ISSN 2782-6449
2024

Материалы
Студенческой научно-практической конференции
в рамках Международной конференции

НАУЧНЫЕ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ОСНОВЫ В ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ И СПОРТЕ

Выпуск 4
Медико-педагогические аспекты
физической культуры и спорта



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

Екатеринбург, 2024

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 2024 г., Екатеринбург) Отв. ред. Тимофеева И.В.– ЕИФК (филиал) ФГБОУ ВО УралГУФК, Екатеринбург, 2024. – 181 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.

Материалы сборника размещаются на сайте: https://www.sportural.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 №8 от 29.03.2024), руководитель направления, к.пед.н. , доцент Тимофеева И.В.

© Екатеринбургский институт физической культуры (филиал) ФГБОУ ВО УралГУФК, 2024
© Авторы тезисов, 2024

СОДЕРЖАНИЕ

Репина А.И. **Абдулаева В.Р.** АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ **…...…5**

Репина А.И. Баженова Д.А. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**……..10**

Тимофеева И.В. Букина Ю.Б. ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ 42-45 ЛЕТ ПРИ МИОФАСЦИАЛЬНОМ СИНДРОМЕ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ**…….16**

Репина А.И. Волкова В.Ю. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИ**Т**ИЯ**……...…….22**

Репина А.И. Волчкова А.А. ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ, РЕКОМЕНДОВАННЫЕ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ У ЛИЦ 40-45 ЛЕТ**……...28**

Тимофеева И.В Григорчук Е.П. ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА 6-8 ЛЕТ**…….....43**

Салимов М.И. Губкин В.И. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА**……..…….48**

Тимофеева И.В Гуща Д.А. МЕТОДИКА АДАПТИВНОГО ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**……...…..…..52**

Репина А.И. Зайонц И.М. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ ДАУНА**…….....59**

Репина А.И. Каурцева Е.Д. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**…65**

Репина А.И. Комарова К.В. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СРЕДНЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЕКТА**……...……71**

Репина А.И. Кузнецова Д.Р. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЕКТА **……..……76**

Репина А.И. Макарочкина Д.Д. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ **…….81**

Репина А.И. Мартынова А.Е. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ ДАУНА**……88**

Тимофеева И.В Мигунова С.Д. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**……...93**

Тимофеева И.В. Митянина А.Е. ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ 5-7 ЛЕТ ПРИ ПРОГРЕСИРУЯЩЕЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТРАФИИ ДЮШЕННА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ**……..……..101**
Салимов М.И. Нигамадьянов М.Р. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**……..107**

Тимофеева И.В. Нуриманова П.С. ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ 6–7 ЛЕТ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**……..…….…….113**

Тимофеева И.В. Парамонова В.С. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ ДАУНА**…….……122**

Тимофеева И.В. Полтанова Ю.А. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**……..……128**

Салимов М.И. Руцких М.М. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СРЕДНЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ ДАУНА**……..……..……134**

Тимофеева И.В. Соколова О.А. ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ 6-8 ЛЕТ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**…….……140**

Салимов М.И. Сырцова С.А. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СРЕДНЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ…..**…145**

Салимов М.И. Чекчеев А.Е. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ ДАУНА**……..……...150**

Тимофеева И.В. Чернышова Е.А. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**…....157**

Репина А.И. Чусовитина Д.А. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**…….163**

Тимофеева И.В. Шамова А.С. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**……...168**

Репина А.И. Щербакова М.Е. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ ДАУНА**……176**

Репина Алла Ильинична, к.п.н доцент
Абдулаева Валерия Романовна, студент
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Аннотация. В данной статье рассматривается вопрос адаптивной физической воспитания детей с церебральным параличом. Она подчеркивает важность физического развития для этих детей и трудности, с которыми они сталкиваются в моторных навыках и физических возможностях. Исследование анализирует образовательные программы для детей с церебральным параличом в возрасте начальной школы и исследует различные методы, используемые в адаптивном физическом воспитании. Она также упоминает влияние церебрального паралича на когнитивное развитие и важность решения как физических, так и психологических аспектов в образовании этих детей. В заключение отмечается, что, хотя церебральный паралич не может быть излечен, соответствующие вмешательства могут помочь людям с церебральным параличом вести нормальную жизнь.

Ключевые слова: адаптивное физическое образование, дети с церебральным параличом, физическое развитие.

Актуальность. Одна из основных причин инвалидности – детский церебральный паралич (ДЦП), который возникает в результате органического повреждения головного мозга. ДЦП характеризуется поражением двигательной сферы с рождения, что препятствует нормальному развитию и формированию моторных функций у ребенка. Физическое воспитание детей с ДЦП можно разделить на три периода: до 3-х лет, от 3 до 7 лет и старше 7 лет. У детей с ДЦП наблюдается отставание в обучении движениям и развитии физических способностей, особенно в области двигательных действий. Многие из них имеют проблемы с моторной неловкостью, что требует коррекционной работы. Заболеваемость ДЦП, согласно официальной статистике, увеличилась более чем в 3 раза за

последние 10-15 лет. Дети с ДЦП имеют различные двигательные расстройства, такие как нарушение мышечного тонуса, ограничение или невозможность произвольных движений, гиперкинезы, нарушение равновесия и координации движений, а также возможны речевые и психические расстройства. У 20-35% больных тяжесть инвалидизации настолько значительна, что они не способны самообслуживаться, передвигаться и имеют проблемы с обучаемостью.

Цель исследования: анализ адаптированных образовательных программ с ДЦП младшего школьного возраста.

Результаты и их обсуждение. Детский церебральный паралич (ДЦП) - это группа двигательных расстройств, вызванных повреждением различных структур мозга в перинатальном периоде. У детей с ДЦП могут быть наблюдаемы моно-, геми-, пара-, тетра- параличи и парезы, изменения мышечного тонуса, нарушения речи, шаткость походки, нарушения координации движений, частые падения и отставание в развитии[1].

Движения играют важную роль в развитии организма, и их формирование необходимо начинать с детства. Дети с диагнозом церебрального паралича (ДЦП) испытывают задержку и нарушение формирования всех двигательных функций. У них затруднено формирование навыков удержания головы, сидения, стояния, ходьбы и манипуляций. Развитие двигательных навыков у детей с ДЦП происходит с разной скоростью. В свою очередь, нарушения двигательных функций негативно влияют на развитие психических функций и речи. ДЦП имеет несколько форм: спастическая диплегия, двойная гемиплегия, гиперкинетическая форма, гемипарез и атонически-астатическая форма. У каждой формы есть свои характеристики, прогноз развития и влияние на речь и психические функции.

Характеризуя особенности развития детей с ДЦП, особую значимость приобретает вопрос о физическом и психическом развитии данной группы детей. Двигательные нарушения при ДЦП обусловлены сочетанием повышенного мышечного тонуса с тоническими рефлексами периода

новорожденности, что препятствует развитию возрастных двигательных навыков и затрудняет двигательное развитие ребенка. Для детей с ДЦП характерны нарушения центрального отдела двигательного анализатора и высших кинестетических функций (мышечно - суставного чувства), определяющих тонус мышц и развитие произвольных движений[3].

Патология двигательной системы у детей, страдающих церебральными параличами, является одним из факторов, замедляющих их психическое развитие. В силу двигательной недостаточности, ограничения поля зрения, нарушений зрительного и слухового восприятия, отсутствия предметных действий (становление которых происходит по мере развития общей моторики), недоразвития мелкой моторики у детей заметны отставания в развитии [5].

При ДЦП важно развитие скоординированной системы межанализаторных связей, опора на все анализаторы с обязательным включением двигательно - кинестетического анализатора. Желательно опираться одновременно на несколько анализаторов. Необходимо гибкое сочетание различных видов и форм коррекционно - педагогической работы. Родители - важнейшие участники педагогической работы, организуемой с ребенком. Они отрабатывают, закрепляют навыки и умения у детей, сформированные специалистами. Это ускорит процесс восстановления нарушенных функций. Коррекционно - педагогическая работа реализуется в несколько этапов. Каждый этап имеет свои направления в работе [2].

В процессе занятия с ребенком с ДЦП необходимо помнить, что развитие познавательных функций должно параллельно формировать коммуникативные качества, обогащать эмоциональный опыт, активизировать мышление, проектировать общественные взаимодействия и двигательные акты, формировать личностную ориентацию. Психологическое состояние ребенка в конкретный момент может стать причиной варьирования методов, приемов и структуры занятия. Память можно развивать с помощью разных учебных предметов[6].

Выводы. Адаптивная физическая воспитание играет важную роль в улучшении двигательных навыков и физических способностей детей с Церебральным параличом.

В адаптивной физической воспитание используются различные методы и техники, такие как массаж, гимнастика, терапия на коне, дыхательные упражнения, ритмические упражнения и водные упражнения.

Анализ адаптированных образовательных программ должен стремиться к созданию включающей среды, способствующей максимальному развитию потенциала детей с ДЦП в младшем школьном возрасте.

Церебральный паралич не может быть вылечен, но с помощью соответствующих вмешательств люди с церебральным параличом могут вести нормальную жизнь.

Список литературы:

1. Алексеева, А. В. Опыт реабилитации детей с гиперкинетической формой ДЦП с использованием костюма "Фаэтон" / А. В. Алексеева // Развитие медицинской реабилитации на Дальнем Востоке : Материалы XX Межрегиональной научно-практической конференции реабилитологов Дальнего Востока, посвященной 100-летию Декрета Совета Народных Комиссаров РСФСР "О лечебных местностях общегосударственного значения", Хабаровск, 04 апреля 2019 года. – Хабаровск: Дальневосточный государственный медицинский университет, 2019. – С. 146-149. – EDN UIMCFD. – -ISBN: отсутствует. – Текст: непосредственный.

2. Бадалян, Л. О., Журба Л. Т., Тимонина О. В. Детские церебральные параличи // Киев: Здоровье. 1988. (328). С. 1. – ISBN: отсутствует. – Текст: непосредственный.

3. Бахнова, Т. В. Методика коррекции двигательных навыков и возможностей школьников 7-8 лет с детским церебральным параличом в процессе адаптивного физического воспитания / Т. В. Бахнова, А. Е. Дивинская, А. Р. Недугова // Актуальные проблемы адаптивной физической

культуры : Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Омск, 21 февраля 2020 года. – Омск: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Сибирский государственный университет физической культуры и спорта", 2020. – С. 115-119. – EDN JUJKUQ. – ISBN: отсутствует. – Текст: непосредственный.

4. Газдиева Б. М. Детский церебральный паралич - актуальная проблема современного общества (обзор литературы) / Б. М. Газдиева, О. А. Милованова, С. В. Витковская [и др.] // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2022. – № 3. – С. 99-116. – DOI 10.17238/issn1999-2351.2022.3.99-116. – EDN TUONHJ. – ISBN: отсутствует. – Текст: непосредственный.

5. Годовникова, Л. В. Психолого-педагогическое сопровождение обучающихся с ОВЗ : учебное пособие для вузов / Л. В. Годовникова. — 2-е изд. — Москва : Издательство Юрайт, 2023. – 218 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-12039-4. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: https://urait.ru/bcode/518492 (дата обращения: 18.06.2023). – Текст: непосредственный.

6. Давыдов, В. Ю. Меры безопасности на уроках физической культуры : учебно-методическое пособие / В. Ю. Давыдов. // - Москва : Советский спорт, 2007. - 140 с. – ISBN: отсутствует. – Текст: непосредственный.

7. Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (утв. приказом Министерства образования и науки РФ от 19 декабря 2014 г. N 1598)

Репина Алла Ильинична, к.п.н. доцент
Баженова Диана Алексеевна, студент
Екатеринбургский колледж физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУК

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Аннотация. В работе показана возможность использования средств адаптивной физической культуры в реабилитации детей младшего школьного возраста с церебральным параличом. Комплексный подход направлен на реабилитацию детей с церебральным параличом в условиях городского центра восстановительного лечения детей.

Ключевые слова: двигательное развитие, детский церебральный паралич, младший школьный возраст, адаптивная физическая культура.

Актуальность. Статистика детского церебрального паралича демонстрирует постепенное увеличение численности больных людей. По данным ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения) количество рожденных детей с диагнозом детский церебральный паралич составляет 3-4 случая на 1000 человек. В настоящее время возникает необходимость совершенствования организации психолого-педагогической помощи детям с нарушениями опорно-двигательного аппарата, так как эта патология чрезвычайно распространена и имеет тенденцию к росту, особенно значительно увеличивается число больных детей детским церебральным параличом. Эти дети нуждаются в специальном подходе к обучению, им требуется щадящий режим, поддерживающая терапия, психологическая и коррекционно- педагогическая помощь.

В целом по России лишь часть детей имеет возможность посещать учреждения, в которых оказывается вся необходимая психолого-педагогическая и медико- социальная помощь. Это связано не только с недостаточным количеством учреждений данного типа в стране, но и с отсутствием подготовленных специалистов.

Современному педагогу необходимы знания анатомо-физиологических особенностей детей с ограниченными способностями, так как эти дети могут обучаться в массовой школе. Эти знания помогут спланировать систему коррекционных мероприятий, направленных на адаптацию к социальным требованиям общества в условиях школьного учреждения.

Цель исследования: анализ адаптированных образовательных программ с детским церебральным параличом, младшего школьного возраста.

Результаты и их обсуждение. Детский церебральный паралич – это органическое поражение мозга возникающая в период внутриутробного развития в родах или период новорожденности, сопровождающий двигательными, речевыми и психическими нарушениями.

Причинами возникновения детского церебрального паралича называют: повреждение центральной нервной системы. Выделяют следующие формы детского церебрального паралича такие как спастическая диплегия; двойная гемиплегия; гиперкинетическая форма; гемипаретическая форма; атонически-астатическая форма[1]

Особенностями физического развития детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом являются нарушениями координации, темпа движений, ограничением их объема и силы, что приводит к невозможности или частичному нарушению осуществления движений и требует их учета в процессе физического воспитания. Психическое развитие характеризуется инертностью психических процессов, замедленностью включения и переключения в заданиях, персеверативностью мышления, перцептивные нарушения, недостаточностью концентрации внимания и способности удерживать воспринятый материал, неустойчивостью организационной деятельности, легкой утомляемостью и быстрой истощаемости , наступающие при незначительном психическом и физическом напряжении. [2]

Урок по физическому воспитанию в специализированных школах является одним из основных предметов. При этом решаются образовательные, воспитательные и коррекционные задачи.

Программа по физическому воспитанию в спецшколах имеет свои особенности по сравнению с общеобразовательными школами. В раздел общеразвивающих упражнений введены коррекционные упражнения для:

- коррекции позотонических реакций;
- расслабления мышц;
- формирования правильной осанки;
- опороспособности;
- формирования равновесия;
- развития пространственной ориентации и точности движений[9]

Гимнастика и легкая атлетика не выделяются в отдельные разделы, а используются доступные виды занятий. В каждый урок включаются общеразвивающие, корригирующие, прикладные упражнения и игры по упрощенным правилам. Используется индивидуальный подход к детям с учетом их психического развития.

Работа учителя физкультуры осуществляется в тесном контакте с врачом.

Требования к урокам физкультуры:

- постепенно увеличивать нагрузку и усложнять упражнения;
- чередовать различные виды упражнений, применяя принцип рассеянной нагрузки;
- упражнения должны соответствовать возможностям учеников;
- должен быть индивидуальный подход;
- рационально дозировать нагрузку, не допускать переутомления;
- обеспечить профилактику травматизма и страховку.

Раздел «Прикладные упражнения» направлен на формирование возрастных локомоторно-статических функций, необходимых в быту, учебе и труде. В нем выделены подразделы: построения и перестроения, ходьба и бег, прыжки, лазание и перелезание ритмические и танцевальные

упражнения, упражнения с предметами (гимнастическими палками, большими и малыми мячами, с флажками, с обручами). Из подвижных игр в программу включены наиболее распространенные игры, проводить которые необходимо по упрощенным правилам[7].

Дети должны заниматься в спортивной форме и спортивной обуви. Вопрос об использовании ортопедической обуви и аппаратов во время занятий решает врач.

Оценка успеваемости осуществляется в форме текущего учета. Нормативов нет, при оценке успехов учащихся учитываются двигательные возможности и характер дефекта.

Для специализированных школ с ДЦП существует программа по физическому воспитанию только для 1—4-х классов (1986). Эта программа является единственной для всех школ данного типа[9].

В школе-центре «Динамика» (Санкт-Петербург) группой специалистов (Цветковой М.П., Щедриной Т.Г. и др) разработана авторская программа по физическому воспитанию для детей с церебральной патологией. 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.

Игры. «У ребят порядок строгий», «Совушка», «Мы — веселые ребята», «Салки» (с заданием на осанку), «У медведя на бору», «Ловкие ребята», «К своим флажкам», «Два мороза», «Волк во рву», «Передача мячей», «Попади в цель», «Перебрасывание мячей через сетку», «Считаю до пяти». Простейшие игры-эстафеты со специальным заданием на осанку, с включением ходьбы, метания, передач и бросков мячей, преодоления препятствий[4].

Выводы. Особенностями физического развития детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом являются нарушениями координации, темпа движений, ограничением их объема и силы, что приводит к невозможности или частичному нарушению

осуществления движений и требует их учета в процессе физического воспитания. Психическое развитие характеризуется инертностью психических процессов, замедленностью включения и переключения в заданиях, персеверативностью мышления, перцептивные нарушения, недостаточностью концентрации внимания и способности удерживать воспринятый материал, неустойчивостью организационной деятельности, легкой утомляемостью и быстрой истощаемости , наступающие при незначительном психическом и физическом напряжении.

Средствами адаптивного физического воспитания у детей с детским церебральным параличом младшего школьного возраста являются общеразвивающие, корригирующие, прикладные упражнения и игры по упрощенным правилам, среди методов выделяют индивидуальный подход к детям с учетом их психического развития, а также упражнения начального этапа физической подготовки; упражнения развивающего этапа физической подготовки; упражнения тренирующего этапа физической подготовки.

Список литературы:

1. Бадалян, Л.О. Детские церебральные параличи: Учеб. пособие / Л.Т. Журба, О.В. Тимонина. – Киев, 2008. – 89 с. – ISBN 978-5-534-11149-1. – Текст: непосредственный.

2. Беркутова, И.Ю. Особенности функционального состояния детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата / И.Ю Беркутова. Москва: Издательство Юрайт, 2008. – 228 с. - ISBN: 5-9718-0020-5. Текст: непосредственный.

3. Брязгунов, И. К. Детский церебральный паралич / И. К. Брязгунов. – Москва: Издательство Теревинф, 2007. – 197 с. - ISBN 978-5-1232-1101-5.

4. Мастюкова, Е.М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом. Младенческий, ранний и дошкольный возраст / Е.М Мастюкова. - Москва: Издательство Просвещение, 2006. – 156 с. - ISBN 978-2-5412-7618-4. Текст: непосредственный.

5. Потанчук, А.А. Адаптивная физическая культура в работе с детьми, имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата (при заболевании детским церебральным параличом)/ А.А. Потанчук. – Санкт-Петербург: Издательство Просвещение, 2003. - 228 с. - ISBN 978-5-1396-2061-5. Текст: непосредственный.

6. Смирнов, В.М. Особенности физиологии детей: уч. метод. пособие / В.М Смирнов. – Москва: Издательство Юрайт , 2009. – 79 с. - ISBN 978-2-7612-7618-4. Текст: непосредственный.

7. Солодова, Е.Л. Современные технологии ЛФК в реабилитации детей / Е.Л. Солодова. - СПб: Издательство Академия, 2006. – 187 с. - ISBN 978-2-5412-7618-4. Текст: непосредственный.

8. Семенова, К. А. Классификация детского церебрального паралича / К.А. Семенова. – Москва: Издательство Юрайт, 2000. – 412 с.- ISBN 978-5-4912-38655-5. Текст: непосредственный.

9. Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Тимофеева Ирина Владимировна, к.п.н. доцент
Букина Юлия Борисовна, студент
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК, г. Екатеринбург. Россия

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ 42-45 ЛЕТ ПРИ МИОФАСЦИАЛЬНОМ СИНДРОМЕ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

Аннотация Миофасциальные болевые синдромы по праву относят к непреходящим по значимости медицинским проблемам. В связи с этим рассмотрены современные представления о лечебной физической культуры, различные терапии миофасциальных болевых синдромов, механизмы действия и особенности основных нелекарственных способов воздействия, применяемых в физическо реабилитации таких пациентов.

Ключевые слова: миофасциальный болевой синдром, лечебная физическая культура

Актуальность. Миофасциальный синдром — это болезненное состояние, для которого характерна боль в любой части тела и болезненные мышечные напряжения с локальными уплотнениями — триггерными точками. Источником такой боли становятся мышцы и фасции — соединительная ткань, покрывающая мышцы. К числу наиболее актуальных общемедицинских проблем в настоящее время относится повреждение позвоночника, что объясняется сложностью его строения, большой протяженностью, высокой функциональной значимостью. Возникновение таких проблем, обусловленных недостаточно грамотной организацией и отсутствием методики лечения людей занимающихся оздоровительной' физкультурой и профессиональным спортом. В ряде случаев перенесенные травмы провоцируют проявления скрытого, не дававшего о себе знать ранее патологического процесса. В основе большинства функциональных изменений, которые наблюдаются у больных лежат двигательные расстройства, и как одним из проявлений этого патологического процесса

является остеохондроз поясничного отдела позвоночника, осложненного мышечно-тоническим синдромом. После проведения занятий по лечебной физической культуры пациент забывает о болях в позвоночнике и возвращается к активной жизни. Лечебная физическая культура является одним из распространенных методов лечения миофасциального болевого синдрома, а также дегенеративно-дистрофических изменений позвононика. Реабилитация и восстановление пациентов при болевом синдроме – это, многосторонний и многоэтапный процесс , в который пациент должен быть заинтересован и включен в реабилитацию до полного восстановления функции позвоночника , приобретение самостоятельности в быту, способности к профессиональной деятельности, то есть полноценное функциональное, социально-бытовое и профессиональное восстановление.

Цель исследования: проведение оценки функционального состояния пациентов и разработка комплекса лечебной физической культуры при миофасциальном болевом синдроме поясничного отдела.

Методы и организация исследования: Исследование функционального состояния пациентов при миофасциальном болевом синдроме поясничного отдела проводилось на базе «ООО» Кинезиоцентра, г.Екатеринбург, ул Павла Шаманова 38. Для исследования была взята группа из 3 человек, возраст пациентов от 42 до 45 лет.

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 и лечебной физической культуры пациентов при миофасциальном болевом синдроме поясничного отдела позвоночника являются: лечебная физическая культура, массаж, физиотерапия. Основная цель лечебной физической культурыпри болевом синдроме– улучшение подвижности позвоночника и трофики мышц в пораженном участке. Средствами физической реабилитации являются: физические упражнения, массажные приемы, физиопроцедуры.

Для оценки функционального состояния пациентов при болевом синдроме клинические, инструментальные методы исследования, а также шкалы и опросники, измеряющие степень ограничения активности в повседневной жизни и изменения качества жизни.

Результаты и их обсуждение. Исследование проходило на базе ООО «Кинезиоцентр», г.Екатеренбург, ул.Павла Шаманова 38.

В исследовании принимали участие 3 пациентов в возрасте 42-45 лет (Таблица 1).

№ пациента	Проба Мангацц ини	Шкала Глазко (двигательная активность)		Шкала ВАШ (VAS)	
	Норма: Удержан ие обеих ног Показате ли	Показател и (балл)	норма	Показател и:	норма
1	Удержан ие обеих ног	4	6	2	0
2	Слабост ь обеих ног	3	6	6	0
3	Слабост ь обеих ног	3	6	6	0

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), Проба Мангаццини, Шкала Глазко(двигательная активность); метод математической статистики.

После проведения функциональных тестов были получены показатели, которые сравнили с нормой (Таблица 1).

Пациенты имели боль при выполнении тестов, и показатели были ниже нормы

На основе данных исследования был составлен комплекс лечебной гимнастики для пациентов 42-45 лет при болевом синдроме

Выводы. В результате проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. Миофасциальный синдром – это болезненное состояние, для которого характерна боль в любой части тела и болезненные мышечные напряжения с локальными уплотнениями – триггерными точками. Источником такой боли становятся мышцы и фасции – соединительная ткань, покрывающая мышцы.

2. Методами физической реабилитации пациентов при миофасциальном болевом синдроме: лечебная физическая культура, массаж, физиотерапия. Средствами физической реабилитации являются: физические упражнения, массажные приемы, физиопроцедуры.

3. На базе Исследование проходило на базе ООО «Кинезиоцентр», г.Екатеренбург, ул.Павла Шаманова 38. В исследовании принимали участие 3 пациента в возрасте 42-45 лет. При проведении оценки функционального состояния пациента при миофасциальном болевом синдроме поясничного отдела позвоночника были получены показатели, которые сравнили с нормой. Проба Мангаццини: слабость обеих ног, что является ниже нормы. Анализ динамики болевого синдрома по ВАШ выше нормы и равен 6, все пациенты отмечали болевой синдром. При прохождении шкалы Глазко (двигательная активность выявили, что все пациенты имеют 3,4 функциональный класс, что также является ниже нормы.

4. Разработан комплекс лечебной физической культуры для пациентов 42-45 лет при болевом синдроме поясничного отдела

позвоночника. Комплекс направлен на восстановление двигательных способностей при болевом синдроме Лечебная физическая культура на стационарном этапе длится от 30 дней. Пациент выполняет упражнения с инструктором. 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 динамические е упражнения в положении лежа.

Список литературы:

1. Батышева, Т. Т. Современные технологии диагностики и реабилитации в неврологии и ортопедии / Т. Т. Батышева, Д. В. Скворцов, А. И. Труханов. – Москва : Медика, 2005. – 244 с. – ISBN-отсутствует – Текст : непосредственный.

2. Богданов, Э. И. Общие закономерности изменений сократительных свойств при патологии нервной регуляции скелетных мышц : автореф. дисс. д-ра мед. наук. / Э. И. Богданов. – Казань, 1989. – 24 с. – ISBN-отсутствует. – Текст : непосредственный.

3. Болотов, Д. Д. Оптимизация алгоритма реабилитационных мероприятий у пациентов с дорсопатиями / Д. Д. Болотов, Т. В. Головина, А. А. Юшко. – Текст : непосредственный // Вестник восстановительной медицины. – 2016. – № 2 (72). – С. 38-44.

4. Волков, Е. М. Нейротрофический контроль функциональных свойств поверхностной мембраны фазных мышечных волокон: автореф. дисс. д-ра мед. наук. / Е. М. Волков. – Казань, 1986. – 39 с. – ISBN-отсутствует. – Текст : непосредственный.

5. Гильмутдинова, Л. Т. Газопаротермальные источники в санаторной терапии пациентов остеоартрозом с поясничной дорсопатией / Л. Т. Гильмутдинова, Э. В. Кульмухаметов, Г. Р. Исхакова. – Текст : непосредственный // Актуальные вопросы медицинской реабилитации,

восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии: материалы науч.-практ. конф. – 2015. – С.43-44.

6. Гнездицкий, В. В. Обратная задача ЭЭГ и клиническая электроэнцефалография (картирование и локализация источников электрической активности мозга) / В. В. Гнездицкий. – Москва : МЕДпресс информ, 2004. – 624 с. – ISBN-отсутствует. – Текст : непосредственный.

7. Еляков, А. Д. Информационная перегрузка людей̆ / А. Д. Еляков. – Текст : непосредственный // Социологические исследования. – 2005. – № 5. – С. 114-122.

8. Исмагилов, М. Ф. Нарушение нейротрофического контроля при рефлекторном воздействии на аксоплазматический транспорт / М. Ф. Исмагилов, Ф. А. Хабиров. – Текст : непосредственный // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1990. – Т. 90, № 4. – С. 32–35.

9. Кирьянов, Н. А. Социальные и медицинские аспекты сохранения здоровья мужчин трудоспособного возраста / Н. А. Кирьянов, М. Ю. Васильев, Л. А. Сабурова и др. – Текст : непосредственный // Здоровье – основа человеческого потенциала – проблемы и пути их решения. – 2011. – Т. 6, № 1 – С. 27- 31.

