Материалы
Студенческой научно-практической конференции
в рамках Международной конференции

Научные и образовательные основы в физической культуре и спорте

2022

Выпуск 4
Медико-педагогические аспекты физической культуры и спорта



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

Екатеринбург, 2022

ISSN: 2782-6449

УДК 615.82, 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 (25 апреля 2022 г., Екатеринбург) Отв. ред. Тимофеева И.В.– ЕИФК (филиал) ФГБОУ ВО УралГУФК, Екатеринбург, 2022. – 44 с. – ISSN: 2782-6449

Сборник содержит научные тезисы студентов, написанных под руководством преподавателей кафедры теории и методики адаптивной физической культуры, а также приглашенных ученых. В предлагаемом сборнике представлены материалы докладов участников кафедральной научно-практической конференции, рассмотрены социальные проблемы в развитии адаптивного спорта, реабилитации.

Для специалистов в сфере адаптивной физической культуры, адаптивного спорта и реабилитации.

Материалы сборника размещаются на сайте **sport-ural.ru**

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 №8 от 29.03.2021), руководитель направления, к.пед.н. , доцент Тимофеева И.В.

© Екатеринбургский институт физической культуры (филиал) ФГБОУ ВО УралГУФК, 2022
© Авторы тезисов, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

Тимофеева И.В. Берников Я.М. ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ОРГАНЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ…..**4**

Тимофеева И.В. Брянцева Л.Н. ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ……...……**9**

Салимов М.И. Елтышев А.А. МЕТОДИКА КОРРЕКЦИИ ДВИГАТЕЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ……..……**12**

Репина А.И. Крылова В.В. ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЁННОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ…….**16**

Тимофеева И.В. Обухова А.А. ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ……..……**22**

Салимов М.И. Окунцева К.А. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ……..…**27**

Тимофеева И.В. Пехотина С.А. МЕТОДИКА АДАПТИВНОГО ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ 10-11 ЛЕТ С НАРУШЕНИЯМИ ОСАНКИ…….……**31**

Репина А.И. Чучалина Д.Н. МЕТОДИКА АДАПТИВНОГО ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА…….…**35**

Репина А.И. Чехович А.В. МЕТОДИКА АДАПТИВНОГО ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА……...……**40**

Тимофеева Ирина Владимировна, к. п. н., доцент
Берников Ярослав Михайлович, студент
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК, г. Екатеринбург

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ОРГАНЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Аннотация

Статья посвящена физической реабилитации после оперативного вмешательства на органы брюшной полости. Для оценки функционального состояния пациентов.

Ключевые слова

Оценка функционального состояния, физическая реабилитация, задачи физической реабилитации.

Хирургические вмешательства на органах брюшной полости применяются при ранениях, повреждениях и заболеваниях кишечника, желудка, печени, поджелудочной железы, селезенки, дефектах брюшной стенки. К оперативным вмешательствам на органах брюшной полости прибегают, когда консервативный метод лечения не даёт необходимых результатов.

На органах брюшной полости делают плановые операции, в особенностях, при хронических заболеваниях и экстренных, которые производятся при ранениях, травмах и острых заболеваниях. Операции проводят под общим наркозом (на желудке, желчных путях, при травмах) или под местным обезболиванием (аппендэктомия, грыжесечение).

Целью физической реабилитации пациентов, после оперативного вмешательства на органы брюшной полости, является максимально полное восстановление утраченных функций и/или их коррекция, а также улучшение качества жизни с имеющимися последствиями после операций. Основные методы реабилитации включают активную и пассивную лечебную гимнастику, в сочетании с правильным дыханием. В дополнение целесообразно применять лечебный массаж. Но возможность применения методов определяется состоянием больного, степенью

нарушения его физиологических функций, течением послеоперационного периода и установленным для больного двигательным режимом [1].

Главным последствием, после перенесенной операции на органы брюшной полости, является болевой синдром, который приводит к снижению амплитуды дыхательных движений и нарушению осанки. К нарушению осанки приводит пациент, который ходит слегка наклонившись вперед, голова и плечи опушены, живот поддерживают руками, чтобы уменьшить болезненность в операционной области во время движений. Все это в сочетании с ограниченной подвижностью в раннем послеоперационном периоде может служить причиной развития гипостатической пневмонии.

При планировании реабилитационных мероприятий необходимо учитывать индивидуальные адаптационные возможности каждого пациента, его физиологические, энергетические и личностные особенности. Именно поэтому целью данной работы является оценка функционального состояния пациентов, после оперативного вмешательства на органы брюшной полости, а также дальнейшая разработка плана физической реабилитации.

Задачами физической реабилитации является: максимально ранняя активизация дыхания, восстановление брюшного дыхания предупреждение образования спаек в брюшной полости, предупреждение застойных явлений в сердечно-сосудистой системе, дыхательном и пищеварительном аппарате.

При изучении проблем физического воспитания невозможно решить задачу в целом без оценки функционального состояния организма. Только комплексный учет данных обследования позволяет дать объективную оценку влияния изучаемого фактора на функциональное состояние испытуемого и результаты его «внешней» деятельности [2].

Чтобы получить полноценное представление о функциональном состоянии организма человека, надо исследовать ряд показателей, характеризующих различные стороны его жизнедеятельности. Для этого следует определение частоты сердечных сокращений (ЧСС), частоты дыхания (ЧД), измерение артериального давления крови (АД), жизненной ёмкости легких (ЖЁЛ), все эти измерения могут

дать много ценной информации для индивидуализации, оценки правильности построения занятий, определения функционального состояния организма.

Для оценки функциональной готовности к выполнению первичной или повторной физической работы, а также для определения ее переносимости применяют ряд простых функциональных тестов. Приступая к исследованию функций систем и органов человека, прежде всего, необходимо определить ряд показателей в покое. Это те исходные данные, на которые необходимо опираться в процессе исследования.

Исследование проведено на базе Городской клинической больницы №40 в хирургическом отделении г. Екатеринбурга. В исследовании принимали участие 5 пациентов в возрастной категории 60-65 лет с основным диагнозом желчно каменная болезнь. Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании [3].

Главными критериями для включения в исследование были пациенты, на раннем послеоперационном периоде, после оперативного вмешательства на органы брюшной полости, не имеющие стойких и грубых двигательных нарушений. Диагноз устанавливался врачом-хирургом. На основании анамнеза заболевания, данных осмотра, а также жалоб пациента мы проводили оценку функционального состояния больного.

Для исследования использовались тесты на оценку возбудимости симпатической и парасимпатической нервной системы (ортостатическая и клиностатическая проба), проба Штанге, а также проба Ромберга, для оценки статической координации. Полученные результаты первичной диагностики пациентов представлены ниже.

Таблица 1 - Оценка функционального состояния пациентов

№	Ортостатическая проба	Клиностатическая проба	Проба Штанге	Проба Ромберга
Пациент № 1	14	9	47	29
Пациент № 2	17	11	45	31
Пациент № 3	18	8	43	27
Пациент № 4	19	9	36	23
Пациент № 5	22	9	49	32

Первым тестом была простая ортостатическая проба, при нормальной возбудимости симпатического отдела вегетативной нервной системы пульс увеличивается на 12 – 18 уд/мин. Исходя из этого, по данным таблицы видно, в норму не попали пациент №4 и 5, мы можем сделать вывод, что у данных пациентов повышенная возбудимость.

Вторым тестом была клиностатическая проба, при переходе из вертикального в горизонтальное положение пульс замедляется на 4–12 ударов в минуту, исходя из этого видно, что у всех испытуемых нормальная активность парасимпатического отдела вегетативной нервной системы.

Третьим тестом была проба Штанге, средние величины для женщин – 40-45 сек, исходя из этого видно, что у пациентов № 2 и 3 показатели в норме, у остальных показателей ненамного, но хуже. С улучшением физической подготовленности в результате адаптации к двигательной гипоксии время задержки дыхания нарастает.

Четвертым тестом была проба Ромберга, у здоровых нетренированных лиц результат находится в пределах 30-50 секунд, исходя из этого видно, что пациенты № 2 и 5 в норме, а у остальных испытуемых показали неудовлетворительные.

На основании полученных данных мы определили, что физическая реабилитация пациентов на раннем послеоперационном этапе важна. Разработка методики ЛФК приведет не только к восстановлению двигательных функций, но и к адаптации в повседневной деятельности. С целью общетонизирующего влияния физических упражнений на организм больного целесообразно применять упражнения на мелкие и средние мышечные группы конечностей статического и динамического характера. Упражнения будут выполняться в исходном положении лежа, сидя, стоя, 1–2 раза в день, индивидуальным методом [4].

Таким образом, результаты исследования функционального состояния пациентов показали, что пациентам рекомендованы индивидуальные занятия, с целью не только проработки объемов движений в суставах, но и активного развития грудного и в последствии брюшного дыхания. Лечебная физическая культура в общем плане будет направлена на улучшение общего функционального состояния пациентов.

Список литературы

1. Бурханов А. И. Лечебная физическая культура [Электронный ресурс]: электрон. учеб. -метод. пособие / А. И. Бурханов, Т. А. Хорошева; ТГУ; Ин-т физической культуры и спорта; каф. "Адаптивная физическая культура".

2. Дмитриев, А.Е. Лечебная физкультура при операциях на органах пищеварения: учебное пособие/ А.Е. Дмитриев, А.Л. Маринченко- Москва, 2016г.

