимики, интонации голоса. В речи людей с аутизмом встречается отказ от личных местоимений, неологизмы (самостоятельно придуманные слова), также нарушен грамматический и фонетический строй речи.

3. Нарушения в сфере воображения**:** эти признаки у детей с аутизмом проявляются в виде ограниченного набора действий с игрушками или предметами, однообразных игр, фиксации внимания на несущественных,

мелких деталях вместо восприятия целого объекта. Такой признак аутизма, как стереотипные (однообразные) действия могут носить самый различный характер: постукивание или кручение предметов, потряхивания кистями рук, раскачивания телом, прыжки, повторяющиеся удары, выкрики.

В более широком смысле аутизм можно рассматривать не только как нарушение контакта с людьми, но и как общий отрыв от реальности.

Ни для кого не секрет, что ограничиваться только лишь психолого-педагогической работой с такими людьми недостаточно. Необходимо активизировать все психофизические ресурсы организма. Такого рода нарушения затрагивают все сферы жизни человека, в особенности уязвима адаптация к социальной среде, в которую он погружен с самого рождения.

Физические упражнения играют важную роль в развитии любого ребенка. Особое значение они имеют для детей с расстройством аутистического спектра, которые испытывают проблемы с коммуникацией, формированием социальных навыков и поведением. Именно поэтому адаптивной физкультуре в процессе психолого-педагогической работы с ребенком, имеющим РАС, отводится немаловажная роль [4].

Физическое воспитание и развитие обучающихся с РАС представляет довольно большую сложность для педагога, так как при поступлении в школу у ребенка могут быть проблемы с подражанием, нарушения речи или вообще отсутствие вербальных навыков коммуникации. Нарушения коммуникации препятствуют общению с учителем и сверстниками и мешают формированию у детей с РАС основ физической культуры и физического развития.

Обучение начинается с установления личного контакта с каждым обучающимся и выявления сферы его личностных (эмоциональных) смыслов, которые использует учитель в работе с учеником с РАС, так как каждый из них не похож на другого. Особенности обучающихся с РАС таковы, что в зависимости от внешних и внутренних факторов, которые могли повлиять на ребенка в течение дня, их поведение может резко меняться. Необходимо отметить, что в работе с обучающимися с РАС очень важен настрой педагога

на развитие эмоционального контакта с ребенком, поддержание в нем уверенности в том, что его принимают, ему симпатизируют, что он успешен на занятиях [4].

На сегодняшний день занятия адаптивной физической культурой у детей с аутизмом рекомендуется строить в следующих направлениях: развитие имитационных способностей (умения подражать); стимулирование к выполнению инструкций; формирование навыков произвольной организации движений (в пространстве собственного тела, во внешнем пространственном поле); воспитание коммуникативных функций и способности взаимодействовать в коллективе.

Выводы. Расстройство аутистического спектра – это нарушение психического развития, сопровождающееся дефицитом социальных взаимодействий, затруднением взаимного контакта при общении с другими людьми, повторяющимися действиями и ограничением интересов. Аутизм обычно диагностируется в возрасте до трех лет, однако первые признаки могут быть заметны уже в младенчестве.

Аутизм проявляется эмоциональной и поведенческой отгороженностью от реальности, свертыванием или полным прекращением общения, погружением в себя, недифференцированной общительностью и открытостью (аутизм наизнанку), связанными с неспособностью учитывать эмоциональные реакции собеседника, эмоциональной дефицитарностью. В зависимости от количества признаков ставится один из видов РАС. Именно поэтому, дети с аутизмом постоянно нуждаются в поддержке и стимуляции для более успешного развития и социальной адаптации.

Список литературы:

1. Бойко, Е. О. Актуальные вопросы диагностики и коррекции расстройств аутистического спектра : учебно-методическое пособие / Е.О. Бойко, Л. Е. Ложникова. – Краснодар. – 2017. – 30 с.

2. Григорьева, А. С. Современные походы к коррекции РАС / А.С. Григорьева, Н.А. Борисова. – Череповец. – 2017. – 115 с.

3. Иванов, Е. С. Детский аутизм / Е.С. Иванов. – Санкт-Петербург : Дидактика плюс. – 2004. – 80 с.

4. Никольская, О. С. Аутичный ребенок. Пути помощи / О.С. Никольская. – Москва : Теревинф. – 2002. – 342 с.

5. Осин, Е. Научно-обоснованные подходы к ведению детей с расстройствами аутического спектра в педиатрической практике / Е. Осин, Н. Устинова. – Москва. – 2020. – 70 с.

Тимофеева Ирина Владимировна, к.п.н., доцент
Мелехина София Дмитриевна, студент
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК

МЕТОДИКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА

Аннотация. Статья посвящена проблеме физического развития детей дошкольного возраста с нарушением слуха. В статье рассматривались методы и методику для физического развития дошкольного возраста с нарушением слуха.

Ключевые слова: нарушение слуха, физическое развитие, координационные способности, дети дошкольного возраста.

Актуальность. Физическое развитие, являясь составной частью единой системы обучения глухих дошкольников, способствует укреплению здоровья детей, их правильному физическому развитию, формированию двигательных навыков, развитию основных двигательных качеств (ловкости, быстроты, точности, силы мышц и др.), создает благоприятную основу для гармоничного развития детей, успешного усвоения учебной программы. В физическом развитии многие глухие отстают от слышащих сверстников по срокам формирования основных движений, имеют различные характерные отклонения в равновесии, координации и др. В связи с этим материал программы, с одной стороны, отвечает оздоровительным задачам, предусматривает планомерное обучение основным движениям, а с другой – направлен на коррекцию недостатков физического развития.

Цель исследования: методика физического развития детей 6-7 лет с нарушением слуха.

Методы и организация исследования. Исследование проведено на кафедре теории и методики адаптивной физической культуры Екатеринбургского института физической культуры (филиала) «УралГУФК» по адресу: ул. Шаумяна, 85 и на базе спортивно - адаптивной школы

Свердловской области «САШ». Тестирование проводилось три раза в неделю по 40 минут. Педагогическое тестирование проводилось в виде тестов на физическую подготовку: челночный бег 3Х10, бег на 100 метров, прыжок с места, подъемы туловища из положения сидя за 30 секунд.

Результаты и их обсуждение.

Таблица 2. Нормы тестирования.

Тестовые упражнения	Девочки	Мальчики
Челночный бег 3х10	16.5 сек	15.0 сек
Бег на 100 м	17.5 сек	16,5 сек
Прыжок с места	1м 40 см	1м 50 см
Поднимание туловища	25	30

Двое из пяти выполнили тестирование по нормам, остальные дети показали результат ниже нормы.

Таблица 3. Тестирование детей.

Тестовые упражнения	Печенкина Александра	Кулакова Виктория	Волков Илья	Лебедев Дмитрий	Голубева Мария
Челночный бег 3х10	16.5 сек	16.8 сек	15.0 сек	15.4 сек	17.0 сек
Бег на 100 м	18.0 сек	17.9 сек	17.0 сек	16.8 сек	17.8 сек
Прыжок с места	1м 43 см	1м 33 см	1м 67 см	1м 54 см	1м 32 см
Поднимание туловища	20	21	28	26	22

Выводы. Дети с патологией слуха имеют выраженные нарушения в физическом развитии, особенно это проявляется в показателях координационных способностей. Дети с нарушением слуха отстают от своих сверстников на 2-3 года. Развитие физических качеств и поддержание физического развития на должном уровне требует систематических занятий различными видами адаптивной физической культуры, включая спортивные игры. Если оставить без внимания нарушения слуха у детей в раннем возрасте, то можно столкнуться с вытекающей проблемой – недоразвитием речи и

других функций: мышление, память, внимание. Этот тип развития называется дефицитным.

Список литературы.

1. Рау, Р. Р. Использование и развитие слухового восприятия у глухонемых и тугоухих учащихся. / Я.В. Нейман, В.И. Бельмюков – М.: Педагогика. – 1981. – 162с.
2. Аксенова, О. Э. Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре. / Под редакцией С.П. Евсеева. – М. – 2004. – 101с.
3. Алабин, В. Г. Многолетняя тренировка юных спортсменов. Учебное пособие. / А.В Алабин., В.П. Бизин – Харьков: Основа. – 1993. – 244с.
4. Новикова, О. О. Речевая ритмика для малышей. Занятия с глухими и слабослышащими детьми 2-3 лет. / Новикова О.О. – М.: Советский спорт. – 2003. – 68 с
5. Байкина Н. Г. Влияние потери слуха на адаптационные и реабилитационные процессы глухих подростков / Н.Г. Байкина, А.В. Мутьев, Я.В. Крет. – Адаптивная физическая культура. – СПб. – 2002. – № 4 (12). – 14с.

Тимофеева Ирина Владимировна, к.п.н., доцент
Моисеева Мария Михайловна, студент
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА

Аннотация. С диагнозом Синдром Дауна рождается каждый 700–800-й младенец в мире. Так же по статистике свердловской региональной общественной организации инвалидов «Солнечные дети», которая была учреждена в 2008 году, в Екатеринбурге насчитывается более 350 семей, имеющих детей с данным синдромом. Ежегодно в Екатеринбурге рождаются 40–50 детей с данной генетической аномалией.

Адаптивное физическое воспитание является неотъемлемой частью системы образования детей с ограниченными возможностями здоровья. В равной мере это касается и детей с синдромом Дауна.

Ключевые слова: синдром Дауна, адаптивное физическое воспитание, двигательные нарушения, психическое и физическое нарушение.

Актуальность. Синдром Дауна не является болезнью. Слово «синдром» означает определенный набор признаков или особенностей. Синдром Дауна – или синдром трисомии 21-ой хромосомы впервые был описан в 1866 году Джоном Лангдоуном Дауном. Его имя и послужило названием для данного синдрома – синдрома Дауна. Однако лишь 1959 году французский ученый Жером Лежен обнаружил причину синдрома. Причиной, которая вызывает синдром Дауна, является лишняя хромосома.

Синдром Дауна – одно из самых распространенных генетических нарушений. Частота рождения детей с синдромом Дауна составляет примерно один на 600-800 новорожденных, причём мальчиков и девочек рождается одинаковое количество [1].

Синдром Дауна – врожденное нарушение развития, проявляющееся умственной отсталостью, нарушением роста костей и другими физическими

аномалиями. Это одна из наиболее распространенных форм умственной отсталости; ею страдает примерно 10% больных, поступающих в психиатрические лечебницы. Для больных с синдромом Дауна характерно сохранение физических черт, свойственных ранней стадии развития плода, в том числе узких раскосых глаз, придающих больным внешнее сходство с людьми монголоидной расы, что дало основание Л. Дауну называть в 1866 данное заболевание «монголизмом» и предложить ошибочную теорию расовой регрессии, или эволюционного отката. На самом деле синдром Дауна не связан с расовыми особенностями [3].

Существует три типа синдрома Дауна:

1. Трисомия 21. Это, безусловно, самый распространенный тип, когда каждая клетка в организме содержит три копии 21-ой хромосомы вместо двух.
2. Транслокационная форма синдрома Дауна. В этом случае в каждой клетке есть часть или вся 21-я хромосома целиком. Только она прикреплена к другой хромосоме.
3. Мозаичная форма. Это самый редкий тип, когда дополнительная 21-ая хромосома есть лишь в некоторых клетках [4].