Репина Алла Ильинична, к.п.н. доцент
Волкова Вероника Юрьевна, студент
Екатеринбургский колледж физической культуры
ФГБОУ ВО УралГУФК

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Аннотация. Задержка психического развития –это темповое отставание развития психических процессов и незрелость эмоционально-волевой сферы у детей, которые потенциально могут быть преодолены с помощью специально организованного обучения и воспитания. Согласно определению, задержкой психического развития называется такое нарушение темпа нормального психического развития ребенка, когда у него отдельные психические функции (внимание, память, мышление, воля, эмоции) отстают в развитии от имеющихся психологических норм для его возраста.

Ключевые слова. Задержка психического развития. Физическое воспитание. Физическое развитие. Дети дошкольного возраста.

Актуальность. Число детей с задержкой психического развития (ЗПР) с каждым годом увеличивается, и в настоящее время распространенность задержки психического развития среди детского населения составляет 1 – 2 % (как самостоятельной группы состояний) и 8 – 10 % в общей структуре психических заболеваний. В детских садах среди детей подготовительных групп частота задержки психического развития составляет 5 %, а в младшем школьном возрасте – 4 – 8 %. В качестве синдрома задержка психического развития встречается значительно чаще, однако прослеживается характерная тенденция к прогрессивному уменьшению симптоматики задержки психического развития по мере взросления ребенка.

Цель исследования. Анализ адаптированных образовательных программ по адаптивному физическому воспитанию для детей дошкольного возраста с задержкой психического развития.

Результаты и их обсуждение. Среди причин задержки психического развития выделяют две группы: биологические и психосоциальные, которые

в большинстве случаев действуют сочетано. Биологические факторы представлены широким спектром влияний, включая разнообразные экзогенные вредности (соматические, инфекционные, эндокринные заболевания матери, недоношенность ребенка и т.д.). Они отмечаются в анамнезе у 60-72% детей с ЗПР. Исследования в отношении значимости различных факторов, влияющих на формирование ЗПР показывали, что чаще всего этиология задержки психического развития имеет многофакторный характер со значительным влиянием наследственности, перинатальной патологии и социальных факторов. Среди причин психосоциального характера выделяют: ранний отрыв ребенка от матери; дефицит полноценной, соответствующей возрасту деятельности; искажение условия воспитания ребенка в семье (гипоопека, гиперопека) или же авторитарный тип воспитания [3].

Группа детей с задержкой психического развития неоднородна. В специальной психологии предложено множество классификаций задержки психического развития. Согласно К. С. Лебединской выделяется 4 клинических типа задержки психического развития: Задержка психического развития конституционального генеза; Задержка психического развития соматогенного генеза; Задержка психического развития психогенного генеза; Задержка психического развития церебрально-органического генеза [2].

В психологических исследованиях подчеркивается, что такие дети в семилетнем возрасте не достигают необходимого для начала обучения уровня развития внимания, восприятия, памяти, мыслительной деятельности. Внимание детей описываемой категории характеризуется низкой концентрацией; для любого вида их деятельности характерны повышенная отвлекаемость и фрагментарное выполнение учебных и внеучебных заданий [4].

Во всех видах мыслительной деятельности у детей обнаруживается отставание. В целом решение соответствующих возрасту мыслительных задач на наглядно - практическом уровне для них доступно, однако дети могут затрудняться в объяснении причинно-следственных связей. Важное

значение для понимания своеобразия мыслительной деятельности детей с трудностями в обучении имеет анализ особенностей их словесно-логического мышления. Для них характерен недостаточно высокий уровень сформированное всех основных интеллектуальных операций: анализа, обобщения, абстракции, переноса. Слабая сформированность обобщающей функции слова обусловливает трудности в овладении детьми родовыми понятиями — показателями запаса видовых конкретных понятий и умений самостоятельно выделять существенные признаки однородной группы предметов. У детей обнаруживаются недостаточная гибкость мышления, склонность к стереотипным решениям, использование неадекватных способов действия [3].

Малая дифференцированность движений кистей рук, трудности формирования сложных серийных движений и действий отрицательно отражаются на продуктивной деятельности — лепке, рисовании, конструировании.

Для игровой деятельности детей характерны неумение без помощи взрослого развернуть совместную игру в соответствии с общим замыслом, недоучет общих интересов, неспособность контролировать свое поведение. Они обычно предпочитают подвижную игру без правил.

Негрубое недоразвитие речи может проявляться в нарушениях звукопроизношения, бедности и недостаточной дифференцированности словаря, трудностях усвоения логико-грамматических конструкций. У значительной части детей наблюдаются недостаточность фонетико - фонематического восприятия, снижение слухоречевой памяти. Даже при внешнем благополучии устной речи нередко отмечается многословность или, наоборот, резко недостаточная развернутость высказывания [3].

Активное развитие инклюзивной практики в образовании приводит к тому, что в МБДОУ поступают все более сложные категории детей с ОВЗ, в частности дети с расстройствами аутистического спектра, которым ТМ ПМПК рекомендована адаптированная образовательная программа дошкольного образования для детей с ЗПР.

Адаптированная образовательная программа для детей дошкольного возраста с задержкой психического развития предназначена для выстраивания коррекционно-образовательной деятельности с детьми дошкольного возраста, которым на основании заключения ПМПК рекомендована АООП для детей с ЗПР [1].

Цель реализации Программы: обеспечение условий для дошкольного образования детей дошкольного возраста с задержкой психического развития с учетом их индивидуально-типологических особенностей и особых образовательных потребностей. Реализация программы предполагает психолого-педагогическую и коррекционноразвивающую поддержку позитивной абилитации и социализации, развитие личности ребенка дошкольного возраста с ЗПР.

Целевые ориентиры, планируемые результаты освоения Программы детьми с ЗПР по достижению детьми 5 лет:

1. Осваивает все основные движения, хотя их техническая сторона требует совершенствования.

2. Выполняет физические упражнения по показу в сочетании со словесной инструкцией.

3. Практически ориентируется и перемещается в пространстве.

4. Принимает активное участие в подвижных играх с правилами.

Содержание образовательной области «Физическое развитие»

Цели, задачи и содержание области «Физическое развитие» детей дошкольного возраста в условиях ДОО представлены двумя разделами:

1. Формирование начальных представлений о здоровом образе жизни.

2. Физическая культура.

Выводы. Задержка психического развития - Задержка психического развития –это темповое отставание развития психических процессов и незрелость эмоционально-волевой сферы у детей, которые потенциально могут быть преодолены с помощью специально организованного обучения и воспитания. У детей данной патологии в основной нарушена психическая деятельность – задержка психического развития на 1-2 года. Во всех видах

мыслительной деятельности у детей обнаруживается отставание. Активное развитие инклюзивной практики в образовании приводит к тому, что в МБДОУ поступают все более сложные категории детей с ОВЗ, в частности дети с расстройствами аутистического спектра, которым ТМ ПМПК рекомендована адаптированная образовательная программа дошкольного образования для детей с ЗПР. Адаптированная образовательная программа для детей с задержкой психического развития предназначена для выстраивания коррекционно-образовательной деятельности с детьми дошкольного возраста, которым на основании заключения ПМПК рекомендована АООП для детей с ЗПР. Среди целевых ориентиров освоения Программы детьми с ЗПР дошкольного возраста: осваивает все основные движения, хотя их техническая сторона требует совершенствования; выполняет физические упражнения по показу в сочетании со словесной инструкцией; практически ориентируется и перемещается в пространстве; принимает активное участие в подвижных играх с правилами, и т.д. Цели, задачи и содержание области «Физическое развитие» детей дошкольного возраста в условиях ДОО представлены двумя разделами: 1.Формирование начальных представлений о здоровом образе жизни. 2. Физическая культура.

Список литературы.

1. Грабельникова Ю.И. Рабочая программа по развитию детей дошкольного возраста с задержкой психического развития: статья/ Ю.И. Грабельникова. Екатеринбург: Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение – детский сад компенсирующего вида № 319, 2022. – 96с. – ISBN: отсутствует. – Текст: электронный. – URL: https://319.tvoysadik.ru/org-info/education?id=38

2. Деревянкина, Н.А. Психологические особенности дошкольников с задержкой психического развития: Учебное пособие. Ярославль: Изд-во ЯГПУ им. К.Д.Ушинского, 2003. - 77 с. – ISBN: отсутствует. – Текст: непосредственный.

3. Ковалев, В.В. Психиатрия детского возраста (руководство для врачей). / В.В. Ковалев. – Москва: Медицина. – 1979. – 608с. ISBN: отсутствует. Текст: непосредственный.

4. Урунтаева, Г.А. Психология дошкольного возраста: учебник для студентов учреждений высш.проф.образования/ Г.А. Урунтаева. – 3-е изд., стер. – Москва: Издательский центр «Академия», 2014. – 272с. – (Сер. Бакалавриат). ISBN:978-5-4468-0461-0. – Текст: непосредственный.

5. Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования обучающихся с задержкой психического развития протокол от 27 сентября 2014 г. №1/22. Текст: непосредственный.

Репина Алла Ильинична, к.п.н. доцент
Волчкова Алиса Алексеевна, студент
Екатеринбургский колледж физической культуры
ФГБОУ ВО УралГУФК

ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ, РЕКОМЕНДОВАННЫЕ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ У ЛИЦ 40-45 ЛЕТ

Аннотация. Данная статья представляет обзор геморрагического инсульта - серьезного заболевания, характеризующегося кровоизлиянием в мозг. В статье рассматривается нозология и статистика этого заболевания. Кроме того, акцент делается на технических средствах реабилитации, которые могут быть использованы в процессе восстановления пациента после инсульта, в зависимости от его состояния. Рассматриваются разные методы и приспособления, такие как механическая терапия, смарт-технологии и робототехника, которые могут помочь пациентам восстановить поврежденные функции и улучшить их качество жизни. Эта информация полезна для медицинского персонала, пациентов и их близких, чтобы они могли принимать обоснованные решения о выборе подходящих технических средств реабилитации.

Ключевые слова: Инсульт, кровоизлияние, ишемия, кровообращение, реабилитация.

Актуальность. Инсульт, или острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), является самым распространенным заболеванием людей среднего и пожилого возраста в России, за последние 20 лет.

Цель исследования: повышение качества жизни лиц, перенесших геморрагический инсульт с помощью индивидуально подобранных средств реабилитации.

Методы и организация исследования. Исследование пациентов 40-45 лет, перенесших геморрагический инсульт проводилось на базе клиники «Реабилитация доктора Волковой», улица Чкалова 239, города Екатеринбурга.

Геморрагический инсульт (ГИ) составляет 10-15% от всех видов нарушения мозгового кровообращения. Только в Российской Федерации каждый год диагностируют ГИ у 43 000 человек. Средний возраст пациентов с ГИ – 60-65 лет, соотношение мужчин и женщин равно 1,6:1. Риск развития ГИ значительно повышается после 55 лет и удваивается с каждым последующим десятилетием. Летальность от ГИ достигает 40-50%, а инвалидность развивается у 70-75% выживших.

Геморрагический инсульт – это кровоизлияния в вещество головного мозга (паренхиматозное) или в подоболочечное пространство (субарахноидальное кровоизлияние), а также их сочетания, возникающие в результате патологических изменений сосудов мозга различной этиологии [1].

Кроме последствий нарушения мозгового кровообращения, перенесшие инсульт пациенты сталкиваются с вынужденной гиподинамией вследствие вынужденного длительного пребывания в положении лежа. Отсутствие двигательной активности приводит к атрофии мышц. Недостаток движений негативно сказывается на состоянии дыхательной системы, работе органов пищеварения. Дефицит движений замедляет процесс восстановления после инсульта.

Подбор технических средств реабилитации при геморрагическом инсульте у лиц 40-45 лет, в зависимости от периода субарахноидального кровоизлияния

Период восстановления неврологических функций после инсульта

может длиться по-разному - от нескольких месяцев до нескольких лет. Функциональное улучшение продолжается до 6-12 месяцев, в то время как наиболее активное восстановление двигательных функций происходит в первые 3 месяца. Задачами реабилитации, решающимися на протяжении всех периодов восстановления являются: профилактика повторного инсульта; восстановление утраченных функций; подбор правильного ТСР в зависимости от состояния пациента [8].

Одним из первых реабилитационных мероприятий в **острый период** после перенесенного геморрагического инсульта является правильное позиционирование пациента. Оно включает в себя: 1) поддержание

физиологически правильного положения; 2) частую смену положений (каждые 2 часа); 3) соблюдение техники правильного перемещения пациента и бережное отношение к суставам поврежденных конечностей.

Физиологически правильное расположение туловища и конечностей пациента в пространстве кровати обеспечивает облегчение дыхания, улучшает работу пищеварительного тракта, а так же формирует правильное представление о расположении частей тела в пространстве.

Положение лежа на спине. Голова лежит прямо, не запрокинута назад; правая и левая стороны руки симметричны, располагаются на подушках; ноги не перекрещены; стопы поддерживаются мягким упором. В таком положении пациент должен находится не более часа, после чего рекомендуется изменить позу (Рис.1).


Рис. 1 – Поза лежа на спине

Положение лежа на боку. Пациента можно укладывать как на здоровый, так и на обездвиженный бок. Позиционирование на парализованном боку чаще бывает удобнее для пациента, но при этом вероятность возникновения пролежней выше, чем на здоровом. Особенности позы заключаются в следующем: человек лежит строго на боку, голова смотрит прямо, руки и ноги поддержаны подушками - валиками, суставы в полу-согнутом положении (Рис. 1.2).


Рис. 1.2. - Поза лежа на боку

При **постельном режиме** пациента применяются такие средства реабилитации как: многофункциональная кровать (Рис 1.3), противо-пролежневый матрас (Рис 1.4).



Рис. 1.3



Рис. 1.4

Медицинские кровати сконструированы специально для пациентов с преимущественно постельным режимом, удобны в эксплуатации. Они облегчают уход за лежачими больными. Могут иметь несколько регулируемых секций, предназначенных для установки угла наклона ног, таза, головы. Регулировку угла секций осуществляют с помощью механического или электрического привода.

Матрас предназначен для лечения и предотвращения пролежней у

длительно и неподвижно лежащих больных. Может использоваться как в больничных, так и в домашних условиях.

Для полупостельного режима мы бы назначили следующие технические средства реабилитации: специальные столовые приборы (Рис. 1.6), кресло-судно (Рис. 1.7), подъемник (Рис. 1.8).



Если больной может, есть самостоятельно , используют специальную посуду для кормления лежачих больных.

Рис.1.6



Рис. 1.7

Стул-туалет предназначен для размещения в прикроватном пространстве, чтобы минимизировать расстояние ослабленного пациента до туалета.

Стул-туалет можно регулировать по высоте, и оно, как правило, снабжено подлокотниками, на которые можно опереться.



Рис.1.8

Подъемник предназначен для поднятия и перемещения лежачих больных с кровати и кресла, для приема ванной. Для устойчивости имеется возможность регулировки ширины опорных лап. Низкие опоры подъемника позволяют подъезжать к различным бытовым предметам (кровать, ванна и др.). Устройство поднимает больного от высоты пола до высоты 90 см.

Палатный и свободный режимы. Для самостоятельного перемещения больного применяются такие технические средства как: трости, ходунки, вспомогательные поручни, платформы для перемещения с коляской вниз/вверх по лестнице (Рис. 1.9).



Рис. 1.9. – Подъемная платформа

Индивидуальный подход в подборе технического средств реабилитации для пациента 40-45 лет, перенесшего геморрагический инсульт на позднем восстановительном этапе

Социальное окружение инвалида, условия его проживания; возможные затраты, связанные с эксплуатацией средства реабилитации; социальная активность; физические способности с точки зрения занятия спортом, все вышеперечисленное учитывается при назначении конкретных технических средств реабилитации [10].

1. Опорные трости

Трость опорная с устройством против скольжения – приспособление в виде стержня из металла, дерева, пластмассы для опоры при ходьбе с ручкой и упором на кисть. Трость обеспечивает увеличение площади опоры и вертикальной устойчивости пользователя, а также снижает нагрузку на поврежденную сторону (Рис. 2).



Рис. 2 - Трость опорная с устройством против скольжения

Трость трехопорная, четырехопорная показана при умеренном парезе обеих нижних конечностей; умеренном трипарезе (парез обеих нижних и одной верхней конечностей) – последствия перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения; болезни периферических сосудов нижних конечностей с хронической артериальной недостаточностью III степени, хронической венозной недостаточностью III степени (Рис. 2.1).



Рис. 2.1 - Трость трехопорная, четырехопорная

Что необходимо для правильного подбора трости?

1- Встать прямо

2- Свободно опустить руки

3- Слегка согнуть в локте (

4- \

5- 15-20 градусов)

Слишком длинная трость приведет к перекосу тела в одну сторону, вызовет нежелательную нагрузку на мышцы плечевой группы. Укороченная трость вынудит человека всегда несколько наклоняться вперед, что, в свою очередь, станет причиной нарушения равновесия и повышенной утомляемости опорной руки.

2. Костыли

Костыли – это удобное и эффективное приспособление необходимое для облечения и снятия нагрузки с больных конечностей в период физической нетрудоспособности и реабилитационный период после травм и операций. Подмышечные костыли необходимы в период ранней реабилитации, а также в том случае, если человеку требуется постоянная твердая опора (Рис. 2.2).



Рис. 2.2 - Подмышечный костыль



Рис. 2.3 – Костыль с опорой под локоть

Костыль с опорой под локоть (Канадки) – это костыли с опорой под локоть, изобретенные Томасом Феттерманом и выпущенные в тысяча девятьсот восемьдесят восьмом году. Главным их положительным отличием от костылей с опорой подмышки является исключение давления на нервы и сосуды плечевых суставов (Рис. 2.3).

Данный вид костылей назначается при необходимости незначительной опоры при ходьбе (на позднем восстановительном периоде реабилитации).

Чтобы не перегрузить позвоночник и получить правильную опору,

необходимо настроить костыли по росту: а) в повседневной обуви встать прямо; -наконечник костыля разместить на расстоянии

приблизительно 15 см от мыска ноги (в сторону и немного вперед); б) верхняя перекладина не должна упираться в подмышечную впадину, нужно соблюсти расстояние 4-5 см (это примерно 2-3 пальца); в) рука должна быть чуть согнута в локте и свободно держаться за поперечную срединную перекладину.

3. Ходунки

Ходунки – это устройство, помогающее людям с проблемами опорно-двигательного аппарата сохранять устойчивость и равновесие при ходьбе. представляют собой приспособление, состоящее из крепкой алюминиевой конструкции, изготовленной из полых трубок и специальных мягких ручек из пористой резины или пластика, высота которых регулируется в некоторых моделях, что является очень удобным (Рис. 3).



Рис. 3 – Ходунки переднеопорные, шагающие



Рис. 3.1 – Ходунки на колесах с корзиной



Рис. 3.2 – Многофункциональные ходунки-роллаторы Barry



Рис. 3.3 – Ходунки с подмышечной опорой Optimal-Kappa LY-9701

Дополнительные приспособления:

Помимо типа конструкции ходунки могут быть классифицированы по наличию или отсутствию следующих полезных приспособлений: 1) сиденье. Ходунки с сиденьем позволяют преодолевать гораздо более длинные расстояния потому, что их владелец в любой момент может присесть и отдохнуть; 2) вещевая полка. Как правило, присутствует в ходунках с колёсами, позволяет перевозить несколько килограмм груза (например, продукты); 3) складывающиеся. Складные ходунки очень удобны для поездок на общественном транспорте или в автомобиле, поскольку их можно быстро сложить до компактных размеров, не занимающих много места; - регуляция высоты. Ходунки с такой функцией можно сделать выше или ниже, в зависимости от потребности пациента; 4) для предплечий или локтей. Специальные ходунки с опорой на локоть или подмышечную область подходят больным с травмами или суставными заболеваниями запястий, а также пациентам с болезнями ног или повышенной утомляемостью.

4. Кресла- коляски

Кресло-коляска – транспортное средство, предназначенное для людей с ограниченными возможностями здоровья и приводимое в движение мускульной силой пользователя или сопровождающего, электроприводом или смешанным приводом. По типам привода различают следующие виды кресло-колясок:

1) *Креслоколяска с электроприводом* (Рис. 4) предназначена для само стоятельного передвижения в помещении и на улице инвалидов с нарушением функций верхних и нижних конечностей, приводится в движение электроприводом. Управлять кресло-коляской с электроприводом можно пальцами одной руки через пульт управления, который устанавливается на подлокотнике коляски под любую руку. Возможно переставить пульт управления: с правой стороны на левую или сделать ножное управления.



Рис. 4 – Кресло-коляска с электроприводом

2*) Комнатные кресло-коляски* достаточно тяжелы, не обязательно складывающиеся, и предназначены для лиц ведущих малоподвижный образ жизни. Имеют достаточно высокую спинку, устойчивые подлокотники и позволяют человеку чувствовать себя уверенно, особенно тем, кто оказался на коляске недавно. Большие ведущие колеса коляски могут располагаться как спереди, так и сзади. Комнатные кресло-коляски приводятся в движение ручным приводом (Рис 4.1). Человек, в зависимости от состояния функций верхних конечностей, может управлять коляской как двумя руками, так и одной (правосторонний или левосторонний привод).



Рис–4.1– Комнатные кресло-коляски с ручным приводом

3) Коляски активного типа – преднозначены для энергичных лиц, ведущих активный образ жизни. Передвижение на кресло-коляске активного типа требует хорошей физической формы, развитых мышц плечевого пояса и верхних конечностей, отличной координации и равновесия. Преимуществами данного вида колясок является: легко управляемая; повышенная прочность; широкий диапазон регулировок; складывается и раскладывается без инструментов имеет элементы индивидуальной регулировки (Рис 4.2).



Рис 4.2 – коляска активного типа

5. Аника – реабилитационная перчатка

Аника – инновационный тренажер с биологической обратной связью, служащий для восстановления мелкой моторики и координации движений. Перчатка используется при реабилитации пациентов с повреждениями головного и спинного мозга, при восстановлении моторики рук после перенесенных операций и травм. Процесс реабилитации производится в легкой игровой форме, что позволяет поддерживать у пациента высокий уровень мотивации.





Рис. 5 – Сенсорная перчатка «Аника» с биологической обратной связью.

Комплекс Аника включает в себя перчатку и программное обеспечение, устанавливаемое на ПК. На тыльной стороне кисти, предплечье и дистальных фалангах пальцев имеются датчики, фиксирующие движения и передающие информацию о них в программу. В устанавливаемую программу входят такие упражнения как: «Бомбардир», «Волейбол», «Пузыри», «Собери предмет» , « Открути крышку» (Рис. 5.1 – 5.3) и др. В зависимости от физического состояния пациента, в индивидуальном порядке, можно подобрать уровни сложности для выполнения поставленных задач. Так как все данные об успехах пациента сохраняются в программе, врач может оценить прогресс на любом этапе реабилитации.

Перчатка «Аника» может быть выполнена как для правой, так и для левой руки. Для определения размера перчатки необходимо измерить расстояние между серединой внутренней стороны запястья и концом среднего пальца. Важным моментом для применения реабилитационной перчатки является возможность тренировки суставов, а также хватательных движений. Удобство контроля данных и возможность установить программное обеспечение для РП «Аника» на любой компьютер, а так же интересные задания позволяют поддерживать высокий уровень мотивации и стремление к новым достижениям.



Рис. 5.1 – программа «Волейбол». Игра направлена на одно движение для управления игроком, где нужно отбить мяч не уронив его на землю.



Рис. 5.2–программа «Собери предметы». Упражнения на ногтевой захват, чтобы собрать мелкие предметы в корзину



Рис. 5.3 – программа «Открути крышку».

Упражнение на захват крупного предмета с последующим поворотом.

Выводы. Таким образом, на основании анализа литературных источников мы делаем вывод о том, что последствия после пережитого геморранического инсульта в 70% случаев неизбежно приводят к

инвалидизации.

Реабилитация после геморрагического инсульта заключается в преодолении последствий, что возникли после развития патологического процесса головного мозга. Такое восстановление чаще всего проходит в условиях стационара под постоянным наблюдением медицинского персонала. Реабилитация начинается с момента стабилизации состояния больного.

Благодаря правильному подбору технических средств (ТСР) повышается реабилитационный потенциал пациента, улучшение качества жизни пациента т.е. обеспечивают компенсацию или устранение стойких ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья.

Для того чтобы сформулировать краткосрочные цели и составить индивидуальную программу реабилитации, с учетом тех или иных ТСР на втором этапе реабилитации должен быть поставлен четкий диагноз. На втором этапе происходит постепенное возвращение двигательной активности, за счет кинезиотерапии, физеотерапии и массажа.

Для каждого пациента схема лечения и реабилитации составляется индивидуально. Правильно подобранные процедуры и медикаменты помогают восстановить нормальную работу головного мозга, избежать серьезных осложнений, отека мозга, воспаления легких, образования тромбов и малой подвижности суставов. В результате человек сможет самостоятельно ухаживать за собой, станет максимально самостоятельным и социально активным.

Список литературы:

1. Ахутина, Т.В. Логопедическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями речи, голоса и глотания в остром периоде /Ахутина Т.В., Микадзе Ю.В. – Москва: Клинические рекомендации для логопедов, 2016. – 41 с. – ISBN: 978-5-906555-91-2. – Текст: непосредственный.

2. Новикова, Л.Б. Реабилитация больных в острейшем и остром периодах инсульта - Н 73 та: учеб. Пособие / Л.Б. Новикова, А.П. Акопян, К.М. Шарапова. — Уфа: ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, 2019. – 75с. – ISBN: отсутствует. – Текст: непосредственный.

3. Гордон, Н. Инсульт и двигательная активность / Н. Гордон. - М.: Олимпийская литература, 2017.

4. Грин, Д. Геморрагические заболевания и синдромы / Д. Грин. - М.: Практическая медицина, 2017.

5. Лариса, Павлинова und Анатолий Макрушин Геморрагический инсульт.: моногр. / Лариса Павлинова und Анатолий Макрушин. - М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2018.

6. Фадеев, П. А. Инсульт. Доступно и достоверно / П.А. Фадеев. - М.: Мир и Образование, 2019.

7. Фадеев, П.А. Инсульт / П.А. Фадеев. - М.: Оникс-ЛИТ, 2017.

8. Клинические рекомендации – Геморрагический инсульт – 2022-2023-2024 (15.12.2022) – Утверждены Минздравом РФ.

9. ГОСТ Р 58266-2018 Кресла-коляски. Термины и определения. Классификация –2019.

10. Ковальчук, В.В. Реабилитация пациентов после инсульта. Критерии эффективности и факторы успеха: роль физической, нейропсихологической и
медикаментозной терапии / В.В. Ковальчук, А.О. Гусев, Т.И. Миннуллин,

11. К.В. Нестерин // Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия. Спецвыпуск «Мысли, знания и опыт ведущих ученых-неврологов Санкт-Петербурга». — 2017 № 19 – С. 62–72.

12. Скоромец, А.А. Основы реабилитации в ангионеврологии. / А.А. Скоро-мец, В.В. Ковальчук // Эффективная фармакотерапия. Неврология и психи-атрия. Спецвыпуск «Мысли, знания и опыт ведущих ученых неврологов Санкт-Петербурга». — 2017 № 19– С. 8–18.

13. Стаховская, Л.В. Современные подходы к нейропротективной терапии ишемического инсульта / Л.В. Стаховская, Е.А. Тютюмова, А.И.

Федин // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсокова. Спецвыпуски. — 2017 — 117(8). – С.75-80.

14. Ковальчук, В.В. Пациент после сосудистой катастрофы: принципы реаби-литации и особенности ведения / В.В. Ковальчук, А.О. Гусев, Е.Р. Баранцевич [и др.] // Consilium Medicum. — 2017 — 19 (9). – С. 18-25.

15. Новикова Л.Б. Роль реабилитационного потенциала в восстановительном периоде инсульта / Л.Б. Новикова, А.П. Акопян, А.Р. Ахметова // Consilium Medicum. — 2017 — 2.1. – С. 14-16.

16. Суслина З.А., Гулевская Т.С., Максимова М.Ю., Моргунов В.А. Нарушения мозгового кровообращения: диагностика, лечение, профилактика. – М.: МЕДпресс-информ, 2016 – 536 с.

17. Жукова Е.В., Морозова Е.В., Сотская Г.М. Современные технологии социально-психологической реабилитации и абилитации инвалидов с нарушением функций верхних конечностей вследствие цереброваскулярной патологии (стол механотерапии) // Вестник науки и образования. – 2020. – № 6(84). – С. 98-102.

18. Реабилитация детей с ДЦП: обзор современных подходов в помощь реабилитационным центрам / Е. В. Семёнова, Е. В. Клочкова, А. Е. Коршикова−Морозова, А. В. Трухачёва, Е. Ю. Заблоцкис. М.: Лепта Книга, 2018. 584 с.

19. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 28 декабря 2017 г. № 888н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации»
[Электронный ресурс]//https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71793126/.

20. Широков Е.А. Концепция нейрореабилитации и система организации помощи больным с последствиями инсульта. – М.: Гэотар-Мед, 2018 – 220 с.

21. Шмонин А.А., Мальцева М.Н, Мельникова Е.В. Мульти-дисциплинарная технология поиска цели реабилитации у пациентов с церебральным инсультом на основе Международной классификации

функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья// Consilium Medicum. - 2019;- № 21 (2): - С. 9-17

Тимофеева Ирина Владимировна,
Григорчук Елизавета Павловна,
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК, г. Екатеринбург. Россия

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА 6-8 ЛЕТ

Аннотация. В настоящее время достаточно актуальной остается проблема развития и коррекции нарушений двигательной сферы детей с синдромом Дауна. Многие авторы отмечают у детей с синдромом Дауна диспластичность фигуры, общую мышечную гипотонию, повышенную истощаемость. У многих детей с синдромом Дауна в большей степени нарушена общая моторика. Известно, что синдром Дауна является дифференцированной формой психического недоразвития, отличающейся существенным полиморфизмом как в клинической картине, так и в проявлениях физических, психических, интеллектуальных и эмоциональных качеств.

Ключевые слова: синдром Дауна, лечебная гимнастика

Актуальность. Синдром Дауна – это генетическое заболевание, вызванное аномальным делением клеток, в результате которого образуется дополнительная полная или частичная копия хромосомы 21. Этот дополнительный генетический материал вызывает изменения в развитии и физические особенности синдрома Дауна. По данным профессора Андрея Сергеевича Чистовича, из 1000 родившихся 2-3 страдают болезнью Дауна. В странах Европы указываются более частые случаи: 2-3 больных ребенка на 600-700 родившихся. Среди олигофренов 10% страдают болезнью Дауна [14].

Цель исследования: проведение оценки функционального состояния детей с синдромом Дауна и разработка методики лечебной гимнастики для данной нозологической группы.

Методы и организация исследования: Исследование функционально го состояния детей с синдромом Дауна проводилось на базе инклюзивного

центра «Планета КИИС sensory». В исследовании приняли участие 6 детей с синдромом Дауна 6-8 лет.

Синдром Дауна— наиболее распространенный вариант хромосомной мутации, при котором кариотип представлен набором из 47 хромосом вместо нормальных 46. Лишняя хромосома появляется из-за наличия дополнительной полной или частичной копии хромосомы 21 (трисомия 21). Синдром Дауна представляет собой сложное заболевание, которое приводит ко множеству проблем со здоровьем на протяжении всей жизни. У пациентов в разной степени наблюдаются задержка речи, памяти, проблемы с обучением, порок сердца и/или болезнь Альцгеймера. Проявления синдрома различается по степени тяжести у разных людей, вызывая пожизненную умственную отсталость и задержку развития. Это наиболее распространенное генетическое хромосомное заболевание, оно является причиной ограниченной способности к обучению у детей. Оно также часто вызывает другие медицинские отклонения, включая сердечные и желудочно-кишечные расстройства.

Основными средствами и методами коррекции физического развития детей с синдромом Дауна являются занятия по Адаптивной физической культуре. Адаптивное физическое воспитание как вид адаптивной физической культуры. Средствами адаптивной физической культуры являются: физические упражнения, естественные силы природы и гигиенические факторы. Основными методами являются: методы формирования знаний, метод обучения двигательным действиям, методы развития физических качеств, метод воспитания личности.

К основным методам оценки функционального состояния относят: антропометрический метод, соматометрический, физиометрический метод и соматоскопический.

Результаты и их обсуждение. 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 Инклюзивного центра «Планета КИИС

sensory» на ул.Репина,80 город Екатеринбург. В исследовании приняли участие 6 детей с синдромом Дауна 6-8 лет.

В работе были использованы следующие методы научного исследования: анализ научно-методической литературы; метод педагогического наблюдения; анализ медицинских карт; педагогический эксперимент; тестирование функциональных возможностей; метод математической обработки результатов.

После проведения функциональных тестов были получены показатели, которые сравнили с нормой (Таблица 1).

Таблица 1 – Сравнительные результаты среднего значения и нормы

Тесты	X (среднее значение)	Норма
Бег 30 м с высокого старта	15,9	6,2-8,5 с
Прыжок в длину с места	36,8	90-145 см
Бросок теннисного мяча удобной рукой	3,2	4-15 м
Сохранение статического равновесия	8,8	12,0-30,0 с
Задания на гибкость	3	3-12 см
Бег 90 м на выносливость	40,2	30,2-20,8 с
Подъем туловища из положения лежа на спине за 30 с	7,2	9-24 (кол-во раз)

По полученным показателям мы видим, что физическое развитие испытуемых значительно отстает от нормы. Отклонение от нормы в тесте бег на 30 м с высокого старта составляет 47%, что говорит о низком развитии скоростных качеств; в тесте прыжок в длину с места – 44%, значительно низкое значение скоростно-силовых качеств испытуемых; в тесте бросок теннисного мяча – 25%, относительно незначительное отставание; в тесте сохранение статического равновесия – 36%, в тесте бег 90 м на выносливость – 25%, что говорит о пониженной выносливости. Показатели гибкости соответствуют минимальной значению нормы, что свойственно для детей данной категории.

На основе данных исследования был составлен комплекс лечебной гимнастики для детей с синдромом Дауна 6-8 лет.

Выводы. В результате проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. Синдром Дауна – это генетическое заболевание, вызванное аномальным делением клеток, в результате которого образуется дополнительная полная или частичная копия хромосомы 21.

2. К методам и средствам коррекции двигательных нарушений для детей 6-8 лет с синдромом Дауна относят: методы формирования знаний, методы обучения двигательным действиям, методы развития физических качеств, методы развития координационных способностей, методы воспитания личности, методы организации взаимодействия педагога и учащегося, методы психорегуляции состояния. Средствами коррекции являются: физические упражнения, естественные силы природы и гигиенические факторы.

3. Полученные результаты функционального состояния детей с синдромом Дауна показали, что по физическим возможностям испытуемые имеют низкие показатели. Отклонение от нормы в тесте бег на 30 м с высокого старта составляет 47%, что говорит о низком развитии скоростных качеств; в тесте прыжок в длину с места – 44%, значительно низкое значение скоростно-силовых качеств испытуемых; в тесте бросок теннисного мяча – 25%, относительно незначительное отставание; в тесте сохранение статического равновесия – 36%, в тесте бег 90 м на выносливость – 25%, что говорит о пониженной выносливости. Таким образом занятия нужно проводить индивидуальным и малогрупповым методом.

4. На основании оценки функционального состояния разработана методика лечебной гимнастики для детей с синдромом Дауна 6-8 лет. Комплекс лечебной гимнастики направлен на развитие скоростно-силовых качеств, гибкости, глазомера, мелко моторную координацию, повышение резервных возможностей сердечно-сосудистой системы, развитие памяти, мышления, взаимопомощи. В комплекс входили такие естественные виды упражнений как ходьба, бег, прыжки, метания, упражнения с мячом.

Список литературы:

1. Алферова, Г.В. Нетрадиционные подходы к физическому воспитанию детей с нарушением интеллекта / Г.В. Алферова. – Москва: Просвещение, 2003. – 40 с.
2. Бабаян, В.В. Клинико-функциональная и метаболическая характеристика детей с синдромом Дауна / В.В. Бабаян. – Набережные челны: Сфера, 2012. – 26 с.
3. Власова, Т.А. О детях с отклонениями в развитии / Т.А. Власова, М.С. Певзнер. – Москва: Просвещение, 1973. – 175 с.
4. Ворсанова, С.Г. Хромосомные синдромы, выявляемые в первые годы жизни ребенка / С.Г. Ворсанова, Ю.Б. Юров, И.А. Демидова, А.К. Берешева. – Москва: Дефектология, 2001. – 151 с.
5. Выготский, Л.С. Проблемы дефектологии / Л.С. Выготский. – Москва: Просвещение, 2005. – 527 с.
6. Година, М.А. Дети с синдромом Дауна. Развитие. Обучение. Трудности / М.А. Година. – Москва: Владос, 2007. – 318 с.
7. Дмитриев, А.А. Физическая культура в специальном образовании / А.А. Дмитриев. – Москва: Издательский центр «Академия», 2002. – 176 с.
8. Дубовский, В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей / В.И. Любовский. – Москва: Педагогика, 2001. – 214 с.
9. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура в практике работы с инвалидами и другими маломобильными группами населения / С.П. Евсеев. – Москва: Советский спорт, 2014. – 298 с.
10. Евсеев, С.П. Теория и организация адаптивной физической культуры / С.П. Евсеев. – М.осква: Спорт-Человек, 2016. – 616 с.
11. Жиянова, П.Л. Малыш с синдромом Дауна / П.Л. Жиянова, Е.В. Поле. – Москва: Благотворительный фонд «Даунсайд-Ап», 2015. – 195 с.

12. Забрамная, С.Д. Практический материал для психологопедагогического обследования / С.Д. Забрамная, О.В. Боровик. – Москва: Педагогика, 2003. – 57 с.

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

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА

Аннотация. Синдром Дауна является самой распространенной генетической причиной интеллектуальных нарушений, которые развиваются из-за лишней хромосомы в 21-й паре. Люди с синдромом Дауна имеют уникальный спектр особенностей, не похожий на спектр типично развивающихся людей или людей с другими интеллектуальными нарушениями и нарушениями развития. Поэтому людям с синдромом Дауна требуются специализированное медицинское обслуживание и программы помощи, включающие представителей самых разных дисциплин.

Ключевые слова: синдром Дауна, адаптивное физическое воспитание, адаптивное физическое развитие.

Актуальность. Чаще всего синдром Дауна является результатом случайной мутации, а не наследуется. Точные причины и последствия хромосомной трисомии не до конца понятны, но хромосомная аномалия влияет на все системы организма Частота встречаемости синдрома Дауна в мире составляет примерно один случай на 1000 родов. Наиболее часто (в 94% случаев) встречается регулярная трисомия, когда «лишняя» 21-я хромосома выявляется практически во всех клетках культуры. Существование «экстракопий» генов на 21-й хромосоме изменяет развитие плода во время беременности, продолжает влиять на ребенка после рождения и на протяжении всей жизни [5].

Цель исследования. Способы и методы адаптации ребенка с синдромом Дауна к социальной жизни.

Методы и организация исследования. Прикладной анализ поведения – это применение принципов обучения (например, подкрепление, гашение проблемного поведения и т.д.) к социально значимым областям.

Вмешательство на базе прикладного анализа поведения характеризируется принятием решений с опорой на данные, полученные в ходе обучения, и эмпирической демонстрацией функциональной взаимосвязи между изменениями в поведении и применяемой программой вмешательства.

В последние годы несколько крупных обзоров были посвящены изучению эффективности подходов, основанных на идеях прикладного анализа поведения, для обучения людей с синдромом Дауна, систематический обзор и метаанализ исследований, посвященных эффективности применения прикладного анализа поведения при синдроме Дауна, включавший метаанализ исследований, проведенных с использованием дизайна исследования одного случая, для взрослых людей с синдромом Дауна [4]. По критерию включения в обзор попали 125 исследований. В них анализируется эффективность программ вмешательства на основе прикладного анализа поведения для улучшения навыков и / или сокращения проблемного поведения. Результаты показали, что вмешательство на основе прикладного анализа поведения является многообещающим подходом для изменения поведения у людей с синдромом Дауна. Всего было определено 36 высококачественных исследований, которые продемонстрировали среднее общее воздействие. Исследования добивались разных целей, преимущественно связанных с улучшением коммуникации и проблемного поведения.

Дизайн-исследование одного случая традиционно считается самым распространенным подходом к исследованиям в прикладном анализе поведения. Несмотря на то, что инструменты для оценки качества группового дизайна существуют давно, эксперты только сейчас начали разрабатывать стандарты и показатели качества, которые можно применять для обобщения методологических характеристик исследований, построенных на анализе одного случая. Для определения качества дизайна исследования одного случая авторы использовали два инструмента: стандарты What Works Clearinghouse (WWC) и шкалу оценки риска систематической ошибки в исследованиях N-of-1 (RoBiNT) [2]. И в своем систематическом обзоре они

пополнили результаты более ранних обзоров программ вмешательства для людей с синдромом Дауна, применив эти показатели качества к доступной по данной теме научной литературе.

В обзоре и метаанализе авторы постарались ответить на следующие вопросы:

1. Каковы характеристики поведенческих программ вмешательства (т.е. компоненты вмешательства, целевые области навыков) для людей с синдромом Дауна?

2. Каков используемый дизайн исследований эффективности поведенческих программ вмешательства для людей с синдромом Дауна?

3. Каков масштаб воздействия поведенческих программ вмешательства, соответствующих стандартам качества для людей с синдромом Дауна?

Результаты и их обсуждение. Исследования показали, что своевременное обучение и навязывание знаний и соответственное приучение к ним, дает возможность ребенку с данным синдром адаптироваться к социальной жизни. Знания полученные в первые 10 лет жизни значат очень многое и дает возможность ребенку существовать и развиваться в современном обществе.

Выводы. С раннего детства у людей с синдромом Дауна наблюдается определенный паттерн развития сильных и слабых сторон. Своевременное вмешательство поможет ребенку адаптироваться в обществе и социальной среде. Под наблюдением врачей, специалистов, психологов и родителей, ребенка можно приблизить к нормально жизни в обществе и привить ему мысль о том, что он такой же как все. Создание специальных условий существования обязательно для людей с данным заболеванием. Подготовка психического состояния не мало важно, так же, как и физического. Они должны тесно идти и развивать как ментальные и психические навыки, так и физические. При правильно обращении и должном воспитании, у людей с данным синдром будет больше возможностей и желания существовать в нашем мире.

Список литературы.

1. Батышева, Т.Т. : Виды и формы детского церебрального паралича / Т.Т. Батышева. – Тула

2. Ворсанова, С.Г. Хромосомные синдромы, выявляемые в первые годы жизни ребенка / С.Г. Ворсанова, Ю.Б. Юров, И.А. Демидова, А.К. Берешева. – Москва: Дефектология, 2001. – 151 с.

3. Година, М.А. Дети с синдромом Дауна. Развитие. Обучение. Трудности / М.А. Година. – Москва: Владос, 2007. – 318 с.

4. Bull M.J. Committee on Genetics. Health supervision for children with Down syndrome. Pediatrics. 2011 Aug;128(2):393-406. doi: 10.1542/peds.2011-1605. Epub 2011 Jul 25. Erratum in: Pediatrics. 2011 Dec;128(6):1212. PMID: 21788214.

5. Bull M.J. Down Syndrome. N Engl J Med. 2020 Jun 11;382(24):2344-2352. doi: 10.1056/NEJMra1706537. PMID: 32521135.

6. Hatch-Stein J.A., Zemel B.S., Prasad D., et al. Body composition and BMI growth charts in children with Down syndrome. Pediatrics 2016;138(4):e20160541.

7. Tsou A.Y., Bulova P., Capone G., Chicoine B., Gelaro B., Harville T.O., Martin B.A., McGuire D.E., McKelvey K.D., Peterson M., Tyler C., Wells M., Whitten M.S. Global Down Syndrome Foundation Medical Care Guidelines for Adults with Down Syndrome Workgroup. Medical Care of Adults With Down Syndrome.

Тимофеева Ирина Владимировна, к.п.н. доцент
Гуща Дарья Андреевна, студент
Екатеринбургский колледж физической культуры
ФГБОУ ВО УралГУФК

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

Аннотация. Статья посвящена методике адаптивного физического воспитания детей младшего школьного возраста с расстройством аутистического спектра. Расстройство аутистического спектра уже на протяжении семидясети лет является медико-педагогической проблемой, эффективных методик, как педагогической, так и медицинской коррекции до настоящего времени так и не было создано. Отмечалась огромная роль адаптивной физической культуры в психолого-педагогической коррекции детей с данной патологией. Но адекватного психофизиологического обоснования применения средств физической культуры у детей с расстройствами аутистического спектра до сих пор нет. Нет научно обоснованных методик преподавания, методик оценки развития и сформированности двигательных навыков.

Ключевые слова: расстройство аутистического спектра, адаптивное физическое воспитание, дети младшего школьного возраста.

Актуальность. В последнее время в России активно развивается сфера адаптивной физической культуры. Все больше появляется возможностей для занятий спортом у детей и подростков с ограничениями в состоянии здоровья. В последние годы количество детей с расстройством аутистического спектра постоянно увеличивается. В связи со сложившейся ситуацией существенно вырос интерес исследователей к проблеме развития двигательных и социальных навыков у детей данной нозологической группы.

Отсутствие опыта эмоционального контакта не позволяет детям с расстройством аутистического спектра учиться распознавать желания,

чувства, эмоции, а также реакции других людей. Больше всего это вызывает сложности в общении со здоровыми сверстниками. Таким детям очень тяжело понимать и представлять, что все люди разные и, что они могут иметь свои взгляды на жизнь, свое мнение и каждый человек имеет свой внутренний мир. Трудности в общении с окружающими связаны также с отсутствием понимания сложившихся ситуаций и неспособностью правильно вести себя с другими людьми.

Цель исследования: изучение влияния средств и методов адаптивного физического воспитания на формирование двигательных и социальных навыков детей младшего школьного возраста с расстройством аутистического спектра.

Результаты и их обсуждение. Расстройство аутистического спектра (РАС) – это нарушение нейропсихического развития, характеризующееся качественными отклонениями в социальном взаимодействии и способах общения, а также ограниченным, стереотипным, повторяющимся набором интересов и занятий. Эти качественные аномалии являются общими чертами функционирования индивида во всех ситуациях и могут значительно различаться по степени выраженности [1].

Для расстройства аутистического спектра характерно проявление первых признаков в раннем детском возрасте (чаще всего до 3-х лет), отставание и задержка в развитии разнообразных психических функций и социально-коммуникативных навыков, сохранение аномалий социального функционирования и особенностей на протяжении всей жизни.

На самом деле, существует множество факторов, повышающих вероятность появления у подростка расстройства аутистического спектра, в том числе генетических факторов и факторов окружающей среды в США риск диагностики выше, если:

1. В семье уже есть дети с расстройством аутистического спектра (2-18%). В случае постановки диагноза одному из монозиготных близнецов, риск у второго, по данным разных исследований, варьируется от 35% до 95%, дизиготных от 0% до 31% [2].

2. Возраст матери выше 35 лет или возраст отца выше 40 лет.

Наличие определённых генетических или хромосомных заболеваний: синдром Дауна, синдром ломкой Х-хромосомы, синдром Мартина-Белл, туберозный склероз и другие.

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.

К возможным факторам риска относят:

1. Генетическую предрасположенность;
2. Дородовые инфекции;
3. Осложнения при родах;
4. Воздействия токсичных веществ до и после родов.

Классификация расстройства аутистического спектра (клинико-нозологические формы).

1. Синдром Аспергера;
2. Атипичный аутизм;
3. Органический аутизм.

Для детей с расстройством аутистического спектра типичен «феномен тождества» - стремление поддерживать и сохранять неизменность окружающей обстановки [3].

Характерно отсутствие или недостаточность зрительного контакта, именно он воспринимается как чрезмерный раздражитель.

Отсутствие поведенческой ориентировки на людей, отмечается неспособность к отличию их от неодушевлённых предметов. Отношение к людям, как к вещам.

Физический контакт, если и случается, носит неуклюжий и очень манипулятивный характер, нередко производя формальное впечатление

агрессии: подросток может наступить на вещь другого подростка и сделать вид, что ничего не было, пока другой будет громко ругаться [2].

Другими словами, основными проявлениями являются выраженная недостаточность или полное отсутствие потребности в контакте с окружающими, эмоциональная холодность или безразличие к близким, страх новизны, любой перемены в окружающей обстановке, болезненная приверженность к рутинному порядку, однообразное поведение со склонностью к стереотипным движениям, а также расстройства речи.

В настоящее время аутизм не относят в одну категорию с психическими заболеваниями, как это было прежде. Современная наука считает его нарушением развития [5].

Для детей с расстройством аутистического спектра взаимодействие со сверстниками значит не многое. Они редко сами инициируют общение, а также отвергают инициативу со стороны других людей из-за того, что практически не реагируют на попытки наладить контакт с ними.

Основными особенностями детей младшего школьного возраста с данной патологией, препятствующими их обучению и развитию социальных навыков являются:

Сложности в самоорганизации собственной деятельности, а также практически полная невозможность самоконтроля поведения;

Выраженная особенность развития основных психических функций;

Особенности развития познавательной деятельности в целом;

Трудности в установлении взаимоотношений с окружающими;

Выраженные затруднения в социально-эмоциональной сфере.

Потребность в использовании специальных приемов и методов при обучении.

Практика подтверждает, что, если для здорового человека двигательная активность - обычная потребность, реализуемая повседневно, то для человека с нарушениями физические упражнения жизненно необходимы, так как, они являются эффективным средством и методом физической, психической и социальной адаптации.

Образовательная деятельность с обучающимися с расстройством аутистического спектра - это непрерывный педагогический целесообразно организованный процесс социального воспитания с учетом специфики развития личности ребенка с особыми потребностями на разных возрастных этапах. процессы обучения, воспитания и социализации личности ребенка будут эффективными при условии их интеграции и взаимопроникновения. деятельностный подход в образовании строится на признании того, что развитие личности обучающихся с расстройством аутистического спектра младшего школьного возраста определяется характером организации доступной им деятельности (предметно-практической и учебной. Основным средством реализации деятельностного подхода в образовании является обучение как процесс организации познавательной и предметнопрактической деятельности обучающихся, обеспечивающий овладение ими содержанием образования [5].

Адаптивная физическая культура - область физической культуры для людей с отклонениями в состоянии здоровья, включая инвалидов. Комплекс мер спортивно-оздоровительного характера, направленных на реабилитацию и адаптацию к нормальной социальной среде людей с ограниченными возможностями, преодоление психологических барьеров, препятствующих ощущению полноценной жизни, а также сознанию необходимости своего личного вклада в социальное развитие общества.

Рекомендуемые правила при организации тренировочных и физкультурных занятий для детей младшего школьного возраста с расстройством аутистического спектра:

1. Постепенное индивидуальное дозированное введение ребенка в общую среду. Посещение занятий в соответствии с возможностями ребенка и его навыками справляться с тревожностью, усталостью, перевозбуждением, возможность частичного участия;

2. Посещение, в первую очередь, тех занятий, в которых ребенок чувствует себя наиболее успешным и заинтересованным, постепенное подключение других видов деятельности;

3. Учет возможностей вербальной и невербальной коммуникации ребенка

4. На этапе включения в процесс необходима индивидуальная поддержка тренера, в зависимости от времени привыкания, освоения правил поведения коммуникации.

5. Обеспечение занимающегося индивидуальными занятиями с тренером для построения коммуникации и взаимодействия;

6. Создание четкой, упорядоченной пространственно-временной структуры занятия для самоконтроля и самоорганизации;

7. Учет усвоения навыков и информации;

8. Оказание помощи в проработке впечатлений, воспоминаний, представлений о будущем, развитии способностей планировать, выбирать и сравнивать.

Выводы. Физическая активность развивает социальные навыки и общее физическое здоровье детей с расстройством аутистического спектра только при условии, если при ее планировании учитывались особенности развития участников.

Основной особенностью физического развития подростков с расстройством аутистического спектра – являются моторные и речевые трудности; моторная неловкость; общая некоорденированность и неловкость в движениях; речевые нарушения.

Таким образом, в ходе множества исследований было доказано, что адаптивная физическая культура благотворно влияет на развитие навыков социальной адаптации и социализации у детей с расстройством аутистического спектра, если занятие спланировано и проведено с учетом особенностей развития детей с расстройством аутистического спектра. Особенно хороших результатов позволяют добиться занятия, проводимые в инклюзивной группе совместно со здоровыми детьми.

Список литературы.

1. Аппе, Ф. Введение в психологическую теорию аутизма / Ф. Аппе – Москва: Издательство Теревинф 2006. – 216 с. – ISBN 978-5-4212-0351-3. – Текст: электронный. https://www.labirint.ru/books/116002/

2. Аспергер, Х. «Аутические психопаты» в детском возрасте (начало) / Х. Аспергер // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2010. – Т.10. – №2. – С. 91-117. – ISBN отсутствует. – Текст: электронный. http://psychildhealth.ru/2010-02.pdf

3. Аршатская, О.С. Дефектология: Психологическая помощь ребенку раннего возраста при формирующемся детском аутизме / О. С. Аршатская – Москва: Издательство Теревинф 2005. - № 2. – 224с. – ISBN: 978-5-534-10801-9. – Текст: электронный. https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskaya-pomosch-rebenku-rannego-vozrasta-pri-formiruyuschemsya-sindrome-detskogo-autizma

4. Айрес, Э. Дж. Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития. 2021. – ISBN отсутствует. – Текст: электронный. https://www.labirint.ru/books/199572/

5. Барбера, М. Л. Детский аутизм и вербально-поведенческий подход: обучение детей с аутизмом и связанными расстройствами. 2019. – ISBN отсутствует. - Текст: электронный. https://autism-frc.ru/autism/library/247

Репина Алла Ильинична, к.п.н., доцент
Зайонц Иоанна Марионовна, студент
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ ДАУНА

Аннотация. Во многих странах мира, включая Россию, за последние десятилетия наблюдается увеличение количества рожденных детей с синдромом Дауна. По последним данным, в России общая заболеваемость синдромом Дауна составляет 14,1 случая на 100 000 населения, причем большинство из них приходится на детей. В медицинских организациях Департамента здравоохранения Москвы в 2022 году почти 91 % зарегистрированных пациентов с синдромом Дауна – дети в возрасте до 14 лет [5]. Синдром Дауна является аномалией 21-й хромосомы, может проявляться нарушением умственного развития, микроцефалией, небольшим ростом и характерным внешним видом. Диагноз предполагают на основании наличия физических аномалий и аномалий развития. Для детей с синдромом Дауна физическая культура является жизненно необходимой, так как она является эффективным средством психической и социальной адаптации. Целенаправленная система социально-педагогических мероприятий, включение ребенка с синдромом Дауна в коррекционно-образовательный процесс с раннего возраста, повышает уровень развития, способствует социальной активности ребенка. Благоприятное сочетание компенсаторных возможностей организма с правильно подобранными программами на каждом этапе обучения, эффективными формами её организации могут в значительной мере, а иногда и полностью нейтрализовать действие первичного дефекта на ход психофизического и физического развития ребенка.

Ключевые слова: синдром дауна, адаптивное физическое воспитание, адаптивное физическое развитие.

Актуальность. В настоящее время достаточно актуальной остается проблема развития и коррекции нарушений двигательной сферы детей с синдромом Дауна. Многие авторы отмечают у детей с синдромом Дауна диспластичность фигуры, общую мышечную гипотонию, повышенную истощаемость. У многих детей с синдромом Дауна в большей степени нарушена общая моторика. Эффективность решения названной проблемы определяется многими условиями, в том числе и дальнейшим изучением специфики структуры дефекта у различных категорий детей, коррекция двигательного развития через адаптивное физическое воспитание. Создание оптимальных условий для жизнедеятельности, восстановление утраченного контакта с окружающим миром, успешное лечение, психолого-педагогическая реабилитация, социально-трудовая адаптация и интеграция детей с синдромом Дауна в общество являются первостепенными задачами образования. Чтобы процесс обучения и воспитания ребёнка с синдромом Дауна в школьном образовательном учреждении проходил продуктивно и плодотворно как для самого ребёнка, так и для специалистов, необходима адаптированная образовательная программа, отвечающая всем требованием и стандартам [2].

Цель исследования. Анализ адаптированных образовательных программ для детей с синдромом Дауна, младшего школьного возраста.

Результаты и их обсуждение. В мире отмечена тенденция к росту количества детей с ограничением жизнедеятельности. Одним из важнейших социальных и медицинских показателей, актуальность которого возрастает на современном этапе развития общества, является инвалидизация детского населения. Известно, что синдром Дауна является дифференцированной формой психического недоразвития, отличающейся существенным полиморфизмом как в клинической картине, так и в проявлениях физических, психических, интеллектуальных и эмоциональных качеств. Общая заболеваемость среди новорожденных составляет около 1/700, и риск постепенно возрастает с увеличением материнского возраста. Когда матери 20 лет, риск составляет 1/2000 рождений; в 35 лет – 1/365 и в 40 – 1/100.