3. Пархотик, И.И. ЛФК при заболеваниях внутренних органов и нарушении обмена веществ: учебное пособие / И.И. Пархотик. - Казань., 2016г.

4. Попова, С.Н. Физическая реабилитация: Учебник для академий и институтов физической культуры / Под общей ред. проф. С.Н. Попова. – Ростов на Дону: издательствово "Феникс", 2018г. – 608 с.

Тимофеева Ирина Владимировна, к. п. н. доцент
Брянцева Лидия Николаевна, студентка
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК, г. Екатеринбург

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

Аннотация

Статья посвящена оценке функционального состояния сердечно -сосудистой системы пациентов, перенесших ишемический инсульт. Для разработки методики лечебной гимнастики, использовались основные двигательные тесты.

Ключевые слова

Ишемический инсульт, функциональные пробы, методика лечебной гимнастики.

Ишемический инсульт – клинический синдром, обусловленный острой фокальной церебральной ишемией, приводящей к инфаркту (зона ишемического некроза) головного мозга. Проблема мозгового инсульта приобретает все большую медикосоциальную значимость. Инсульт нередко оставляет после себя тяжелые последствия в виде двигательных, речевых и иных нарушений, значительно инвалидизируя пациентов и ухудшая качество их жизни [2].

По экспертным оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), инсульт занимает второе место в мире среди причин смертности. Так, в 2015 г. показатель смертности от инсульта составил более 6 млн человек. По данным Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации, ЦВЗ занимают второе место в структуре смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (39%), доля острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) в структуре общей смертности населения составляет 21,4%. В острый период инсульта летальность достигает 35%, и к первому году с момента развития заболевания умирают 50% больны/

В связи с этим овладение профессиональными навыками диагностики и лечения больных, перенесших ишемический инсульт, приобретает важное практическое значение. В настоящее время возникает необходимость новых способов физической реабилитации.

Целью исследования являлась оценка функционального состояния сердечно - сосудистой системы и разработка методика лечебной гимнастики для больных перенесших ишемический инсульт.

Исследование проводилось на базе Городской клинической больницы №40, города Екатеринбурга, в отделении неврологии.

В исследовании принимали участие 7 пациентов в возрасте от 55 ± 3 года, поступивших с диагнозом ишемический инсульт и сопутствующей патологией: у 14% пациентов был выявлен гемипарез легкой степени, у 57% умеренный гемипарез и у 29% гемипарез выраженной степени. Все пациенты дали согласие на проведение клинического исследования.

Были использованы следующие методы исследования: анализ научной литературы, анализ медицинской документации, метод педагогического наблюдения, а также функциональные пробы.

Для подбора объёма и интенсивности физической нагрузки пациентам, перенесшим ишемический инсульт, использовались основные функциональные пробы. Ортостатическая и клиностатическая - направленные на оценку состояния сердечно сосудистой системы. Проба измерения объема движения в суставах [1].

После проведения первичной диагностики получены следующие результаты: ортостатическая проба - в среднем значении показала, что частота сердечных сокращений у пациентов увеличилась на 19 уд/мин - это свидетельствует о плохой тренированности организма, отсюда следует что нужно больше времени уделять физическим упражнениям. Клиностатическая проба - в среднем у пациентов пульс уменьшился на 3 уд/мин - что говорит о пониженном тонусе парасимпатической системы. Измерение объёма движения в суставах: у 14% пациентов был выявлен гемипарез легкой степени, у 57% умеренный гемипарез и у 29% гемипарез выраженной степени.

По результатам проведения данных проб принималось решение о подборе объёма и интенсивности физической нагрузки при занятиях лечебной гимнастикой.

Отсюда следует, что физические упражнения должны быть небольшой интенсивности, лучший эффект будет достигнут за счет увеличения продолжительности, а не интенсивности занятия. Важным методическим приемом будет являться рассеивание нагрузки, для чего последовательно меняются упражнения на различные группы мышц. После упражнений для рук выполняются упражнения для спины, затем для ног, мышц шеи и т. д. Следует чаще чередовать и мышечные усилия: начинать занятие с более легких упражнений, затем выполнять более трудные, завершать дыхательными или же упражнениями для расслабления мышц [4]. В занятие включена активная или активно-пассивная суставная гимнастика, как средство профилактики контрактур. Занятия должны проводятся каждый день по 4 раза, 20-30 минут.

Особое внимание следует обращать на правильную дозировку физической нагрузки. По собственному самочувствию, наступлению утомления и реакции организма, а также по частоте пульса и дыхания [3]. Лучше, если стоимость нагрузки будет определяться по данным анализа вариабельности сердечного ритма.

Список литературы

1. Буйкова О. М. Функциональные пробы в лечебной и массовой физической культуре : учебное пособие / О. М. Буйкова, Г. И. Булнаева ; ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Курс лечебной физкультуры и спортивной медицины, Кафедра физического воспитания - Иркутск : ИГМУ, 2017. - 16-17 с.

2. Кадыков А. С. Реабилитация после инсульта / А. С. Кадыков, Н. В. Шахпаронова. - Москва: МИА, 2017. - 47 с.

3. Черкасова В. Г. Восстановление умственной и физической работоспособности после инсульта / методические рекомендации для неврологов, реабилитологов, врачей лечебной физкультуры, терапевтов, врачей общей практики / В. Г. Черкасова - Москва, 2016. - 27-28 с.

4. Шлык Н. И. Лечебная физическая культура при заболеваниях сердечно сосудистой системы: учебно-методическое пособие / Н. И. Шлык. - Ижевск: Изд-во «Удмуртский университет», 2014. - 9 с

Салимов Марат Ильдусович, к. п. н,. доцент
Елтышев Арсений Александрович, студент
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК, г. Екатеринбург

МЕТОДИКА КОРРЕКЦИИ ДВИГАТЕЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Аннотация.

В данной статье рассматривается проблема коррекции двигательного развития детей младшего школьного возраста с умственной отсталостью. На протяжении всей жизни человеку требуется двигательная активность. Это единственный способ поддержать функцию мышц и суставов в удовлетворительном состоянии. При помощи мышечной работы сохранить резервные возможности всего организма, в том числе сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем, что особенно важно для детей с умственной отсталостью. Двигательное развитие детей с таким синдромом будет являться одним из составляющих в их успешной социализации и адаптации в обществе.

Анализ литературы показал, что коррекции двигательного развития детей с умственной отсталостью уделяется недостаточное внимание, в основном внимание обращают на диагностику и медикаментозное лечение.

Ключевые слова: умственная отсталость, двигательное развитие, адаптация.

Актуальность работы. Умственная отсталость – это врожденная или приобретенная в раннем возрасте задержка, либо неполное развитие психики, проявляющаяся нарушением интеллекта, вызванная патологией головного мозга и ведущая к социальной дезадаптации.

По мнению Т.Ю. Логвиной, А.С. Самыличева (2001), С.П. Евсеева и других исследователей, решающее значение в решении проблемы интеграции и социализации детей с умственной отсталостью в жизни современного общества приобретает адаптивное физическое воспитание. Это объясняется следующими обстоятельствами: во-первых, АФВ позволяют проявляться личным качествам

умственно отсталых школьников; во-вторых, расширяют общение данных школьников с «нормальными» сверстниками; и, в-третьих, способствуют накоплению двигательного опыта и базы двигательных действий.

Цель исследования. Цель заключалась в разработке и обосновании методики коррекции двигательного развития для детей младшего школьного возраста с умственной отсталостью.

Организация исследования:

Исследование проводилось на базе кафедры теории и методики адаптивной физической культуры Екатеринбургского института физической культуры (филиал) ФГБОУ ВО УралГУФК.

Практическая часть исследования проводилась на базе Государственного бюджетного общеобразовательного учреждения Свердловской области «Екатеринбургская школа №1, реализующая адаптированные основные общеобразовательные программы» (отделение Специального олимпийского комитета СО).

В исследовании принимали участие 5 мальчиков (8-11 лет) с основным диагнозом – умственная отсталость.

Результаты первичной диагностики:

Тест 1. Бег 30 метров. Данное тестирование было направлено для определения развития скоростных способностей у детей с умственной отсталостью. Методика проведения. Тест 1 проводился на спортивной площадке. Перед началом проведения убедились, что место было подготовлено для проведения теста и предварительно сделана специальная разметка: линия старта, линия финиша. Между этими линиями расстояние составило 30 метров. При выполнении теста испытуемый вставал перед линией старта, так чтобы на неё не наступать. После команды «На старт! Внимание! Марш!» испытуемый выполнял бег на 30 метров. Время засекали с помощью секундомера сразу, как говорилась команда «Марш!» и останавливалось, когда испытуемый пересекал линию финиша.

Тест 2. Прыжок в длину с места. С помощью этого теста выявляли у детей с умственной отсталостью развитие силовых способностей. Методика проведения. Тест 2 проводился в спортивном зале. До начала проведения сделали разметку:

линию старта и от неё положили сантиметровую ленту размером 3 метра. По команде исследователя испытуемый вставал перед линией старта, не заступая её, и выполнял прыжок в длину с места. Разрешалось выполнить три попытки. Прыжок оценивался в сантиметрах и замерялся по касанию последней части тела приземления.

Тест 3. Подбрасывание мяча перед собой. Тест способствовал определению у детей координационных способностей. Методика проведения. Тест 3 проводили в спортивной зале. Испытуемый вытягивает руки перед собой и в течении 10 секунд подбрасывает мяч над собой.