Структура психического недоразвития детей с синдромом Дауна своеобразна: речь появляется поздно и на протяжении всей жизни остаётся недоразвитой, понимание речи недостаточное, словарный запас бедный, часто встречается звукопроизношения в виде дизартрии или дислании. Но, несмотря на тяжесть интеллектуального дефекта, эмоциональная сфера остаётся практически сохранённой. «Даунисты» могут быть ласковыми, послушными, доброжелательными. Они могут любить, смущаться, обижаться, хотя иногда бывают раздражительными [2].

Дети с синдромом Дауна имеют очевидные двигательные нарушения, и их двигательное развитие обладает рядом характерных особенностей. По сравнению со своими сверстниками без синдрома Дауна такие дети развиваются медленнее, и формирование базовых навыков продолжается у них до трех-четырех лет.

В развитии двигательных функций детей с синдромом Дауна можно выделить две основные проблемы.

Во-первых, такие дети испытывают сложности с поддержанием нужного положения тела, а во-вторых, им необходимы специальные занятия адаптивной физической культуры, направленные не только на освоение новых двигательных навыков, но и на улучшение качества движений [5].

Физические упражнения играют важную роль в развитии любого ребенка. Особое значение они имеют для детей с синдромом Дауна.

Адаптивное физическое воспитание является неотъемлемой частью системы образования детей с ограниченными возможностями здоровья. Содержание педагогического процесса должно соответствовать гуманистически ориентированным идеям современного мировоззрения, отвечать требованиям общества: улучшать качество жизни детей, способствовать их социализации. О необходимости модернизации содержательных и методических компонентов адаптивного физического воспитания подрастающего поколения [3].

В равной мере это касается и детей с синдромом Дауна. Необходимо отметить, что на сегодняшний день в системе специальной педагогики ломаются стойкие стереотипы, касающиеся их необучаемости и неблагоприятного течения образовательной деятельности. Последние исследовательские данные, накопленные в этой предметной области, позволяют говорить о различной глубине интеллектуального нарушения у таких воспитанников, благоприятных психологических особенностях их общения, психофизических возможностях. Данное обстоятельство обуславливает возможность использования в практике работы с ними разнообразных коррекционно-развивающих средств, разработку методик и технологий, обеспечивающих максимальный коррекционно-педагогический эффект.

Цель исследования: анализ специальной литературы по проблеме адаптивного физического воспитания детей с синдромом Дауна.

Методы и организация исследования. Осуществлялись поиск и сбор источников информации (статьи, материалы конференций, тезисы докладов, журналы). Найденные источники подвергались научному редактированию и анализу.

Результаты и их обсуждение. Двигательная терапия и программа раннего вмешательства, включающая направленность на развитие мышечного контроля и реакций равновесия, способны значительно ускорить двигательное развитие ребенка и приобретение им основных двигательных возможностей.

Специфических методов коррекции пока не существует. Однако комплексная медикаментозная терапия в сочетании с адаптивным физическим воспитанием, массажем, педагогическим воздействием, занятиями с логопедом и дефектологом способствуют гармоничному развитию детей с синдромом Дауна [1].

Таким образом, на занятиях по адаптивной физической культуре для детей с синдромом Дауна применяются следующие принципы:

Принцип доступности и индивидуальности – предусматривает учет возрастных особенностей и возможностей ребенка дошкольного возраста с синдромом Дауна. Одним из основных условий доступности является преемственность и постепенность усложнения заданий – это достигается правильным распределением материала на занятии. Индивидуальность – это учет индивидуальных особенностей. Каждый ребенок дошкольного возраста с синдромом Дауна имеет свои функциональные возможности, поэтому материал усваивается по-разному [4].

Принцип систематичности – непрерывность и регулярность занятий, в противном случае снижается достигнутый уровень умелости.

Педагог для каждого упражнения выбирает наиболее эффективный путь объяснения – это такие методы как:

1. Игровой (спортивные, подвижные игры, игровой самомассаж);
2. Словесный (пояснение, консультации, беседы, объяснения, указания, команды и т.д.);

3. Наглядный (показ, имитация, помощь и поддержка, использование ориентиров, просмотр слайдов);

4. Практический (изготовление нестандартного оборудования, массаж).

Выводы. Болезнь «синдром Дауна», обусловленная аномалией хромосомного набора (изменением числа или структуры аутосом), основными проявлениями которой являются умственная отсталость, своеобразный внешний облик больного и врожденные пороки развития.

Дети с синдромом Дауна при выполнении задания направляют внимание на ключевые признаки. При введении дополнительного параметра внимание переключается с одного параметра на другой, как следствие – они теряют способность ориентироваться хотя бы по одному из них. Детям доступен простейший анализ и дифференциация предметов по ряду признаков (цвету, величине, форме). Особенностью детей является стремление обращать больше внимания на детали, формы, чем на целостную конфигурацию.

Глубокие ограничения возможностей, естественно, сопровождаются значительным снижением качества жизни. Тяжёлое заболевание ребёнка отражается также на общении со сверстниками, обучении, трудовой деятельности, способности к самообслуживанию. Ребёнок, к сожалению, исключается из общественной жизни. Всё вышеперечисленное определяет значимость проблемы социальной адаптации и коррекции соответствующих контингентов детей.

Люди с синдромом Дауна могут гораздо лучше развить свои способности, если они живут в атмосфере любви, если в детстве они занимаются по программам ранней помощи, если они получают специальное образование, надлежащее медицинское обслуживание и ощущают позитивное отношение к себе общества. Адаптивное физическое воспитание детей с синдромом Дауна может привести к значительным сдвигам в развитии ребёнка, что должно повлиять на качество его жизни и его дальнейшую судьбу.

Список литературы:

1. Атлашкина, Т. В. Развитие памяти и интеллекта у детей с задержкой психического развития. /Т.В. Атлашнкина // СПб.: Респекс. – 2011. – 395с.
2. Барашнева, Ю. И. Синдром Дауна. Медико-генетический и социально-психологический портрет / Ю.И. Барашнева. – М. «Триада-Х». – 2011. – 280с.
3. Гордеева, М. В. Социальное сопровождение семей с детьми / М.В.Гордеева. – Информационно-методический сборник. – М.: ИДПО ДТСЗН. – 2015. – 242с.
4. Даунсайд Ап. О фонде / URL: https://downsideup.org/ru/o-fonde/missiyai-strategiya (дата обращения: 13.09.2022).
5. Жедунова, Л. Г. Основы психологии семьи и семейного консультирования : учеб. пособие для студентов вузов / Л.Г. Жедунова; под ред. Н.Н. Посысоева. – М. : Владос-Пресс. – 2013. – 328с.

Репина Алла Ильинчна, к.п.н., доцент
Неволина Ксения Андреевна, студент
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК

МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Аннотация. Статья посвящена проблеме коррекции дисплазии тазобедренного сустава воспитанников раннего и младшего дошкольного возраста. В статье рассматриваются методы коррекции дисплазии тазобедренного сустава у детей раннего и младшего дошкольного возраста.

Ключевые слова: дисплазия тазобедренного сустава, коррекция, лечебная гимнастика, дети раннего дошкольного возраста.

Актуальность. Одной из актуальных проблем в ортопедии была и остается дисплазия тазобедренного сустава. Частота встречаемости дисплазии тазобедренных суставов по данным одних авторов составляет от 2 до 6 случаев на 1000 новорожденных, а по данным других - достигает 38 случаев на 1000 новорожденных. У девочек это заболевание встречается в 4 раза чаще, чем у мальчиков [1].

Данная проблема решается одним из новых педагогических направлений: адаптивное физическое воспитание. Применяя средства лечебной физической культуры (ЛФК), адаптивное физическая воспитание решает проблему интеграции детей с ограниченными физическими возможностями в общество, подготавливает их к бытовой и трудовой деятельности.

Цель исследования: коррекция дисплазии тазобедренных суставов воспитанников раннего дошкольного возраста на занятиях по адаптивному физическому воспитанию.

Методы и организация исследования. Осуществлялись поиск и сбор источников информации (статьи, материалы конференций, тезисы докладов,

журналы). Найденные источники подвергались научному редактированию и анализу.

Результаты и их обсуждение. Вывих затрагивает все элементы сустава: вертлужную впадину, головку бедренной кости с окружающими мышцами, связками, суставной сумкой и не дает правильно и достаточно развиться тканям сустава. Патология чаще поражает один сустав, но в 20% случаев встречаются и двусторонние вывихи.

Причины о развитии дисплазии тазобедренного сустава имеют множество различных теорий. Чрезвычайно огромное количество гипотез, основанных на различных теоретических соображениях, которые разделяются на группы.

Врожденный вывих бедра подразделяют по тяжести течения:

Первая степень — предвывих. Сочленение компонентов сустава правильное и относительно стабильное, но присутствующая дисплазия не даёт суставу нормально развиваться дальше.

Вторая степень – подвывих. Подвывих тазобедренного сустава – это несоответствие головки бедренной кости и вертлужной впадины, прогнозируемый этап для диспластичного тазобедренного сустава. На этой стадии частичный контакт суставных поверхностей всё же сохраняется. Продолжающийся рост ребенка и расширение двигательного режима приводит к прогрессированию болезни.

Третья степень – вывих тазобедренного сустава. Полная потеря контакта головки бедренной кости и вертлужной впадины.

Выделяют также односторонний врожденный вывих бедра и двусторонний.

При дисплазии тазобедренного сустава наблюдается позднее начало ходьбы. Патология, как правило, сопровождается укорочением одного из бедер, ограничением подвижности в тазобедренном суставе, гипотрофией ягодичных и бедренных мышц. При этом существенно изменяется биомеханика сустава и опорная функция конечности пациента (излишний

разворот стопы на поврежденной стороне снаружи). Значительное снижение двигательной активности у растущего организма негативно влияет на деятельность центральной нервной системы, сердечно-сосудистой и дыхательной систем, становится спутником многих хронических заболеваний вследствие проявления общей функциональной слабости, дисбаланса в состоянии мышц и связочного аппарата ребенка. При одностороннем вывихе – неустойчивая походка, хромота. При двустороннем вывихе – «утиная» походка, усиление поясничного лордоза [2].

Ежедневные занятия лечебной физической культурой обязательно показаны при дисплазии. Комплекс упражнений составляет детский ортопед с учетом степени тяжести заболевания, возраста ребенка, общего состояния его здоровья. Обязательно правильное выполнение, чтобы не допустить чрезмерных нагрузок на тазобедренный сустав.

Регулярные занятия проводятся методистом индивидуально 4-5 раз в день продолжительностью 20-40 минут. Регулярные занятия способствуют укреплению мышц, поддерживающих головку бедренной кости, препятствующих ее смещению из вертлужной впадины. Они также становятся отличной профилактикой развития осложнений.

Задачами лечебной гимнастики: профилактика и устранение контрактуры приводящих мышц бедра; восстановление формы суставов бедра, фиксация суставов в положении максимальной коррекции (совместно с ортопедами); укрепление мышц, производящих движение в тазобедренных суставах (сгибание, разгибание, отведение, вращение внутрь); развитие в полном объеме активных движений в тазобедренных суставах; активация двигательной и психической деятельности ребенка в соответствии с возрастом и онтогенетическим развитием.