Однако, поскольку большинство родов происходит среди молодых женщин, то и большинство детей с синдромом Дауна рождаются у женщин старше 35 лет; только 20% детей с синдромом Дауна рождаются у матерей младше 35 лет.

Обзор исследований особенностей двигательного развития детей с синдромом Дауна показал, что эти дети имеют явное отставание в двигательном развитии, которое обусловлено как общей гипотонией, так и сниженной мотивацией. Качественное отличие и темповая задержка характеризуют освоение каждой вехи двигательного развития, включая сидение, ползание, ходьбу, координацию тела, навыки тонкой моторики [1]. Все авторы выделяют тенденцию к увеличению отставания двигательного развития с возрастом ребенка. Наряду с этим отмечается, что 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.

Эффективность коррекционно-развивающей работы педагогов в условиях инклюзии достигается при помощи гибкого, индивидуализированного подхода к созданию специальных условий обучения и воспитания для ребенка с ОВЗ. Одним из элементов этого подхода является разработка индивидуальной адаптированной образовательной программы. Адаптированная образовательная программа – это программа для ребенка с ОВЗ, находящегося в группе с нормально развивающимися сверстниками, или чем-то отличающегося от остальных детей в группе. В ней должны учитываться особенности психофизического развития ребенка, актуальные на сегодняшний день проблемы, модель интеграции и уровень его развития. Основанием для создания специальных

условий для обучения и воспитания ребенка является предоставленное в образовательное учреждение заключение ПМПК, либо заключение индивидуальной программы реабилитации инвалида. Требованиями ФГОС определена четкая структура АОП, условия ее реализации, а также результаты освоения программы [3]. Целью адаптированной образовательной программы школьного образования является построение системы коррекционно-развивающей работы с детьми, имеющими какие-либо нарушения, оказание им квалифицированной помощи в освоении адаптированной образовательной программы в условиях пребывания МБОУ СОШ. Адаптированная образовательная программа дошкольного образования включает три основных раздела: целевой, содержательный и организационный, в каждом из которых отражается обязательная часть и часть, формируемая участниками образовательных отношений. Все части являются взаимодополняющими и необходимыми. Обязательная часть адаптированной образовательной программы дошкольного образования, согласно требованиям ФГОС, предполагает комплексность подхода, обеспечивая коррекционное развитие ребенка по пяти взаимодополняющим образовательным областям: социально-коммуникативное развитие; познавательное развитие; речевое развитие; художественно-эстетическое развитие; физическое развитие. АОП разрабатывается на 1 год, с возможностью изменения в течение учебного года. По окончании периода реализации программы необходима оценка достижений ребенка, динамики его развития, освоения образовательной программы, адаптации в группе сверстников, школьном коллективе. Так же предполагается анализ динамики и эффективности работы учителя и специалистов психолого-педагогического сопровождения. Коррекционно-развивающая работа с школьником с синдромом Дауна строится на основе личностно-дифференцированного подхода и в основном представляет собой игровую деятельность. Все специалисты, работающие с воспитанником, используют в разных формах организации детской деятельности именно игровой метод как ведущий. Он позволяет закреплять уже усвоенные умения, помогает вспомнить то, чему

его учили раньше, даёт возможность наблюдать за ребёнком, выявить усвоенные им навыки, позволяет научить ребёнка чему-то новому, помогает открывать окружающий мир [4]. В процессе коррекционно-развивающей работы с ребенком с синдромом Дауна используются такие формы и методы работы с ребенком, как использование иллюстративно-наглядного материала, демонстрация, пояснение, беседа, наблюдение, сюжетно-ролевые игры, моделирование ситуаций, развивающие подвижные игры. Организация занятий с ребенком с синдромом Дауна обладает своей спецификой, что проявляется в комплексном, концентрическом подходе и частой смене видов деятельности, так как при смене объектов и видов деятельности внимание ребенка снова привлекается, что дает возможность продуктивно продолжать занятие.

Выводы. Синдром Дауна – это некоторые отклонения в развитии умственных способностей. Педагогические наблюдения показывают, что дети с нарушением интеллекта быстро утомляются, у многих из них отмечается относительная мышечная слабость. В развитии ребенка с синдромом Дауна адаптивная физическая культура играет важнейшую роль, поскольку закладывает фундамент для укрепления его здоровья, коррекции и компенсации утраченных функций, социализации и интеграции в общество. Исходя из вышеперечисленного, можно сделать вывод, что дети с синдромом Дауна нуждаются в особом индивидуальном подходе. Поэтому для достижения качественного психолого-педагогического сопровождения таких семей целесообразно использовать адаптированные образовательные программы, при разработке которых учитываются особые образовательные потребности конкретного ребенка и создаются специальные условия для его обучения и воспитания.

Список литературы:

1. Адаптированная основная образовательная программа начального общего образования обучающихся с умственной отсталостью

(интелектуальными нарушениями). Утверждено директором МКОУ "СОШ 18" Л.М Гулуева 30.08.2018. Приказ номер 2016.

2. Бабаян, В.В. Клинико-функциональная и метаболическая характеристика детей с синдромом Дауна: диссертация ... кандидата медицинских наук: 14.01.08 / В. В. Бабаян; [Место защиты: ФГУ "Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии"]. - Москва, 2013.- 142 с. – Текст: непосредственный.

3. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура в практике работы с инвалидами и другими маломобильными группами населения : учебное пособие для образовательных учреждений высшего профессионального образования, осуществляющих образовательную деятельность по направлению 034300 (62) "Физическая культура" / Евсеев С. П. и др. ; под общ. ред. С. П. Евсеева. – Москва : Советский спорт, 2014. - 297 с. : ил., табл.; 23 см.; ISBN 978-5-9718-0714-8. – Текст: непосредственный.

4. Лаутеслагер Петер Е.М. Двигательное развитие детей раннего возраста с синдромом Дауна. Проблемы и решения / Петер Е. М. Лаутеслагер ; [пер. с англ. О. Н. Ертановой, Е. В. Клочковой]. - Москва : Благотворительный фонд "Даунсайд Ап", 2014. - 353, [3] с. : ил., табл.; 22 см.; ISBN 978-5-904828-17-2. – Текст: непосредственный.

5. Неретина, Т.Г. Специальная педагогика и коррекционная психология: учебно-методический комплекс : учебное пособие / Т. Г. Неретина ; Российская акад. образования, НОУ ВПО "Московский психолого-социальный ин-т". - 2-е изд., стер. - Москва : Флинта : МПСИ, 2010. - 374, [1] с. : ил., табл.; 21 см. - (Библиотека психолога).; ISBN 978-5-9765-0127-0. – Текст: непосредственный.

6. Шапкова, Л.В. Частные методики адаптивной физической культуры: Учебное пособие / Под ред. Л. В. Шапковой. — М.: Советский спорт, 2003. — 464 с, ил. ISBN 5-85009-743-0. – Текст: непосредственный.

Репина Алла Ильинична, к.п.н. доцент
Каурцева Елена Дмитриевна, студент
Екатеринбургский колледж физической культуры
ФГБОУ ВО УралГУФК

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Аннотация. Детский церебральный паралич — это тяжелое заболевание головного мозга, сопровождающееся психомоторными нарушениями, ведущими являются двигательные дефекты. Термин детский церебральный паралич обозначает группу двигательных расстройств, возникающих при повреждениях систем головного мозга и проявляющихся в недостатке или отсутствия контроля нервной системы за функциями мышц. Основными проявлениями ДЦП являются замедленность и несформированность двигательных навыков и умений. Адаптированная образовательная программа для детей с детским церебральным параличом рассчитана на развитие, воспитание и обучение детей с ДЦП младшего дошкольного возраста, не имеющих нарушения интеллектуального развития. Деятельность образовательных учреждений направлена на осуществление обучения, воспитания и коррекции недостатков развития в интересах личности, общества, государства, оказание содействия их интеграции в общество [6].

Ключевые слова. Детский церебральный паралич, физическое развитие, адаптивное физическое воспитание.

Актуальность. Проблема детских церебральных параличей является одной из актуальных проблем детской ортопедии и невропатологии. В настоящее время инвалидность среди детей носит острый характер и возникает необходимость совершенствования организации помощи больным с нарушениями опорно-двигательного аппарата (по последним данным, примерно 6-8 человек из 1000 рождаются с отклонениями в состоянии здоровья). Эти дети нуждаются в специальном подходе к обучению, им необходима психологическая и коррекционно-педагогическая помощь.

Цель исследования. Анализ адаптированных образовательных программ по адаптивному физическому воспитанию для детей младшего дошкольного возраста с детским церебральным параличом младшего дошкольного возраста.

Результаты и их обсуждение. Причинные факторы ДЦП начинаются в перинатальном периоде, непосредственно до или в период рождения ребенка. Основное патогенетическое звено в формировании ДЦП является гипоксия. В первую очередь при гипоксии страдают те части мозга, которые отвечают за поддержание равновесия и обеспечение двигательных рефлекторных механизмов. Еще одним из основных факторов развития ДЦП является внутричерепная родовая травма вследствие механического воздействия на плод: сдавление мозга, размозжение и некроз мозгового вещества, разрывы тканей, кровоизлияния в оболочки и вещество мозга, нарушения кровообращения мозга [4]. В настоящее время она дополнена принятой Международной классификацией, включающей пять форм детского церебрального паралича: спастическая диплегия, гемиплегия, двойная гемиплегия, гиперкинетическая, атонически-астатическая [4]. В каждой из данных форм выделяются нарушения опорно-двигательного аппарата, иногда помимо основных нарушений, встречаются сопутствующие заболевания, такие как умственная отсталость или задержка психического развития.

Психоэмоциональные отклонения детей с ДЦП могут проявляться по-разному. Так, отдельные дети излишне раздражительны, возбудимы, для них характерна резкая смена настроения на протяжении дня. Некоторые же ребята наоборот, застенчивы, боязливы, они с трудом идут на контакт с окружающими, не проявляют инициативы в своих действиях [3].

Нарушения двигательной активности при детском церебральном параличе приводят к искривлению позвоночника, контрактурам и другим патологиям внутренних органов. Для профилактики осложнений очень важно формировать тонус мышц [5]. Вся работа и внимание должно быть направлено на правильное формирование двигательных функций. Наиболее приемлемыми будут такие воздействия, как массаж и лечебная гимнастика.

Главное в занятиях — это раннее их начало, а также непрерывность. Во всех случаях характерной особенностью двигательных расстройств при ДЦП является зависимость нарушений движений в конечностях от положения головы ребенка. Особенностью двигательных нарушений при ДЦП является то, что они существуют с рождения, тесно связаны с сенсорными расстройствами, особенно недостаточностью ощущений собственных движений. Двигательные нарушения у детей с церебральным параличом представляют собой своеобразное отклонение моторного развития, которое без соответствующей коррекции оказывает неблагоприятное влияние на весь ход формирования нервно-психических функций ребенка [5]. У детей с ДЦП задержано или нарушено формирование всех двигательных функций: удержание головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Большие вариации в сроках развития двигательных функций связаны с формой и тяжестью заболевания, состоянием интеллекта, с временем начала систематической лечебно-коррекционной работы. У многих детей с церебральным параличом может быть нарушена тактильная чувствительность [5]. Ощущения от касания кончиками пальцев какого-либо предмета у таких детей нечеткие, они сравнимы с впечатлениями, которые испытывает человек, когда берет предмет в плотных перчатках. Поэтому необходимы специальные игры-упражнения на тренировку тактильных ощущений.

Зрительное восприятие у ребенка с ДЦП может быть нарушено за счет ограниченного движения глаз, нарушений фиксации взора, снижения поля зрения, снижения остроты зрения, поэтому трудно отыскать взглядом предмет, рассматривать его и прослеживать его перемещение [3].

Образная память включает в себя зрительную, слуховую, осязательную и некоторые другие виды памяти. Образная память тесно связана с восприятием и базируется на нем. Образы восприятия фиксируются в памяти [1]. Таким образом, все недостатки восприятия у детей с ДЦП определяют недостатки образной памяти. Словесно-логическая память предполагает достаточный уровень развития речи и мышления, а поскольку эти функции у

детей с ДЦП, как правило, формируются с опозданием, то и данный вид памяти задерживается в своем становлении. Развитие словесно-логического мышления начинается с формирования обобщенного значения слов и развития словесного обобщения. Этот этап в развитии мышления у детей с ДЦП существенно страдает [2]. Это зависит как от тяжести речевого поражения, отсутствия практики и личного опыта в активном познании окружающего мира и общении, так и от ограниченности грамотного раннего коррекционно-развивающего воздействия.

Планируемые результаты адаптивного физического воспитания состоят в освоении программы в виде целевых ориентиров – характеристик возможных достижений ребенка, которые зависят от ряда факторов, в том числе: от характера, структуры и степени выраженности первичных нарушений; от наличия и степени выраженности вторичных нарушений: психофизических свойств ребенка с ДЦП. Занятия разработаны для детей младшего дошкольного возраста (4-5 лет), проводятся 3 раза в неделю по 30 минут, учитывая физическое и психоэмоциональное состояние детей. Упражнения направлены на устранение и профилактику основных физических дефектов, например упражнения на основные положения головы, рук, ног и туловища, на сохранение правильного положения головы и тела в ходьбе, беге, упражнение на развитие координации. Также в программе присутствуют элементарные прикладные упражнения, например перестроения, ходьба в колонне друг за другом, метания и перенос грузов, подпрыгивания, лазание, ползание. Для быстрого переключения детей с одной части урока на другой и снятия напряжения и усталости в занятиях проводятся подвижные игры или игры на внимание.

Выводы. Детский церебральный паралич – это тяжелое заболевание головного мозга, сопровождающееся психомоторными нарушениями, ведущими являются двигательные дефекты. Физическое развитие детей раннего дошкольного возраста с детским церебральным параличом характеризуется особенностью двигательных нарушений, они существуют с рождения, тесно связаны с сенсорными расстройствами, недостаточностью

ощущений собственных движений. У детей задержано или нарушено формирование всех двигательных функций: удержание головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Адаптированная образовательная программа рассчитана на развитие, воспитание и обучение детей с ДЦП младшего дошкольного возраста, не имеющих нарушения интеллектуального развития. Планируемые результаты освоения программы представлены в виде целевых ориентиров – характеристик возможных достижений ребенка, которые зависят от ряда факторов, в том числе: от характера, структуры и степени выраженности первичных нарушений; от наличия и степени выраженности вторичных нарушений: психофизических свойств ребенка с ДЦП.

Список литературы.

1. Абрашина, Н.А. Ранняя профилактика неврологических нарушений у детей. Практическое пособие. / Н. Абрашина. – Москва: Litres, 2022, - 112 с. – ISBN: отсутствует. - Текст: непосредственный
2. Астрахан, Д.Х. Коррекция нарушений речи у детей с детским церебральным параличом / Д. Х. Астрахан, В. В. Осокин // Трудности развития у детей: Диагностика и коррекция : межрегион. науч. конф. : материалы. – Иркутск, 2004. – Ч. 1. – С. 18–21. - ISBN 978-5-9895-0509-6. Текст: непосредственный.
3. Бадалян, Л.О. Невропатология: Учеб. Пособие /Л.О. Бадалян, И.Ю. Беркутова. – Москва: Издательство Академия, 2000. – 507 с. - ISBN 978-5 - 89037-115-9. – Текст: непосредственный.
4. Батышева, Т.Т. : Виды и формы детского церебрального паралича / Т.Т. Батышева. – Тула, 2021. – 300 с. - ISBN 978-5-6044730-1-6. – Текст: непосредственный
5. Бахрах, И. И. Коррекция нарушений двигательной функции у детей с остаточными проявлениями детского церебрального паралича средствами адаптивной физической культуры состояние и перспективы / И.И.Бахрах И. И., Грец Г. Н., Журавлева М. Г. – Санкт- Петербург: Ученые

записки университета Лесгафта. 2009. – 106 с. – ISBN: отсутствует. Текст: непосредственный.

6. Федеральный государственный стандарт детей докшольного возраста с детским церебральным параличом протокол от 26.08.23г. №1. Текст: непосредственный

Репина Алла Ильинична, к.п.н. доцент
Комарова Кристина Вадимовна, студент
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СРЕДНЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА

Аннотация. Интеллектуальные нарушения – это некоторые отклонения в развитии умственных способностей. Физическое развитие детей в период подросткового возраста существенно отличается от предыдущего периода. В коррекции физического развития детей с нарушениями интеллекта важную роль играет создание режима двигательной активности. Адаптивная физическая культура для детей с умственной отсталостью – это не только одно из средств устранения недостатков в двигательной сфере, но и полноценное физическое развитие, укрепление здоровья, адаптация в социуме.

Ключевые слова: адаптивное физическое воспитание, адаптивное физическое развитие, дети с нарушением интеллекта.

Актуальность. Актуальность проблемы образования детей со сложным дефектом обусловлена тем, что в нашей стране еще нет достаточного научно-методического обеспечения процесса его реализации, осуществление его идет с опорой на положительный зарубежный опыт, который не всегда приемлем для нашей системы образования. Интеллектуальный коэффициент не является основанием для диагноза, но служит важным звеном в комплексной медико-психолого-педагогической диагностике, социальной реабилитации, определении инвалидности. Распространенность умственной отсталости различается в зависимости от региона. Статистика показывает, что интеллектуальные нарушения у детей часто встречаются в сельских местностях, для которых актуальны простейшие условия жизни и отсутствие необходимости в адаптации. Согласно статистике, на 2022 год в России проживает около 1,5 миллиона

людей с умственной отсталостью. Из них около 700 тысяч — это дети до 18 лет. Таким образом, доля людей с умственной отсталостью составляет около 1% от общего населения страны. Развитие интеллектуальных нарушений обычно обусловлено негативным влиянием эндогенных и экзогенных факторов. Считается, что чем раньше они окажут воздействие, и чем более интенсивным оно будет, тем серьезнее возникнут проблемы.

Цель исследования. Анализ адаптированных образовательных программ детей среднего школьного возраста, с нарушением интеллекта.

Результаты и их обсуждение. Интеллект развивается за счет когнитивных функций организма, среди которых внимание, память, пространственное восприятие, мышление. Кроме того, психофизиологические особенности тоже играют здесь свою роль: умение работать, проявлять инициативу и интерес к информации [4]. В зависимости от степени выраженности сниженного интеллекта и ограничения психических функций выделяют четыре степени умственной отсталости: легкая (дебильность), умеренная (не сильно выраженная имбецильность), тяжелая (выраженная имбецильность), глубокая (идиотия). Педагогические наблюдения показывают, что дети с нарушением интеллекта быстро утомляются, у многих из них отмечается относительная мышечная слабость [2]. Увеличение объема сердца в период полового созревания идет параллельно с нарастанием массы тела, однако не так стремительно, как увеличение основных антропометрических признаков. В подростковом возрасте происходит значительное увеличение адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы к физическим нагрузкам. И, несмотря на это, следует помнить, что и у детей, и у подростков на фоне морфологической и функциональной незрелости разных элементов сердца и сосудов, а также продолжающегося развития центральной нервной системы особенно заметно выступает незавершенность формирования механизмов, регулирующих и координирующих различные функции сердца и сосудов. Поэтому адаптационные возможности системы кровообращения у детей и подростков при мышечной деятельности значительно меньше, чем у юношей, а тем более

у взрослых. Их система кровообращения реагирует на нагрузки менее экономично. Полного морфологического и функционального совершенства сердце достигает лишь к 20 годам [3]. У детей с интеллектуальной недостаточностью отмечаются нарушения речевого развития. При этом страдают все компоненты речи: лексика, грамматический строй, звукопроизношение. Как правило, они не различают своих неудач, всегда довольны своей работой и собой [1]. Особенности энергетического обмена, кровообращения и дыхания у подростков являются ключевыми при мышечной деятельности. Педагогические наблюдения показывают, что дети с нарушением интеллекта быстро утомляются, у многих из них отмечается относительная мышечная слабость.

Основная цель изучения адаптивной физической культуры, заключается во всестороннем развитии личности обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) в процессе приобщения их к физической культуре, коррекции недостатков психофизического развития, расширении индивидуальных двигательных возможностей, социальной адаптации [3]. Цель заключается во всестороннем развитии личности обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) в процессе приобщения их к физической культуре, коррекции недостатков психофизического развития, расширении индивидуальных двигательных возможностей, социальной адаптации. Реализация АООП состоит из образования обучающихся с легкой умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) — создания условий для максимального удовлетворения особых образовательных потребностей обучающихся, обеспечивающих усвоение ими социального и культурного опыта.

Таблица№1 «Распределение учебного времени на различные виды программного материала по классам
Таблица тематического распределения количества часов»

№п/п	Разделы программы	Рабочая программа				
		Классы				
		5	6	7	8	9

I	Знания о физической культуре					
1	История физической культуры	В процессе урока				
2	Физическая культура (основные понятия)	В процессе урока				
3	Физическая культура человека	В процессе урока				
II	Способы двигательной (физкультурной) деятельности	В процессе урока и самостоятельных занятий				
III	Физическое совершенствование					
1	Физкультурно-оздоровительная деятельность	В режиме учебного дня и учебной недели				
2	Спортивно-оздоровительная деятельность с общеразвивающей направленностью	В режиме учебного дня и учебной недели				
2.1	Гимнастика с основами акробатики	15	19	15	15	15
2.2	Легкая атлетика	18	27	15	17	15
2.3	Лыжная подготовка	14	14	21	21	19
2.3.1	Спортивные игры:	23	10	19	19	19
2.3.2	Баскетбол					
2.3.3	Волейбол					
2.3.4	Футбол					
Всего:		70 ч	70ч	70 ч	72ч	68ч

Выводы. Интеллектуальные нарушения – это некоторые отклонения в развитии умственных способностей. Педагогические наблюдения показывают, что дети с нарушением интеллекта быстро утомляются, у многих из них отмечается относительная мышечная слабость. У детей с интеллектуальной недостаточностью отмечаются нарушения речевого развития. Интеллект развивается за счет когнитивных функций организма, среди которых внимание, память, пространственное восприятие, мышление. Психофизиологические особенности тоже играют здесь свою роль - умение работать, проявлять инициативу и интерес к информации. Цель реализации

адаптированной общеобразовательной программы образование обучающихся с легкой умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) — создание условий для максимального удовлетворения особых образовательных потребностей обучающихся.

Список литературы.

1. Психологические особенности детей и подростков с проблемами в развитии. Изучение и психокоррекция / Под ред. У.В. Ульенковой. – Санкт-Петербург.: Питер, 2007. - 304 с. ISBN: 5911801507. – Текст: непосредственный.
2. Пузанов, Б.П. Обучение детей с нарушениями интеллектуального развития / Б.П. Пузанов. - Москва.: Академия, 2003. - 272 с. – ISBN: отсутствует. – Текст: непосредственный.
3. Федеральный государственный образовательный стандарт образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) (утв. Приказом Министерства образования и науки РФ от 19 декабря 2014 г. N 1599)
4. Частные методики адаптивной физической культуры: Учебное пособие /Под ред. Л. В. Шапковой. — Москва.: Советский спорт, 2003. — 464 с. – ISBN: отсутствует. – Текст: непосредственный.
5. Шевченко, С.Г. Коррекционно-развивающее обучение. Организационно-педагогические аспекты / С.Г. Шевченко. - Москва.: Владос, 2001. -136 с. – ISBN: отсутствует. – Текст: непосредственный.

Репина Алла Ильинична, к.п.н. доцент
Кузнецова Дана Рустамовна, студент
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК, г. Екатеринбург. Россия

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА

Аннотация. В статье представлена целесообразная и организационная структура построения процесса физического воспитания обучающихся с нарушением интеллекта младшего школьного возраста на уроках адаптивной физической культуры с учетом, предложенных средств и методов, способствующих физическому развитию данной категории обучающихся.

Ключевые слова: адаптивное физическое воспитание, нарушение интеллекта, физическое развитие, адаптивная физическая культура.

Актуальность. Из всех нарушений здоровья человека умственная отсталость является самой распространенной. В мире насчитывается более 300 млн человек с умственной отсталостью. По данным Главного управления реабилитационной службы и специального образования Минобразования Российской Федерации, из 600 тыс. общего количества учащихся с отклонениями в развитии 60% составляют дети с умственной отсталостью. Адаптивная физическая культура - область общей физической культуры. Её основная цель - развитие жизнеспособности человека, имеющего устойчивые отклонения здоровья. Достичь цели представляется возможным при помощи организации регулярного режима функционирования телесно-двигательных возможностей , а также духовного состояния детей.

Цель исследования: анализ адаптированных образовательных программ для детей младшего школьного возраста с нарушением интеллекта.

Методы и организация исследования. Осуществляется сбор и поиск источников информации. Найденные источники подвергаются анализу.

Результаты и их обсуждение. Умственная отсталость, ранее-малоумие, олигофрениия- врождённая или приобретённая в период развития

задержка либо неполное развитие психики, проявляющаяся нарушением интеллекта, вызванная патологией головного мозга и ведущая к социальной дезадаптации. Проявляется в первую очередь в отношении разума также в отношении эмоций, воли, речи и моторики. Качества и умения, которые обычно присущи при выявлении олигофрении: восприятие основных способностей по специальной программе, овладение навыками письма, чтения и счета на элементарном уровне, довольно хорошая механическая память, конкретно-наглядные методы постижения информации, приобретение определенных трудовых навыков, постепенный прогресс умственного развития. Умственная отсталость воздействует на формирование познавательных процессов, логического мышления и мотивационного влияния. Легкая форма отклонения позволяет со временем, хоть и не достичь уровня своих сверстников, то хотя бы освоить необходимые для жизни навыки.

Такие дети характеризуются стойкими нарушениями всей психической деятельности, особенно отчетливо обнаруживающимися в сфере познавательных процессов. Причем имеет место не только отставание от нормы, но и глубокое своеобразие личностных проявлений, и познания. Таким образом, умственно отсталые дети ни в коей мере не могут быть приравнены к нормально развивающимся детям более младшего возраста. Они иные по многим своим проявлениям.

Дети-олигофрены способны к развитию, что по существу отличает их от слабоумных детей всех прогредиентных форм умственной отсталости, и, хотя развитие их осуществляется замедленно, атипично, со многими, подчас резкими отклонениями, тем не менее, оно представляет собой поступательный процесс, вносящий качественные изменения в психическую деятельность детей, в их личностную сферу.

Общим признаком умственной отсталости является наличие врожденного или приобретенного в раннем детстве (до 3 лет) общего психического недоразвития с преимущественной недостаточностью интеллектуальных способностей. Причины вызывающие умственную

отсталость многочисленны и разнообразны. Их принято разделять на внешние и внутренние. Они могут воздействовать в период внутриутробного развития плода, во время рождения ребенка и в первые месяцы (или годы) его жизни. Известен ряд внешних факторов, приводящих к резким нарушениям развития. Наиболее распространенными из них являются следующие: наследственность, тяжелые инфекционные заболевания, интоксикации, дистрофии женщины во время беременности, заражение плода различными паразитами, травматические поражения плода, воспалительные заболевания мозга и его оболочки, возникшие у младенца, повышенная радиация местности, неблагополучная экологическая обстановка, алкоголизм или наркомания родителей, особенно матери.

Самым результативным средством проведения занятий физической культуры для детей является игра. Именно во время игры у них развивается координация движений, формируются многие положительные черты характера, укрепляется воля и психика. Выбирая игры, следует учитывать индивидуальные особенности детей, их способности и возраст. В процессе игры повышается активность детей, развиваются умственные способности, активно выражаются эмоции, а это благоприятно воздействует на детскую психику. Основополагающим принципом в проведении занятий по адаптивной физической культуре для детей с нарушениями интеллекта является принцип индивидуального подхода, в результате которого обеспечивается равномерное и правильное распределение физической нагрузки. Благодаря осуществлению регулярных занятий физической культурой улучшается психическое и физическое состояние детей. У них развивается способность контролировать свое состояние и управлять им.

Практические методы обучения двигательным действиям включают:

1. Последовательное освоение частей упражнения, что обусловлено, во-первых, неспособностью осваивать целостные сложно координационные двигательные действия в силу влияния основного дефекта, во-вторых, многие сложные по структуре физические упражнения исходно предполагают

изучение отдельных фаз движения с последующим их объединением, например плавание.