Таблица 1 – Тест для выявления нарушения осанки

№ п/п	Содержание вопроса	Ответы	
1	Явное повреждение органов движения, вызванное врожденными пороками, травмой, болезнью	Да	Нет
2	Голова, шея отклонена от средней линии, плечи, лопатки, таз установлены не симметрично	Да	Нет
3	Выраженная деформация грудной клетки - грудь «сапож-ника», впалая «куриная» (изменение диаметров грудной клетки, грудина и мечевидный отрезок резко выступают вперед)	Да	Нет
4	Выраженное увеличение или уменьшение физиологической кривизны позвоночника	Да	Нет
5	Сильное отставание лопаток («крыловидные» лопатки)	Да	Нет
6	Сильное выступание живота (более 2 см от линии грудной клетки)	Да	Нет
7	Нарушение осей нижних конечностей (О-образные, Х-образные)	Да	Нет
8	Неравенство треугольников талии	Да	Нет
9	Вальгусное положение пяток	Да	Нет
10	Явное отклонение в походке: прихрамывающая, «утиная»	Да	Нет

Тест 4. Метание теннисного мяча. Тест способствовал определению у детей координационно-силовых способностей. Методика проведения. Тест 4 проводили на спортивной площадке. Ребенок становился перед разметкой, брал в руку мяч и выполнял метание на дальность. Давалось 3 попытки. В протокол фиксировался лучший результат. Методические указания. Следить за правильностью выполнения поставленной задачи, за ограничительную линию не заступать (в данном случает попытка не засчитывается).

Тест 5. Наклон вперёд в положении седа ноги врозь на полу. Тест способствовал определению гибкости. Методика проведения. Тест 5 проводили в спортивном зале. Испытуемый садился на пол, ноги врозь и пытался положить грудь

на пол. «5» — касание подбородком пола; «4» — касание лбом пола; «3» — касание лбом кулака, поставленного на пол.

5.Оценка функциональных показателей. Для выявления нарушения осанки, нами использовалась тестовая карта (Таблица 1).

Выводы: Данные исследования показали, что двигательное развитие и функциональное состояние (нарушение осанки) детей младшего школьного возраста с умственной отсталостью гораздо ниже показателей нормы. Следовательно, необходимо индивидуальное применение методики 3 раза в неделю для улучшения двигательных показателей и применение 2 раза в неделю комплекса ЛФК для улучшения функциональных показателей.

На основании анализа научно-медицинской литературы, проведённого исследования и функционального состояния испытуемых была разработана методика коррекции двигательного развития и комплекс лечебной физической культуры для коррекции нарушения осанки (ЛФК) для детей младшего школьного возраста с умственной отсталостью.

Список литературы

1. Анастази, А.В. Психологическое тестирование: учебное пособие / А.В. Анастази. -Москва: Педагогика, 2007. -205-316 с. – (Профессиональное образование). –ISBN 24-7654-78-8. –Текст: непосредственный.

2. Выготский, Л.С. Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства: собр. соч / Л.С. Выготский. -Москва: Педагогика, 1990. -257-321 с. – (Профессиональное образование). –ISBN 245-76436-86-8. –Текст: непосредственный.

3. Дмитриев, А.А. Коррекционно-педагогическая работа по развитию двигательной сферы учащихся с нарушением интеллектуального развития / А.А. Дмитриев. -Москва: Моск., 2004. -223 с. – (Профессиональное образование). –ISBN 346-7653-765-7. –Текст: непосредственный.

4. Добролюбов, Н.А. Ученики с медленным пониманием / Н.А. Добролюбов. -Москва: АПНРСФСР, 2004. -563 с. – (Профессиональное образование). –ISBN 363-6269-086-8 –Текст: непосредственный.

Репина Алла Ильинична, к. п. н., доцент
Крылова Виктория Вадимовна, студент
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК, г. Екатеринбург

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЁННОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

Аннотация

Статья посвящена разработке методики физической реабилитации пациентов на стационарном этапе восстановления, после перенесённого ишемического инсульта. При диагностике пациентов использовались основные функциональные тесты, направленные на оценку двигательных функций, навыков самообслуживания.

Ключевые слова: физическая реабилитация, ишемический инсульт, функциональные тесты.

Актуальность. Основной причиной инвалидности и смертности в нашей стране являются заболевания сердечно-сосудистой системы, из которых особое место занимает острое нарушение мозгового кровообращения - инсульт. Масштабность указанной проблемы подтверждается научными исследованиями последних лет, согласно которым летальность исхода при остром нарушении мозгового кровообращения в Российской Федерации составляет 21,4%, а инвалидизация после перенесенного инсульта достигает 3 человек на 10000 населения. Частота развития инсультов в молодом возрасте, в настоящее время, колеблется от 3 до 23 случаев на 10000 населения и тенденция к увеличению количества таких заболеваний продолжает иметь место.

По данным ряда ученых, трудоспособность и социальная активность восстанавливается у 15-20% постинсультных пациентов, у 30% - сохраняются стойкие остаточные изменения, а 50% таких больных нуждаются в организации особой системы реабилитации до конца жизни. По результатам исследований, высокий уровень инвалидизации постинсультных пациентов, прежде всего, обусловлен полной или частичной утратой двигательной активности.

Инсульт и его профилактика являются на сегодня наиболее актуальными медицинскими, социальными и психолого-педагогическими проблемами, а реабилитация постинсультных пациентов имеет государственное и социально-экономическое значение.

Одним из современных видов деятельности на всех этапах и периодах реабилитации, восстанавливающим качество движений и улучшающим физическую и функциональную работоспособность постинсультных пациентов является физическая реабилитация. Именно она способствует восстановлению нарушенных в результате заболевания движений, активизирует резервные возможности функциональных систем организма и адаптирует постинсультных пациентов к условиям внешней среды.

Каждый двухсотый взрослый житель Свердловской области заболевает инсультом, каждый тысячный - умирает. Четыре из пяти заболевших остаются инвалидами до конца жизни. В 2009 году инсультом заболели 14 640 свердловчан, в 2013 году эта цифра уже составила 16 310. При этом смертность снизилась с 4439 до 2984 человек.

Цель работы: проведение оценки функционального состояния и разработка методики физической реабилитации для пациентов, перенёсших ишемический инсульт на стационарном этапе восстановления.

Организация и методы исследования. Практическая часть исследования проводилась на базе Государственного автономного учреждения здравоохранения Свердловской области «ГКБ № 40 города Екатеринбург». В исследовании принимали участие 4 мужчины и 3 женщины в возрасте от 60 до 65 лет, с основным заболеванием - ишемический инсульт с правосторонним гемипарезом, среди сопутствующих заболеваний отмечается ГБ -2ст., ИБС -2 ФК, сахарный диабет.

В ходе исследования были использованы следующие методы:

1.Анализ научно-методической, специальной литературы, документальных материалов.

2.Педагогическое наблюдение.

3.Тестирование.

4.Беседа, опрос.

Анализ научно-методической, специальной литературы и документальных материалов позволил получить данные об этиологии, патогенезе и клинических формах ишемического инсульта, рассмотреть средства и методы физической реабилитации пациентов после инсульта на стационарном этапе восстановления, определить сопутствующие заболевания пациентов. В результате конкретизирована цель, задачи и методика исследования.

Педагогическое наблюдение проводилось в условиях стационарного лечения пациентов в возрасте 60 - 65 лет, перенёсших ишемический инсульт.

Тестирование. В процессе работы с пациентами мы использовали функциональные тесты, которые позволили нам определить двигательные возможности и способности организма пациентов, уровень его работоспособности. К таким тестам относятся:

1.Ортостатическая проба.

2.Клиностатическая проба.

3.Балл Оргогозо.

4.Динамометрия.

5.Проба Ромберга [5].

Беседа, опрос. В процессе работы с пациентами мы проводили опросы и беседы, в которых выясняли жалобы, обсуждали данные обследования, динамику заболевания, стадии течения болезни и план дальнейшего лечения. Опросы помогали собрать статистику заболевания.

Результаты и их обсуждение. Сравнивая результаты оценки двигательных функций пациентов с показателями нормы, мы пришли к выводу, что показатели ортостатической пробы составили - 24 уд/мин, что ниже нормы на 4 уд/мин.; результат клиностатической пробы - 15 уд/мин, что ниже нормы на 3 уд/мин.; балл Оргогозо - 78 баллов, что ниже нормы на 22 балла; динамометрия у мужчин - 15 кг правой рукой, что меньше нормы на 15 кг и 33 кг левой рукой, что выше нормы на 3 кг, у женщин - 8 кг правой рукой, что ниже нормы на 10 кг и 18 кг левой рукой, что соответствует норме, данные показатели обусловлены правосторонним гемипарезом; проба Ромберга - 1 проба - 7,3 с, что ниже нормы на 2,7 с, 2 и 3 проба оказались отрицательными, пациенты выполнить не смогли.

Оценка двигательных функций показала, что двое пациентов могут себя частично обслуживать, пять пациентов нуждаются в помощи медицинского персонала. Все показатели испытуемых, являются ниже физиологической нормы. В соответствии с полученными результатами и с учётом основного заболевания - ишемического инсульта с правосторонним гемипарезом, и сопутствующих заболеваний, мы разработали практические рекомендации для данных пациентов.