Подбор упражнений в первую очередь должен обеспечивать коррекцию нарушений психомоторного развития ребенка и формирование двигательных компенсаций, мобилизацию подвижности в сохраненных суставах. После каждых 2-3 упражнений целесообразно делать массаж. Пример упражнений:

— поочередное и одновременное сгибание ног в тазобедренных суставах из положения лежа на спине;

— ноги отводятся в стороны, выполняются круговые движения ногами с небольшой амплитудой;

— в положении лежа на животе ноги плавно отводятся в стороны, а затем сводятся вместе;

лежа на спине, ножки поднимаются, а ступни ребенка сводятся вместе [3].

Выводы. У большинства детей раннего дошкольного возраста имеется дисплазия тазобедренного сустава второй степени.

Коррекция дисплазии тазобедренного сустава является важным компонентом процесса адаптивного физического воспитания в специальных (коррекционных) детских садах и требует комплексного подхода в подборе методов коррекции.

Подбор упражнений в первую очередь должен обеспечивать коррекцию нарушений психомоторного развития ребенка и формирование двигательных компенсаций, мобилизацию подвижности в сохраненных суставах. Главными задачами лечебной гимнастики: профилактика и устранение контрактуры приводящих мышц и восстановление формы суставов бедра.

Список литературы:

1. Горбунова, Р. Л. Дисплазия и вывих тазобедренного сустава у новорожденных / Л.Р. Горбунова, И.П. Елизарова. – Медицина. – 2004. – 74с.

2. Носков, Н. В. Врожденный вывих бедра: учебное пособие для врачей / Н.В. Носков, Е.А. Неизвестных. – ЧелГМА. – Челябинск. – 2007. – 36с.

3. Соколова, Н. Г. Практическое руководство по детской лечебной физкультуре / Н.Г. Соколова. – Феникс. – 2010. – С. 137-149.

Тимофеева Ирина Владимировна, к.п.н., доцент
Никитина Александра Владимировна, студент
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК

МЕТОДИКА КОРРЕКЦИИ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Аннотация. Статья посвящена проблеме развития мелкой моторики учащихся младшего школьного возраста с детским церебральным параличом. В статье рассматривались методические приемы для коррекции мелкой моторики учащихся младшего школьного возраста с детским церебральным параличом.

Ключевые слова: адаптивная физическая культура, детский церебральный паралич, мелкая моторика, младший школьный возраст.

Актуальность. В Российской Федерации за последние 20 лет уровень инвалидности с детства увеличился более чем в 3,6 раза. И у большинства детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом не развиты или плохо развиты мелкая моторика рук и тонкие движения пальцев. Немаловажную роль в успешности интеллектуального и психофизического развития ребенка играет сформированная мелкая моторика [3].

У детей с детским церебральным параличом врожденные безусловные рефлексы хватания и отталкивания сохраняются более длительный период, что приводит к задержанию формированию произвольной моторики. Действие патологических рефлексов к первому году жизни, как правило, усиливаются и в последующие годы остается стойким, что приводит к задержке формирования основных моторных функций [1].

Таким образом, у ребенка с ДЦП последовательность и темп созревания двигательных функций оказывается нарушенным. Двигательные нарушения у данной категории детей отрицательно влияют на весь ход их психического развития, затрудняет развитие мелкой моторики, но на занятиях адаптивной

физической культуры можно скорректировать мелкую моторику у ребенка [2].

Цель исследования: коррекция мелкой моторики у детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом на занятии адаптивного физического воспитания.

Методы и организация исследования. Исследование проводилось на базе «Центр адаптивной физической культуры «Берег надежды» г.Екатеринбург, ул.Фролова, 31.

В исследовании принимали участие дети младшего школьного возраста с диагнозом детский церебральный паралич, формы спастической и двойной гемиплегии.

Результаты и их обсуждение. Мы провели анализ специальной литературы, благодаря которой рассмотрели методы адаптивного физического воспитания и изучили двигательные тесты для оценки мелкой моторики.

Разработали методику, направленную на коррекцию мелкой моторики рук детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом, а также на развитие и расслабление мышц ладонной стороны кисти. Занятие проводилось 3 раза в неделю по часу, индивидуальным методом. При занятии использовался следующий инвентарь: мячи, гимнастические кольца. Методика направлена: на расслабление спастики рук, на координацию и точность движения пальцев, на развитие схватывающий способностей.

Выводы. С помощью специальной литературы и тестов мы выяснили, что у детей с детским церебральным параличом, есть нарушения в развитии мелкой моторики. Которые мы можем скорректировать на занятиях адаптивной физической культуры, с помощью методов и методических приемов.

Список литературы:

1. Антакова-Фомина, Л. В. Стимуляция развития речи у детей раннего возраста путём тренировки движений пальцев рук / Л.В. Антакова-Фомина – М. – 1974. – 34с.

2. Ботта, Н. Лечебное воспитание детей с двигательными расстройствами церебрального происхождения / Н. Ботта, П. Ботта; пер. с франц.; под ред. М.Н. Гончаровой. – М.: Просвещение. – 2003. – 246с.

3. Семенова, К. А. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом: уч. пособие. / К.А. Семенова, Н.М. Махмудова. – М. «ЦСиТР». – 2001. – 196с.

Салимов Марат Ильдусович, к.п.н., доцент
Остробородко Анна Сергеевна, студент
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ 60-65 ЛЕТ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

Аннотация. Эндопротезирование сустава – это операция по замене компонентов сустава имплантантами, которые имеют анатомическую форму здорового сустава и позволяют выполнять весь объём движений. После подобных операций пациент забывает о болях в суставах и возвращается к активной жизни. Эндопротезирование коленного сустава является распространенным методом лечения тяжелых форм дегенеративно-дистрофических заболеваний коленного сустава. Реабилитация пациентов после эндопротезирования – это длительный, непрерывный, многосторонний и многоэтапный процесс, в который больной должен быть включен до полного восстановления функции оперированной конечности, приобретение самостоятельности в быту, способности к профессиональной деятельности, то есть полноценное функциональное, социально-бытовое и профессиональное восстановление

Ключевые слова: эндопротезирование коленного сустава, лечебная гимнастика

Актуальность. Эндопротезирование коленного сустава – операция по замене разрушенных суставных компонентов биологически совместимыми искусственными конструкциями (эндопротезами), повторяющими анатомическую форму аппарата костно-мышечной системы. В хирургической практике применяется частичное (одномыщелковое) и тотальное протезирование (полная замена коленного сустава).

Колени человека испытывают усиленную нагрузку, из-за чего часто развиваются патологические процессы. Все болезни коленного сустава имеют

разное происхождение и клиническую картину. Особенно часто надколенник и другие составляющие колена болят у пожилых людей, что связано с возрастными изменениями и уменьшением физических нагрузок.

Методами физической реабилитации пациентов после эндопротезирования коленного сустава являются: лечебная физическая культура, массаж, физиотерапия. Основная цель лечебной физической культуры после эндопротезирования коленного сустава – улучшение циркуляции крови в оперированной ноге. Средствами физической реабилитации являются: физические упражнения, массажные приемы, физиопроцедуры.

Для оценки функционального состояния пациентов после эндопротезирования коленного сустава применяют клинические, инструментальные методы исследования, а также шкалы и опросники, измеряющие степень ограничения активности в повседневной жизни и изменения качества жизни.

Цель исследования: проведение оценки функционального состояния пациентов и разработка комплекса лечебной гимнастики после эндопротезирования коленного сустава на стационарном этапе.

Методы и организация исследования. Исследование проходило на базе Екатеринбургского института физической культуры (филиал) ФГБОУ ВО «Уральского государственного университета физической культуры», кафедре «Теории и методики адаптивной физической культуры». Второй этап исследования проводился на базе Уральского клинического лечебно-реабилитационного центра им. В.В. Тетюхина, г. Нижний Тагил, ул. Пр. Уральский, 55. В исследовании принимали участие 3 пациента в возрасте 60-65 лет.

В ходе исследования были использованы методы: анализ научно-методической литературы; анализ документальных материалов; функциональное тестирование (гониометрия, анализ динамики болевого

синдрома по ВАШ (визуально-аналоговой шкале), 6-минутный тест ходьбы); метод математической статистики.

Результаты и их обсуждение. После проведения функциональных тестов были получены показатели, которые сравнили с нормой (Таблица 4).

Таблица 4. Статистически обработанные результаты, полученные в ходе проведения оценки функционального состояния пациентов 60-65 лет после эндопротезирования коленного сустава

Функциональный тест		Среднее значение исследования	Норма
Гониометрия	Сгибание	3	4
	Разгибание	4	4
Анализ динамики болевого синдрома по ВАШ		6,7	0
6-минутный тест ходьбы		2	1

Пациенты имели боль при выполнении тестов, и показатели были ниже нормы. На основе данных исследования был составлен комплекс лечебной гимнастики для пациентов 60-65 лет после эндопротезирования коленного сустава.

Выводы. В результате проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. Эндопротезирование сустава – это операция по замене компонентов сустава имплантантами, которые имеют анатомическую форму здорового сустава и позволяют выполнять весь объём движений.

2. Методами физической реабилитации пациентов после эндопротезирования коленного сустава являются: лечебная физическая культура, массаж, физиотерапия. Средствами физической реабилитации являются: физические упражнения, массажные приемы, физиопроцедуры.

3. На базе Уральского клинического лечебно-реабилитационного центра им. В.В. Тетюхина по адресу: г. Нижний Тагил, ул. Пр. Уральский, 55, был проведен практический этап. В исследовании принимали участие 3 пациента в возрасте 60-65 лет. При проведении оценки функционального состояния пациента после эндопротезирования коленного сустава были

получены показатели, которые сравнили с нормой. Гониометрия: сгибание – 3 балла, что является ниже нормы, разгибание – 4 балла, что является абсолютной нормой. Анализ динамики болевого синдрома по ВАШ выше нормы и равен 6,7, все пациенты отмечали болевой синдром. При прохождении 6-минутного теста ходьбы выявили, что все пациенты имеют 2 функциональный класс, что также является ниже нормы.

4. Разработан комплекс лечебной гимнастики для пациентов 60-65 лет после эндопротезирования коленного сустава. Комплекс направлен на восстановление двигательных способностей после эндопротезирования коленного сустава. Лечебная гимнастика проводится на 3-4 день. Физическая реабилитация на стационарном этапе длится 10-12 дней. Пациент выполняет упражнения самостоятельно, но под наблюдением инструктора. В подготовительной части занятия используются упражнения в положении лежа. В основной части пациент выполняет также упражнения лежа, но уже включая положение – сидя. В заключительной части занятия пациент выполняет статические упражнения в положении стоя.

Список литературы:

1. Джакофски, Д. Дж. Ревизионное эндопротезирование коленного сустава: Руководство для врачей / Д.Дж. Джакофски, Э.К. Хедли; перевод с английского по редакцией Н.В. Загороднего. – Москва: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа». – 2015. – 320 с.