2. Обучение целостному упражнению, если оно не сложно по своей структуре или не делится на части.

3. Создание облегченных условий выполнения упражнения, облегченные снаряды для метания, бег за лидером, под уклон.

4. Использование подводящих и имитационных упражнений. Первые в своей структуре содержат элементы основного упражнения, вторые — полностью воспроизводят всю структуру движения, но в других или облегченных условиях. Эти специальные упражнения используются обычно для совершенствования ключевых фаз движения, закрепления и коррекции динамических и кинематических характеристик, развития физических качеств. В адаптивном физическом воспитании дошкольников и младших школьников имитационные упражнения часто используются как подражания движениям и звукам животных, насекомых, паровоза и т. п., при этом развиваются не только двигательные возможности, но и воображение, представление, фантазия.

5. Усложнение условий выполнения упражнения, повышенная опора, дополнительный груз, бег по песку, воде, в гору.

6. Варьирование техники физических упражнений: исходного положения, темпа, ритма, скорости, усилий, направления, траектории, амплитуды.

7. Изменение внешних условий выполнения упражнений, в помещении, на открытых площадках, при разных погодных условиях. 8. Использование помощи, страховки, сопровождения для безопасности, преодоления неуверенности, страха.

Выводы. Таким образом, адаптивная физическая культура является необходимым средством в коррекции личности детей с нарушениями интеллекта, а это, в свою очередь, является наиболее значимой задачей в дефектологии. Правильная организация и использование физического

воспитания способствует исправлению многих недостатков детей с нарушениями интеллекта.

Список литературы.

1. Ванюшкин, В.А. Коррекция координационных способностей учащихся с недостатками интеллектуального развития: автореф. дис. канд. пед. наук / В.А. Ванюшкин. – Екатеринбург, Екатеринбургский институт физической культуры, 2009. – 276 с. - ISBN: отсутствует — Текст: непосредственный.
2. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура в практике работы с инвалидами и другими маломобильными группами населения / С.П. Евсеев. – Москва: Советский спорт, 2014. – 304 с. ISBN: отсутствует — Текст: непосредственный.
3. Забрамная, С.Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей / С.Д. Забрамная. – Москва: Просвещение «Владос», 1995. – 112 с. - ISBN: отсутствует — Текст: непосредственный.
4. Московкина, А.Г. Клиника интеллектуальных нарушений / А.Г. Московкина, Т.М. Уманская. – Москва: Прометей, 2013. – 246 с. - ISBN: отсутствует — Текст: непосредственный.
5. Федеральный государственный образовательный стандарт образования детей младшего школьного возраста с нарушением интеллекта протокол от 19 декабря 2014 г. № 1599. Текст: непосредственный.
6. Шапкова, Л.В. Частные методики адаптивной физической культуры: Учебник/ Л.В. Шапкова — Москва: Советский спорт, 2007.- 608с.- ISBN: 978-5-9718-0116-0 . Текст: непосредственный.

Репина Алла Ильинична, к.п.н. доцент
Макарочкина Дарина Денисовна, студент
Екатеринбургский колледж физической культуры
ФГБОУ ВО УралГУФК

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Аннотация. Детский церебральный паралич (ДЦП) является заболеванием, которое приводит к стойкой утрате двигательных возможностей и снижению жизненного потенциала человека. Утрате двигательных возможностей предшествует отставание в развитии физических и координационных способностей, психических и речевых нарушений. Основной целью является развитие двигательных функций ребенка и коррекция их нарушения.

Ключевые слова: адаптивное физическое развитие, детский церебральный паралич, адаптивная физическая культура.

Актуальность. В настоящее время в России наблюдается значительное увеличение числа детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), детей-инвалидов. Согласно данным Федеральной службы государственной статистики, в Российской Федерации зарегистрировано более 613050 детей-инвалидов [1]. Одними из наиболее встречающихся причин инвалидности являются такое заболевание, как детский церебральный паралич (ДЦП), в том числе, с интеллектуальной недостаточностью. В условиях образовательного учреждения имеется возможность подбора средств АФВ, способствующих активизации двигательной деятельности ребенка с церебральным параличом, становлению и развитию физических качеств, в том числе координационных способностей.

Цель исследования. Анализ адаптированных образовательных программ для детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом.

Результаты и их обсуждение. Детский церебральный паралич развивается вследствие следующих причин: родовой травмы с последующим

кровоизлиянием в головной мозг, асфиксии плода, анемии, эндокринных заболеваний, внутриутробной инфекции, иммунологической несовместимости матери и плода, токсикозов при беременности, терапевтических воздействий, отягощенной наследственности. Спазмы мышц нижних конечностей, контрактуры, двигательные нарушения и другие изменения в локомоторном аппарате являются типичными для данного заболевания. В том числе, отмечаются повышение сухожильных рефлексов, мышечного тонуса (гипертонус), понижение мышечной силы и работоспособности мышц, наличие контрактур (обычно сгибательно-приводящего типа) и деформаций, нарушение координации движений, стояния и ходьбы, наличие непроизвольных движений, синкинезий. Нередко при этом заболевании нарушается психика, появляются расстройства со стороны черепно-мозговых нервов (косоглазие, ухудшение зрения, слуха), бульбарные и псевдобульбарные расстройства [2].

В нашей стране часто используется классификация по К.А. Семеновой, согласно которой выделяют: спастическую диплегию, двойную гемиплегию, гиперкинетическую форму, атонически-астатическую форму, гемиплегическую форму [4].

Основной целью изучения адаптивной физической культуры является в развитии обучающихся с детским церебральным параличом в процессе их приобщения к физической культуре, расширение двигательных возможностей, социальной адаптации [5].

Наряду с формированием основных двигательных навыков и умений необходимо решать такие задачи, как:

- нормализация произвольных движений в суставах верхних и нижних конечностей;

- нормализация дыхательной функции;

- формирование навыка правильной осанки и правильной установки стоп;

- коррекция сенсорных расстройств;

- коррекция координационных нарушений (мелкой моторики кисти, статического и динамического равновесия, ритмичности движений, ориентировки в пространстве);

- тренировка мышечно – суставного чувства;

- профилактика и коррекция контрактур;

- активизация психических процессов и познавательной деятельности.

Развитие двигательных функций тесно связано с ощущением движений. Ощущение движений осуществляется с помощью рецепторов, находящихся в мышцах, связках и сухожилиях (проприоцептивная чувствительность). Именно эти рецепторы передают ЦНС информацию о положении тела в пространстве, о совершаемых движениях.

При всех формах ДЦП нарушается кинестетическая чувствительность, что ведет к затруднениям в определении положения собственного тела в пространстве, к трудностям в сохранении равновесия и удержания позы, к нарушениям координации движений. У многих детей искажено восприятие направления движения. Например, движение руки вперед по прямой ощущается ими как движение в сторону. Такое искаженное представление о собственных движениях приводит к неадекватности во взаимодействии ребенка с окружающей средой, к нарушениям в формировании различных видов деятельности, навыков самообслуживания, речи (затруднения в ощущении артикуляционных движений).

Программа по АФК для обучающихся с НОДА имеет коррекционную

направленность и разработана с учетом их особенностей. Данная программа содействует всестороннему развитию личности обучающегося, формированию осознанного отношения к своему здоровью, развитию основных физических способностей, компенсации нарушенных функций организма.

Рабочая программа направлена на содействие социализации, обучающихся на основе осмысления и понимания роли физической культуры и спорта в жизни человека, понимания значения мирового и отечественного

олимпийского и паралимпийского движения, приобщения к их культурным ценностям, истории и современному развитию.

Решение этой задачи предполагает формирование у обучающихся навыков взаимодействия со сверстниками и взрослыми, воспитание волевых качеств в процессе обучения двигательным действиям.

Методика проведения занятий по АФК имеет ряд существенных отличий, которые обусловлены спецификой заболевания обучающихся с НОДА. Концептуальные подходы к построению и содержанию занятий адаптивной физической культурой, специально методические принципы работы, коррекционная направленность педагогического процесса обусловлены медико-биологическими и психологическими особенностями лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата, типичными и специфическими нарушениями двигательной сферы.

Специфика и тяжесть двигательных нарушений в сочетании с особенностями психического развития и речи, обучающихся с НОДА определяют их особые образовательные потребности при реализации программы по АФК. Их удовлетворение обеспечивается следующими специальными образовательными условиями:

- обязательное включение в занятия в форме уроков АФК коррекционноразвивающей и реабилитационной (абилитационной) работы с использованием методов физической культуры;

-строгая регламентация деятельности с учетом медицинских рекомендаций;

- индивидуализация образовательного процесса в целом и содержания рабочей программы по АФК;

- обеспечение вспомогательными средствами для обучения и облегчения

самообслуживания (специальные держатели, утяжелители для рук, мягкие маты, специальный адаптированный спортивный инвентарь, приспособления для застегивания пуговиц и др.);

- создание без барьерной архитектурно-планировочной среды для занятий адаптивной физической культурой и адаптивным спортом;

- предоставление дифференцированной помощи, в том числе привлечение ассистента (для обучающихся с тяжелыми двигательными нарушениями) вовремя занятий АФК;

- создание условий для вербальной и невербальной коммуникации для обучающихся с двигательными нарушениями в сочетании с грубыми нарушениями речи.

Оценка эффективности занятий АФК может складываться из различных параметров. Это может быть текущая оценка внешних признаков утомления занимающихся, оценка функционального состояния организма детей по физиологической кривой, хронометрирование с оценкой плотности проведенного занятия. Так как оценка производится врачом совместно с педагогом, этот метод оценки называется врачебно–педагогическим наблюдение (ВПН). Такие ВПН проводятся при любой патологии у детей. При ДЦП необходимо ввести специфические методы оценки, отслеживающие антропометрические, функциональные и физиометрические показатели. В связи с преимущественным при ДЦП поражением двигательной системы, необходимо оценить в динамике состояние мышц – силы, тонуса, амплитуды движений в суставах, состояние позвоночника, стоп, двигательные умения и навыки, действие патологических синергии и тонических рефлексов, оценить навыки самообслуживания, бытовые и профессиональные умения.

Выводы. Детский церебральный паралич (ДЦП) является заболеванием, которое приводит к стойкой утрате двигательных возможностей и снижению жизненного потенциала человека. Утрате двигательных возможностей предшествует отставание в развитии физических и координационных способностей, психических и речевых нарушений. Детский церебральный паралич развивается вследствие следующих причин: родовой травмы с последующим кровоизлиянием в головной мозг, асфиксии плода, анемии, эндокринных заболеваний,

внутриутробной инфекции, иммунологической несовместимости матери и плода, токсикозов при беременности, терапевтических воздействий, отягощенной наследственности. В реабилитации детей с церебральным параличом младшего школьного возраста можно сказать, что АФВ оказывает достоверное влияние на улучшение функционального состояния опорно-двигательного аппарата по показателям силовой выносливости мышц спины.

Также позитивное влияние на детей с церебральным параличом оказывают занятия АФК, они способствуют улучшению эмоционально – волевой сферы, влияют на психику, внимание, память, мышление.

Список литературы.

1. Борисов, А. Е. Актуальные вопросы комплексной реабилитации при детском церебральном параличе / А.Е. Борисов // Вестник Государственного социально-гуманитарного университета. – Москва: Социально-гуманитарный университет. 2018. № 3. С. 3–45. – ISBN: отсутствует. – Текст: непосредственный.
2. Дубровская, А. М. Коррекционная работа специального психолога по преодолению школьной дезадаптации у обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата на уровне начального образования / А.М. Дубровская// 2019. - ISBN: отсутствует. – Текст: непосредственный.
3. Камилова, Т. А. Биомаркеры детского церебрального паралича / Т.А. Камилова // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. Санкт – Петербургский государственный университет. – Санкт – Петербург: Санкт – Петербургский государственный университет. С 2021. № 3 (3). С. 301–317. - ISBN: отсутствует. – Текст: непосредственный
4. Лебединский, В. В. Нарушения психического развития у детей / В. В. Лебединский. / В.В. Лебединский. // Издательство Московского университета. – Москва: Московский университет 1985. - ISBN: отсутствует. – Текст: непосредственный.
5. Пак, Л. А. Детский церебральный паралич: клинические и инструментальные характеристики / Л.А. Пак. // Российский педиатрический

журнал. – Москва: Российский педиатрический журнал. 2019. № 1 (22). С. 4–11. - ISBN: отсутствует. – Текст: непосредственный.

6. Потешкин, А. В. Развитие координационных способностей, обучающихся с детским церебральным параличом / А.В. Потешкин., И.Г. Таламова., А.Н. Налобина. // Теория и практика физической культуры. Сибирский государственный университет физической культуры и спорта. – Омск: Сибирский государственный университет физической культуры и спорта. 2021. № 7. С. 38–41. - ISBN: отсутствует. – Текст: непосредственный.

7. Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья от 19 декабря 2014г. № 1598 Текст: непосредственный.

Репина Алла Ильинична, к.п.н. доцент
Мартынова Александра Евгеньевна, студент
Екатеринбургский колледж физической культуры
ФГБОУ ВО УралГУФК

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ ДАУНА

Аннотация. Статья посвящена анализу АООП для детей младшего школьного возраста с синдромом Дауна. Использование физических упражнений в режиме дня позволяют улучшить психофизическое состояние и адекватное включение их в окружающую социальную среду. Такой подход требует комплексной диагностики и индивидуального подхода к каждому ребенку.

Ключевые слова. Синдром Дауна, физические упражнения, нарушение развития, гипотония, АООП.

Актуальность. В последние годы предметом пристального внимания ученых, психологов, социальных и педагогических работников является проблема оказания своевременной комплексной психолого-педагогической помощи детям с ограниченными возможностями развития. Особый интерес проявляется к синдрому Дауна — особой подгруппе лиц с умственной отсталостью (9-10%). По статистике Всемирной организации здравоохранения, с диагнозом «синдром Дауна» рождается каждый 700-800-й младенец в мире. Данная статистика сохраняется во всех странах мира, независимо от климатических зон и социальных слоев, образа жизни родителей и т.д. Поэтому важно создать инклюзивную среду для детей с синдромом Дауна, чтобы помочь им социализироваться и развиваться. Для этого необходимо применять эффективные методы адаптивного физического воспитания.

Цель исследования. Анализ адаптированной образовательной программы по адаптивному физическому воспитанию для детей младшего школьного возраста с синдромом Дауна.

Результаты и их обсуждение. Физическая культура является важной составляющей образовательного процесса для учащихся с синдромом Дауна. Она выполняет образовательные, воспитательные, коррекционно-развивающие и лечебно-оздоровительные функции. Физическое воспитание связано с умственным, нравственным и трудовым обучением, подготавливая детей к жизни и работе. Основная цель - развивать личность, корректировать недостатки развития, укреплять здоровье и формировать интересы к физической культуре. Для этого важно проводить индивидуальную коррекцию, учитывая возрастные особенности и обследование детей. Оценка динамики развития осуществляется с использованием разных способов получения информации. При планировании занятий необходимо опираться на сильные стороны развития ребенка и его интересы. Программа обучения направлена на дифференциацию и сохранение психического здоровья детей, а также помогает исправить дефекты в элементарных движениях и развивает способность к сложным двигательным комплексам. Физическая культура включает разнообразные упражнения для укрепления здоровья, такие как ходьба, бег, прыжки, лазанье, ползание, ходьба на лыжах и плавание. При занятиях физическими упражнениями необходимо соблюдать правила предупреждения травм, включая безопасное место для занятий, правильную одежду, обувь и инвентарь.

У детей с данной проблемой развитие двигательных навыков задерживается, особенно в детском возрасте. Однако, при правильном воспитании и обучении, они могут освоить множество движений, такие как катание на велосипеде, лазание, бег и прыжки. Формирование сложных двигательных навыков требует многократного повторения. У этих детей также присутствует мышечная гипотония в лице, губах и языке, из-за чего язык сложно помещается в рот.

Разнородность состава учащихся начального звена по психическим, двигательным и физическим данным выдвигает ряд конкретных задач физического воспитания:

- Коррекция физического развития;

- Формирование двигательных навыков;

- Развитие двигательных способностей в процессе обучения;

- Укрепление здоровья и формирование правильной осанки;

- Раскрытие возможных спортивных интересов учащихся;

- Воспитание гигиенических навыков при занятиях физическими упражнениями;

- Поддержание физической работоспособности;

- Ознакомление с теоретическими знаниями о физической культуре;

- Воспитание интереса к физическим упражнениям;

- Воспитание нравственных и культурных качеств;

- Коррекция недостатков в развитии с учетом возрастных особенностей;

- Развитие сенсомоторной сферы;

- Формирование навыков общения и познавательной деятельности.

Известно, что синдром Дауна является дифференцированной формой психического недоразвития, отличающейся существенным полиморфизмом, как в клинической картине, так и в проявлениях физических, психических, интеллектуальных и эмоциональных качеств. Многие авторы отмечают у детей с синдромом Дауна общую мышечную гипотонию, снижение способности к стабилизации положения суставов, замедленное общее физическое развитие. Вследствие этого происходит нарушение координации движений

У детей с синдромом Дауна отмечается снижение силы, общей выносливости организма. В развитии мелкой моторики они демонстрируют затруднения, нарушена зрительно-моторная координация (глаз-рука), им необходимо гораздо больше времени для начала реакции.

А.С. Самаличев отмечает две основные проблемы в развитии двигательных функций детей с синдромом Дауна:

1. Трудности, связанные с адаптацией и поддержание положения тела (равновесие, ротация, активное разгибание);

2. Недостатки качественных составляющих движения, которые оказывают содействие снижению функциональности приобретаемых двигательных навыков.

Так как дети с синдромом Дауна развиваются медленно, формирование основных двигательных навыков продолжается до 3-4 лет. Исходя из этого, двигательное развитие детей данной нозологической группы имеет ряд специфических закономерностей. Умение контролировать положение частей тела в пространстве у них совершенствуется значительно позже, с возрастом, так как увеличивается мышечный тонус.

В связи с этим один из первостепенных вопросов, который необходимо решать в условиях образовательного учреждения для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, – организация рационального двигательного режима, способствующие коррекции двигательной сферы и развитию навыков произвольной двигательной деятельности детей с синдромом Дауна.

Выводы. Физическая культура имеет важное значение для образования детей с синдромом Дауна. Она обеспечивает развитие, воспитание, коррекцию и укрепление здоровья ребенка. При проведении занятий учитываются возрастные особенности и индивидуальная коррекция каждого ребенка. Оценка прогресса и развития осуществляется различными способами. Физическая культура включает разнообразные упражнения для укрепления здоровья и развития двигательных навыков. При обучении и воспитании детей с синдромом Дауна уделяется особое внимание коррекции физического развития, формированию двигательных навыков и правильной осанки, развитию интереса к физической активности и нравственным качествам. Рациональный двигательный режим и умение двигаться также помогают поддерживать физическую работоспособность детей с синдромом Дауна.

Список литературы.

1. Алехина А.В. Особенности психического развития детей с синдромом Дауна: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Санкт-Пербург, 2020. – 22 с. Текст: непосредственный

2. Гориянова, А.В. Оценка темпов психомоторного развития детей с синдромом Дауна / Н.А. Семенова // Вестник Российского государственного медицинского университета. Спец. выпуск. - 2013. - № 1. -С.311. ISBN 978-5-458-24996-6.

3. Горелик В.В. Адаптивная физическая культура (АФК) и спорт для лиц с нарушением интеллекта: учеб. -метод. пособие. - Тольятти: ТГУ, 2009. 103с. Текст: непосредственный.

4. Даунхауер, Л.А. Раннее развитие адаптивного поведения и функциональных возможностей детей с синдромом Дауна / Н.С. Грозной // Синдром Дауна XXI. - 2015. - № 1. - 49-55 с. Текст: непосредственный

5. Евсеева С.П., Шапкова Л.В. Адаптивная физическая культура: Учебное пособие. - Москва: Советский спорт, 2000. 240 с. ISBN 5-85009-607-8.

6. Литош Н.Л. Адаптивная физическая культура для детей с нарушениями в развитии: Психолого-педагогическое сопровождение: учебное пособие для вузов. - Москва: Юрайт, 2022. 156 с. ISBN 978-5-534-12705-8

7. Ростомашвили Л.Н. Адаптивная физическая культура в работе с лицами со сложными (комплексными) нарушениями развития. – М.: Спорт, 2020. – 164 с. ISBN 978-5-901599-90-7

8. Федеральный государственный образовательный стандарт детей младшего школьного возраста с синдромом Дауна протокол от 19 декабря 2014 г. N 1598 Текст: непосредственный.

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

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Аннотация. В ходе исследования были выявлены основные аспекты адаптации физического воспитания для детей с РАС. Обратим внимание на важность индивидуального подхода к каждому ребенку, учитывая его особенности и потребности. Также отметим, что адаптивное физическое воспитание может способствовать улучшению координации движений, развитию социальных навыков и общей физической подготовки у детей с РАС.

В статье также рассмотрены программы адаптивного физического воспитания, применяемые в работе с детьми старшего дошкольного возраста. Автором были выделены некоторые эффективные подходы, такие как использование специализированных игровых упражнений, а также акцентирование внимания на мотивации и позитивном подходе в обучении.

Ключевые слова: адаптивное физическое воспитание, дети, старший дошкольный возраст, расстройство аутистического спектра

Актуальность. Расстройства аутистического спектра (РАС) представляют собой неврологические нарушения, которые могут повлиять на различные аспекты развития ребенка, включая его физическую активность и спортивные навыки.

Адаптивное физическое воспитание подразумевает создание специальной программы, которая учитывает особенности каждого ребенка с РАС и помогает им развиваться и успешно адаптироваться в физических занятиях. Данный подход ориентирован на индивидуальные потребности и возможности каждого ребенка, обеспечивая им безопасность, комфорт и постоянное продвижение вперед.

Адаптивное физическое воспитание для детей старшего дошкольного возраста с РАС имеет ряд преимуществ. Прежде всего, оно помогает развивать физическую активность и координацию движений у детей, что является основополагающими компонентами их общего развития. Вместе с тем, это способствует улучшению самооценки и самоопределения ребенка, поскольку достижения в физической сфере способствуют формированию уверенности в себе и повышению самоуважения.

Помимо этого, адаптивное физическое воспитание позволяет детям с РАС развивать социальные навыки и умения взаимодействия с другими детьми. Физическая активность в групповой среде способствует коммуникации, сотрудничеству и обмену опытом, что особенно важно для детей с РАС, которые могут испытывать трудности в социальном взаимодействии.

Цель исследования: изучение и анализ программ адаптивного физического воспитания для детей старшего дошкольного возраста с расстройством аутистического спектра.

Методы и организация исследования. Анализ научных исследований, статей и публикаций, связанных с адаптивным физическим воспитанием детей с РАС.

Результаты и их обсуждение. Проблемы поведения у детей с аутизмом в значительной степени связаны с дефицитом или неправильным распределением психофизического тонуса. Учитывая значимость динамики психофизического состояния ребенка, был разработан особый подход к формированию физической среды, в которой он находится. Например, типичный класс в дошкольном образовательном учреждении разделен на разные зоны: обучающую зону, игровую зону, комнату для занятий с детьми, имеющими полевое поведение, спортивный уголок, "сухой" бассейн и т.д. Для такого ребенка необходимы особые занятия по развитию моторики или по крайней мере включение элементов этих занятий в игру. Поэтому в помещении всегда должен быть спортивный комплекс: горка, мячи разных размеров, коврики, ленты, батуты, различные массажные тропинки, сухой

бассейн и специальные спортивные снаряды (шведская стенка, кольца, висячие лестницы и т.д.). Педагоги, работающие с детьми, выбирают игры и упражнения в соответствии с их индивидуальными проблемами, такими как гипер- или гипотонус, недостаточная координация движений, неумение сохранять равновесие и т.д. и при этом учитывают ограничения, связанные с нахождением в групповом классе.

Одним из основных условий для обеспечения комфортного психологического состояния детей является организация рационального двигательного режима. Специалисты указывают на прямую взаимосвязь между двигательным ритмом, умственной работоспособностью ребенка и его эмоциональным состоянием. Как отмечают эксперты, как недостаточная, так и излишняя двигательная активность вредны для ребенка.

Для развития постоянного интереса к физическим упражнениям и занятиям физическим развитием, необходимо отвести достаточно времени на ежедневные физические тренировки.

С самого начала это может представлять определенные сложности для ребенка. Однако, с постепенным интегрированием физических упражнений в его повседневную жизнь, мотивация зачастую перестает быть проблемой.

Включение детей с аутизмом в групповые занятия по физическому развитию является важным и неотъемлемым элементом их обучения, воспитания и развития социальных навыков. Занятия в группе позволяют детям с аутизмом учиться взаимодействовать с другими детьми, развивать навыки коммуникации, сотрудничества и эмоциональной регуляции.

Групповые занятия по физическому развитию создают благоприятную атмосферу для социальной интеграции, где дети могут учиться взаимодействовать с другими, устанавливать контакт, соблюдать правила и нормы поведения. В процессе совместных физических упражнений и игр дети с аутизмом имеют возможность развивать свои социальные навыки, учиться работать в команде, сотрудничать с другими детьми и принимать решения в групповой среде.

Коррекция и развитие двигательных функций у детей с аутизмом с помощью физического воспитания действительно играет важную роль в коррекционно-развивающей работе. Физические упражнения и активности способствуют улучшению моторики, баланса, координации и пространственного восприятия у детей с аутизмом.

Физическое воспитание помогает усилить и развить тонус мышц, улучшить осанку, гибкость и силу тела, а также способствует продуктивному использованию энергии и регуляции активности. Кроме того, занятия физическими упражнениями могут помочь детям с аутизмом справляться со стрессом, повышать уровень концентрации и улучшать самоконтроль.

Стоит отметить, что физическое воспитание также предоставляет возможность детям с аутизмом получить опыт принятия решений, развития стратегического мышления и умения работать в команде. Взаимодействие с другими детьми и педагогами на занятиях способствует развитию социальных навыков и улучшению коммуникативных способностей.

Особый подход к коррекции и развитию двигательных функций у детей с расстройством аутистического спектра состоит в использовании физического воспитания и специально разработанных упражнений, которые помогают решить данные трудности.

Одним из ключевых аспектов является развитие координации движений и моторики у детей с аутизмом. Для этого применяются разнообразные упражнения, направленные на улучшение моторной силы, гибкости и баланса тела. К примеру, упражнения на беговой дорожке, игры с мячом, упражнения на координацию движений рук и ног. Все это помогает значительно укрепить мышцы, улучшить пространственное восприятие и сенсомоторную координацию.

Также, очень важно создать комфортную и безопасную среду для занятий физическим воспитанием. Здесь можно отметить использование специальных приспособлений, которые помогают ребенку справиться с моторными задачами. Например, использование тренажеров для улучшения

баланса или сенсорных игрушек, которые развивают мелкую моторику и тактильную чувствительность.

Особое внимание следует уделить индивидуальному подходу к каждому ребенку. Учитывая особенности и потребности каждого ребенка, можно разработать индивидуальную программу физического воспитания, которая будет нацелена на развитие и улучшение конкретных навыков и возможностей. Постепенно, с помощью регулярных занятий, это поможет достичь значимых результатов в развитии двигательных функций у детей с расстройством аутистического спектра.

Для занятий по физическому развитию детей с расстройством аутистического спектра можно использовать разнообразные эффективные виды упражнений. Приведем примеры таких упражнений:

1. Упражнения на баланс. Указанные упражнения оказывают воздействие на развитие координации и устойчивости ребенка. Например, допустимо использование коллекционных платформ или гимнастических мячей для тренировки баланса.

2. Упражнения на развитие моторики рук. Дети с аутизмом зачастую испытывают трудности с моторикой рук. Чтобы развить указанный навык, можно использовать игры с песком, водой или различными материалами для лепки.

3. Упражнения на физическую активность. Активные игры, такие как прыжки через препятствия, забеги или игры с мячами, оказывают помощь в развитии физической активности и координации у детей с аутизмом.

4. Упражнения на развитие глубокого давления. У детей с аутизмом часто возникает потребность в глубоком давлении на кожу. Для этого можно использовать специальные приспособления, такие как гимнастические мячи или грузы, которые помогут создать ощущение глубокого давления.

5. Упражнения на развитие координации глаз и рук. Очень важно развивать координацию глаз и рук у детей с аутизмом. Для этого можно использовать такие упражнения, как надевание пуговиц, игры с конструкторами или рисование.