Таблица 1-Результаты исследования

Тест		В начале исследования	Показатели нормы
Ортостатическая проба, уд/мин		24	не более 20
Клиностатическая проба, уд/мин		15	не более 12
Балл Оргогозо, балл		78	100
Динамометрия, кг (правая рука)		Мужчины - 15; Женщины - 8.	Мужчины - 30; Женщины - 18.
Динамометрия, кг (левая рука)		Мужчины - 33; Женщины - 18.	Мужчины - 30; Женщины - 18.
Проба Ромберга, с	1	7,3	10
	2	0	10
	3	0	10

В методику физической реабилитации на стационарном этапе восстановления, пациентам необходимо включить:

1.Средства эрготерапии, для улучшения мелкой моторики, для формирования навыков самообслуживания (чистить зубы, одеваться, ходить в туалет и др.) [1].

2.Упражнения для формирования техники ходьбы (ходьба по следовой дорожке, ходьба по беговой дорожке и др.)

3.Лечение положением для формирования правильной позотонической реакции паретичных конечностей (исходное положение - лёжа на спине. Паретичную конечность больного уложить в «корригирующее положение» - противоположное гемиплегической контрактуре. Руку поместить на подушку так, чтобы плечевой сустав и вся верхняя конечность находилась на одном уровне в горизонтальной плоскости, и отвести в сторону на 30-40°. В последующем угол отведения доводить до 90°. Между туловищем и плечом положить ватно-марлевый валик или мешочек с песком. Предплечье разогнуто и супинировано. Пальцы кисти разогнуты, большой палец отведен. На ладонь и пальцы поместить груз 1кг. Груз удерживать от 15 минут до 1 часа. Затем кисть и пальцы фиксировать в разогнутом положении с помощью лонгетки. Под коленный сустав паретичной конечности

подложить валик высотой 20 см. Стопа разогнута по углом 90°, находится в упоре о деревянный ящик или фиксирована гипсовой лонгеткой. Для предотвращения супинации бедра снаружи - под бёдра, голени и стопы уложить длинный мешочек с песком. При положении больного на здоровом боку паретичная нога должна быть согнута в тазобедренном и коленном суставах, а рука выпрямлена вдоль туловища. Лечение положением целесообразно проводить 2 раза в день по 30-45 минут непосредственно после окончания занятия лечебной гимнастикой. При появлении жалоб на онемение, неприятные ощущения, боль надо менять положение конечности. Укладку паретичных конечностей не рекомендуется сохранять во время приема пищи и в период послеобеденного отдыха) [2].

4.Дыхательную гимнастику с акцентом на медленный длительный выдох необходимо включать для предотвращения возможных осложнений дыхательной системы, для увеличения подвижности грудной клетки. Также медленный длительный выдох улучшает венозный отток и облегчает работу сердца.

5.Активные и пассивные упражнения для восстановления мышечно-суставной чувствительности, для активизации проводимости нервных путей (упражнения направлены на растяжение мышц. Движения в каждом суставе нужно повторять по 10-15 раз за одно занятие. Все движения выполняются плавно, в медленном темпе. Больной не должен испытывать болевых ощущений, надо поочередно «прорабатывать» каждый сустав, сгибая и разгибая конечность во всех плоскостях. Нагрузка должна быть равномерной, без резких скачков, так как пациенты имеют сахарный диабет, гипертоническую болезнь ишемическую болезнь сердца. Амплитуда движений сначала небольшая, в ходе занятий постепенно увеличивается).

6.Идеомоторные упражнения, для создания новых нейронных связей (представление техники ходьбы и др.).

7.Массаж для снижения спастичности в паретичных конечностях, для снижения болевых ощущений, для улучшения кровообращения и оттока лимфы (продолжительность первых процедур варьируется от 5 до 10 минут, постепенно увеличивается с 10 до 30 минут. Используемые приемы: различные виды

поверхностного поглаживания, лёгкие растирания, непрерывная вибрация. Противопоказаны любые ударные приемы) [3].

8.Тренажёры, для улучшения кровообращения в паретичных конечностях (по мере адаптации пациента к нагрузке, спустя 10-14 дней, рекомендовано использовать тренажёры, такие как, ручные и ножные мотомеды, стабилоплатформа и др.).

Выводы: Методика физической реабилитации пациентов всегда должна быть построена с учётом индивидуальных возможностей пациента, а также с учётом основного дефекта и сопутствующих заболеваний. Результат применения методики должен быть оценён при помощи функциональных тестов.

Список литературы

1.Верещагин, Н.В. Инсульт. Принципы диагностики, лечения и профилактики / Н.В. Верещагин, М.А. Пирадов, З.А. Суслина, Москва: Интермедика, 2002. - 202 с. ISBN: 5-89720-057-2. – Текст: непосредственный.

2.Епифанов, В.А. Лечебная физическая культура. Справочник / В.А. Епифанов, Москва: Медицина, 1987. - 528 с. ISBN 978-91902-033-2. – Текст: непосредственный.

3.Кадыков, А.С. Реабилитация после инсульта / А.С. Кадыков, Москва: «Миклош», 2003. - 176 с. ISBN 5-900518-05-1030-099-2. – Текст: непосредственный.

4.Столярова, Л.Г. Реабилитация больных с постинсультными двигательными расстройствами / Л.Г. Столярова, Г.Р. Ткачёва, Москва: Медицина, 1978. - 216 с. ISBN 2014-23072018-63. – Текст: непосредственный.

5.Ткачёва, О.Н. Клинические тесты в гериатрии: Методические рекомендации / Под ред. О.Н. Ткачёвой. – Москва: Прометей, 2019. - 62с. ISBN 978-5-907166-53-0. – Текст: непосредственный.

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

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Аннотация

Статья посвящена актуальной проблеме – физическая реабилитация пациентов, перенесших ишемический инсульт. В статье представлены методы обследования и объективные балльные шкалы, позволяющие количественно оценить степень нарушения двигательных функций у больных, перенесших ишемический инсульт на стационарном этапе реабилитации. Описаны результаты первичного исследования по функциональным тестам. Показатели шкал использованы для разработки методики лечебной гимнастики для лиц, перенесших ишемический инсульт.

Ключевые слова: ишемический инсульт, функциональные тесты, шкалы, двигательные нарушения, стационарный этап реабилитации.

Инсульт – внезапно развивающееся острое нарушение мозгового кровообращения, сопровождающееся общемозговыми и/или очаговыми поражениями головного мозга. В наше время инсульт представляет вторую по частоте причину смертности среди населения и ведущую причину инвалидности. Ежегодно в России регистрируется более 450 тысяч случаев инсульта, при этом летальный исход наступает у 34,6%; тяжелая инвалидность с потребностью постоянного ухода имеются у 20% пациентов, перенесших инсульт; ограничена трудоспособность у 56% и только 8% возвращаются к своей прежней трудовой деятельности [3]. Ишемические инсульты составляют 70-85% от всех случаев инсульта, геморрагические инсульты – 15-20%. Соотношение частоты ишемических и геморрагических типов инсульта составляет 4:1 [1,5].

Целью физической реабилитации пациентов, перенесших инсульт, является максимально полное восстановление утраченных функций и/или их коррекция, а

также улучшение качества жизни с имеющимися последствиями инсульта. Основные методы реабилитации включают активную и пассивную лечебную физическую культуру, в сочетании с дыхательной гимнастикой. В дополнение целесообразно применять лечение положением, при необходимости используется лечебный массаж.

Главным последствием у пациентов, перенесших инсульт, являются двигательные нарушения. Сложность в восстановлении утраченных функций и тяжелая инвалидизация указывают на то, что нужно усовершенствовать реабилитационные мероприятия, помимо этого нужна социальная реабилитация, психологическая помощь, адаптация к окружающей действительности [2]. При планировании реабилитационных мероприятий необходимо учитывать индивидуальные адаптационные возможности каждого пациента, его физиологические, энергетические и личностные особенности [1]. Именно поэтому целью данной работы является оценка функционального состояния пациентов, перенесших инсульт, а также дальнейшая разработка плана физической реабилитации [4].

Исследование проведено на базе Городской клинической больницы №40 в неврологическом отделении г. Екатеринбурга. В исследовании принимали участие 5 пациентов в возрастной категории 58-67 лет с основным диагнозом ишемический инсульт с левосторонним гемипарезом. Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании.

Главными критериями для включения в исследование были: пациенты, на раннем восстановительном периоде, после перенесенного инсульта, не имеющие стойкие грубые двигательные нарушения, находящиеся на стационарном этапе. Диагноз устанавливался врачом-неврологом. На основании анамнеза заболевания, данных неврологического осмотра, а также жалоб пациента мы проводили оценку функционального состояния больного.

Комплекс исследования включал оценку спастичности по шкале Ашворт, шкала оценки двигательного дефицита (Zacharia), шкала Рэнкин, позволяющая оценить независимость и инвалидизацию пациентов, индекс мобильности Ривермид. После исследования и проведения всех, представленных выше, шкал мы проводили

измерения объема движений в паретичных конечностях. Полученные результаты первичной диагностики пациентов представлены ниже.