2. Данилов, А. Б. Управление болью: Руководство для врачей / Ан.Б. Данилов, Ал.Б. Данилов. – Москва: ООО «Группа Ремедиум». – 2018. – 148 с.

3. Дорохов, Р. Н. Спортивная морфология: учебное пособие для высших и средних специальных заведений физической культуры / Р.Н. Дорохов, В.П. Губа. – Москва: СпортАкадемПресс. – 2002. – 236 с.

4. Имаметдинова, Г. Р. Методы клинического исследования опорно-двигательного аппарата в ревматологии и ревмоортопедии: учебное пособие

для студентов медицинских вузов / Г.Р. Имаметдинова, Н.В. Чичасова, Е.Л. Насонов, С.В. Архипов. – Москва: ИМА-ПРЕСС. – 2011. – 160 с.

5. Корытов, Л. И. Физиология функциональных состояний: учебное пособие для студентов медицинских вузов / Л.И. Корытов, О.М. Буйкова. – Иркутск: ИГМУ. – 2015 – 72 с.

6. Попов, С. Н Лечебная физическая культура: учебник для студентов учреждений высшего профессионального образования / С.Н. Попов, Н.М. Валеев, Т.С. Гарасева и др. – Москва: Издательский центр «Академия». – 2012. – 416 с.

7. Попов, С. Н. Лечебная физическая культура: Учебник для студентов высших учебных заведений / С.Н. Попов, Н.М. Валеев, Т.С. Гарасева и др. – Москва: Издательский центр «Академия». – 2004. – 416 с.

8. Еськин, Н. А. Состояние специализированной травматологоортопедической помощи в Российской Федерации / Н.А. Еськина, Т.М. Андреева. – Текст: электронный // Вестник травматологии и ортопедии Им. Н.Н. Приорова: официальный сайт. – 2015. URL: https://journals.eco-vector.com/0869-8678/article/view/47239

Тимофеева Ирина Владимировна, к.п.н., доцент
Ренжина Евгения Витальевна, студент
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК

МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ПЛОСКОСТОПИЕМ

Аннотация. Статья посвящена проблеме коррекции плоскостопия дошкольного возраста. В статье рассматриваются методы коррекции плоскостопия у детей дошкольного возраста.

Ключевые слова: плоскостопие, коррекция, дети дошкольного возраста, лечебная гимнастика.

Актуальность. Плоскостопие у детей в настоящее время является актуальной проблемой гармоничного физического развития. Как показывает практика профилактических медицинских осмотров, к моменту достижения возраста 7 лет каждый второй ребёнок страдает от нарушения связочного аппарата своды стопы в той или иной степени [2].

Плоскостопие – продольная, поперечная или комплексная деформация формы свода стопы, из-за которой он становится плоским. В результате стопа теряет упругость и перестает смягчать удары, давление, нагрузки.

Цель исследования: коррекция плоскостопия у детей дошкольного возраста на занятиях по адаптивному физическому воспитанию.

Плоскостопие приводит к нарушению амортизационной функции стопы, к болезненным изменениям позвоночника и скелета в целом. Оно может иметь врожденный характер (порок развития) или приобретенный в течение жизни [4].

Методы и организация исследования. Осуществлялись поиск и сбор источников информации (статьи, материалы конференций, тезисы докладов, журналы). Найденные источники подвергались научному редактированию и анализу.

Результаты и их обсуждение. Статистика плоскостопия отмечает два вида деформации – врожденную и приобретенную. Врожденное плоскостопие наблюдается лишь у 5% пациентов. В остальных случаях патология является приобретенной [1].

ЛФК – один из основных методов лечения плоскостопия разных форм и видов. Комплекс упражнений для ежедневного выполнения подбирается врачом для каждого пациента индивидуально с учетом степени болезни, ее проявлений, болезненности [3]. При плоскостопии именно лечебная физкультура помогает укрепить мышцы стоп, снять болевой синдром и улучшить кровообращение в нижних конечностях.

К коррекционным упражнениям для профилактики и лечения плоскостопия упражнения как для большеберцовых мышц, так и сгибателей пальцев с постепенно возрастающей нагрузкой, а также упражнения с внешним сопротивлением.

Выводы. Большое количество детей дошкольного возраста имеют плоскостопие. Коррекция плоскостопия является важным процессом адаптивного физического воспитания в специальных (коррекционных) учреждениях, требуется правильный подход в подборе методов коррекции.

Подбор упражнений должен обеспечить коррекцию нарушений развития и формирования двигательных компенсаций ребёнка, подвижности в сохранённых суставах. Главными задачами лечебной гимнастики: повышение общей и силовой выносливости мышц, формирующих своды стопы, улучшение физической работоспособности и общее укрепление организма. Основное внимание в коррекции деформации стоп имеет тренировка мышц, формирующих своды стопы. Прежде всего, это икроножные, передняя.

Список литературы

1. Асачева, Л. Ф. Система занятий по профилактике нарушений осанки и плоскостопия у детей дошкольного возраста / Л.Ф. Асачева. – Москва: Детство-Пресс. – 2013. – 542 с.

2. Артаманова, Л. Л. Лечебная и адаптивно-оздоровительная физическая культура: учебное пособие / Л.Л. Артаманова. – Москва: «ВЛАДОС-ПРЕСС». – 2010. – 191 с.

3. Белая, Н. А. Лечебная физкультура и массаж: Учебно-методическое пособие для медицинских работников / Н.А. Белая – 2-е изд. – Москва: Советский спорт. – 2004. – 215 с.

4. Бальсевич, В. К. Конверсия высоких технологий спортивной подготовки как актуальное направление совершенствования физического воспитания для всех. Теория и практика физической культуры / В.К. Бальсевич. – 1993. – №4. – С.100-110.

Репина Алла Ильнична, к.п.н., доцент
Ситдикова Валерия Сергеевна, студент
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК

МЕТОДИКА КОРРЕКЦИИ СКОЛИОЗА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА НА ЗАНЯТИЯХ ПО АДАПТИВНОМУ ФИЗИЧЕСКОМУ ВОСПИТАНИЮ

Аннотация. Статья посвящена проблеме нарушения осанки у детей дошкольного возраста. В статье рассматривается методика коррекции сколиоза у детей на занятиях по адаптивному физическому воспитанию.

Ключевые слова: сколиоз, дети дошкольного возраста, средства и методы коррекции.

Актуальность. На сегодняшний день сколиоз, как один из видов искривления позвоночника, является очень распространенной проблемой. По мнению врачей, в будущем будет встречаться еще чаще. Главными причинами увеличения частоты являются – сидячий образ жизни, так называемая гиподинамия и уменьшение физической нагрузки у детей.

Заболевания опорно-двигательного аппарата традиционно занимают одно из первых мест в структуре патологии детей дошкольного возраста. Наиболее сложной проблемой ортопедии является сколиоз. Сколиоз у детей - это сочетание косметического дефекта с множественными нарушениями деятельности внутренних органов. Сколиоз (от греческого skolios – «кривой») известен очень давно. Попытки узнать причину и лечить данный «недуг» предпринимались еще Гиппократом и Асклепием, Цельсом и Галеном. Сколиоз (греч. skoliosis — искривление, от skolios — кривой) — это сложная деформация позвоночника, приводящая к боковой кривизне в плоскости спины и скручиванию (торсионное) позвоночника вокруг своей оси. Сколиоз относится к анатомическим нарушениям, таким как соскальзывание, спондилёз и деформация грудной клетки. Одна из актуальных проблем в мировой практике — это сколиоз или искривление позвоночника.

В течение столетий врачи и ученые пытаются понять причину сколиоза, найти эффективные способы консервативного его лечения, но все безрезультатно. Было высказано много предположений, разработано множество теорий, но пока ни одна из них еще не нашла практического применения и подтверждения. По сей день не существует гарантированного консервативного метода лечения, способного устранить или хотя бы остановить прогрессирование процесса искривления позвоночника. До сих пор истинная причина искривления позвоночного столба, как бокового (вправо или влево), так и скручивания вокруг оси, не ясна. Поэтому чаще всего сколиозы называют идиопатическими, то есть беспричинными, с неясной первопричиной [5].

Цель исследования: определить влияние средств и методов коррекции сколиоза у детей дошкольного возраста на занятиях адаптивной физической культуры.

Методы и организация исследования. Осуществлялись поиск и сбор источников информации (статьи, материалы конференций, тезисы докладов, журналы). Найденные источники подвергались научному редактированию и анализу.

Результаты и их обсуждение. Недостаточно внимания уделяется проблемам рациональной организации в детских садах и школах режима дня у детей, страдающих сколиозом, созданию у них оптимальных условий для обучения, в то же время способствующих лечению сколиоза. Отсутствие патогенетических методов лечения и ряд других факторов обосновывают необходимость новых исследований в данной области. У девочек заболевание встречается в 3-6 раз чаще, нежели у мальчиков, что связано и с большим распространением гиподинамии, и с более ответственным подходом к учебе. Тем не менее, врачи редко обнаруживают конкретные причины болезни, устанавливая диагноз идиопатического сколиоза, в других случаях заболевание может быть следствием врожденной аномалии или полученных травм. Специалисты отмечают, что за последние 20 лет количество больных

сколиозом выросло с 6,4% до 27,0%. Среди сколиозов наиболее распространены начальные стадии, т. е. сколиоз I и II степеней, на долю которых приходится 96% всех сколиозов [2].

Начальные формы сколиоза просматриваются специалистами-ортопедами, или не являются поводом к обращению и, зачастую, диагностируются лишь спустя годы, когда деформация начинает значительно прогрессировать.

Наша методика направлена на раскрытие резервных возможностей позвоночника и при этом не страдали внутренние органы и в целом весь организм был сильным и крепким. Это можно достигнуть на занятиях по адаптивному физическому воспитанию.

С этой целью мы использовали разнообразные средства АФК: статические и динамические упражнения, упражнения на расслабление, дозированную ходьбу, дыхательные упражнения, лечебную гимнастику, силовые упражнения, подвижные игры. Активные движения, обусловленные содержанием игр, вызывают у детей положительные эмоции и усиливают все физиологические процессы. Особенностью нашей методики является целесообразность сразу приступать к развитию силовой выносливости, т.к. при поддержании осанки мышцы выполняют длительную статическую работу, в связи с чем, им требуется тренировать их статическую выносливость. Необходимо также обучать дошкольников произвольному расслаблению мышц, не принимающих участия в поддержании осанки [4].

Существует множество средств и методов коррекции сколиоза: кинезиотейпирование, лечебный массаж, рефлексотерапия, физиотерапия, ЛФК и плавание. Все это позволяет повысить силу мышц спины и брюшного пресса, улучшить подвижность позвоночника и сформировать навык правильной осанки у детей дошкольного возраста со сколиозом.

Сколиоз – это одна из наиболее актуальных проблем современной ортопедии. Данному заболеванию подвержены все возрастные человеческие группы. С каждым годом становится все больше детей, особенно дошкольного

возраста, которым ставится диагноз «сколиоз». Современные медицинские методики позволяют обнаружить данное отклонение на самых ранних этапах возрастного развития.