6. Упражнения на развитие пространственного восприятия. Развитие пространственного восприятия помогает детям с аутизмом ориентироваться в окружающем пространстве. Игры с лабиринтами, пазлы или игры с пустышками могут значительно помочь в этом.

Выводы. Проведенный анализ литературных источников подтвердил, что системный подход является необходимым в диагностике и коррекции различных проявлений расстройств аутистического спектра (РДА). Однако, что касается адаптивного физического воспитания в качестве метода коррекции агрессивного поведения у детей с аутизмом, в научной литературе представлено недостаточно исследований и данных.

Существующие исследования в области физической активности и взаимосвязи с коррекцией агрессивного поведения у детей с аутизмом зачастую ориентированы на общие принципы физической активности, а не на адаптивное физическое воспитание как таковое. Это свидетельствует о необходимости дальнейших исследований и разработки специализированных методик и программ адаптивного физического воспитания для аутичных детей.

Однако, на основании доступных данных и общих принципов коррекционной работы, можно предположить, что адаптивное физическое воспитание может иметь положительное влияние на детей с аутизмом, в том числе и на коррекцию агрессивного поведения. Физическая активность может способствовать снижению уровня стресса и тревожности, улучшению координации движений, развитию социальной интеракции и общей физической подготовки.

Тем не менее, важно понимать, что каждый ребенок с аутизмом уникален, и вариативность проявления расстройства требует индивидуального подхода в выборе и проведении адаптивных физических занятий. Необходимо учитывать специфические потребности и возможности каждого ребенка, а также сотрудничать с квалифицированными специалистами, такими как педагоги-дефектологи, психологи и физические

реабилитологи, для разработки оптимальной программы коррекционной работы с учетом адаптивного физического воспитания.

Список литературы.

1. Иванов, П. Ю. Оценка вестибулярной устойчивости детей с аутизмом, занимающихся спортивной гимнастикой / П. Ю. Иванов, Е. С. Сабирьянова // Проблемы и перспективы организации физиологического сопровождения занятий спортом и физической культурой : Сборник научных трудов молодых ученых . – Челябинск : Уральский государственный университет физической культуры, 2022. – С. 91-93.

2. Клевитов, С. И. Сущность, специфика проявления аутизма и проблемы социализации аутистов в современном обществе / С. И. Клевитов, О. С. Терентьева // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. – 2014. – № 6(134). – С. 133-138.

3. Коваль, С. Я. Коррекция психоэмоционального состояния детей, страдающих ранним аутизмом с помощью средств физической реабилитации / С. Я. Коваль, О. В. Хомякова, Е. С. Гречишников // Научный вестник Крыма. – 2018. – № 7(18). – С. 22.

4. Коррекция физического развития детей с расстройствами аутистического спектра средствами адаптивного спорта / П. Ю. Королев, С. А. Пушкин, Е. И. Волкова, И. В. Байрамова // Медико-биологические и педагогические основы адаптации, спортивной деятельности и здорового образа жизни : Сборник научных статей XII Международной научно-практической конференции, Воронеж, 27–28 апреля 2023 года. – Воронеж: Издательско-полиграфический центр "Научная книга", 2023. – С. 526-530.

5. Парников, Я. Н. Сенсорная интеграция на занятиях по нейродинамической гимнастике для детей с аутизмом / Я. Н. Парников, Е. Б. Ладыгина // Материалы итоговой научно-практической конференции профессорско-преподавательского состава Национального государственного Университета физической культуры, спорта и здоровья им. П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург за 2018 г., посвященной Дню российской науки, Санкт-

Петербург, 19–28 февраля 2019 года / Национальный государственный университет физической культуры, спорта и здоровья им. П.Ф. Лесгафта. – Санкт-Петербург: Без издательства, 2019. – С. 227-229.

Тимофеева Ирина Владимировна, к.п.н. доцент
Митянина Анна Евгеньевна, студент
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК, г. Екатеринбург. Россия

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ 5-7 ЛЕТ ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИИ ДЮШЕННА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Аннотация. Нервно-мышечные болезни занимают первое место по частоте среди всех наследственных моногенных неврологических заболеваний. Принимая во внимание тот факт, что для основной части заболеваний из данной группы характерно неуклонно-прогрессирующее течение и отсутствие эффективных методов лечения, нервно-мышечные болезни следует признать одной из наиболее актуальных проблем клинической неврологии. Прогрессирующая мышечная дистрофия Дюшенна является наиболее распространенной формой миодистрофии, характеризующейся мышечной слабостью, атрофиями мышц и прогрессирующим течением вследствие дегенерации мышечных волокон. Большинство клинических форм прогрессирующей мышечной дистрофии на сегодняшний день неизлечимы, дебютируют в молодом возрасте и характеризуются неуклонно прогрессирующим фатальным течением.

Ключевые слова: прогрессирующая мышечная дистрофия Дюшенна, лечебная гимнастика, функциональное состояние

Актуальность. Патология встречается во всех странах мира. Частота различных форм составляет 2-6 случаев на 100 тыс. населения. Заболеваемость по Российской Федерации составляет 1 на 3,5-5 тысяч детей. На данный момент количество пациентов в России составляет более 2600 человек. По данным Регистра врожденной и наследственной патологии Свердловской области клинико-диагностического центра «Охрана здоровья матери и ребенка», ежегодно выявляют 4–5 случаев прогрессирующей мышечной дистрофии.

Цель исследования: проведение оценки функционального состояния пациентов и разработка комплекса лечебной гимнастики при прогрессирующей мышечной дистрофии Дюшенна на амбулаторном этапе.

Методы и организация исследования: Исследование функционального состояния пациентов при прогрессирующей мышечной дистрофии Дюшенна проводилось на базе ГБУЗ Свердловской области «Центральной городской клинической больницы №6», г. Екатеринбург, ул. Серафимы Дерябиной, стр. 34. Для исследования была взята группа из 3 человек, возраст пациентов от 5 до 7 лет.

Прогрессирующая мышечная дистрофия Дюшенна (ПМДД) – наследственное, рецессивное, нервно-мышечное заболевание, являющееся наиболее распространенной формой прогрессирующей мышечной дистрофии. Причиной дистрофии этого типа являются мутации в гене DMD (ген дистрофина), который кодирует информацию о строении белка дистрофина. При нарущении работы белка дистрофина, нарушается целостность мембраны, что приводит к дегенерации мышечных волокон. Мутантный ген локализуется в Х-хромосоме, поэтому в большей степени поражению данным заболеванием подвержены мальчики. Прогрессирующая мышечная дистрофия Дюшенна наиболее тяжелая форма миопатии с манифестацией в возрасте 2-5 лет и прогрессирующим злокачественным течением: формированием вялых парезов, параличей и контрактур мышц, обездвиженности.

Методами физической реабилитации для пациентов с прогрессирующей мышечной дистрофией Дюшенна являются: лечебная физическая культура, с обязательным включением в занятие дыхательных упражнений и упражнений на растяжку, физиотерапия, сенсорная интеграция, технические средства реабилитации. Основная цель лечебной физической культуры при прогрессирующей мышечной дистрофии Дюшенна - увеличение толерантности организма пациента к физическим нагрузкам, профилактика гиподинамии, профилактика контрактур суставов, укрепление мышечного каркаса, обучение правильному дыханию. Средствами физической

реабилитации являются: физические упражнения, упражнения на растяжку, физиопроцедуры, различные ортезы и кресла-коляски.

Для оценки функционального состояния пациентов при прогрессирующей мышечной дистрофии Дюшенна применяют инструментальные методы исследования, а также шкалы и опросники, измеряющие степень ограничения активности в повседневной жизни и изменения качества жизни.

Результаты и их обсуждение. 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 ГБУЗ Свердловской области «Центральной городской клинической больницы №6», г. Екатеринбург, ул. Серафимы Дерябиной, стр. 34.

В исследовании принимали участие 3 пациента в возрасте 5-7 лет с прогрессирующей мышечной дистрофией Дюшенна.

В ходе исследования были использованы следующие методы: анализ научно-методической литературы; анализ медицинской литературы - истории болезни; функциональное тестирование (гониометрия, тест амбулаторной оценки «The North star», шкала оценки нарушений мышечной силы (Medical Research Council Weakness Scale - MRC)); метод математической статистики.

После проведения функциональных тестов были получены показатели, которые сравнили с нормой (Таблица 1).

Таблица 1 – Статистически обработанные результаты, полученные в ходе проведения оценки функционального состояния пациентов 5-7 лет при прогрессирующей мышечной дистрофии Дюшенна

Функциональный тест		**Среднее значение исследования**	**Норма**
Гониометрия	Подошвенное сгибание	123	130
	Тыльное сгибание	80	70
Мобильность (шкала The North Star**)**		19	34

Сила мышц MRC (баллы)	30	60

На основе данных исследования был составлен комплекс лечебной гимнастики для пациентов 5-7 лет при прогрессирующей мышечной дистрофии Дюшенна.

Выводы. В результате проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. Прогрессирующая мышечная дистрофия Дюшенна (ПМДД) – наследственное, рецессивное, нервно-мышечное заболевание, являющееся наиболее распространенной формой прогрессирующей мышечной дистрофии.

2. Методами физической реабилитации для пациентов с прогрессирующей мышечной дистрофией Дюшенна являются: лечебная физическая культура, с обязательным включением в занятие дыхательных упражнений и упражнений на растяжку, физиотерапия, сенсорная интеграция, технические средства реабилитации. Средствами физической реабилитации являются: физические упражнения, упражнения на растяжку, физиопроцедуры, различные ортезы и кресла-коляски.

3. На базе ГБУЗ Свердловской области «Центральной городской клинической больницы №6», г. Екатеринбург, ул. Серафимы Дерябиной, стр. 34 был проведен практический этап. В исследовании принимали участие 3 пациента в возрасте 5-7 лет. При проведении оценки функционального состояния пациента при прогрессирующей мышечной дистрофии Дюшенна были получены показатели, которые сравнили с нормой. Среднее арифметическое по гониометрии – 123 в подошвенном сгибании, что является незначительным ограничением движения, тыльное сгибание (разгибание) – 80 , что является умеренным ограничением движения; анализ показателей мобильности по шкале «The North star» ниже нормы и равен 19 баллам. При проведении оценки мышечной силы по шкале MRC выяснилось, что у всех пациентов имеются признаки полимионейропатии критических состояний средней степени выраженности, что также является ниже нормы.

4. Разработан комплекс лечебной гимнастики для пациентов 5-7 лет при прогрессирующей мышечной дистрофии Дюшенна. Комплекс направлен на увеличение толерантности организма пациента к физическим нагрузкам, профилактику гиподинамии, профилактику контрактур суставов, укрепление мышечного каркаса, обучение правильному дыханию. Лечебная гимнастика проводилась с первого дня поступления пациента на лечение после осмотра его врачом неврологом. Комплекс упражнений повторяли 1-2 раза в течение дня. Были использованы упражнения в облегченных положениях: лежа на спине, животе, правом/левом боку, в конце занятия добавляли упражнения в исходном положении стоя. Со второго дня в комплекс реабилитационных мероприятий были добавлены упражнения на подвесной конструкции «Экзарта». Пациент выполнял упражнения самостоятельно, но с некоторой помощью инструктора.

Список литературы:

1. Гузева, В.И. Федеральное руководство по детской неврологии / В.И. Гузева — Москва: МК. — 2016. — 656 с ISBN: 978-5-907065-02-4. – Текст: непосредственный.

2. Джурабекова, А.Т. Прогрессирующая мышечная дистрофия Дюшенна, новый подход к лечению / А.Т. Джурабекова, Ф.М. Хамркулова, З.Т. Юлдашева. – Москва: Издательсьво Российский медицинский журнал - 2006. - №1-2. - С.59-61. – Текст: электронный

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. – ISBN 5-8134-0103-2. – Текст: непосредственный.

4. Епифанов, В.А. Лечебная физическая культура и спортивная медицина: учебник для студентов медицинских вузов / В. А. Епифанов. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 565 с. – ISBN 978-5-9704-0543-7. – Текст: непосредственный.

5. Петрухин, А.С. Нервно-мышечные заболевания / А.С. Петрухин, М.Ю. Мартынов, И.Ю. Ковалева, И.В. Лусникова – Москва: Издательство П31 ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 560 с. - ISBN 978-5-9704-4696-6. – Текст: непосредственный.

6. Попов, С.Н. Физическая реабилитация: Учебник для студентов учреждений высшего медицинского профессионального образования / С.Н. Попов, О.В. Козырева, М.М. Малашенко и др. – Москва: Издательский центр «Академия», 2013. – 288 с. – ISBN 978-5-7695-9553-0. – Текст: непосредственный.

7. Царькова, С. А. Прогрессирующая мышечная дистрофия Дюшенна — Беккера. Трудности диагностики / С.А. Царькова, Р.А. Ушакова, Н.Е. Громада, М.И. Косенкова, О.Р. Мусалова. – Москва: Издательство Юрайт, 2020. – ISBN 978-5-9704-4696-7. – Текст: непосредственный.

8. Прогрессирующие мышечные дистрофии. Дистрофия Дюшенна. – «МедУнивер». – Текст: электронный. – 2021. – URL: https://meduniver.com/Medical/Neurology/1030

Салимов Марат Ильдусович, к.п.н доцент
Нигамадьянов Малик Рашитович, студент
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Аннотация. Данный статья обсуждает актуальность церебрального паралича у детей, а также ограничения в методах диагностики, лечения и реабилитации. Церебральный паралич - это группа синдромов, вызванных повреждением мозга или спинного мозга во время пренатального развития или родов. Основным симптомом является нарушение двигательных функций, и хотя состояние не прогрессирует, симптомы могут меняться со временем.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, нарушение двигательных функций, адаптивная физическая культура.

Актуальность. Проблема такого заболевания, как детский церебральный паралич (ДЦП) на сегодняшний день является одной из наиболее актуальных, что обусловлено значительной распространенностью данного заболевания среди населения и зачастую несвоевременной его диагностикой, недостаточной эффективностью применяемых сегодня методов лечения и реабилитации таких больных, а также нехваткой детских специалистов, в связи с чем наблюдается высокая степень инвалидности и довольно низкий уровень социальной адаптации детей, страдающих этим заболеванием.

Под термином «детский церебральный паралич» мы понимаем ряд синдромов, возникающих в связи с поражением головного или спинного мозга от различных патогенных факторов во время внутриутробного развития или родов. При детском церебральном параличе основным нарушением является ограничение двигательной сферы. ДЦП имеет резидуальный характер с не прогрессирующим течением. Однако в течение жизни симптоматика может претерпеть видоизменения [2].

Цель исследования. Анализ адаптированных образовательных программ с ДЦП младшего школьного возраста.

Результаты и их обсуждение. Детский церебральный паралич (ДЦП) - это термин, используемый для обозначения группы не прогрессирующих нарушений позы тела и движений у детей, вызванное повреждением центральной нервной системы во время беременности, родов или в раннем детстве. Основными симптомами являются нарушения координации движений и изменения в опорно-двигательном аппарате. Симптомы ДЦП обычно обнаруживаются не в младенческом возрасте, а позже.

При ДЦП отмечаются такие признаки, как: нарушение зрения, речи и слуха, изменение восприятия и способности ориентироваться в пространстве, эпилепсия, задержка психического и эмоционального развития, проблемы с обучением, функциональные нарушения работы желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы. Излечение ДЦП фактически невозможно, согласно данным литературы, однако, большинство больных ДЦП во взрослом возрасте могут вести нормальную жизнь [3].

Этиология детского церебрального паралича разнообразна: инфекционные, соматические и эндокринные заболевания матери, токсикозы беременности, патология пуповины и плаценты, аномалии родовой деятельности, акушерские операции, иммунологическая несовместимость крови матери и плода и др.

Осложненные двигательные расстройства у детей с церебральным параличом возникают после освобождения структур туловища от подчиненных влияний полушарий головного мозга и мозжечка, с задержкой их развития и влиянием тех или иных патологических процессов (воспаление, гипоксия, травма и т. д.). Следствием увеличения патологической активности структур туловища является активность невосстановленных тонических рефлексов (шейный, лабиринтный, хватательный и т. д.) И нарушения тонуса, характерного для всех форм заболевания и определяющих их нозологическая единица [4].

Классификация. В нашей стране часто используется классификация по К.А. Семеновой, согласно которой выделяют: спастическую диплегию, 18 двойную гемиплегию, гиперкинетическую форму, атонически-астатическую форму, гемиплегическую форму. [5]:

Согласно МКБ-10, выделяют семь групп ДЦП (G80) в зависимости от локализации пораженных структур (исключена наследственная спастическая параплегия G11.4):

1. G80.0 Спастический церебральный паралич. Врожденный спастический паралич (церебральный).
2. G80.1 Спастическая диплегия (болезнь Литтла).
3. G80.2 Детская гемиплегия.
4. G80.3 Дискинегический церебральный паралич. Атетоидный церебральный паралич.
5. G80.4 Атаксический церебральный паралич
6. G80.8 Другой вид детского церебрального паралича. Смешанные синдромы церебрального паралича.
7. G80.9 Детский церебральный паралич неуточненный [1].

Адаптивное физическое воспитание (АФВ) является важной частью общей системы воспитания, обучения и лечения детей с ДЦП. На сегодняшний день с целью коррекции двигательных навыков и повышение двигательных возможностей младших школьников с ДЦП в процессе АФВ применяются следующие средства: фиксационный массаж с онтогенетической гимнастикой, средства иппотерапии, дыхательные упражнения, упражнения ритмики, подвижные игры, упражнения психогимнастики, фитбол-гимнастики, элементы хореографии, упражнения в воде.

Программа АООП направлена на достижение следующих целей

:- Обеспечить условия для достижения учащимися младших классов школы планируемых результатов обучения по физической культуре, повышения функциональных возможностей систем жизнеобеспечения организма

.- создание условий для развития личности, способностей и познавательных интересов учащихся, их самореализации, в том числе одаренных учащихся

.- формировать у учеников ценностные ориентации, гражданскую идентичность, социальные и профессиональные ориентации, вовлекая их в процессы социальных преобразований, развивая лидерские качества, вовлекая в социальные проекты и программы

.- формирование у учеников навыков самостоятельного обучения через изучение физической культуры

.- формирование у учеников здорового и безопасного образа жизни

.- Дать возможность ученикам демонстрировать более высокий уровень достижений по сравнению с базовым уровнем

.- Формировать у учащихся понимание важности физической культуры для здоровья и ее положительного влияния на развитие человека, а также умение организовывать оздоровительные мероприятия

.- Воспитывать привычку следить за своим физическим состоянием, физическими нагрузками, показателями здоровья, развитием основных физических качеств, в том числе подготовкой к выполнению нормативов Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса "Готов к труду и обороне" (ГТО).

Выводы. ДЦП - это не прогрессирующее нарушение, которое влияет на осанку и координацию движений. Этиология ДЦП разнообразна и включает инфекции, соматические и эндокринные нарушения у матери, токсемию беременности, аномалии пуповины и плаценты, осложнения при родах и иммунологическую несовместимость между матерью и плодом.

Адаптивная физическая подготовка является важной частью общей системы образования, обучения и лечения для детей с ДЦП. Для коррекции двигательных навыков и улучшения моторных возможностей у младших школьников с ДЦП используются различные средства, такие как массаж, онтогенетическая гимнастика, гиппотерапия, дыхательные упражнения,

ритмические упражнения, активные игры, психогимнастика, гимнастика на фитболе, элементы хореографии и водные упражнения.

Анализ адаптированных образовательных программ для детей с детским церебральным параличом (ДЦП) младшего школьного возраста требует комплексного подхода и учета особенностей развития этих детей.

Список литературы.

1. Годовникова, Л. В. Психолого-педагогическое сопровождение обучающихся с ОВЗ : учебное пособие для вузов / Л. В. Годовникова. — 2-е изд. — Москва : Издательство Юрайт, 2023. – 218 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-12039-4. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: https://urait.ru/bcode/518492 (дата обращения: 18.06.2023). – Текст: непосредственный.

2. Давыдов, В. Ю. Меры безопасности на уроках физической культуры : учебно-методическое пособие / В. Ю. Давыдов. // - Москва : Советский спорт, 2007. - 140 с. – ISBN: отсутствует. – Текст: непосредственный.

3. Добрынина Е. А. Физическая реабилитация детей с ДЦП // Вестник науки и образования. 2018. №4 (40). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/fizicheskaya-reabilitatsiya-detey-s-dtsp (дата обращения: 18.06.2023). – ISBN: отсутствует. – Текст: непосредственный.

4. Евсеев, С.П. Теория и организация адаптивной физической культуры : учебник / С.П. Евсеев. - Москва : Спорт, 2016. - 616 с. : ил. - Библиогр. в кн. – ISBN 978-5-906839-42-8 ; То же [Электронный ресурс]. - URL: http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=454238 (основная) – Текст: непосредственный.

5. Жакупова, М.Н., Исаева Р.Б., Оспанова Д.А., Нурбакыт А.Н. Основные причины развития детского церебрального паралича / Р.Б. Исаева, Д.А. Оспанова, А.Н. Нурбакыт // Вестник КазНМУ. 2019. №1. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/osnovnye-prichiny-razvitiya-detskogo-

tserebralnogo-paralicha (дата обращения: 18.06.2023). – ISBN: отсутствует. – Текст: непосредственный.

6. Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (утв. приказом Министерства образования и науки РФ от 19 декабря 2014 г. N 1598) Текст: непосредственный.

Тимофеева Ирина Владимировна, к.п.н. доцент
Нуриманова Полина Сергеевна, студент
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК, г. Екатеринбург. Россия

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ 6–7 ЛЕТ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Аннотация. Детский церебральный паралич является сложным заболеванием центральной нервной системы, ведущим не только к двигательным нарушениям, но и вызывающим задержку или патологию умственного развития, речевую недостаточность, нарушение слуха и зрения. Тяжесть инвалидизации у 20–35% больных оказывается настолько значительной, что они не обслуживают себя, не передвигаются, оказываются не обучаемыми.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, лечебная гимнастика

Актуальность. Важность этой проблемы определяется увеличивающейся распространенностью и социальной значимостью заболевания, влекущего за собой тяжелую инвалидизацию. К изучению этой патологии приковано внимание многих ученых не только у нас, но и за рубежом. Однако до настоящего времени мало изучена распространенность детского церебрального паралича. Данные литературы о распространенности заболевания не дают сведений о возрастно-половой структуре, распределении больных по формам заболевания. Отсутствие этих данных затрудняет определение нормативов потребности больных с детским церебральным параличом в сети специализированных учреждений. Как свидетельствует мировой и отечественный опыт, наблюдается тенденция к увеличению числа инвалидов с детским церебральным параличом. Министерство здравоохранения и социального развития обнародовало статистику по заболеваемости детским церебральным параличом (ДЦП) в России.

Цель исследования: провести оценку функционального состояния опорно-двигательного аппарата у детей 6–7 лет с детским параличом, составить конспект занятия по лечебной гимнастике

Методы и организация исследования: Исследование функционального состояния детей с детским церебральным параличом проводилось на базе ООО «Клиника доктора Бальберта» г. Екатеринбург ул. Фролова 27. Для исследования была взята группа из 6 человек, возраст от 6 до 7 лет.

Детский церебральный паралич является сложным заболеванием центральной нервной системы, ведущим не только к двигательным нарушениям, но и вызывающим задержку или патологию умственного развития, речевую недостаточность, нарушение слуха и зрения. Тяжесть инвалидизации у 20–35% больных оказывается настолько значительной, что они не обслуживают себя, не передвигаются, оказываются не обучаемыми.

Важность этой проблемы определяется увеличивающейся распространенностью и социальной значимостью заболевания, влекущего за собой тяжелую инвалидизацию. К изучению этой патологии приковано внимание многих ученых не только у нас, но и за рубежом. Однако до настоящего времени мало изучена распространенность детского церебрального паралича. Данные литературы о распространенности заболевания не дают сведений о возрастно-половой структуре, распределении больных по формам заболевания. Отсутствие этих данных затрудняет определение нормативов потребности больных с детским церебральным параличом в сети специализированных учреждений. Как свидетельствует мировой и отечественный опыт, наблюдается тенденция к увеличению числа инвалидов с детским церебральным параличом. Министерство здравоохранения и социального развития обнародовало статистику по заболеваемости детским церебральным параличом (ДЦП) в России.

Согласно сообщению пресс-службы ведомства, по данным на 2012 год в стране насчитывалось 71 429 детей с ДЦП в возрасте 0–14 лет и 13 655 детей с таким диагнозом в возрасте 15–17 лет. Возрастающее число инвалидов делает проблему их реабилитации и социальной адаптации особенно актуальной. Для лечения детского церебрального паралича, независимо от применяемых медикаментозных и операционных методов лечения, в подавляющем большинстве случаев обязательным является проведение адаптивной физической культуры (физической культуры для лиц с отклонениями в состоянии здоровья). Адаптивная физическая культура позволяет формировать и развивать двигательные умения детей с церебральными параличами, повышать их интеллектуальное развитие и социальную приспособленность

Результаты и их обсуждение. Исследование проводилось на базе двух организаций: теоретическая часть исследования проводилась на базе Екатеринбургского института физической культуры (филиал) Федерального государственного бюджетного учреждения высшего образования «Уральский государственный университет физической культуры», кафедре теории и методики адаптивной физической культуры, практическая часть исследования реализована на базе ООО «Клиника доктора Бальберта» на ул. Фролова, 27 г. Екатеринбург. В период с 09.02.2023г. по 18.05.2023. В исследовании приняли участие 6 детей с ДЦП со спастической диплегией.

В ходе исследования были использованы методы: анализ научно-методической литературы; метод педагогического наблюдения; анализ медицинских карт; педагогический эксперимент; тестирование функциональных возможностей; метод математической обработки результатов.

После проведения первичной оценки физического развития получены следующие результаты, приведённые в (Таблице 1).

Таблица 1 – Результаты первичной оценки физического развития детей с детским церебральным параличом

Пациент	Тест для оценки мышц спины (кол-во раз за 10 с.)	Тест для оценки брюшного пресса (кол-во раз за 1 мин.)	Поза Ромберга (в секундах)	Тест для оценки координации движений (кол-во движений в течении 15 с.)	Тест на силу мышц ног (кол-во раз за 30 с.)
Пациент 1	4	8	9	5	10
Пациент 2	4	9	8	4	6
Пациент 3	5	11	10	7	8
Пациент 4	3	10	12	9	5
Пациент 5	5	16	7	3	4
Пациент 6	3	13	5	6	9
Пациент 7	6	12	6	7	6
Пациент 8	4	18	13	9	9
X	4,3	12,1	8,8	6,3	7,1

На основе данных исследования был составлен комплекс лечебной гимнастики для детей 6–7 лет с детским церебральным параличом.

Выводы. В результате проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. Термин ДЦП (детский церебральный паралич) обозначает группу двигательных расстройств, возникающих при поражении головного мозга и проявляющихся в недостатке или отсутствии контроля со стороны нервной системы за функциями мышц, ДЦП возникает в период внутриутробного развития, в родах или в периоде новорожденности и сопровождается двигательными, речевыми и психическими нарушениями. Двигательные расстройства наблюдаются у 100% детей, речевые у 75 и психические у 50% детей. Двигательные нарушения проявляются в виде парезов, параличей, насильственных движений. Особенно значимы и

сложны нарушения регуляции тонуса, которые могут происходить по типу спастичности, ригидности, гипотонии, дистонии. Нарушения регуляции тонуса тесно связаны с задержкой патологических тонических рефлексов и несформированностью цепных установочных выпрямительных рефлексов. Физической реабилитации используются следующие методы: ЛФК, массаж, гидрореабилитация, физиотерапия, оккупационная терапия, кинезиотерапия, ортопедические приборы.

2. Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата будут значительно медленнее развиваться по сравнению со своими сверстниками. Они позже начнут держать голову, переворачиваться на живот и с боку на бок, сидеть, стоять и ходить. В особенно тяжелых случаях они не могут ходить, осознанно контролировать движения своего тела, обслуживать себя самостоятельно. Для социальной адаптации детей с легкой и средней степенью тяжести нарушений первостепенно внимание уделяют развитию навыков самообслуживания и самостоятельного передвижения. Важным умением для ребенка с нарушением опорно-двигательной активности является способность самостоятельно удовлетворять физиологические потребности, выполнять правила личной гигиены (мыться, подстригать ногти, чистить зубы) и делать ежедневную бытовую работу (одеваться, пользоваться застежками, мыть, разогревать еду, посуду). Ребенка постепенно обучают самостоятельно кушать и пользоваться бытовыми приборами. Со временем при положительных успехах он учится готовить еду и выполнять бытовые потребности (покупать продукты, одежду, оплачивать счета, делать уборку).