Таблица 1 - Оценка функционального состояния больного

№	Шкала двигательного дефицита (Zacharia)	Шкала Рэнкин	Шкала Ашворт	Шкала Ривермид
Пациент № 1	4 (балла)	2 (балла)	0 (баллов)	6 (баллов)
Пациент № 2	3 (балла)	3 (балла)	1 (балл)	5 (баллов)
Пациент № 3	2 (балла)	4 (балла)	2 (балла)	4 (балла)
Пациент № 4	2 (балл)	4 (балла)	1 (балл)	5 (балла)
Пациент № 5	3 (балла)	3 (балла)	0(баллов)	5 (баллов)
Норма	5 (баллов)	0 (баллов)	0 (баллов)	Более 8 (баллов)
Среднее	2,8 балла	3,2 балла	0,8 балла	5 баллов

Анализируя представленные данные, следует отметить, что у всех испытуемых неврологическая симптоматика выражалась в виде двигательных нарушений левостороннего гемипареза со средним значением баллов 2,8 по шкале оценки двигательного дефицита (Zacharia). Для оценки степени инвалидизации использовалась шкала Рэнкин. Данная шкала может варьироваться в отношении функционирования пациента, то есть в процессе реабилитации оценка по шкале может сильно меняться от тяжелых нарушений - 5 баллов до отсутствия существенных нарушений – 0 баллов. Средний балл Рэнкин в нашем исследовании составил 3,2 балла, к тому же пациенты не могли стоять без опоры или посторонней помощи. Для определения мышечного тонуса использовали шкалу Ашворт. Модифицируемая шкала представляет собой оценку степени спастичности по пяти категориям (от 0 до 4), где 0 баллов указывает на отсутствие повышенного тонуса, а 4 балла говорят о неспособности паретичной конечности к полному сгибанию и разгибанию, во время пассивного движения. По степени выраженности спастичности в паретичной руке у пациентов средний балл составил – 0,8 балла, что указывает на легкое повышение мышечного тонуса, сопровождающееся на протяжении всего объема движений, при этом пассивные движения не были затруднены.

С помощью шкалы мобильности Ривермид, мы оценивали способность пациента к различным сторонам активности, после перенесенного инсульта. Значение шкалы представляет собой тест из 15 пунктов – навыков, где 0 баллов – это невозможность самостоятельного выполнения произвольных движений, 15

баллов – возможность пробежать 10 м. (для пациентов с инсультом достаточно набрать от 8 баллов). Средний балл составил 5 баллов, что указывает на возможность пациента к самостоятельному вставанию, стоянию и возможности к перемещению.

Таблица 2 - Измерение объема движений в суставах

Пациент	Плечевой сустав	Локтевой сустав	Лучезапястный сустав	Тазобедренный сустав	Коленный сустав	Голеностопный сустав
№1	115°/0°/30°	75°/0°/140°	42°/0°/37°	96°/0°/167°	61°/0°/174°	118°/0°/73°
№2	100°/0°/25°	70°/0°/146°	40°/0°/34°	105°/0°/150°	67°/0°/175°	125°/0°/76°
№3	98°/0°/17°	94°/0°/136°	25°/0°/27°	117°/0°/152°	100°/0°/165	108°/0°/82°
№4	100°/0°/23°	97°/0°/135°	25°/0°/22°	112°/0°/160°	100°/0°/165	110°/0°/82°
№5	110°/0°/32°	82°/0°/145°	40°/0°/30°	105°/0°/166°	74°/0°/178°	115°/0°/76°
Норма	180°/0°/40°	40°/0°/180°	75°/0°/65°	75°/0°/180°	40°/0°/180°	130°/0°/70°
X	105°/0°/°25	84°/0°/140°	34°/0°/30°	107°/0°/159°	80°/0°/171°	115°/0°/77°

С помощью гониометра мы измерили объем движений в суставах паретичных конечностей. Измерение производилось в саггитальной плоскости, на сгибание и разгибание суставов. Средние значения верхней паретичной конечности составляют: плечевой сустав - 105°/0°/°25, что является умеренным ограничением; локтевой сустав - 84°/0°/140° и лучезапястный сустав - 34°/0°/30°, составляют незначительное ограничение. По данным значениям можно сказать, что у пациентов умеренное ограничение движений идет в плечевом суставе, что может сопровождаться болевыми ощущениями. По результатам гиниометрии нижних конечностей присутствуют незначительное ограничение в тазобедренном суставе - 107°/0°/159°; коленном суставе - 80°/0°/171°; голеностопном суставе - 115°/0°/77°.

Следующим этапом исследования стала разработка методики лечебной гимнастики для данных испытуемых с целью восстановления и/или коррекции утраченных функций, а также улучшение качества жизни.

На основании полученных данных мы определили, что реабилитация пациентов на стационарном этапе важна на ранних стадиях, после перенесенного инсульта. Разработка методики лечебной гимнастики приведет не только к восстановлению двигательных функций, но и к адаптации в повседневной деятельности. Лечебная гимнастика и реабилитационные мероприятия в большей степени будут направлены на развитие и коррекцию двигательной сферы пациента, что обусловлено тем, что двигательные нарушения затрудняют навыки

самообслуживания, а при неравномерном восстановлении отдельных мышц конечностей приведет к развитию патологического паттерна движений.

Таким образом, результаты исследования показали, что пациентам рекомендованы индивидуальные занятия. Лечебная физическая культура в общем плане будет направлена на улучшение общего функционального состояния пациентов.

Список литературы

1. Воскресенская, О.Н. Реабилитационный потенциал инвалидов с последствиями церебрального инсульта и влияние на него факторов, характеризующих организацию реабилитационной помощи/ О.Н. Воскресенская // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2012. №8. С. 25-30.

2. Гусев, Е.И. Современные представления о лечении острого церебрального инсульта/ Е.И. Гусева, В.И. Скворцова // Consilium Medicum, 2000. - 160 с.

3. Количественная оценка двигательных нарушений и ограничений жизнедеятельности у больных после мозгового инсульта, черепно-мозговой травмы / Инструкция по применению / Л.С. Гиткина, В.Б. Смычек, Т.Д. Рябцева и др. // НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации.–Минск, 2003–18 с.

4. Косивцова, О.В. Ведение пациентов в восстановительном периоде инсульта/ О.В. Косивцова // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014. № 4. С. 101-105.

5. Никифоров, А.С. Общая неврология – 2-е изд., испр. и доп./ А.С. Никифорова, Гусев Е.И., – М.: ГОЭТАР – Медиа, 2015. –54 с.

Салимов Марат Ильдусович, к. п. н., доцент
Окунцева Ксения Алексеевна, студент
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК, г. Екатеринбург

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Аннотация

Статья посвящена проблеме развития координационных способностей учащихся младшего школьного возраста с умственной отсталостью. В статье рассматривались методические приемы для развития координационных способностей учащихся младшего школьного возраста с умственной отсталостью.

Ключевые слова: умственная отсталость, координационные способности, дети младшего школьного возраста.

Актуальность работы. Установлено, что основным нарушением в двигательной сфере умственно отсталых детей является расстройство координации движений, что тормозит развитие координационных способностей, необходимых в учебной, трудовой, бытовой, спортивной деятельности. На сегодняшний день установлено, что из всех заболеваний человека умственная отсталость считается наиболее встречающимся и тяжелым нарушением развития. По сведениям Всемирной организации здравоохранения и Минобразования РФ из 600 тысяч учащихся специальных (коррекционных) школ 60% составляют дети с интеллектуальными отклонениями [1]. Специалисты, занимающиеся изучением данной категории людей, определяют умственную отсталость не как болезнь, а как состояние психического недоразвития, характеризующееся многообразными признаками, как в клинической картине, так и в комплексном проявлении физических, психических, интеллектуальных, эмоциональных качеств [3].

Данная патология кроме интеллектуальной недостаточности и нарушенной познавательной деятельности влечет за собой снижение в уровне развития

двигательных способностей. Расстройство координации движений – основное нарушение двигательной сферы детей с интеллектуальными отклонениями.

И простые, и сложные движения 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 - соразмерить усилие, в четвертом - точно воспроизвести заданный ритм движения. Проявление координации многолико и всегда выражается в качестве выполнения упражнения, т.е. насколько точно оно соответствует поставленной задаче. Но техника физических упражнения имеет не одну, а несколько характеристик: временную (время движения, темп), пространственную (исходное положение, поза, перемещение тела и его звеньев в пространстве по направлению, форме, амплитуде, расстояния), пространственную - временную (скорость, ускорение), динамическую (мышление, усилия), ритмическую (соразмерность усилий во времени и пространстве) [2].

Цель исследования. Коррекция координационных способностей учащихся младшего школьного возраста с умственной отсталостью на занятиях по адаптивному физическому воспитанию.

Результат исследования. Исследование проведено на кафедре теории и методики адаптивной физической культуры Екатеринбургского института физической культуры (филиала) ФГБОУ ВО «УралГУФК» по адресу: г. Екатеринбург, ул. Шаумяна, 85 и на базе государственного бюджетного общеобразовательного учреждения Свердловской области «Асбестовская школа – интернат, реализующая адаптированные основные общеобразовательные программы», в городе Асбесте, по адресу улица Советская, дом 4.

Таблица 1 – Норма показателей координационных способностей у детей младшего школьного возраста с умственной отсталостью

Тесты	♂	♀
«Челночный бег (3х10 м)» (с).	9,5	9,2
Прыжок в длину с места (см)	150	140
Сгибание разгибание рук в упоре лежа (кол-во раз)	16	12
«Поза «Ромберга»» (с)	28	28

Основными компонентами координационных способностей являются способности к ориентированию в пространстве, равновесию, реагированию, дифференцированию параметров движений, способности к ритму, перестроению

двигательных действий, вестибулярная устойчивость, произвольное расслабление мышц. В специальной литературе есть информация о норме показателей координационных способностей

Проявление координационных способностей зависит от целого ряда факторов, а именно:1) способности человека к точному анализу движений; 2) деятельности анализаторов и особенно двигательного; 3) сложности двигательного задания; 4) уровня развития других физических способностей (скоростные способности, динамическая сила, гибкость и т.д.); 5) смелости и решительности; 6) возраста; 7) общей подготовленности занимающихся (т.е. запаса разнообразных двигательных умений и навыков) и др.