Нарушения осанки сами по себе не являются болезнью, но они создают условия для заболеваний не только позвоночника, но и внутренних органов. Плохая осанка – это или проявление болезни, или состояние предболезни. Главная опасность нарушений осанки состоит в том, что при этом ничего не болит до тех пор, пока не начнутся дегенеративные изменения в межпозвонковых дисках. Даже такая серьезная болезнь, как сколиоз, до поры до времени протекает без боли. [3].

Все методы лечения сколиоза делятся на консервативные и хирургические. Ведущая роль в коррекции сколиозом принадлежит ЛФК. Клинико-физиологическим обоснованием к применению средств ЛФК в комплексной реабилитации больных сколиозом является связь условий формирования и развития костно-связочного аппарата позвоночника с функциональным состоянием мышечной системы. ЛФК способствует формированию рационального мышечного корсета, удерживающего позвоночный столб в положении максимальной коррекции. При неполной коррекции ЛФК обеспечивает стабилизацию позвоночника и препятствует прогрессированию болезни.

При консервативном лечении сколиоза комплекс средств ЛФК включает:

– лечебную гимнастику;
– упражнения в воде;
– массаж;
– коррекцию положением;
– элементы спорта;
– физиолечение.

Выводы. Сколиоз (от греческого scolios – кривой, согнутый), сколиотическая болезнь-тяжелое прогрессирующее заболевание

позвоночника, характеризующееся дугообразным искривлением во фронтальной плоскости и торсией (torsio – скручивание) позвонков вокруг вертикальной оси.

Сколиозы должны регулярно наблюдаться компетентным в проблеме врачом и при прогрессировании своевременно и адекватно лечиться. А лучше всего предотвратить заболевание, занимаясь профилактикой. Коррекция сколиоза у детей представляет собой длительный процесс. Таким образом, использование различных средств адаптивной физической культуры позволяет повысить силу мышц спины и брюшного пресса, улучшить подвижность позвоночника и сформировать навык правильной осанки у детей дошкольного возраста со сколиозом.

Наша цель сделать все, чтобы укрепить мышечную систему, сделать более гибкими, повысить силу и выносливость мышц, поддерживающих позвоночник.

Физические упражнения являются наиболее эффективным и доступным средством, направленное на профилактику и лечения заболеваний сколиоза. Основной целью комплексов физических упражнений при сколиозе является противодействие развитию деформации позвоночника путем дифференцированного влияния на определённые мышечные группы для повышения их силы и выносливости. Разработанные комплексы физических упражнений требует систематичности и непрерывности, физические упражнения необходимо выполнять несколько раз в неделю. Результативность тренировок будет напрямую зависеть от регулярности их проведения и правильности выполнения упражнений.

Список литературы:

1. Большая медицинская энциклопедия – М.: Советская энциклопедия. – 1970. – Том 23 – С. 386-389.

2. Котешева, И. А. Сколиоз позвоночника: лечение и профилактика / И.А. Котешева. – М.: Издательство Эксмо. – 2004. – 272 с.

3. Милюкова И. В., Лечебная гимнастика при заболеваниях позвоночника. / И.В. Милюкова. – Издательство СПб.: «Сова». – 2003. – 144 с.

4. Попов, С. Н. Спортивная медицина, лечебная физическая культура и массаж: учебник / Под ред. С.Н. Попова. – М.: Физкультура и спорт. – 2001. – 351 с.

5. Ченцов, В. В. Вся правда о сколиозе / В.В. Ченцов. – Издательство СПб: Питер. – 2008. – 128 с.

Репина Алла Ильинична, к.п.н, доцент
Тоскунина Юлия Эдуардовна, студент,
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЮНОШЕЙ 11-13 ЛЕТ С БОЛЕЗНЬЮ ОСГУДА-ШЛЯТТЕРА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Аннотация. Изучение патологии опорно-двигательного аппарата в настоящее время является актуальным, что объясняется ее высокой распространенностью как среди людей среднего и старшего возраста, так и среди детей и подростков, хроническим прогрессирующим течением, ростом показателей первичной заболеваемости и инвалидности, снижением качества жизни и сокращением ее продолжительности, значительными экономическими потерями семьи, больного и общества в целом.

Остеохондропатия бугристости большеберцовой кости – синдром перегрузки колена и большеберцовой кости, часто являющийся причиной болезненности коленного сустава у подростков.

Основная причина патологического состояния – чрезмерное растяжение и надрыв сухожилия коленной чашечки в области эпифиза большеберцовой кости. Подобную травму может спровоцировать падение или часто повторяющаяся микротравматизация, связанная с физическими нагрузками.

Ключевые слова: остеохондропатия, патологии опорно-двигательного аппарата.

Актуальность. В структуре заболеваемости опорно-двигательной системы дегенеративно-дистрофические поражения суставов занимают третье место. Остеохондропатия чаще встречается в детском и юношеском возрасте, имеет хроническое доброкачественное клиническое течение и, в большинстве случаев, благоприятный исход. Синдром бугристости большеберцовой кости, связанный с чрезмерными физическими нагрузками, встречается только в подростковом. В большинстве случаев патология разрешается спонтанно, по

окончанию роста костей, но до этого времени пациенту необходимо обеспечить соответствующее лечение и грамотную реабилитацию помощь.

Болезнь Осгуда-Шляттера или остеохондропатия бугристости большеберцовой кости – это асептическое разрушение бугристости большеберцовой кости, возникающее на фоне их хронического травмирования в период интенсивного роста скелета.

В формировании коленного сустава человека участвуют две крупные кости – бедренная и большеберцовая. В верхней части последней из них имеется особый участок – бугристость, к которой посредством сухожилия крепится четырехглавая мышца бедра. Именно эта часть кости в детском и юношеском возрасте отвечает за ее рост и потому особо подвержена различным травмам и повреждениям.

Во время активных физических нагрузок на коленный сустав в некоторых случаях приходится большая нагрузка и происходит перенапряжение четырехглавой мышцы бедра, что приводит к растяжению или надрыву сухожилия. Из-за этого возникает расстройство кровоснабжения в области бугристости большеберцовой кости. Вследствие такого травматического влияния и снижения питания этого района в ней развиваются мелкие кровоизлияния, разрыв волокон связки надколенника, асептическое воспаление в области суставных сумок, постепенные некротические изменения, вплоть до отмирания отдельных ее частей.

Любая травма коленного сустава или постоянное ударное воздействие на его костно-мышечную структуру может стать причиной трещин и микропереломов, которые растущий организм пытается быстро компенсировать нарастанием новой соединительной тканью. В результате у ребенка и появляется типичный для остеохондропатии Осгуд-Шляттера костный нарост – «шишка», образующаяся чуть ниже колена.

Триггерными факторами риска в развитии болезни остеохондропатии бугристости большеберцовой кости являются:

— непосредственные травмы тканей коленного сустава и систематические микротравмы (внешние и внутренние) коленного сустава, которые возникают вследствие интенсивных занятий спортом или прочих видов деятельности, сопряженных с чрезмерными физическими нагрузками на нижние конечности.;

— возраст – болезнь Осгуда-Шляттера происходит во время роста и полового созревания организма. Обычно, болезнь развивается у мальчиков в возрасте 12-15 лет, а у девочек в возрасте 9-12 лет;

— пол – болезнь Осгуда-Шляттера чаще встречается у мальчиков, но происходящее последнее время более активное участие в спортивных секциях девочек привело к сокращению разрыва между полами в отношении развития у них болезни Осгуда-Шляттера.

Цель исследования: проведение оценки функционального состояния опорно-двигательного аппарата у пациентов с болезнью Осгуда-Шляттера.

Методы и организация исследования. Исследование проводилось в два этапа: первый этап исследования проходил на базе Екатеринбургского института физической культуры ФГБОУ ВО «УралГУФК», кафедре «Теории и методики адаптивной физической культуры», в период с 2021 по 2022 год. Второй этап исследования проводился на базе кинезистудии физкультурно-оздоровительных услуг населения «Gymнастика» города Екатеринбурга в период с 20 января по 15 мая 2022 года.

В исследовании принимали участие трое пациентов, в возрасте 11-13 лет, находящиеся на амбулаторном лечении с диагнозом: остеохондропатия бугристости большеберцовой кости (болезнь Осгуда-Шляттера).

Использовались такие функциональные тесты как: гониометрия человеческого тела, статическое напряжение четырехглавой мышцы бедра, а также уровень боли по визуально-аналоговой шкале боли для подростков в положении «стульчика» у стены с согнутыми коленными суставами на 90^{o}.

Результаты и их обсуждение. Анализируя результат гониометрического тестирования, выполняемого стоя, можно сделать следующие выводы:

— среднее арифметическое значение сгибания коленного сустава 2,3 балла – это свидетельствует о том, что сгибание происходит в диапазоне 60-89°. Данный показатель не является нормой;

— среднее арифметическое значение разгибания коленного сустава 4 балла, что является абсолютной нормой.

Среднее арифметическое значение результата статического напряжения четырехглавой мышцы бедра 2,6 балла – это свидетельствует о том, что показатель является нормой.

Среднее арифметическое значение результата уровня боли по визуально-аналоговой шкале боли для подростков в положении «стульчика» у стены с согнутыми коленными суставами на 90° 5 баллам – это свидетельствует о том, что боль присутствует умеренная.

Список литературы:

1. Абальмасова, Е. А. Остеохондропатии: детская артрология / Е.А. Абальмасова. – Москва: ЦНИИ травматологии и ортопедии. – 1981. – С. 284-294.

2. Абальмасова, Е. А. Остеохондропатии: ортопедия и травматология детского возраста / Е.А. Абальмасова. – Москва: ЦНИИ травматологии и ортопедии. – 1983. – С. 385-393.

3. Барыкина, Н. В. Частная хирургия: учебное пособие для студентов образовательных учреждений среднего профессионального образования / Н.Б. Барыкина. – Ростов-на-Дону: Феникс. – 2008. – 349 с.

4. Берман, Р. Э. Педиатрия по Нельсону: учебное пособие для врачей / Р.Э. Берман. – Москва: Рид Элсивер. – 2009. – 822 с.

5. Блинова, Н. Г. Физиология детей и подростков: учебное пособие / Н.Г. Блинова. – Москва: Медицина. – 2008. – 91 с.

6. Быковская, Т. Ю. Виды реабилитации: физиотерапия, лечебная физкультура, массаж: учебное пособие / Т.Ю. Быковская, А.Б. Кабарухин, Л.А. Семененко, Л.В. Козлова, С.А. Козлов, Т.В. Бесараб; под общей редакцией Б.В. Кабарухина. – Ростов на Дону: Феникс. – 2010. – 557 с.

7. Волков, М. В. Детская ортопедия: учебное пособие / М.В. Волков, В.Д. Дедова. – Москва: Медицина. – 1980. – 269 с.

8. Волков, М. В. Ортопедия и травматология детского возраста: руководство для врачей / М.В. Волков, Т.М. Тер-Егиазаров. – Москва: Медицина. – 1983. – 273 с.