3. Оценка функционального состояния детей с диагнозом детский церебральный паралич спастической диплегией в возрасте 6–7 лет является ключевым элементом для определения уровня развития физических возможностей и для выявления возможных нарушений моторной функции. Это представляет собой сложную задачу, которая требует комплексного подхода и многоплановой оценки. Основными показателями

функционального состояния являются способность ребенка к передвижению, выполнению задач, требующих координации движений, самообслуживанию, задачам на баланс, а также выполнению упражнений на приседание и подъем.

Результаты теста:

По результатам теста на оценку мышц спины средний показатель составляет 5 раз за 10 секунд.

По результатам теста на оценку мышц брюшного пресса средний показатель теста составляет 13 раз при норме 25 раз за 1 минуту.

По результатам теста Поза Ромберга средний показатель составляет 7,3 секунды при норме 15 секунд.

По результатам теста на координацию движения средний показатель составляет 7 движений за 15 секунд, при норме 15 движений за 15 секунд.

По результатам теста на оценку силы мышц ног средний показатель составляет 8 раз за 30 секунд, при норме 20 раз за 30 секунд.

4. План-конспект занятия по лечебной гимнастике направлен на улучшение функций верхних и нижний конечностей, на улучшение двигательного навыка, на укрепления мышечного корсета, развитие силовой выносливости мышц спины.

Список литературы.

1. Аксенова, О.Э. Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре / С. П. Евсеева. – Москва: Советский спорт, 2007. – 132 с. ISBN 978-5-9718-0239-6. Текст: непосредственный.

2. Ахутова, О.А. Реабилитация детей с детским церебральным параличом / О.А. Ахутова, О.А. Пивоварова. – Москва: Вестник

современной клинической медицины, 2018. ISBN: 978-5-4212-0191-5. Текст: непосредственный.

3. Бадалян, Л.О. Детские церебральные параличи: ДЦП, ЛФК, неврология / Л.О. Бадалян, Л.Т. Журба, О.В. Тимонина. – Москва: Книга по Требованию, 2013. – 325 с. ISBN 978-5-458-38345-5. Текст: непосредственный.

4. Бегилова, Т.П. Основы адаптивной физической культуры / Т.П. Бегидова. – Москва: Физкультура и Спорт, 2007. – 44 с. ISBN 978-5-278-00846-0. Текст: непосредственный

5. Белова, Л.А. Актуальные вопросы реабилитации детей с детским церебральным параличом / Л.А. Белова, М.А. Харламова. – Москва: Медицинский альманах, 2018. – 43 с. ISBN 978-5-9652-0578-3. Текст: непосредственный.

6. Белоконь, Т.В. Современные методы оценки физического состояния детей с детским церебральным параличом / Т.В. Белоконь, С.А. Гаевская. – Москва: Медицинский альманах, 2018. – 56 с. ISBN нет. Текст: непосредственный.

7. Гросс, Н.А. Современные методики физической реабилитации детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата / Н.А. Гросс. – Москва: Советский спорт, 2005. ISBN 5-9718-0011-6. Текст: непосредственный.

8. Дмитриев, А.А. Физическая культура в специальном образовании / А.А. Дмитриев. – Москва: Издательский центр «Академия», 2002. – 176 с. ISBN нет. Текст: непосредственный.

9. Евсеев, С.П. Физическая реабилитация инвалидов с поражением опорно-двигательной системы / С.П. Евсеев, С.Ф. Курдыбайло. – Москва: Советский спорт, 2010. – 142 с. ISBN 978-5-9718-0369-0. Текст: непосредственный.

10. Зельдин, Л.М. Развитие движения при различных формах ДЦП / Л.М. Зельдин / Л.М. Зельдин. – Москва: Теревинф, 2019. – 137 с. ISBN 9785421205838. Текст: электронный.

11. Калижнюк, Э.С. Психические нарушения при детских церебральных параличах / Э.С. Калижнюк. – Киев: Вища школа, 1987. – 269 с. ISBN 978-5-9718-0369-0. Текст: непосредственный.

12. Катаева, Е.В. Оценка функционального состояния детей с детским церебральным параличом / Е.В. Катаева, Т.Н. Луговая. – Москва: Физическая культура, спорт, наука и образование, 2016. – 84 с. ISBN нет. Текст: непосредственный.

13. Кораблева, Л.Е. Функциональное состояние детей с детским церебральным параличом и пути его коррекции / Л.Е. Кораблева, Е.В. Крюкова. – Москва: Современные наукоемкие технологии, 2016. – 44 с. ISBN 978-5-9527-0415-2. Текст: непосредственный.

14. Кулагин, И.Ю. Методика оценки функционального состояния с детским церебральным параличом / И.Ю. Кулагин, Н.В. Шебалина. – Москва: Современные наукоемкие технологии, 2017. – 63 с. ISBN нет. Текст: непосредственный.

15. Медведева, Е.В. Оценка эффективности комплексной реабилитации детей с детским церебральным параличом / Е.В. Медведева. – Москва: Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2017. – 232 с. ISBN нет. Текст: непосредственный.

16. Нестерова, Е.Ю. Оценка эффективности комплексной реабилитации детей с детским церебральным параличом / Е.Ю. Нестерова, А.Н. Мирошниченко, А.А. Андреев. – Москва: Медицинский альманах, 2019. – 20 с. ISBN нет. Текст: непосредственный.

17. Ощепкова, М.А. Счастье рядом, или Полноценная жизнь с ДЦП / О.М. Ощепкова. – Иркутск: Аспринт, 2015. ISBN 978-5-4340-0062-8. Текст: непосредственный.

18. Потанчук, А.А. Адаптивная физическая культура в работе с детьми, имеющими заболевания опорно-двигательного аппарата (при заболевании детским церебральным параличом) / А.А. Потанчук. – Санкт-Петербург, СПбГАФК им. П. Ф. Лесгафта, 2003. – 228 с. ISBN 5-8172-0069-4. Текст: непосредственный.

19. Рябова, Е.В. Комплексы упражнений для детей с ДЦП: гемипаретическая форма / Е.В. Рябова. – Москва: Владос, 2020. – 223 с. ISBN 978-5-00136-110-7. Текст: непосредственный.

20. Сальков, В.Н. Детский церебральный паралич. Причины. Клинические проявления. Лечение и реабилитация / В.Н. Сальков, С.В. Коноваленко, С.В. Шмелева. – Москва: Медицина, 2018. ISBN: 978-5-9704-5639-2. Текст: непосредственный.

21. Сековец, Л.С. Комплексная физическая реабилитация детей с нарушением опорно-двигательного аппарата: программа, комплексы упражнений / Л.С. Сековец. – Москва: Школьная Пресса, 2008. – 207 с. ISBN 978-5-9219-0675-4. Текст: непосредственный.

22. Семёнова, Е.В. Реабилитация детей с ДЦП: обзор современных подходов в помощь реабилитационным центрам / Е.В. Семёнова, Е.В. Клочкова, А.Е. Коршикова-Морозова, А.В. Трухачёва, Е.Ю. Заблоцкий. – Москва: Лепта Книга, 2018. – 584 с. ISBN 978-5-91173-531-9. Текст: непосредственный.

23. Сухарев, А.Г. Здоровье и физическое воспитание детей и подростков / А.Г. Сухарев. – Москва: Медицина, 2016. – 270 с. ISBN нет. Текст: непосредственный.

24. Трунов, А.С. Лечение ДЦП. Революционный метод реабилитации Гленна Домана / А.С. Трунов. – Москва: Сфера, 2012. – 112 с. *ISBN* 978-5-0005-3982-8. Текст: непосредственный.

25. Швырев, В.В. Патогенетические аспекты детского церебрального паралича / В.В. Швырев, Е.А. Кочеткова. – Москва: Педиатрия, 2019. – 44 с. ISBN нет. Текст: непосредственный.

Тимофеева Ирина Владимировна, к.п.н., доцент
Парамонова Виктория Сергеевна, студент
Екатеринбургский колледж физической культуры
УралГУФК

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ ДАУНА

Аннотация. Адаптивное физическое воспитание детей дошкольного возраста с синдромом Дауна является неотъемлемой частью системы образования детей с ограниченными возможностями здоровья. Содержание педагогического процесса в адаптированной образовательной программе должно соответствовать гуманистически ориентированным идеям современного мировоззрения, отвечать требованиям общества: улучшать качество жизни детей, способствовать их социализации.

Ключевые слова: синдром Дауна, адаптивное физическое воспитание, адаптированная образовательная программа.

Актуальность. В мире отмечена тенденция к росту количества детей с ограничением жизнедеятельности. Одним из важнейших социальных и медицинских показателей, актуальность которого возрастает на современном этапе развития общества, является инвалидизация детского населения. 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.

Известно, что синдром Дауна является дифференцированной формой психического недоразвития, отличающейся существенным полиморфизмом как в клинической картине, так и в проявлениях физических, психических, интеллектуальных и эмоциональных качеств. В настоящее время достаточно актуальной остается проблема развития и коррекции нарушений двигательной сферы детей с синдромом Дауна. Многие авторы отмечают у детей с синдромом Дауна диспластичность фигуры, общую мышечную

гипотонию, повышенную истощаемость. У многих детей с синдромом Дауна в большей степени нарушена общая моторика.

Эффективность решения названной проблемы определяется многими условиями, в том числе и дальнейшим изучением специфики структуры дефекта у различных категорий детей, коррекция двигательного развития через адаптивное физическое воспитание.

Цель исследования: анализ адаптированной общеобразовательной программы детей дошкольного возраста с синдромом Дауна.

Методы и организация исследования. Осуществлялось поиск и сбор источников информации (стать, тезисы докладов, журналы).

Результаты и их обсуждение. Синдром Дауна – это генетическое заболевание, вызванное аномальным делением клеток, в результате которого образуется дополнительная полная или частичная копия хромосомы 21. Этот дополнительный генетический материал вызывает изменения в развитии и физические особенности синдрома Дауна.

Проявления синдрома различается по степени тяжести у разных людей, вызывая пожизненную умственную отсталость и задержку развития. Это наиболее распространенное генетическое хромосомное заболевание, оно является причиной ограниченной способности к обучению у детей. Оно также часто вызывает другие медицинские отклонения, включая сердечные и желудочно-кишечные расстройства [4].

Хромосомные аномалии вызывают отклонения в росте и развитии ребенка с синдромом Дауна. Наиболее ярко это просматривается в параметрах физического развития. Как правило, длина тела людей с синдромом Дауна значительно отклоняется от нормы и скорость ее формирования зависит от возраста. Наиболее заметна задержка в формировании скелета в первые шесть-восемь лет жизни. Однако в подростковый период темпы формирования скелета увеличиваются и здесь дети с данной патологией догоняют своих полноценно развивающихся сверстников. И все-таки, ученые отмечают здесь задержку в формировании костной ткани, что вызывает нарушение процессов роста и развития зубов.

Другой характерной чертой физического развития детей с синдромом Дауна является мышечная гипотония. Их крупные и мелкие мышцы являются вялыми, лишенными упругости. Движения таких детей неловкие, в суставах наблюдается чрезмерная гибкость [3].

Такие дети значительно позже начали держать голову, сидеть и ходить, у них с трудом формируются новые локомоторные навыки и развивается координация движений. Однако, при правильном воспитании и обучении воспитанники этой нозологической группы овладевают большим количеством движений – они с успехом могут ездить на велосипеде, лазать, бегать и прыгать. Но сложные двигательные навыки формируются долго и требуют многократного повторения. Постоянная мышечная гипотония просматривается и в мышцах лица, губах и языка. В связи с этим язык не послушный и с трудом помещается в рот. У детей с синдромом Дауна отмечается снижение силы, общей выносливости организма. В развитии мелкой моторики они демонстрируют затруднения, нарушена зрительно-моторная координация, им необходимо гораздо больше времени для начала реакции.

У детей с синдромом Дауна имеются характерные нарушения движений. По сравнению со сверстниками без нарушений такие дети развиваются медленнее и их двигательное развитие имеет ряд характерных особенностей. Наиболее типичное нарушение, свойственное им в той или иной степени, — это сниженный мышечный тонус: все дети гипотоничны, хотя степень гипотонии варьируется достаточно сильно.

Вследствие этого наблюдаются неадекватные выпрямительные реакции и реакции сохранения равновесия; гипермобильность в суставах. А это приводит к тому, что таким детям трудно контролировать положение тела в пространстве и движения, трудно переходить из одной позы в другую и поддерживать стабильную позу.

Кроме этого, у ребенка с синдромом Дауна есть специфические анатомические особенности: руки и ноги у них пропорционально короче, чем у сверстников без синдрома Дауна. Это, в сочетании с гипотонией и

вторичной слабостью мышц, приводит к тому, что рука редко оказывается в поле зрения, и, соответственно, хуже формируется такой навык удержание предмета под контролем зрения.

Важную роль в замедленном формировании двигательных навыков играют патологические позы, характерные для этих детей. Так, в положении лежа на спине при спонтанном двигательном развитии характерны асимметричные позы, ретракция плеч и неспособность оторвать руки от поверхности опоры: когда ребенок замечает какой-либо предмет, его двигательная активность повышается, но руки совершают движения лишь по поверхности опоры, а направленного движения к предмету не происходит. В положении сидя такие дети достаточно долго будут нуждаться в опоре.

Физические упражнения. Коррекция и развитие двигательных функций у детей с синдромом Дауна 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.

У детей с синдромом Дауна часто возникают трудности с выполнением тех или иных двигательных движений, необходимые для выполнения бытовых или предметных действий [1].

Основными задачами ФУ для детей с синдромом Дауна являются:

1. Формирования знаний.
2. Обучения двигательным действиям.
3. Развития физических способностей.
4. Воспитания личности.
5. Организации взаимодействия педагога и занимающихся.

Регулирования психического состояния детей.

Методы обучения двигательным действиям

Практические методы обучения двигательным действиям включают:

1. Последовательное освоение частей упражнения, что обусловлено, во-первых, неспособностью осваивать целостные сложнокоординационные двигательные действия в силу влияния основного дефекта, во-вторых, многие

сложные по структуре физические упражнения исходно предполагают изучение отдельных фаз движения с последующим их объединением, например плавание.

2. Обучение целостному упражнению, если оно не сложно по своей структуре или не делится на части.

3. Создание облегченных условий выполнения упражнения (облегченные снаряды для метания, бег за лидером, под уклон).

4. Использование подводящих и имитационных упражнений. Первые в своей структуре содержат элементы основного упражнения, вторые - полностью воспроизводят всю структуру движения, но в других или облегченных условиях. Эти специальные упражнения используются обычно для совершенствования ключевых фаз движения, закрепления и коррекции динамических и кинематических характеристик, развития физических качеств. В адаптивном физическом воспитании дошкольников и младших школьников имитационные упражнения часто используются как подражания движениям и звукам животных, насекомых, паровоза, при этом развиваются не только двигательные возможности, но и воображение, представление, фантазия [2].

Выводы. Основными средствами адаптивного физического воспитания будут являться: физические упражнения, естественные факторы природы гигиенические факторы. Принято различать пять основных физических способностей: быстрота, сила, выносливость, ловкость, гибкость. Дети и подростки с умственной отсталостью в большинстве своем имеют низкий соматический статус, слабое физическое развитие. Часто дети с синдромом Дауна испытывают гиподинамию, что непосредственно сказывается на снижение показателей мышечной силы, быстроты, выносливости, гибкости и особенно координационных способностей. Для лучших результатов при синдроме Дауна рекомендуют выполнять следующие упражнения: марш; марш на месте или по площадке; несложные действия, рассчитанные на улучшение координации.

Список литературы.

1. Алехина, А.В. Особенности психического развития детей с синдромом Дауна/ А.В. Алехина. – Санкт-Петербург.: канд. пед. Наук, 2000. – 22 с - Текст: электронный // deti-clinica.ru.

2. Дмитриев, А.А. Организация двигательной активности умственно отсталых детей / А.А. Дмитриев. - М.: Советский спорт, 1991. - 35 с. Текст: электронный // nauchkor.ru.

3. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура: учебник / С.П. Евсеев. - Москва: Спорт. 2001-238с.- ISBN 5-02215-700-1. -Текст: непосредственный.

4. Медведева, Т.П. Комплексное развитие детей с синдромом Дауна: групповые и индивидуальные занятия: методическое пособие / Т.П. Медведева, И.А. Панфилова, Е.В. Поле. - Москва: Даунсайд Ап, 2004. — 368 с. – ISBN: отсутствует. - Текст: непосредственный.

5. Федеральный государственный образовательный стандарт АООП дошкольного образования детей с синдромом Дауна Протокол №6/7, 7.12.2017.

Тимофеева Ирина Владимировна, к.п.н доцент
Полтанова Юлия Анатольевна, студентка
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Аннотация. Данная статья обсуждает актуальность и заболевание ЗПР. Задержка психического развития (ЗПР) у детей - это нарушение в формировании и развитии психических функций и навыков ребенка, отставание от нормы психического развития в целом, или каких-либо его отдельных функций. [4] В особенности детей с ЗПР входит не только психическое недоразвитие (или замедленное развитие), но также и нарушения эмоционально-волевой сферы ребенка, задержки в интеллектуальном росте. Дети с ЗПР больше отдают предпочтение игровой деятельности, их мышление дольше остается незрелым, а базовые знания специфичны и скудны. [3] Чаще всего их интеллектуальный уровень значительно ниже, чем у сверстников.

Ключевые слова: задержка психическое развития, детский дошкольный возраст, психическое развитие.

Актуальность. В настоящее время наблюдается постоянный рост числа дошкольных детей с задержкой психического развития (ЗПР). Педагоги определяют их состояние как граничное между нормой и патологией развития, которое, если не предпринять профилактические и коррекционно-педагогические меры, может привести к серьезным проблемам со здоровьем. ЗПР представляет собой специфический тип психического развития ребенка, характеризующийся незрелостью отдельных психических и психомоторных функций или психики в целом. Оно формируется под влиянием генетических, социально-средовых и психологических факторов. [3] Известно, что в дошкольном возрасте закладывается основа для здоровья, происходят важные процессы формирования органов, функциональных систем и психического состояния ребенка. В течение первых шести-семи лет

жизни ребенок преодолевает значительный и крайне важный этап в развитии движений: от хаотичных элементарных движений руками и ногами в первые месяцы до сложных двигательных навыков, таких как ходьба, бег, прыжки, метание и т.д. В этом возрасте ребенок впервые учится этим движениям.

Цель исследования: анализ адаптированных образовательных программ с ЗПР дошкольного возраста.

Методы и организация исследования. В данном исследовании были использованы следующие методы: анализ специальной литературы, который был проведен для изучения проблематики заболевания и современных методов исследования; метод наблюдения, который использовался для оценки физического развития, функционального состояния организма и психофизических качеств. [3] Педагогический эксперимент, который проводился для изучения воздействия различных методов обучения на результаты и развитие детей; педагогическое тестирование, которое использовалось для оценки развития физических навыков и умений у детей; и метод математической статистики, который применялся для определения физического развития ребенка на основе проведенного педагогического тестирования.

Результаты и их обсуждение. В настоящее время наблюдается устойчивая тенденция увеличения числа детей дошкольного возраста, у которых есть задержка психического развития (ЗПР). Педагоги определяют это состояние как граничное между нормой и патологией развития, которое, если не предпринять профилактические и коррекционно-педагогические меры, может привести к серьезным проблемам со здоровьем. [1] ЗПР - это особый тип психического развития ребенка, который характеризуется незрелостью отдельных психических и психомоторных функций или психики в целом, и формируется под влиянием наследственных, социально-средовых и психологических факторов. Известно, что в дошкольном возрасте закладывается основной фундамент здоровья, происходят важные процессы формирования органов, функциональных систем, и развитие психического состояния ребенка. В течение первых шести-семи лет жизни ребенка

происходит значительный и крайне важный прогресс в развитии движений: от хаотичных элементарных движений рук и ног в первые месяцы жизни до сложных двигательных действий, таких как ходьба, бег, прыжки, метание и другие.

Упражнения в адаптивном физическом воспитании способствуют развитию умственных способностей, восприятия, мышления, внимания, пространственных и временных представлений у детей. Нормальное двигательное развитие влияет на психическое и речевое развитие ребенка, а психическое и речевое развитие стимулирует развитие двигательных функций и связь между развитием мелких мышц, движением рук и речью у детей с особенностями. [3] Поэтому актуально исследовать новые методы и средства адаптивного физического воспитания, учитывающие задержку психического развития у детей с ограниченными возможностями.

Цель: коррекция и укрепления физического развития детей с ограниченными возможностями здоровья, совершенствование функций формирующегося организма, формирование у детей с ОВЗ осознанного отношения к своим силам и уверенности в них, потребность в систематических занятиях физическими упражнениями. Развитие физических качеств и способностей, двигательных навыков, тонкой ручной моторики, зрительно-пространственной координации; совершенствование функциональных возможностей организма, укрепление индивидуального здоровья.

Основная задача программы—стимулировать позитивные сдвиги в организме, формируя необходимые двигательные умения и навыки, физические качества и способности, направленные на жизнеобеспечение, развитие и совершенствование организма.

Образовательные задачи:

– Освоение системы знаний, необходимой для сознательного освоения двигательных умений и навыков.

– Формирование и развитие жизненно необходимых двигательных умений и навыков.

– Обучение технике правильного выполнения физических упражнений.

– Формирование навыка ориентировки в схеме собственного тела, в пространстве, во времени.

– Формирование в процессе двигательной деятельности различных видов познавательной деятельности.

Развивающие задачи:

– Развитие двигательных качеств (быстроты, ловкости, гибкости, выносливости, точности движений, мышечной силы, двигательной реакции)

– Формирование и совершенствование двигательных навыков прикладного характера

– Развитие пространственно-временной дифференцировки.

– Развитие речи посредством движения; обогащение словарного запаса.

Оздоровительные и коррекционные задачи:

– Укрепление и сохранение здоровья, закаливание организма ребенка.

– Активизация защитных сил организма ребёнка.

– Повышение физиологической активности органов и систем организма.

– Укрепление и развитие сердечно-сосудистой и дыхательной системы.

– Коррекция нарушений опорно-двигательного аппарата (нарушение осанки, сколиозы, плоскостопия).

– Коррекция и компенсация нарушений психомоторики (преодоление страха, замкнутого пространства, высоты, нарушение координации движений, завышение или занижение самооценки).

– Коррекция и развитие общей и мелкой моторики.

– Обеспечение условий для профилактики возникновения вторичных отклонений в состоянии здоровья школьников.

– Закрепление лексико - грамматических средств языка путем специально подобранных подвижных игр и упражнений, разработанных с учетом изучаемой лексической темы;

– Развитие слухового, зрительного, пространственного восприятия; координации движений; мимики лица.

– закрепление речевого и физиологического дыхания.

Воспитательные задачи:

– Воспитание в детях чувства внутренней свободы, уверенности в себе, своих силах и возможностях.

– Воспитание нравственных и морально-волевых качеств и навыков осознанного отношения к самостоятельной деятельности, смелости, настойчивости.

– Воспитание устойчивого интереса к занятиям физическими упражнениями.

– Формирование у учащихся осознанного отношения к своему здоровью и мотивации к здоровому образу жизни.

– Управление эмоциональной сферой ребенка, развитие морально-волевых качеств личности, формирующихся в процессе специальных двигательных занятий, игр, эстафет.

Выводы. Таким образом, задержка психического развития проявляется в недостаточном развитии памяти, проблемах с моторикой, замедленной речи и мышлении. Дети с этим расстройством имеют трудности с длительным сосредоточением на одном объекте, могут проявлять агрессивное поведение и терять самоконтроль. После изучения программы обучения для школьников с задержкой психического развития, было обнаружено, что ей не хватает достаточного количества упражнений, которые могут оказывать положительное влияние на детей с особыми потребностями. Цель исследования заключается в изучении влияния адаптивной физической подготовки на физическое развитие и социальную адаптацию детей с задержкой психического развития. Для достижения этой цели используются различные методы, такие как анализ литературы, наблюдение, педагогические эксперименты, педагогическое тестирование и математическая статистика. Эти методы позволяют оценить физическое развитие, функциональное состояние, психофизические качества и физические навыки детей.

Список литературы:

1. Адаптированная образовательная программа для обучающихся с задержкой психического развития. Утверждено приказом МДОБУ «Васкеловский ДСКВ» от 29.09.2023 № 154-од.

2. Балуева, Е.Б. Развитие психологических основ учебной деятельности у младших школьников с ЗПР / Е.Б. Балуева // Учебное пособие. - Ярославль, 2007.- 315 с.

3. Блинова, Л.Н. Диагностика и коррекция в образовании детей с ЗПР / Власова Т.А. // Дети с задержкой психического развития. -1984. -№ 2. –С. 46-84.

4. Бутко, Г.А. Физическое воспитание детей с задержкой психического развития. / Г.А. Бутко // Учебное пособие. - Москва, 2006.- 212 с.

5. Гонеев, А.Д. Основы коррекционной педагогики: учебное пособие для студентов высших учебных заведений / А.Д. Гонеев, Н.И. Лифинцева, Н.В. Ялпаева. // Издательский центр « Академия».- Москва, 2009.- 272 с.

6 Мустаева, Л.Г. Коррекционно-педагогические и социально-психологические аспекты сопровождения детей с ЗПР / Л.Г. Мустаева // Учебное пособие. - Москва, 2008.- 377 с.

Салимов Марат Ильдусович, к.п.н. доцент
Руцких Максим Михайлович, студент
Екатеринбургский колледж физической культуры
ФГБОУ ВО УралГУФК

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СРЕДНЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ ДАУНА

Аннотация. Синдром Дауна – врожденная хромосомная аномалия, проявляющаяся эффектом дозы генов и дисбалансом генной экспрессии. Болезнь характеризуется особым внешним видом ребенка при заметном снижении интеллекта. Другие изменения, включая врожденные пороки развития и другие коморбидные состояния, встречаются реже, но они могут вызвать осложнения и даже потребовать специального лечения, включая применение лекарств и оперативную помощь, создавая многовариантные ситуации в тактике ведения этих пациентов [1].

Ключевые слова. Синдром Дауна, адаптивное физическое воспитание, коррекция.

Актуальность. Синдром Дауна (СД) - самая распространённая генетическая аномалия человеческого организма. По статистике ВОЗ с диагнозом «Синдром Дауна» рождается каждый 700-800-й младенец в мире. Дети с трисомией по 21-ой паре хромосом имеют сниженные темпы физического развития, в основе которых лежит сочетание ряда факторов, таких как врождённые пороки сердца и другие. В связи с этим оценивать физическое развитие (ФР) детей с синдром Дауна с помощью графиков, разработанных для обычных детей, не информативно. Для оценки ФР этих детей необходимо применять специально разработанные перцентильные графики, которые применяются в различных странах с 1988 года [2].

Цель исследования. Анализ адаптированных образовательных программ по адаптивному физическому воспитанию для детей среднего школьного возраста с синдромом Дауна.

Результаты и их обсуждение. Рождение ребенка с синдромом Дауна не связано с образом жизни, этнической принадлежностью и регионом проживания родителей. Единственным достоверно установленным фактором,

повышающим риск появление ребенка с синдромом Дауна, является возраст матери. Возможность рождения ребенка с синдромом Дауна для женщины увеличивается с 35 лет, по другим данным с 39 (гипотеза об «изнашиваемости» организма матерей). Чаще такие дети рождаются у матерей, перенесших гепатит В или С, туберкулез (инфекционная гипотеза). В норме клетки человеческого организма содержат по 23 пары хромосом [3]. При этом одна из хромосом каждой пары наследуется от матери, а другая – от отца. Генетические механизмы развития синдрома Дауна кроются в количественном нарушении аутосом, когда к 21-ой паре хромосом присоединяется дополнительный генетический материал. Наличие трисомии по 21-ой хромосоме определяет черты, характерные для синдрома Дауна. Появление дополнительной хромосомы может быть обусловлено генетической случайностью (нерасхождением парных хромосом в овогенезе или сперматогенезе), нарушением клеточного деления уже после оплодотворения либо наследованием генетической мутации от матери или отца. С учетом этих механизмов в генетике различают три варианта аномалии кариотипа при синдроме Дауна: регулярную (простую) трисомию, мозаицизм и несбалансированную транслокацию.