Для развития координационных способностей используются следующие методические приемы: новые элементы в изучаемом упражнении (изменение исходного положения и т.п.); симметричные и асимметричные движения; упражнения на расслабление; упражнения на способность реагировать (сигналы разной модальности на слуховой и зрительный анализаторы); упражнения на укрепление вестибулярного аппарата (повороты, наклоны, вращения и т.п.); упражнения на точность распознавания мышечных усилий, временных отрезков и расстояния; упражнения на различие зрительных и слуховых сигналов по силе, расстоянию, направлению; ритмические упражнения (под музыку, голос и т.п.); задания на ориентацию в пространстве по тактильным, зрительным, слуховым ощущениям; упражнения на мелкую моторику рук (жонглирование предметами, пальчиковая гимнастика и т.п.); упражнения в парах и группах, которые требуют согласованности выполняемых движений [2].

Выводы. У детей с умственной отсталостью имеют нарушения в двигательной сфере. Ведущие нарушение двигательной сферы у таких детей – расстройство координации движений. Развитие координации является важным компонентом процесса адаптивного физического воспитания в специальных (коррекционных) школах и требует комплексного подхода в поборе методов и средств для решения задач коррекционной и развивающей направленности. Координационные способности характеризуют три основных вида; нервная, мышечная и двигательная координация. Мышечная координация - согласованное

напряжение и расслабление мышц, в результате чего становятся возможным движение. Нервная координация - следует понимать сочетание нервных процессов, приводящих к решению двигательной задачи. Двигательная координация - согласованное сочетание движений отдельных звеньев тела в пространстве и во времени, соответствующие двигательной задаче, текущей ситуации и функциональному состоянию организма.

Анализ существующих методик по проблеме развития координационных способностей у детей с умственной отсталостью показал, что, несмотря на многообразие средств, и методов развития координационных способностей, данная проблема на сегодняшний день остается нерешенной.

Список литературы

1. Болдырева, В.Б. Развитие координационных способностей умственно отсталых детей 9-11 лет средствами физического воспитания/ В.Б.Болдырева, А.Ю.Кейно, П.В.Грицкова.- Тамбов, 2017.-152с.

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

3. Токарская, Л. В. Теория и методика физического воспитания детей и подростков с умственной отсталостью: учебное пособие для среднего профессионального образования / Л. В. Токарская, Н. А. Дубровина, Н. Н. Бабийчук. — Москва: Издательство Юрайт, 2020. — 190 с.

Тимофеева Ирина Владимировна, к.п.н., доцент
Пехотина Светлана Андреевна, студент
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК, г. Екатеринбург

МЕТОДИКА АДАПТИВНОГО ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ 10-11 ЛЕТ С НАРУШЕНИЯМИ ОСАНКИ

Аннотация

Статья посвящена проблемам адаптивного физического воспитания детей 10-11 лет с нарушениями осанки. Определено влияние адаптивного физического воспитания на формирование правильной осанки. Дана оценка эффективности адаптивного физического воспитания при нарушениях осанки детей 10-11 лет.

Ключевые слова: осанка, нарушение осанки, адаптивное физическое воспитание.

Актуальность. Специалисты бьют тревогу: нарушение осанки у человека с каждым годом становится все более распространенным явлением. [На протяжении последних 5 лет сохраняется устойчивая тенденция к росту патологии костно-мышечной системы среди детского населения России. По данным специалистов СПб ПМА в 2020 году практически здоровые дети 10-11 лет составили 3,7%, дети с нарушением осанки около 80%, с плоскостопием-40%, разновеликостью нижних конечностей более 1 см-22,9%.] [1].

В последнее время увеличилось количество изданий, посвященных этой теме.

В книге «Физкультура, формирующая осанку» автор Ю.И. Курпан доступно рассказывает о правильной осанке, о том, как ее сохранить, какие бывают нарушения осанки. Предлагается много различных комплексов упражнений для коррекции нарушений осанки и для укрепления мышечного корсета [4].

Книга И.С. Винтовкиной «Девочке-подростку» эта же тема излагается просто и занимательно. Здесь доступно даны основные понятия, рекомендации по формированию правильной осанки в режиме дня, начиная с утренней гигиенической

гимнастики. Предлагаются специальные упражнения на осанку, которые могут выполнять как мальчики, так и девочки.

В издании «Гимнастика с методикой преподавания» авторы рекомендуют уделять постоянное внимание формированию правильной осанки, особенно в детском возрасте. Отмечается обязанность учителя адаптивной физической культуры постоянно следить за осанкой детей и применять на уроках адаптивной физической культуры упражнения, формирующие правильную осанку.

Таким образом, подробно изучив специальную литературу по проблеме сохранения правильной осанки, я пришла к выводу, что адаптивное физическое воспитание для детей 10-11 лет с нарушениями осанки - одна из важных и актуальных проблем.

Цель. Основной целью исследования являлось коррекция осанки и улучшение физического развития с помощью адаптивной физической культуры у детей 10-11 лет с нарушениями осанки.

Результаты исследования. Теоретическое исследование проведено на кафедре теории и методики адаптивной физической культуры Екатеринбургского института физической культуры (филиала) ФГБОУ ВО «Урал ГУФК» по адресу: г. Екатеринбург, ул. Шаумяна, 85.

Наше исследование осуществлялось на базе Санаторной Школы-интерната №28 г. Екатеринбург, ул. Ферганская, 22.

В исследовании приняли участие учащиеся начальных классов с нарушениями осанки в количестве 10 человек.

В результате исследования функциональных возможностей детей младшего школьного возраста с нарушениями осанки, нами были получены следующие результаты, которые отражены в таблице.

При тесте наклон корпуса вперед наблюдается незначительное отклонение от нормы на 4,7%. Удержание поднятого туловища лежа на животе результат у всех ниже нормы на 8,3%. При выполнении теста на оценку мышц брюшного пресса показатели ниже нормы на 10%. Результат оценки развития мышц шеи ниже нормы на 5,7%. Оценка функционального состояния показала, что все показатели тестов

ниже нормы от 4,7% до 10%, таким образом выявлено, что у детей мышечная гипотония спины. Гибкость позвоночника снижена.

Тесты	X (среднее знач.)	Норма
Результаты оценки подвижности позвоночника при наклоне корпуса вперед (см)	-4,1	-4,3
Способность к длительному напряжению мышц спины при удержании поднятого туловища лежа на животе (секунды)	55	60-90
Оценка развития мышц брюшного пресса при поднимании туловища из положения лежа на спине (кол-во повторений/мин)	18	20
Оценка развития мышц шеи при поднимании головы лежа на спине (секунды)	33	35

Основная задача адаптивного физического воспитания – профилактика и коррекция осанки. В результате занятий адаптивным физическим воспитанием активизируется крово- и лимфообращение, исправляется осанка.

Занятие является групповым. Преподаватель демонстрирует упражнения и, при необходимости, помогает их выполнить. На протяжении всего занятия преподаватель следит за состоянием занимающихся.

Занятие длится 40 минут по 3 раза в неделю. Во время занятий могут применяться упражнения с использованием предметов (гимнастические мячи, скакалки, палки, скамейки, стенки) или без них.

В вводной части урока подготавливаем детей к физической нагрузке. В основной части урока даем упражнения с акцентом на коррекцию осанки. Заключительная часть урока направленна на восстановление дыхания, частоты сердечных сокращений после интенсивной двигательной активности.

Вывод.

1. Под правильной осанкой понимается так называемая основная стойка, при которой равновесие тела длительно удерживается без значительного мышечного усилия, позвоночный столб сохраняет нормальные физиологические кривизны. Правильная осанка – это не просто внешняя эстетика тела человека, но и залог здоровья позвоночника. А значит, и многих других органов и систем организма.

Нарушения осанки – это любое отклонение туловища от естественного положения вследствие нарушения физиологических изгибов позвоночника (сглаживания или наоборот усиления) [3].

2. Нарушения осанки не считается болезнью. Однако являются прямой предпосылкой для развития серьезных болезней. Например, сколиоз, патологический кифоз и патологический лордоз. Многие другие болезни опорно-двигательного аппарата также могут быть спровоцированы «банальными» нарушениями осанки.

3. Изучив методы и средства коррекции нарушений осанки, можно сделать вывод, что самым действенным средством коррекции и устранения недостатков в осанке служат физические упражнения. Комплексы корригирующей гимнастики составляются в зависимости от особенностей возрастного развития и степени патологии осанки детей. Занятия адаптивным физическим воспитанием способствуют усиленному кровоснабжению и питанию работающих мышц, костей и связок. В результате этого происходит увеличение массы и сил мышц, укрепление сухожилий и связок, направленное на устранение имеющихся нарушений со стороны физического развития.

Список литературы

1. Кашин А.Д., Сколиоз и нарушения осанки. / Кашин А.Д. 1998.- 234 с.