Тимофеева Ирина Владимировна, к.п.н., доцент
Ульянова Лилия Евгеньевна, студент
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК

МЕТОДИКА РАЗВИТИЯ ОБЩЕЙ МОТОРИКИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ НА ЗАНЯТИЯХ ПО АДАПТИВНМУЙ ФИЗИЧЕСКОМУ ВОСПИТАНИЮ

Аннотация. Статья посвящена проблеме развития общей моторики детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом. В статье рассматриваются приемы развития общей моторики детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, общая моторика, дети младшего школьного возраста.

Актуальность. Детский церебральный паралич (ДЦП) – это расстройство двигательной функции, появляющееся в результате серьезных изменений в мозговых структурах [12]. По статистике, частота этого диагноза – 2-7 случаев на 1000 человек среди детей возрастом до 1 года. Распространенность среди недоношенных новорожденных увеличивается в 10 раз.

У детей с церебральным параличом задержано и нарушено формирование всех двигательных функций, особенно общей моторики. Ведущим в клинической картине является нарушение мышечной активности, координации движений, функций зрения, слуха, а также речи и психики, задержка формирования, недоразвития, нарушения или утрата двигательных функций в зависимости от формы ДЦП. Согласно классификации К.А. Семеновой, использующейся в РФ на данный момент, выделяют 5 типов ДЦП: спастическую диплегию, двойную гемиплегию, гиперкинетискую форму, гемипаретическую форму, атонически-астатическую фому. Из-за ограниченности движений, малой дееспособности, проблем с речью

происходит задержка в развитии. Снижение уровня социальных контактов ведет к тому, что ребенок замыкается в себе. Задержка в развитии происходит в виде так называемого психического инфантилизма. Страдают эмоциональные и волевые составляющие психики. Эмоциональная сфера таких детей остается несформированной даже тогда, когда они взрослеют. Эти особенности психики, к сожалению, сильно ограничивают возможности [1].

Развитие общей моторики является важным условием развития ребенка с ДЦП. Это основа развития психических процессов, речи, выработки навыков самообслуживания, развитие манипулятивной, игровой и учебной деятельности, социальной адаптации [2].

Цель исследования: развитие общей моторики у детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом на занятиях по адаптивному физическому воспитанию.

Методы и организация исследования. Осуществлялись поиск и сбор источников информации (статьи, материалы конференций, тезисы докладов, журналы). Найденные источники подвергались научному редактированию и анализу.

Результаты и их обсуждение. Занятия по адаптивному физическому воспитанию являются важным элементом в реабилитации ребенка с ДЦП. Развитию общей моторики, формированию у детей двигательных навыков способствуют занятия по лечебной физической культуре (ЛФК). Занятия ЛФК могут проводиться в лечебных учреждениях, реабилитационных центрах и специальных школах. Требования к проведению: постепенно увеличивать нагрузку и усложнять упражнения; чередовать различные виды упражнений, применяя принцип рассеянной нагрузки; упражнения должны соответствовать возможностям учеников; должен быть индивидуальный подход; обеспечить профилактику травматизма и страховку [3].

В первую очередь необходимо развивать реакции выпрямления и равновесия, такие как: тренировка удержания головы, тренировка поворотов

туловища, тренировка ползания на четвереньках, тренировка сидения, тренировка стояния, тренировка ходьбы.

Для проведения занятий должно быть все необходимое оборудование: ортопедические мячи, фитболы, большие и малые мячи, гимнастические палки, обручи, специальные приспособления для передвижения (ходунки, поручни) и т.д.

Так же важными упражнениями в ЛФК будут: дыхательные упражнения, упражнения с предметами, тренировка положения, лазание и перелезание.

Так же в работе над развитием общей моторики используется фитбол-гимнастика. Фитбол-гимнастика выполняется на больших упругих мячах. При оптимальной и систематической нагрузке создается сильный мышечный корсет, в работу включается большинство крупных мышц, улучшается функция внутренних органов, развиваются все физические качества и формируются двигательные навыки, происходит колоссальное положительное воздействие на психоэмоциональную сферу. Условия выполнения упражнений на мяче гораздо тяжелее, чем на жесткой устойчивой опоре, так как упражнения выполняются в постоянной балансировке. Усложненные условия работы позволяют получить быстрые результаты за короткое время.

В работу над развитием общей моторики так же входят занятия по плаванию и подвижные игры с музыкальным сопровождением [2].

Выводы. У детей с детским церебральным параличом имеется проблема в развитии двигательной сферы. Одной из главных проблем является - нарушение развития общей моторики.

Развитие общей моторики является важным условием развития ребенка с ДЦП. Занятия ЛФК способствуют формированию у детей двигательных навыков, развитию общей моторики. Так же используется фитбол-гимнастика и плавание. Специально подобранные упражнения и виды нагрузки обеспечивают успех в развитии двигательной сферы ребенка.

Список литературы:

1. Бадалян, Л. О. Детские церебральные параличи. / Л.О. Бадалян, Л.Т. Журба, О.В. Тимонина. – Здоровья. – 1988. – 322 с.

2. Клочкова, О. А. Общее моторное развитие и формирование функции рук у пациентов со спастическими формами детского церебрального паралича. / О.А. Клочкова, А.Л. Куренков, Л.С. Намазова-Баранова, А.М. Мамедьяров, К.В. Жердев. – РАМН. – Москва. –2013. – С. 189-200.

3. Семенова, К. А. Лечение двигательных расстройств при детских церебральных параличах. / К.А. Семенова. – Медицина. – Москва. – 1976. – 185 с.

Репина Алла Ильинична, к.п.н., доцент
Чащихина Екатерина Игоревна, студент
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С РАХИТОМ

Аннотация. В настоящее время рахит продолжает занимать значительное место в структуре заболеваемости детей раннего возраста и остается актуальной проблемой. Статистические данные говорят о том, что распространенность рахита в нашей стране колеблется от 54 до 66% у доношенных и более 80% недоношенных. Эта ситуация требует особого внимания к проблеме рахита, оказывающего негативное влияние на реактивность организма, на течение и исход соматических заболеваний, особенно у детей первого года жизни. Распространенность рахита и выраженность его клинических проявлений во многом зависят от социально-экономических условий жизни и климатогеографических особенностей местности. После Великой Октябрьской социалистической революции в результате улучшения экономических и санитарно-гигиенических условий жизни снизилась частота и тяжесть рахита. В развивающихся странах Азии и Африки в связи с тяжелыми материально-бытовыми условиями, недостаточностью питания проблема рахита остается весьма актуальной.

Ключевые слова: рахит, нарушение фосфорно-кальциевого обмена.

Актуальность. Рахит — это заболевание детского возраста, обусловленное недостатком в организме витамина D, которое характеризуется нарушением фосфорно-кальциевого обмена, костеобразования и расстройством функции нервной системы и внутренних органов. Рахит развивается обычно в возрасте до одного года. Мышечная гипотония и слабость связочного аппарата - характерные симптомы рахита: вялость и дряблость мышц, разболтанность суставов. Ранними признаками рахита служат: беспокойство, гипервозбудимость, тревожный сон, частые

вздрагивания во сне, плохой аппетит, потливость, особенно в области волосистой части головы (пот имеет специфический кислый запах), появление стойких опрелостей, мышечная гипотония, большой размер родничка, очаговое размягчение затылочных костей, на голове появляется четкий рисунок подкожных вен. Терапия заключается в курсовом строго дозированном приеме витамина D, назначении богатой кальцием и фосфором диеты.

Рекомендован массаж, лечебные ванночки, гимнастика, ежедневное пребывание на воздухе. Если рахит обусловлен заболеваниями почек, печени, проводят лечение основной патологии. Отсутствие адекватной терапии при лечении рахита приводит к деформации скелета, конечностей, неправильному прикусу и другим проблемам. К средствам физической реабилитации детей первого года жизни с рахитом относятся: массаж с элементами ЛФК, гидрореабилитация, общее ультрафиолетовое облучение (УФО), бальнеотерапия (хвойные и хлоридно-натриевые ванны) и аппликации парафина и лечебных грязей. Применение каждого из средств должно быть подобрано строго из индивидуальных особенностей ребенка. Методами оценки физического развития при рахите являются: антропометрические показатели (рост, вес, окружность головы, груди и живота), тесты на рефлекс Ландау, проба на защитную экстензию рук, проба ни спазм приводящих мышц бедер, проверка реакции выпрямления и равновесия.

Цель исследования: проведение оценки функционального состояния организма детей первого года жизни с рахитом и разработка методики лечебной гимнастики для пациентов данной нозологической группы.

Методы и организация исследования. Исследование состояло из двух этапов. 1 этап: сентябрь 2021 – май 2022 года. Проходил на базе Екатеринбургского института физической культуры (филиал) ФГБОУ ВО «Уральский государственный университет физической культуры», кафедре теории и методики адаптивной физической культуры. На этом этапе был проведен анализ специальной литературы по проблеме реабилитации детей,

имеющих диагноз- рахит. Были получены сведения об этиологии, патогенезе и клинической картине данного заболевания, получены данные о методах и средствах реабилитации. В результате была конкретизирована цель, задачи и методика исследования.

2 этап исследования: 2021-2022 г. На этом этапе исследования проходил подбор контингента, базы исследования, проведена диагностика, разработаны методы физической реабилитации детей с рахитом. Базой исследования был выбран детский социальный АкваКлуб «Пелагея», Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Советская, д. 41. В исследовании приняли участие 4 пациента в возрасте 4-6 месяцев, имеющие диагноз рахит.

Физические возможности каждого пациента с рахитом оценивались по отобранным педагогическим тестам. В ходе наблюдения за тем, как дети выполняют основные движения, оценивалось их качество. Уровень качества свидетельствует о степени сформированности двигательной системы. В результате проставлялся балл от 1 до 3. Каждому баллу соответствовала определенная стадия развития основного движения.

Для оценки физических возможностей пациентов использовались следующие тесты:

— зрительное и слуховое сосредоточение;

— зрительное слежение за игрушкой;

— удержание головы вертикально в стойке при поддержке подмышки;

— удержание головы лежа на животе;

— упор, лежа прогнувшись на предплечьях;

— рассматривание пальцев рук;

— поворот головы на источник звука;

— наклон головы вперед и полу наклон туловища при потягивании за пальцы рук;

— целенаправленное движение руки к игрушке;

— размахивание руки с игрушкой;

— упор лежа прогнувшись;

— поворот на живот;

— поворот с живота на спину;

— перекладывание игрушки из одной руки в другую;

— постукивающие движения рукой;

— поочередно взять две игрушки правой и левой рукой;

Наблюдение осуществлялось за тем, как ребенок выполняет задания в соответствии с определенными критериями, от 1 до 3-х баллов. Каждому баллу соответствовал определенный уровень осуществления основного движения (1 – не выполняет; 2 – выполняет с помощью; 3 – выполняет самостоятельно).

Выводы. Данные, полученные в результате исследования, свидетельствуют о том, что у всех испытуемых имеются отставания в физическом развитии, а также недостаточно хорошо сформирована двигательная система и многие движения они не могут выполнить самостоятельно.

Список литературы

1. Баранов, А. А. Детские болезни. Учебник для студентов мед. ВУЗов / Москва: ГЕОТАР-Мед. – 2002. – 256 с.

2. Даниджен, М. Д. Нарушения обмена кальция: Пер. с англ. / М.Д. Даниджен – Москва: АСТ. – 1985 – С. 151-181.