2. Коновалова И.А., «Обследование и коррекция осанки у детей школьного возраста». Сборник Физическое воспитание школьного возраста / Коновалова И.А., Бурчик Л.К. / Новокузнецк, 1998г. – 123 с.

3. Котешева И.А., Лечение и профилактика нарушений осанки / Котешева / И.А. – М.: Издательство ЭКСМО, 2002. – 208 с.

4. Курпан Ю.И., Физкультура, формирующая осанку / Ю.И. Курпан / -М.: Физкультура и спорт, 1990. – 32с.

Репина Алла Ильинична, к.п.н., доцент
Чучалина Дарья Николаевна, студент
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК, г. Екатеринбург

МЕТОДИКА АДАПТИВНОГО ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Аннотация

Данная статья посвящена проблеме развития адаптивного физического воспитания детей младшего школьного возраста с расстройством аутистического спектра. В работе рассматривается статистика расстройства аутистического спектра в России. Выявлена необходимость использования методов физического воспитания при расстройстве аутистического спектра.

Ключевые слова: расстройство аутистического спектра, адаптивное физическое воспитание, расстройство аутистического спектра у детей.

Актуальность работы. В настоящее время особую актуальность обретает проблема социальной адаптации детей с расстройствами аутистического спектра. За последнее десятилетие количество детей с аутизмом выросло в десятки раз. Проблема их социальной адаптации стала предметом особого внимания многих наук.

На сегодняшний день аутизм является довольно распространенным явлением. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, детский аутизм диагностируется ежедневно каждые 20 минут, а ежегодно число детей с аутизмом увеличивается на 13 %. У мальчиков заболевание встречается гораздо чаще, чем у девочек. Среди детей мужского пола аутистов в пять раз больше, чем среди детей женского пола. В мире аутизмом страдает более 10 миллионов человек. Ученые прогнозируют, что к 2020 г., каждый 30-й житель планеты будет иметь данный диагноз, а к 2025 уже каждый второй. А ведь ещё 2015 г., т.е. три года назад каждому 88-му человеку ставился данный диагноз. В Америке и Европе эта

проблема появилась давно. Поэтому для таких людей создаются условия, которые позволяют им быть полноценными членами общества[2].

Педагогическое наблюдение показало, что у детей с аутизмом задерживается формирование навыков как крупной, так и мелкой моторики, навыков бытовой адаптации, освоение обычных, необходимых для жизни действий с предметами. В развитии основных движений у таких детей следует отметить тяжёлую порывистую походку, импульсивный бег с особым ритмом, со стереотипными перемежениями, застыванием, с широким размахом рук, на цыпочках. Движения детей могут быть вялы или, напротив, напряжённо скованы, механистичны, с отсутствием пластичности, действия рук и ног плохо скоординированы. Недостаточная координация движений присутствует и в прыжках, что проявляется в невозможности одновременного отталкивания двумя ногами. Для детей также трудными являются упражнения, связанные с сохранением равновесия и с пространственной ориентировкой [1].

Цель исследования. Улучшение физического состояния детей младшего школьного возраста с расстройством аутистического спектра.

Результаты исследования. Исследование проведено на кафедре теории и методики адаптивной физической культуру Екатеринбургского института физической культуры (филиала) ФГБОУ ВО « УралГУФК» по адресу г. Екатеринбург, ул. Шаумяна, 85 и на базе Екатеринбургской детской школы искусств № 4 «АртСозвездие» по адресу: г.Екатеринбург, ул. Амундсена 68а.

Расстройство аутистического спектра – это группа психических заболеваний, характеризующихся искажением процесса развития с дефицитом коммуникативных способностей, поведенческими и двигательными стереотипиями[5].

Адаптивное физическое воспитание – это процесс формирования у инвалидов и людей с отклонениями в состоянии здоровья комплекса специальных знаний, жизненно и профессионально необходимых двигательных умений и навыков. Адаптивное физическое воспитание направлено на развитие широкого круга основных физических и специальных качеств, повышение функциональных возможностей различных органов систем человека, на более полную реализацию его генетической программы и, наконец, на становление, сохранение и использование

оставшихся в наличии телесно-двигательных качеств инвалида. Адаптивное физическое воспитание охватывает продолжительный период жизни человека от дошкольного до студенческого возраста и является главным источником физкультурного образования инвалидов [3].

Постоянные занятия по физическому развитию детей с расстройством аутистического спектра способствуют усилению работы основных функциональных систем организма ребенка, в том числе и головного мозга, что оказывает благотворное влияние на функциональную адаптацию детей к нарастающим физическим и психическим нагрузкам.

Между скелетной мускулатурой и всеми внутренними органами существует связь, которая осуществляется через центральную нервную систему. Импульсы от нервных окончаний, которые заложены в мышцах, связках и сухожилиях поступают в мозг, а оттуда, во внутренние органы. Если мышечная система развита хорошо, тонус мышц находится на соответствующем уровне. Если же мышцы слабо развиты и уровень двигательной активности низкий, то передаются импульсы более низкой частоты, что приводит к ухудшению деятельности мозга и внутренних органов. Поэтому на сегодняшний день нет более эффективного средства улучшения работы организма, чем занятия физической культурой [6].

Таблица 1 – Показатели физических способностей детей младшего школьного возраста с расстройством аутистического спектра. «До» - в начале исследования и «После» - в конце исследования.

Тестирование	До	После
Статическое равновесие на одной ноге	2,5 сек	3,0 сек
Наклоны туловища вперед – вниз из положения стоя	7 см	7 см
Прыжок в длину с места	50,5 см	55,3 см
Метание теннисного мяча на дальность	10 м	18 м
Челночный бег 3х10	35 сек	26 сек
Ходьба «по-дощечкам»	1.20 мин	1.00 мин

По результатам в таблице видны улучшения всех показателей физических способностей детей, за исключением выполнения упражнения на гибкость. У детей с расстройством аутистического спектра часто встречается гипермобильность или же недостаточная подвижность суставов и связок, но чаще всего у людей с ОВЗ гибкость отстает на 10-20% (иногда больше).

Исходная точка — это показатели самого первого тестирования, на которые специалист будет опираться в дальнейшем. С каждым новым тестированием выполняется анализ полученных результатов — контрольные значения со временем должны изменять свое значение в сторону улучшений. Поэтому здесь главное систематичность занятий и своевременность мониторинга, а также важен подход педагога к занятиям с детьми.

К основным педагогическим требованиям, соответствующим формированию личности ребенка с расстройством аутистического спектра на уроке физической культуры, относятся следующие:

– учет индивидуальных особенностей каждого ученика (морфо-функциональное развитие, состояние сохранных функций, медицинские противопоказания, состояние двигательных функций и координационных способностей, уровень физической подготовленности, способность к обучению движениям, отношение к занятиям физическими упражнениями (интересы, мотивы);

– адекватность средств, методов и методических приемов обучения двигательным действиям, развития физических качеств, коррекции психомоторных нарушений и профессиональной физической подготовки, оптимизация нагрузки, сообщение новых знаний;

– эмоциональность занятий (музыка, игровые методы, нетрадиционное оборудование и пр.);

– создание условий реального выполнения заданий, оказание помощи, обеспечение безопасности;

– поощрение, похвала, одобрение за малейшие успехи[4].

Выводы.

1. Расстройство аутистического спектра – это группа психических заболеваний, характеризующихся искажением процесса развития с дефицитом коммуникативных способностей, поведенческими и двигательными стереотипиями. У детей с расстройством аутистического спектра сниженный психофизический тонус, который негативно влияет на их двигательные способности и физическое развитие. Благодаря адаптивному физическому воспитанию у детей с расстройством аутистического спектра формируется осознанное отношение к своим силам, твердой

уверенности в них, готовности к смелым и решительным действиям, преодолению необходимых для полноценного функционирования субъекта физических нагрузок, а также потребности в систематических занятиях физическими упражнениями и в осуществлении здорового образа жизни.

2. В процессе адаптивного физического воспитания, которое должно начинаться с момента рождения или с момента обнаружения той или иной паталогии у детей с РАС, первостепенное внимание уделяется задачам коррекции основного дефекта, сопутствующих заболеваний и вторичных отклонений, выработке компенсаторных механизмов осуществления жизнедеятельности.

Список литературы

1. Адаптивная физическая культура для детей с аутизмом / О.В. Попов, А.Ф. Беляев, А.М. Саранина [и др.]. – Текст: электронный // АФК для детей с РАС. - 2010. -№5. С.28-32.

2. Акбаева Д.Ж., Боброва В.В. Коэффициент людей с расстройством аутистического спектра в мире и альтернативные методы его коррекции и лечения // Научное обозрение. Педагогические науки. – 2019. – № 1. – С. 54-58.

3. Гилберг, К. Аутизм: Медицинские и педагогические аспекты: учебное пособие / Гилберг К., Питерс Т. –Санкт-Петербург: ИСПиП, 2008. С.54. – ISBN 5-691-00906-0. Текст: непосредственный.

4. Каган, В.Е. Диагностика и лечение аутизма у детей: учебное пособие / В.Е. Каган. -Москва: Академия, 2007. *211 с.* - ISBN: 978-5-89357-397-8. Текст: непосредственный.

5. Расстройство аутистического спектра. Причины, симптомы, диагностика, лечение / О.В. Курушина, А.Е. Барулин, Е.А. Куракова [и др.]. –Текст: электронный // Медицинский совет. –2017. –№5. –С. 28-32. URL: – Режим доступа: https://clck.ru/Mcr8v (дата обращения: 02.11.2021).