3. Заблудовская, Е. Д. Рахит, его профилактика и лечение / Е.Д. Заблудовская. – Москва : Медицина. – 1967. – 189 с.

4. Запруднов, А. М. Рахит у детей / А.М. Запруднов, К.И. Григорьев. – Москва. – 1998. – 112 с.

5. Коровина, Н. А. Современные подходы к профилактике и лечению нарушений фосфорнокальциевого обмена у детей / Н.А. Коровина, И.Н. Закарова. – Москва. – 2000. – 345 с.

6. Коровина, Н. А. Современные подходы к профилактике и лечению рахита у детей // Педиатрия / Н.А. Коровина, И.Н. Захарова. – 2003. – № 4. – С.108−110.

7. Коровина, Н. А. Профилактика и лечение рахита у детей. Лекции для врачей / Н.А. Коровина, А.В. Чебуркин, И.Н. Захарова. – Москва. – 1998. – 430 с.

Репина Алла Ильинична, к.п.н., доцент
Шульц Владимир Евгеньевич, студент
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Аннотация. Проблема аутизма становится все острее. Тема аутизма пристально наблюдается многими учёными, количество детей с искаженным психическим развитием растёт в том числе и с расстройствами аутистического спектра. Именно сейчас начинает возникать вопрос о Адаптивном физическом воспитании для таких детей, ведь это важная часть системы образования для детей с ограниченными возможностями здоровья. Количество детей с расстройствами аутистического спектра увеличивается по всему миру. По последним данным, если ранее приходился один ребенок на 59 человек, то теперь статистика 1 к 54. В Екатеринбурге это 101 ребенок с расстройствами аутистического спектра в детских садах и 25 школьников. Важной особенностью и основным препятствием является динамика и разнообразие расстройств аутистического спектра, а также их небольшим уровнем предсказуемости. Двигательная терапия, направленная на развитие координации и понимания пространства, а также на развитие мышц, способна значительно ускорить двигательное развитие ребёнка.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, адаптивное физическое воспитание, развитие.

Актуальность. Проблема аутизма в мире начинает приобретать свою остроту по многим параметрам. В настоящее время расстройства аутистического спектра являются темой пристального внимания многих ученых [3]. Актуальность этой проблемы определяется заметно возросшим количеством детей с искаженным психическим развитием в целом, в том числе и с расстройствами аутистического спектра. Увеличивается соотношение числа заболевших по сравнению с прошлыми годами. Всемирная организация

здравоохранения (ВОЗ) заявила, что человечество стоит перед лицом серьезной проблемы: количество людей с умственными и неврологическими проблемами, включающими аутизм, неуклонно растет. Эти болезни составляют 11% всех проблем со здоровьем в глобальном масштабе. Уровень распространения аутизма во всем мире возрастает на 14% каждый год.

Именно сейчас начинает остро возникать вопрос о адаптивном физическом воспитании для таких детей, ведь это важная часть системы образования для детей с ограниченными возможностями здоровья [4].

На занятиях физической культуры ребёнок не только может получить знания, умения и навыки, а также быть ориентированным на их практическое применение, но в наибольшей степени получает навыки коммуникации, социализации.

Форма организации занятий должна учитывать специфику ребёнка в том плане, что такой ребёнок не может длительно концентрировать внимание, быстро утомляется, а потому продолжительность занятия во многом зависит от самочувствия и активности, демонстрируемых ребёнком.

Цель исследования: создание такого занятия, которое включало бы широкий спектр разнообразных упражнений, нацеленных в первую очередь на общефизическое развитие.

Методы и организация исследования. Осуществлялись поиск и сбор источников информации (статьи, материалы конференций, тезисы докладов, журналы). Найденные источники подвергались научному редактированию и анализу.

Результаты и их обсуждение. При этом, для каждого из упражнений должна быть возможность для его усложнения при сохранении общей привычной формы. Это связано с тем, что для ребёнка с аутизмом очень важны постоянство, выполнение некой стабильной последовательности действий. Такой последовательностью на занятиях физической культуры становится серия упражнений. Упражнения, привычные по форме, но с постепенно усложняющимся содержанием становятся для ребёнка значительно меньшим

стрессом, чем совершенно новые упражнения [3].

Важно также, чтобы каждое отдельное упражнение, каждый блок движений имел цель, и эта цель была понятна ребёнку. Обязательна медленная, последовательная демонстрация отдельных движений с обозначением их целей. Однако следует при этом помнить, что цели надо ставить очень чётко, они должны быть реальными, и быть правильно понятыми ребёнком [5].

Занятия физической культуры дают широкие возможности для социализации, работы детей в группе. Ребёнок с аутизмом во многих случаях крайне негативно воспринимает прикосновения к себе других людей (в том числе, и педагога). В этом случае приучать ребёнка к прикосновениям следует, подходя к нему сзади — такие касания дети в меньшей степени рассматривают как агрессию. Постепенно ребёнок привыкает к прикосновениям, осознаёт их необходимость на занятиях физической культуры (поддержать, чтобы ты не упал, взять за руку, чтобы смог сохранить равновесие и т.п.). Объяснения необходимости прикосновений должны присутствовать, а также быть чёткими и подробными [1].

Особо значимы для ребёнка упражнения, позволяющие работать в группе. Полезно для этих целей перетягивание каната. В этом случае, несмотря на то, победила или проиграла его команда, ребёнок может почувствовать себя её частью. Желательным в этом случае является формирование ситуации успеха [2].

Поощрение, похвала — обязательный элемент на занятиях физической культуры. Дети с РАС сразу не способны достичь результата, поэтому педагогу необходимо искать любые возможности для похвалы (за то, что просто выполнил упражнение, даже за то, что приступил к выполнению, услышав педагога). Только тогда в перспективе возможны результаты. Также важно, чтобы ребёнок не осознавал собственной неуспешности. Например, при пояснении цели упражнения, следует заметить, что его, скорее всего, потребуется выполнить много-много раз, чтобы всё получилось хорошо [5].

Нормализация физического состояния и психофизического тонуса является одним из важных аспектов социализации детей с РАС. Поэтому таким детям необходимы постоянные физические нагрузки для поддержания психофизического тонуса и снятия эмоционального напряжения. Наряду со специальными занятиями по психомоторной коррекции и развитию двигательной сферы детям с РАС рекомендуются занятия адаптивным спортом [4].

Выводы. Расстройства аутистического спектра (РАС) – это пожизненные нарушения развития нервной системы, возникающие на самых ранних этапах онтогенеза. Основные особенности расстройств аутистического спектра включают постоянные трудности в вербальной и невербальной коммуникации, а также ограниченные повторяющиеся модели поведения, интересов или деятельности.

На занятиях физической культуры ребёнок не только может получить знания, умения и навыки, а также быть ориентированным на их практическое применение, но в наибольшей степени получает навыки коммуникации, социализации.

Список литературы

1. Никольская, О. С. Аутичный ребенок. Пути помощи / О.С. Никольская. – Москва: Теревинф. – 2002. – 342 с.

2. Григорьева, А. С. Современные походы к коррекции РАС / А.С. Григорьева, Н.А. Борисова. – Череповец. – 2017.

3. Иванов, Е. С. Детский аутизм / Е.С. Иванов. – Санкт-Петербург: Дидактика плюс. – 2004.

4. Бойко, Е. О. Актуальные вопросы диагностики и коррекции расстройств аутистического спектра: учебно-методическое пособие / Е.О. Бойко, Л.Е. Ложникова. – Краснодар. – 2017. – 30 с.

Храмцова Галина Анатольевна, преподаватель
Хабарова Анастасия Михайловна, студент
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК

ОСОБЕННОСТИ МОНИТОРИНГА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ ФИЗКУЛЬТУРНОГО КОЛЛЕДЖА

Аннотация. Проблема здоровья студентов в последние годы привлекает все большее внимание ученых, врачей и педагогов, что обусловлено высокой заболеваемостью как населения России в целом, так и студенческой молодежи. В имеющихся работах недостаточно внимания уделяется условиям образования и воспитания студентов. В связи с этим в некоторых государственных образовательных учреждениях среднего профессионального образования (ГОУ СПО) введены в образовательно-воспитательный процесс дисциплины, способствующие воспитанию гигиенической культуры студентов. Такая система гигиенического образования дает возможность сохранения, укрепления, развития и управления здоровьем подрастающего поколения, а в дальнейшем и нации в целом.

Ключевые слова: здоровье студентов, гигиеническая культура студентов, здоровье подрастающего поколения.

Актуальность. Снижение жизненного уровня большинства населения, социальное расслоение, материальное неблагополучие многих семей привело к тому, что в средние специальные учебные заведения приходят подростки с ослабленным здоровьем, с неоднозначным отношением к окружающей социальной и политической жизни, апатичные по отношению к себе, своему здоровью и окружающим.

Цель исследования. Процесс обучения в современных средних и высших профессиональных образовательных учреждениях характеризуется интенсивностью учебных нагрузок, что на фоне неблагоприятных

экологических и социальных факторов, высокого уровня психоэмоциональных перегрузок современной жизни негативно сказывается на функциональном состоянии и здоровье студентов. Все это происходит в важный период биологического, физиологического и социально-психологического формирования организма молодого человека. Влияние процесса обучения, как фактора, на функциональное состояние органов и систем и здоровье студентов ГОУ СПО исследовалось в работах Е.И. Шубочкиной , но при этом не проводилось комплексное изучение условий обучения, данных диспансеризации, психофизиологического статуса, образа жизни студентов в динамике всех лет обучения в медицинском колледже.

Методы и организация исследования. На сегодняшний день отмечается противоречие между значительно возросшим воздействием учебной нагрузки, связанной с образовательно-воспитательным процессом (в связи с изменением объема и содержания современного образования) и неопределенностью влияния ее на состояние здоровья студентов. Неоднозначная трактовка функционального статуса студентов средних специальных учебных заведений, отсутствие единого мнения по вопросам функциональных расстройств и заболеваемости определяют необходимость проведения более глубоких исследований в этой области, разработку научной основы организации образовательно-воспитательного процесса

Состояние здоровья студентов – одной из представительных групп молодежи страны, является актуальной проблемой современного общества [12]. Успешная подготовка высококвалифицированных кадров, обеспечивающих устойчивость экономического развития государства, тесно связана с сохранением и укреплением здоровья, повышением работоспособности студенческой молодежи. Вместе с тем, все возрастающие требования к уровню подготовки специалистов технических специальностей СПО, обусловленные увеличением потока научной информации, внедрением инновационных образовательных технологий, приводят к перегрузке студентов. Повышается их психоэмоциональная напряженность, истощаются

адаптационные резервы нервной, эндокринной и иммунной систем, возрастает вероятность заболеваний [2]. Таким образом, профессиональная подготовка современных специалистов предъявляет к ним довольно жесткие требования, в том числе к состоянию здоровья и физического развития.

Группа факторов, входящих в образ жизни, по данным ВОЗ [3], оказывает влияние на организм человека в 50-55 %. В частности, это нерациональное питание, частые стрессы, материально-бытовые условия проживания и труда, не отвечающие нормам, гиподинамия, курение, алкоголь, употребление наркотиков, бесконтрольное употребление лекарств, непрочность семьи, одиночество, низкий культурный и образовательный уровень. На долю здравоохранения приходится только 10-15 %, сюда входит своевременность медицинской помощи, эффективность профилактических мероприятий, качество медицинской помощи [5].