6. Сайкина Е.Г., Кузьмина С.В. Фитбол-аэробика для детей.:учеб.- метод. пособ. / Е.Г. Сайкина, С.В. Кузьмина. Текст: электронный // СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2008. – С.24. URL: - Режим доступа: https://herzen-ffk.my1.ru/_ld/0/66_Untitled0.pdf (дата обращения: 03.02.2022).

Репина Алла Ильинична, к.п.н., доцент
Чехович Александр Владимирович, студент
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК, г. Екатеринбург

МЕТОДИКА АДАПТИВНОГО ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Аннотация

Данная статья посвящена проблеме расстройства аутистического спектра детей старшего школьного возраста в современном обществе. В работе рассматривается статистика заболевания расстройством аутистического спектра в мире. Выявлена необходимость использования методов адаптивного физического воспитания при расстройстве аутистического спектра.

Ключевые слова: расстройство аутистического спектра, адаптивное физическое воспитание, старший школьный возраст.

Актуальность работы. Расстройство аутистического спектра (сокращённо РАС)-общее расстройство развития, характеризующееся стойким дефицитом способности начинать и поддерживать социальное взаимодействие и общественные связи, а также ограниченными интересами и часто повторяющимися поведенческими действиями. Главными дефицитами у людей с расстройством аутистического спектра являются навыки разделённого (то есть согласованного с партнёром о общению) внимания и взаимности по взаимодействии [1].

По статистике аутизмом в мире страдает более 10 млн человек. Несколько десятков лет назад на 10 000 жителей приходился один аутист. Каждый год их становится на 11-17% больше. На территории Китая эта цифра еще выше-20%. Сегодня аутизмом страдает каждый сотый житель планеты [3]. Число людей страдающих отклонениями в развитии стремительно растёт. Как показывает статистика аутизма на 2016 год, больных стало в 10 раз больше, чем было десять лет назад. По прогнозам в 2020 году этим расстройством будет страдать каждый 30 житель планеты. А еще через 5 лет-каждый второй. На сегодняшний день

статистика аутизма в России не ведётся. Поэтому достоверных данных о том, сколько людей страдает этим заболеванием-нет [4]. Предположительно в России аутизмом болен один человек из тысячи. В настоящее время проблема является актуальной [2].

Цель исследования - Улучшение физического состояния детей старшего школьного возраста с расстройством аутистического спектра.

Результаты исследования. Исследование проводилось на базе Екатеринбургского института физической культуры (филиал) Екатеринбургский колледж физической культуры кафедры методики АФК.

Определяя уровень физической подготовленности ребёнка основной акцент уделялся следующим факторам:

- уровень умения ребёнком выполнять базовые упражнения в разных играх и заданиях, овладение техническими элементами основных видов движений;

- уровень активного участия в различных видах двигательной деятельности, умение самому пользоваться набором движений в разных условиях;

- уровень развития психофизических качеств и двигательных способностей: быстроты реакции, ловкости, гибкости, силы, выносливости, координационных способностей;

- уровень двигательной активности ребёнка на протяжении всего времени, когда ребенок находится в стенах школьного учреждения.

Методы контрольного тестирования содержали оценку развития физической подготовленности.

Учет физической подготовленности осуществлялся по 6 основным тестам:

а) Тест на определение скоростных качеств. Данный тест позволяет оценить скоростные качества в беге на 30 м. с высокого старта.

Процедура тестирования. В данном тесте могут участвовать сразу 2 человека. Раздается команда: “На старт!” и участники должны подойти к линии старта и занять правильное исходное положение. Далее идёт команда: “Внимание!”, - участники должны наклониться вперёд и затем, по команде: “Марш!”, оттолкнуться и начать бег по направлению к линии финиша по строго отведенной каждому

участнику дорожке. После достижения участником финишной линии, фиксируется результат.

b) Тест на определение координационных способностей. Данный тест позволяет оценить, насколько ребенок умеет быстро и точно реорганизовывать свои действия, так как в данном тесте есть элементы внезапно меняющейся обстановки.

Процедура тестирования. Данный тест называется «челночный бег 3*10 м». В нем могут принимать участие как по одному человеку, так и двое одновременно. В начале забега на стартовой и финишной линиях для каждого участника кладут какой-либо видимый предмет (как правило, это кубик). Далее идет команда “На старт!”, по которой участники должны встать на линии старта. Затем по команде “Марш!”, участники бегут к финишной линии, должны оббежать кубик, и устремиться к линии старта, оббежать кубик и так три раза, вернувшись в конце на линию старта. После достижения участником финишной линии, фиксируется общий результат по всем трем пробежкам.

c) Тест на определение выносливости. Данный тест позволяет оценить уровень выносливости ребенка в постоянном непрерывном беге на протяжении 6 минут.

Процедура тестирования. Данный тест может выполняться как в спортивном зале, так и на улице на стадионе. В забеге могут одновременно участвовать от 6 до 8 человек; остальные участники по заданию инструктора ведут подсчёт количества пройденных кругов. В конце забега, инструктор подсчитывает и определяет общую длины дистанции. Бег продолжается до появления первых признаков усталости. Тест считается проведенным успешно, если ребёнок пробежал всю дистанцию ни разу не остановившись. По завершении установленных 6-ти минут, бегуны останавливаются.

В таблицу результатов записываются два показателя: время бега и длина на дистанции, которую преодолел участник.

d) Тест на определение скоростно-силовых качеств. Данный тест позволяет оценить скоростно-силовые качества, выполняя прыжок в длину с места.

Процедура тестирования. Участник теста должен встать у линии старта, затем, оттолкнувшись двумя ногами, сделать сильный и резкий взмах руками, после чего

прыгнуть и приземлиться на пятки, не опираясь сзади руками на максимально возможное расстояние в прыжковую яму. У участника есть 2 попытки. Инструктор по физической культуре делает замер от линии старта до пяток сзади стоящих ног и вносит результаты в таблицу.

е) Тест на определение гибкости. Данный тест позволяет оценить уровень гибкости, выполняя упражнение из положения сидя на полу.

Процедура тестирования. Исходное положение – сидя на полу. Ребенок садится на пол и начинает тянуться вытянутыми вперед руками, касаясь носика пальцев ног. На полу мелом наносится линия А-Б, а от её середины - перпендикулярная линия, которую размечают через 1см. Участник теста садится так, чтобы пятки оказались на линии А-Б. Расстояние между пятками- 20-30см., ступни вертикальны. Ребенку даётся три разминочных наклона, и затем четвёртый, показательный. Результат теста определяется по касанию цифровой отметки кончиками пальцев соединенных рук, ладонями вниз

Вывод. Аутизм представляет собой нарушение развития нервной системы, для которого свойственны многообразные проявления, отмечаемые впервые в младенческом или детском возрасте, и устойчивое течение расстройства. В младенческом возрасте стоит обратить внимание на такие симптомы, как искажение реакции на дискомфорт, чрезмерно бурные реакции испуга и плача в ответ на слабые звуковые раздражители и незначительные изменения окружающей среды, но слабые реакции на сильные раздражители; также отмечается ослабление реакции но позу кормления, незначительным является выражение удовольствия после кормления. У детей искажаются реакции «комплекса оживления», характеризующиеся аффективной готовностью к общению со взрослыми. При этом компоненты реакции оживления проявляются при отсутствии взрослого и относятся к неодушевленным предметам, например к висящей над кроватью игрушке. Одного симптома недостаточно для определения аутизма, требуется наличие характерной триады:

- недостаток социальных взаимодействий;
- нарушенная взаимная коммуникация;
- ограниченность интересов и повторяющийся репертуар поведения.

Другие аспекты, такие как избирательность в еде, тоже часто встречаются при аутизме, но при диагностике несущественны. Аутизм является одни из трёх расстройств аутистического спектра. Отдельные симптомы “триады” встречаются в общем населении, причём степень их ассоциации друг с другом невысока и патологические проявления расположены в едином континууме с общими для большинства людей чертами.

Аутизм-состояние, характеризующееся преобладанием замкнутой внутренней жизни, активным отстранением от внешнего мира, бедностью выражения эмоций

Список литературы

1. Блейхер, Вадим Моисеевич. Толковый словарь психиатрических терминов : около 3000 терминов / В.М. Блейхер, И.В. Крук;Ред. С.Н. Боков – Ростов-на-Дону : Феникс, 1996 – Т. 1 : А-М / худож. О. Шмакова – 1996 480 с. ISBN 5-87224-067-8. Текст: непосредственный.

2. Высотина, Т. Сенсорное развитие дошкольников с ограниченными возможностями здоровья / Т. Высотина, С. Кондратьева // Дошкольная педагогика. - 2013. - No3. - С. 36-38. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/sensornoe-razvitie-doshkolnikov-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami-zdorovya (Дата обращения 7.07.2021). Текст: электронный.

3. Гамидова, С. К. Содержание и направленность физкультурно-оздоровительных занятий / Гамидова Светлана Константиновна ; [Смол. гос. акад. физ. культуры, спорта и туризма]. - Смоленск, 2012. - 19 с. Текст: непосредственный.

4. Дети с нарушениями общения: ранний детский аутизм: учеб. издание / К.С. Лебединская, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг, Р.К. Ульянова, Т.И. Морозова. - М.: Просвещение, 1989. - 95 с. Текст: непосредственный.