Модернизация образования, внедрение новых федеральных государственных образовательных стандартов привели к обновлению содержания образования в государственных образовательных учреждениях среднего профессионального (в том числе медицинского) образования. Подготовка современного специалиста среднего медицинского звена зависит не только от знания специальности, но и от его образа жизни и здоровья. Медицинские сестры всегда востребованы обществом, и очень важно, чтобы в лечебно-профилактические учреждения приходило духовно и физически здоровое поколение специалистов, ведущих здоровый образ жизни и являющихся организаторами здоровьесберегающего пространства в практическом здравоохранении. Поэтому изучение состояние здоровья современных студентов, обучающихся в государственных образовательных учреждениях среднего профессионального (медицинского) образования, представляет большой научно-практический интерес.

Результаты и их обсуждение. Реализация здоровьесберегающих технологий в физкультурных колледжах происходит по следующим направлениям.

Первое направление – здоровьесберегающая инфраструктура колледжа:

1. содержание помещений колледжа в соответствии с гигиеническими нормативами: ежедневная влажная уборка, проветривание учебных кабинетов, озеленение помещений колледжа комнатными растениями;

2. оснащенность спортивного зала и спортивных площадок необходимым оборудованием и спортивным инвентарем, укомплектованной аптечкой;

3. организация питьевого режима в образовательном учреждении (стационарные питьевые фонтанчики, вода, расфасованная в емкости).

Второе направление – мониторинг состояния здоровья студентов:

1. анализ основных характеристик состояния здоровья студентов, поступивших на 1 курс;

2. мониторинг заболеваемости студентов;

3. ежегодная диспансеризация студентов, выявление отклонений в состоянии здоровья;

4. мониторинг состояния здоровья студентов в период сезонного роста заболеваемости ОРВИ и гриппа

Третье направление - организация оздоровительной работы:

1. вакцинация и ревакцинация студентов и сотрудников колледжа;

2. осуществление контроля за своевременным прохождением флюорографического обследования студентов и сотрудников колледжа;

3. повышение двигательной активности студентов через проведение занятий по общефизической подготовке, Дней здоровья;

Четвертое направление – организация просветительской работы со студентами, направленной на формирование ценности здоровья и ЗОЖ:

1. тематические классные часы, беседы, консультации по проблемам сохранения и укрепления здоровья;

2. подготовка волонтеров по актуальным вопросам валеологии;

3. выпуск газет об особенностях укрепления физического, психического здоровья;

4. оформление информационных стендов: «Правила управления собственной жизнью»;

5. организация встреч с узкими специалистами по проблемам здоровья;

6. организация круглых столов по теме «Здоровый образ жизни» (актуализация проблемы);

7. организация родительских собраний с приглашением специалистов для обсуждения актуальных вопросов валеологии;

Выводы. Таким образом, с целью уменьшения заболеваемости студентов, которая сказывается на их посещаемости и успеваемости, необходимо проводить комплекс профилактических мероприятий, положительно влияющих на здоровье студентов.

Список литературы

1. Меерманова И.Б., Койгельдинова Ш.С., Ибраев С.А. Состояние здоровья студентов, // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2017. – № 2-2. – С. 193-197 – Дата обращения: 27.12.2019.

2. Деманова И.Ф., Кузнецов И.А., Деманов А.В., Крупнов П.А., Климова Ю.В. Оценка состояния здоровья и физического развития студентов // Современные проблемы науки и образования. – 2011. – № 6.; URL: http://science-education.ru/ru/article/view?id=5176 – Дата обращения: 12.03.2020.

3. Рикунова А.В. Условия и факторы экономического роста в России на современном этапе развития [Текст]. // Научные труды ВЭО России. – М., 2015. – Том 194. – С. 81-88.

4. Темпы роста ВВП России [Электронный ресурс]. // EREPORT.RU — Мировая экономика. – Режим доступа: http://www.ereport.ru/stat.php?razdel=country&count= russia&table =ggecia&time=2 – Дата обращения: 25.12.2015.

Храмцова Галина Анатольевна, преподаватель
Букина Юлия Владимировна, студент
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК

РОЛЬ ПРОСВЕТИТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ

Аннотация. Современные тенденции во всех сферах российского общества обусловили смену образовательной парадигмы, сущностную основу которой составляют ценности, направленные на обеспечение здоровья подрастающего поколения, создание условий в вузе для формирования культуры здоровья студентов и приобщения будущих специалистов к здоровому образу жизни. На данный момент здоровье, как и здоровый образ жизни становиться одной из самых актуальных проблем среди молодежи.

Во время обучения студенты получают не только профессиональные навыки, но в этот период жизни у них происходит и формирование их социального статуса. В настоящее время существуют основные проблемы, связанные с наркоманией, курением табака, распитием алкогольных напитков, что никак не может быть связано с ведением здорового образа жизни. Но стоит отметить, что ЗОЖ – это не только занятие спортом, но правильное питание, правильный режим отдыха и труда (учебы).

Ключевые слова: просвещение ЗОЖ, образ жизни студентов, вредные привычки студентов.

Актуальность. Вредные привычки все больше распространяются среди студенческой молодежи и оказывают негативное влияние, как на общество в целом, так и на отдельного человека, ежегодно отравляя и разрушая здоровье людей. Современная высшая школа, являясь важнейшим институтом социализации личности, не может оставаться в стороне от изменений, происходящих в российской системе образования.

Сегодня обществом востребованы мобильные люди, способные быстро и адекватно реагировать на происходящие изменения в окружающей действительности. Студенты, относящиеся к социально-уязвимой категории обучающихся, испытывают трудности в адаптации к новым условиям жизнедеятельности. В основном тяжело приходится студентам-сиротам в силу нестабильности их социального положения, неустойчивости мировоззрения, ненадежных 4 нравственных ориентиров. Студенты с инвалидностью испытывают большие психологические и физические перегрузки, что отрицательно сказывается на их личном развитии и здоровье.

Важной причиной, обуславливающей актуальность исследования, выступает невыявленность закономерностей формирования устойчивой мотивации личности на здоровый образ жизни, отсутствие четких психолого-педагогических рекомендаций в работе со студентами с инвалидностью и сиротами, неразработанность механизма выявления уровня готовности студента к ведению здорового образа жизни и т.д.

Цель исследования. Формирование здорового образа жизни у студентов вуза в контекте социальной работы нуждается в научном, теоретическом и методическом обеспечении.

Методы и организация исследования. Просвещение студентов, являющееся центральным моментом образования, является неотъемлемой частью их личного и профессионального развития. Процесс просвещения помогает студентам расширить свои знания и умения, повысить осознанность, развить критическое мышление и принимать информированные решения. Оно также стимулирует интерес к самообразованию и постоянному обучению, что является ключевым фактором успеха в современном мире.

Результаты и их обсуждение. Просвещение студентов позволяет им активнее взаимодействовать с окружающим миром, понимать социальные, экономические и политические процессы, участвовать в общественной жизни и принимать активное участие во всех сферах деятельности. Оно развивает у

студентов способность анализировать, сравнивать и оценивать информацию, а также справляться с сложными и разнообразными задачами.

Важность просвещения для студентов сегодня особенно актуальна, учитывая быстрый темп общественных, технологических и научных изменений. Просвещение предоставляет студентам инструменты, необходимые для адаптации в современном мире, развития креативности и инновационного мышления. Оно помогает студентам видеть свои профессиональные и карьерные возможности, постигать новые области знаний и осваивать новые навыки, которые будут востребованы на рынке труда. Кроме того, просвещение способствует формированию здорового образа жизни, способствует личностному росту и самореализации студентов.

В формировании у молодёжи убеждения престижности здорового поведения и воспитание потребности в здоровом образе жизни огромная роль принадлежит библиотекам, особенно тем, кто целенаправленно работает с подрастающим поколением.

Отечественные юношеские и молодежные библиотеки с различной степенью интенсивности и ответственности работают в этом направлении. Есть позитивные примеры комплексной глубокой работы региональных библиотек в этом направлении, который, надеемся, будет интересен и полезен коллегам. Отметим, что при разработке программы формирования здорового образа жизни обязательно следует учитывать, что она должна быть комплексной. Это связано как со сложностью самого понятия «здоровый образ жизни», так и существованием множества факторов, воздействующих на здоровье человека.

Любая программа профилактики, в том числе, по формирования здорового образа жизни, не может строиться по принципу запретов, устрашения или отрицания. Тем не менее, во многих библиотеках уделяется внимание работе по профилактике алкоголизма, наркомании, но не ведется, или почти не ведётся, популяризация физической активности.

В настоящее время в педагогике ведётся интенсивный поиск путей совершенствования различных сторон образовательного процесса. По мнению Ю.К.Бабанского, эффективность педагогического процесса во многом зависит от условий, в которых он протекает. Педагогическое условия – это такая обстановка, которая ускоряет формирование и развитие педагогических явлений, процессов, систем, качеств личности и обеспечивается соответствующими факторами. Благодаря реализации педагогических условий эффективность организации профессионального обучения переходит от возможности к действительности.

Для создания и укрепления теоретической базы различными исследователями предлагается введение и совершенствование специализированных учебных дисциплин, например, создание курсов, направленных на обучение молодёжи различным практикам для улучшения здоровья, психоэмоционального состояния и формирования позитивного мышления [3].

Выводы. Для формирования ценностного отношения студентов к здоровью и факторам образа жизни необходимо организовать социально-профилактическую работу в вузе, которая может быть представлена системой следующих видов работы специалистов: - внеучебная деятельность – целенаправленная организация массовых физкультурно-оздоровительных мероприятий; - оказание социально-медицинской помощи студентам группы риска; - стимулирование всех участников образовательного процесса к ведению здорового образа жизни. Только при взаимодействии и проявлении активности всех участников образовательного процесса педагогического вуза можно решить проблему приобщения студентов к принятию здорового образа жизни и формирования ответственного отношения к своему здоровью [1]. Не менее важно внедрение в учебные планы вузов и сузов валеологии - учебной дисциплины об индивидуальном здоровье человека, о культуре сохранения и укрепления здоровья, которая «способствовала бы формированию у студенчества убеждения в том, что для каждого индивида здоровье является

основополагающей доминантой, на которую помимо различных условий окружающей среды влияют физическая и нравственная культура индивида, а также избранный им образ жизни, предполагающий активную жизненную позицию в борьбе за здоровье и самопомощь – решения и действия.

Список литературы

1. Братухина Л. П. Формирование здорового образа жизни студенческой молодежи. [Электронный ресурс]. URL: nsportal.ru (дата обращения 11.11.2020 г.)

2. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение» / Ю.П. Лисицын. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 512 с.

3. Павлов В. И. Формирование здорового образа жизни студенческой молодежи // Научно-теоретический журнал «Ученые записки», № 3(73), 2011. –132 с.

4. Усачёва Л. В. Формирование здорового образа жизни студенческой молодежи. [Электронный ресурс]. URL: infourok.ru (дата обращения 11.11. 2020 г.)