При синдроме Дауна изменяются не только мыслительные, когнитивные способности, но и появляются специфические особенности в физической внешности ребенка, с помощью этих особенностей можно уже во время внутриутробного развития заметить данное хромосомное заболевание [4]. Несмотря на различные цитогенетические варианты хромосомной аномалии, большинству детей с синдромом Дауна свойственны типичные внешние признаки, позволяющие предположить наличие патологии уже при первом осмотре новорожденного неонатологом.

80-90% детей с синдромом Дауна имеют черепно-лицевые дизморфии: уплощенное лицо и переносицу, брахицефалию, короткую широкую шею, плоский затылок, деформацию ушных раковин; новорожденные – характерную кожную складку на шее. Лицо отличается монголоидным разрезом глаз, наличием эпикантуса (вертикальной складки кожи,

прикрывающей внутренний угол глаза), микрогенией, полуоткрытым ртом часто с толстыми губами и большим высунутым языком (макроглоссией). Мышечный тонус у детей с синдромом Дауна обычно понижен; имеет место гипермобильность суставов, деформация грудной клетки . У детей с синдромом Дауна чаще, чем у других в популяции встречаются врожденные пороки сердца (открытый артериальный проток, дефект межжелудочковой перегородки, дефект межпредсердечной перегородки, тетрада Фалло и др.), косоглазие, катаракта, глаукома, тугоухость, эпилепсия, лейкоз, пороки ЖКТ (атрезия пищевода, стеноз и атрезия двенадцатиперстной кишки, болезнь Гиршпрунга), врожденный вывих бедра [3]. Характерными дерматологическими проблемами пубертатного периода являются сухость кожи, экзема, угревая сыпь, фолликулит.

Дети с синдромом Дауна относятся к часто болеющим; они тяжелее переносят детские инфекции, чаще страдают пневмониями, средними отитами, ОРВИ, аденоидами, тонзиллитом. Слабый иммунитет и врожденные пороки являются наиболее вероятной причиной гибели детей в первые 5 лет жизни. Многие проблемы физического развития, к сожалению, решить не удастся. Они обусловлены генной мутацией. Развитие внутренних органов часто замедляется из-за врожденных пороков. Очень сильно страдает сердечно-сосудистая система. Мышцы пресса ослаблены, так что живот немного выпирает. Движения часто несогласованные, бывают проблемы с координацией. Хотя дети обычно подвижные, любят активные игры, бегают [6]. Конечно, необходимо следить за состоянием суставов – из-за особой эластичности соединительной ткани. В остальном, физических отклонений, которые могут навредить нормальной жизни, не больше, чем у остальных детей.

Еще одна проблема — мелкая моторика. В первые несколько месяцев эти малыши почти что неподвижны. Без помощи взрослых они не могут переворачиваться, принимать другие положения в кроватке. К тому моменту, как здоровые дети уже начинают ползать или даже ходить, «солнечные» детки лишь учатся сидеть. Необходимо будет тщательно отрабатывать навыки

владенья пальчиками. Для этого сейчас много методик, большинство из них — игровые.

Очень долго считалось, что диагноз «синдром Дауна» связан с умственной отсталостью. Сейчас врачи и психологи соглашаются в том, что это далеко не так. У этих детишек выявляется легкое или среднее отставание от нормального графика развития, только у небольшого числа детей наблюдается сильная отсталость [6].

Говорить дети с синдромом дауна начинают позже, чем дети в норме. К 2 годам словарный запас небольшой, насчитывает всего 20-25 слов. Речь можно охарактеризовать как правильную. Дети используют все части речи, обходятся без грубых ошибок. Запоминание речи происходит обычным путем: малыш слушает, а потом повторяет уже знакомые слова и речевые конструкции. Тут обучение ничем не отличается от обучения обычных детей. Дети с наименьшим отставанием в развитии за месяц выучивают до 40 новых слов. Понимание слов происходит так же, как и у здорового малыша. Конечно, этот процесс затягивается. Дети повторяют знакомые слова – чаще всего слова и предложения из семейного обихода. Родителям тоже нужно обращать внимание на свою речь, ведь ребенок все хорошо запоминает. Развитие навыка понимания происходит медленнее – малышу необходимо показывать и повторять несколько раз до полного понимания.

Адаптированная образовательная программа направлена на создание условий для сохранения и укрепления физического, психического здоровья обучающихся, воспитанников, обеспечение условий доступности образования различным категориям детей с ограниченными возможностями здоровья, направленность на включение содержания образования в части освоения системы научных понятий как составляющих содержание учебного предмета в контекст решения значимых жизненных задач – практическая направленность обучения [8]. В программе присутствуют прикладные упражнения, упражнения на профилактику сопутствующих заболеваний, таких как плоскостопие или нарушение осанки, также в зимнее время года у детей с синдромом Дауна есть лыжная подготовка и различные подвижные

игры для снятия локального напряжения, переключения внимания и поднятия настроения [5].

Выводы. Синдром Дауна является не заболеванием, а генетическая аномалия, которая приводит к значительным изменениям в организме. Дети с синдромом Дауна отстают в развитии от своих сверстников. Считалось, что такие дети умственно отсталые, но сейчас об этом говорят все меньше. Развитие ребенка Дауна замедленно, но они такие же дети, как и все остальные и их успешное вхождение в жизнь зависит от того, насколько близкие люди отнесутся к этому с пониманием. От правильного решения вопросов организации внеклассной работы во многом зависит успех осуществления всех направлений учебно-воспитательной работы. Характерной особенностью умственно отсталых детей является то, что они без специальной подготовки длительное время не могут действовать в соответствии со словесной инструкцией, так как у них недостаточно развита регулирующая функция речи в организации целенаправленных действий. Таким образом, отставание умственного развития часто сопровождается отставанием двигательного развития и ограничением двигательных возможностей. Основные задачи образовательных программ - это создание условий для сохранения и укрепления физического, психического здоровья обучающихся, воспитанников, обеспечение условий доступности образования различным категориям детей с ограниченными возможностями здоровья, направленность на включение содержания образования в части освоения системы научных понятий как составляющих содержание учебного предмета в контекст решения значимых жизненных задач – практическая направленность обучения.

Список литературы.

1. Алферова, Г.В. Нетрадиционные подходы к физическому воспитанию детей с нарушением интеллекта / Г.В. Алферова. – Москва: Просвещение, 2003. – 40 с.

2. Бабаян, В.В. Клинико-функциональная и метаболическая характеристика детей с синдромом Дауна / В.В. Бабаян. – Набережные челны: Сфера, 2012. – 26 с.

3. Власова, Т.А. О детях с отклонениями в развитии / Т.А. Власова, М.С. Певзнер. – Москва: Просвещение, 1973. – 175 с.

4. Година, М.А. Дети с синдромом Дауна. Развитие. Обучение. Трудности / М.А. Година. – Москва: Владос, 2007. – 318 с.

5. Дмитриев, А.А. Физическая культура в специальном образовании / А.А. Дмитриев. – Москва: Издательский центр «Академия», 2002. – 176 с.

6. Дубовский, В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей / В.И. Любовский. – Москва: Педагогика, 2001. – 214 с.

7. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура в практике работы с инвалидами и другими маломобильными группами населения / С.П. Евсеев. – Москва: Советский спорт, 2014. – 298 с.

8. Федеральный государственный стандарт детей среднего школьного возраста с синдромом Дауна (интеллектуальными нарушениями) протокол от 30.03.23г. №2. Текст: непосредственный

Тимофеева Ирина Владимировна, к.п.н доцент
Соколова Ольга Александровна, студентка
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК, г. Екатеринбург. Россия

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ 6-8 ЛЕТ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Аннотация. Расстройство аутистического спектра - психическое расстройство детского возраста, характеризующееся нарушением социального взаимодействия и общения, повторяющимися и стереотипными моделями поведения и неравномерным интеллектуальным развитием, часто с умственной отсталостью. Симптомы появляются в раннем детстве. Причина заболевания у большинства детей неизвестна, хотя данные подтверждают наличие генетического фактора; у некоторых пациентов расстройства могут быть вызваны медицинскими состояниями. Диагноз ставят на основании истории развития и результатов наблюдения. Лечение состоит в поведенческом ведении, а иногда и лекарственной терапии.

Ключевые слова: расстройство аутистического спектра, лечебная физическая культура.

Актуальность. Диагноз РАС базируется на таких основных симптомах, как аутизм, склонность к стереотипиям, непереносимость изменений в окружающей обстановке, а также раннее, до 30-месячного возраста выявление специфических признаков дизонтогенеза. Основные симптомы различаются как по особенностям характера, так и по степени выраженности. Все это определяет наличие вариантов с разной клинико-психологической картиной, разной социальной адаптацией, разным прогнозом.

Цель исследования: проведение оценки функционального состояния и разработка комплекса лечебной физической культуры для детей 6-8 лет с расстройством аутистического спектра.

Методы и организация исследования: Исследование функционального состояния детей с расстройством аутистического спектра

проводилось на базе инклюзивного центра «Планета КИИС sensory» г. Екатеринбург ул. Ухтомская 41. Для исследования была взята группа из 3 человек, возраст от 6 до 8 лет.

Основываясь на важности физической нагрузки для ребенка с расстройством аутистического спектра, необходимо правильно подходить к выбору комплекса упражнений, учитывая основной диагноз и сопутствующие. Методика физического развития детей с РАС включает в себя комплекс упражнений, который разрабатывается на коррекцию равновесия, координации, пространственной ориентации и точности движений. При формировании двигательных навыков у детей, физическая нагрузка должна быть постепенно дозируемой и регулярной. Оценка физического развития детей складывается из роста, веса, окружности грудной клетки, жизненной емкости легких. Как известно, изучение ребенка с любым отклонением в развитии не может ограничиться только установлением степени и характера нарушения, а должно предусматривать его полное обследование.

Оценка физического, психического и функционального развития ребенка как способ организации учебно-воспитательного процесса предназначен для углубленного понимания компетенций и потенциала ребенка. Сюда могут быть включены: сбор информации (медико-психолого-педагогическая характеристика, функциональные и эмоциональные реакции), тестирование физической подготовленности, систематические врачебно-педагогические наблюдения и анализ интерпретации полученных данных с целью формулирования задач физического воспитания, коррекции и компенсации двигательных нарушений. Диагностика позволяет определить успешность прохождения программы и применения, какой-либо методики по физическому воспитанию для детей с аутизмом и может быть инструментом измерения эффективности работы педагога физического воспитания различных направлений.

Результаты и их обсуждение. Исследование проводилось на базе двух организаций: теоретическая часть исследования проводилась на базе

Екатеринбургского института физической культуры (филиал) Федерального государственного бюджетного учреждения высшего образования «Уральский государственный университет физической культуры» г. Екатеринбург, ул. Шаумяна 85, кафедра теории и методики адаптивной физической культуры, практическая часть исследования реализована на базе инклюзивного центра «Планета КИИС sensory» г. Екатеринбург ул. Ухтомская 41. В период с 09.02.2023г. по 18.05.2023. В исследовании приняли участие 5 детей 6-8 лет с расстройством аутистического спектра.

В ходе исследования были использованы методы: анализ научно-методической литературы; анализ документальных материалов; функциональное тестирование.

После проведения функциональных тестов были получены показатели, которые сравнили с нормой (Таблица 1).

Таблица 1 - Статистически обработанные результаты, полученные в ходе проведения оценки функционального состояния детей 6-8 лет с расстройством аутистического спектра.

Тесты	X (среднее значение)	Норма
Бег 15 м с высокого старта	16,8	6,2-8,5 с
Прыжок в длину с разбега	35,4	90-145 см
Бросок теннисного мяча удобной рукой	3,6	4-15 м
Сохранение статического равновесия	14,2	12,0-30,0 с
Задания на гибкость	3	3-12 см
Бег 90 м на выносливость	30,6	30,2-20,8 с
Подъем туловища из положения лежа на спине за 25 с	12	9-24 (кол-во раз)

На основе данных исследования был составлен комплекс лечебной физической культуры для детей 6-8 лет с расстройством аутистического спектра.

Выводы. В результате проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. Расстройство аутистического спектра - психическое расстройство детского возраста, характеризующееся нарушением социального взаимодействия и общения, повторяющимися и стереотипными моделями

поведения и неравномерным интеллектуальным развитием, часто с умственной отсталостью.

2. Методами физической реабилитации для детей с РАС являются: сбор информации (медико-психолого-педагогическая характеристика, функциональные и эмоциональные реакции), тестирование физической подготовленности, систематические врачебно-педагогические наблюдения и анализ интерпретации полученных данных с целью формулирования задач физического воспитания, коррекции и компенсации двигательных нарушений.

3. На базе инклюзивного центра «Планета КИИС sensory» г. Екатеринбург ул. Ухтомская 41. был проведен практический этап. В исследовании приняли участие 3 детей с расстройством аутистического спектра 6-8 лет. При проведении оценки функционального состояния детей с РАС были получены результаты, которые сравнили с нормой. В беге на 15м, отклонение от нормы составило – 52%, что говорит о низком развитии скоростных способностей; прыжок в длину с разбега составил от нормы – 24,4%, это говорит о низком уровне скоростно-силовых качеств; бросок теннисного мяча удобной рукой – 24%; сохранение статического равновесия – 47,3%, разница говорит о проблемах с координацией; гибкость – 25%; бег на 90м на выносливость – 68%; подъем туловища из положения лежа – 50%.

4. Разработан комплекс лечебной физической культуры для детей 6-8 лет с расстройством аутистического спектра. Комплекс направлен на коррекцию двигательных способностей. В вводной части занятия используются упражнения в ходьбе и беге. В основной части выполняются упражнения стоя, включая в себя спортивный инвентарь. В заключительной части выполняются статические упражнения и в положении лежа, дыхательная гимнастика.

Список литературы.

1. Альтернативная коммуникация в развитии детей с расстройствами аутистического спектра. – [Б. м.: б. и.], 2015. – 36 с. –ISBN нет. Текст: непосредственный.

2. Архипова, Д. Диетологические подходы к лечению аутизма у детей / Д. Архипова. – Текст: электронный // Врач. – 2006. - № 5. – С. 76-80. – URL: https://www.elibrary.ru/item.asp?id=12974307 (дата обращения: 15.04.2023).

3. Бардышевская, М.К. Нарушения развития аффективно поведенческих комплексов при аутизме: определение возможностей их восстановления / М. К. Бардышевская – Известия Уральского федерального университета. – 2016. – № 1. – с. 102–113. - ISBN нет. Текст: электронный.

4. Виноградова, А. А. Инклюзивное обучение и воспитание как условие для адаптации детей с аутизмом / А. А. Виноградова, М. А. Невзорова. – Текст: электронный // Наука и образование. – 2020. – Т. 3, № 3. – С. 194. - URL: https://www.elibrary.ru/item.asp?id=44276657 (дата обращения: 11.05.2023)

5. Диагностика аутизма: взаимодействие врачей и родителей в интересах ребенка / Л. М. Мухарямова, Ж. В. Савельева, К. К. Яхин [и др.]. – Текст: электронный // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2020. – Т. 11, № 3. – С. 644-653. – URL: https://elibrary.ru/item.asp?id=44144423 (дата обращения: 11.05.2023).

6. Казарин, К. Современное состояние поведенческих вмешательств при аутизме и нарушениях развития. / К. Казарин Аутизм и нарушения развития. – 2016. – № 14 (4). – с. 68–76. - ISBN нет. Текст: электронный.

7. Нейсон, Б. О ключевых проблемах аутизма. / Б. Нейсон Сенсорные аспекты аутизма. Аутизм и нарушения развития. – 2016. – 14 (3). – с. 42–48. – ISBN нет. Текст электронный.

8. Пашковский, В. Э. 10 лекций об аутизме: учебное пособие / В. Э. Пашковский. – Москва: МЕДпресс-информ, 2021. – 136 с. – URL:

https://www.elibrary.ru/item.asp?id=44561495 (дата обращения: 11.04.2023). – Текст: электронный.

Салимов Марат Ильдусович, к.п.н доцент
Сырцова Снежана Андреевна, студент
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СРЕДНЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Аннотация. Адаптивное физическое воспитание - это наука, которая развивается быстрыми темпами и предназначена для обеспечения полноценного развития детей с ограниченными возможностями здоровья. Одна из групп, которая нуждается в таком виде воспитания, - это дети с задержкой психического развития (ЗПР). Специалисты, работающие в этой области, отмечают, что дети с ЗПР развиваются с низкими темпами в когнитивной, аффективной и физической сферах. Из-за разнообразия характеристик развития этих детей и необходимости проведения коррекционных мер, требуется четкая организация и дифференциация психолого-педагогического сопровождения.

Ключевые слова. Задержка психическое развития, детский дошкольный возраст, психическое развитие.

Актуальность. Задержка психического развития является обратимым нарушением, которое влияет на интеллектуальную и эмоционально-волевую сферы, а также создает трудности в обучении. Процент детей с задержкой психического развития достигает 15-16% в детской популяции. У детей развитие психофизических функций происходит неравномерно, поэтому диагноз "задержка психического развития" обычно ставится в дошкольном возрасте не ранее 4-5 лет, а на практике - чаще всего в процессе школьного обучения. Поэтому школьная неуспеваемость этих детей связана с их незрелостью как психической, так и физической[5].

Цель исследования: анализ адаптированных образовательных программ с ЗПР среднее школьного возраста.

Результаты и их обсуждение. Задержка психического развития (ЗПР) у детей представляет собой темповое отставание развития психических

процессов и эмоционально-волевой сферы. Это состояние может быть преодолено через специально организованное обучение и воспитание. ЗПР проявляется недостаточным развитием моторики, речи, внимания, памяти, мышления, регуляции и саморегуляции поведения, а также эмоциональной неустойчивостью и проблемами в учебе. ЗПР обнаруживается чаще при поступлении в школу и проявляется в ограниченных знаниях, незрелом мышлении, недостатке целенаправленности, игровых интересах и быстрой утомляемости в интеллектуальной деятельности. Этиологические факторы ЗПР могут быть как биологическими, так и социально-психологическими, и приводят к задержке интеллектуального и эмоционального развития ребенка. Патогенез ЗПР до сих пор плохо изучен, и в настоящее время не существует единой систематической классификации граничных форм интеллектуальной недостаточности.

Советский психиатр А.Г. Сухарева, исходя из этиопатогенетического принципа, выделила следующие формы нарушения интеллектуальной деятельности у детей с задержанным темпом развития:

1) Интеллектуальные нарушения в связи с неблагоприятными условиями социальной среды;

2) Интеллектуальные нарушения при длительных психосоматических расстройствах;

3) Нарушения при различных формах инфантилизма;

4) Вторичная интеллектуальная недостаточность в связи с сенсорными нарушениями [4].

Т.А. Власова, М.С. Певзнер выделили среди детей с ЗПР две наиболее многочисленные группы:

1) Дети с нарушенным темпом физического и умственного развития. Причины: медленный темп созревания коры головного мозга. Дети данной группы уступают сверстникам в физическом развитии, отличаются инфантилизмом в интеллектуальном, эмоциональном и личностном развитии.

2) Дети с функциональными расстройствами психической деятельности. Причины: минимальное органическое повреждение головного мозга. Для детей данной группы характерны слабость нервных процессов, нарушения внимания, быстрая утомляемость и сниженная работоспособность [3].

В дальнейшем на основе этой классификации К.С. Лебединской была предложена классификация по этиопатогенетическому принципу:

1. Конституционального происхождения. Причины: нарушения обмена веществ, специфика генотипа. Симптомы: задержка физического развития, становления статодинамических психомоторных функций; интеллектуальные нарушения, эмоционально-личностная незрелость, проявляющаяся в аффектах, нарушениях поведения.

2. Соматогенного происхождения. Причины: длительные соматические заболевания, инфекции, аллергии. Симптомы: задержка психомоторного и речевого развития; интеллектуальные нарушения; невропатические расстройства, выражающиеся в замкнутости, робости, застенчивости, заниженной самооценки, несформированности детской компетентности; эмоциональная незрелость. Этот тип психической задержки обусловлен влиянием различных тяжёлых соматических состояний, перенесённых в раннем возрасте (операции с наркозом, болезни сердца, малая подвижность, астенические состояния).

3. Психогенного происхождения. Причины: неблагоприятные условия воспитания на ранних этапах онтогенеза, травмирующая микросреда. Симптомы: несформированность детской компетентности и произвольной регуляции деятельности и поведения; патологическое развитие личности; эмоциональные расстройства. Этот тип нарушения связан с неблагоприятными условиями воспитания, рано возникшими и длительно действующими. ЗПР такого типа возникает в трёх основных случаях:

4. Церебрально-органического происхождения. Причины: точечное органическое поражение ЦНС остаточного характера, вследствие патологии беременности и родов, травм ЦНС и интоксикации. Симптомы: задержка

психомоторного развития, интеллектуальные нарушения, органический инфантилизм. Это наиболее часто встречающийся вариант [1].

Общая характеристика и коррекционно-развивающее значение предмета Учебный предмет «Адаптивная физическая культура» является одним из основных в системе физического воспитания младшего школьника. Укрепление физического здоровья детей, совершенствование их физического развития, воспитание стремления заниматься физической культурой – основная задача уроков физической культуры [2].

Уроки физкультуры способствуют профилактике заболеваний сердечнососудистой, дыхательной систем и опорно-двигательного аппарата. В процессе выполнения различных упражнений активизируется работа разных групп мышц, происходит избирательное воздействие на определенные системы организма. Таким образом укрепляется сердечная мышца, улучшается работа мышц брюшного пресса, диафрагмы, формируются навыки правильного дыхания, совершенствуются двигательные характеристики.

Выводы. Тем самым можно сделать вывод, что задержка психического развития проявляется в виде недостаточности развития памяти, проблем с моторикой, замедленной речи и мыслительного процесса. Дети не могут надолго задерживать свое внимание на определенном предмете, могут выражать агрессивное настроение и терять самоконтроль.

После изучения программы для учеников с ЗПР (задержкой психического развития) в школьном возрасте, мы обнаружили, что в ней отсутствует достаточное количество упражнений, которые, на наш взгляд, могут положительно влиять на детей с особыми потребностями.

Исследование направлено на изучение влияния адаптивной физической воспитания на физическое развитие и социальную адаптацию детей с ЗПР. Для достижения этой цели используются различные методы, такие как анализ литературы, наблюдение, педагогические эксперименты, педагогическое тестирование и математическая статистика. Эти методы

позволяют оценить физическое развитие, функциональное состояние, психофизические качества и физические навыки детей.

Список литературы:

1. Борякова, Н.Ю. Ступеньки развития. Ранняя диагностика и коррекция задержки психического развития / Н.Ю. Борякова //– Москва: Гном-Пресс, 2002. – 64 с. – ISBN: отсутствует. – Текст: непосредственный.

2. Власова, Т.А. О детях с отклонениями в развитии / Т.А. Власова, М.С. Певзнер. // – Москва: Просвещение, 1973. – 175 с. – ISBN: отсутствует. – Текст: непосредственный.

3. Выготский, Л.С. Проблемы дефектологии / Л.С. Выготский. // – Москва: Просвещение, 2005. – 527 с. – ISBN: отсутствует. – Текст: непосредственный.

4. Дмитриев, А.А. Коррекция двигательных нарушений у учащихся вспомогательных школ средствами физического воспитания / А.А. Дмитриев. //– Красноярск: Издательство Краснояр. Ун-та, 2007. – 151 с. – ISBN: отсутствует. – Текст: непосредственный.

5. Дубинская, А.В. Клинические проявления задержки психического развития у детей шестилетнего возраста / А.В. Дубинская, В.Я. // Плуде. – Рига, 2019. – 47 с. – ISBN: отсутствует. – Текст: непосредственный.

6. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура в практике работы с инвалидами и другими маломобильными группами населения / С.П. Евсеев. // – Москва: Советский спорт, 2014. – 304 с. – ISBN: отсутствует. – Текст: непосредственный.

7. Приказ Министерства образования и науки РФ от 19 декабря 2014 г. N 1598 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья"

Салимов Марат Ильдусович, к.п.н доцент
Чекчеев Андрей Игоревич, студент
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ ДАУНА

Аннотация. Синдром Дауна – это генетическая аномалия, которая объясняется утроением 21-ой хромосомы. Если в норме человек имеет 23 пары или 46 хромосом, то при синдроме Дауна наблюдается тройное количество 21-ой хромосомы вместо положенных двух. У большинства пораженных людей в некоторой степени выражены когнитивные нарушения – от тяжелых (IQ = 20 – 35) до слабых (IQ = 50 – 75). Серьезная задержка развития моторных функций и речи также очевидна в раннем возрасте. Часто отмечается маленький рост и повышенный риск ожирения. Основной целью является развитие двигательных функций ребенка и коррекция их нарушения.

Ключевые слова: адаптивное физическое развитие, воспитание, синдром Дауна.

Актуальность. По статистике Всемирной организации здравоохранения, с диагнозом «синдром Дауна» рождается каждый 700-800 младенец в мире. Это соотношение одинаково в разных странах, климатических зонах и социальных слоях. Генетический сбой происходит независимо от образа жизни родителей, их здоровья, привычек и образования. Целью АФК является обеспечение развития жизнеспособности человека, который имеет различные отклонения в здоровье и (или) инвалидность, благодаря оптимальному функционированию индивидуальных психо-физиологических характеристик, их гармонизации для максимально возможной самоактуализации в качестве социально и индивидуально значимого субъекта. Синдром Дауна признан в настоящее

время наиболее распространенной хромосомной аномалией человека, частота проявления которой не снижается.

Цель исследования. Анализ адаптированных образовательных программ по адаптивному физическому воспитанию для детей дошкольного возраста с синдромом Дауна.

Методы и организация исследования. Осуществлялся подбор контингента, база исследования, проведена диагностика, разработана методика по АФВ.

Результаты и их обсуждение. Риск рождения ребенка с синдромом Дауна для женщины увеличивается с 35 лет и к 39 годам достигает 1%. Из общего числа новорожденных с болезнью Дауна более 20% рождается у матерей старше 35 лет. Кроме того, факторами риска является наличие у матери гепатита В или С, туберкулез, краснухи, болезни Боткина, возраст отца старше 45 лет, слишком юный возраст матери (до 18 лет), близкородственные браки.

Причины синдрома Дауна. В норме клетки человеческого организма содержат по 23 пары хромосом (нормальный женский кариотип 46,XX; мужской - 46,XY). При этом одна из хромосом каждой пары наследуется от матери, а другая – от отца. Генетические механизмы развития синдрома Дауна кроются в количественном нарушении аутосом, когда к 21-ой паре хромосом присоединяется дополнительный генетический материал. Наличие трисомии по 21-ой хромосоме определяет черты, характерные для синдрома Дауна. Появление дополнительной хромосомы может быть обусловлено генетической случайностью (нерасхождением парных хромосом в овогенезе или сперматогенезе), нарушением клеточного деления уже после оплодотворения либо наследованием генетической мутации от матери или отца.

Синдром Дауна обычно определяют сразу после рождения ребёнка по характерному виду его лица. У большинства отмечают гипотонию, другие диагностически важные клинические симптомы включают уплощённый затылок, единственную ладонную борозду, изогнутый мизинец и широкий

промежуток между большим и вторым пальцем на стопе («сандалевидная стопа»). Диагностика может быть затруднительна, если основана только на клинических проявлениях, поэтому предварительный диагноз должен быть подтверждён более опытным педиатром. До взятия крови на анализ следует предупредить родителей, что будет проведён тест на синдром Дауна.

Выделяют три типа синдрома Дауна:

1. Трисомия – наиболее распространенная форма синдрома Дауна, для которой характерно полное утроение 21 хромосомы во всех клетках организма; на долю этой формы приходится 94-95% всех случаев болезни;

2. Смещение (транслокация) 21 пары хромосомы на другие хромосомы – встречается в 4% случаев;

3. Мозаичный синдром Дауна (около 2% случаев), когда утроенную 21 хромосому содержат только некоторые клетки организма. Сами больные, как правило, ничем не отличаются от здоровых, но имеют большой риск рождения ребенка с синдромом Дауна.

Характерные клинические проявления синдрома Дауна:

- Умственная отсталость: Дети с синдромом Дауна обычно имеют умственную отсталость различной степени тяжести. Они могут иметь ограниченную способность учиться и развивать навыки, хотя некоторые могут достичь определенных уровней самостоятельности.

- Физические особенности: Дети с синдромом Дауна имеют характерные физические черты, которые включают низкий рост, уплощенное лицо, сплющенный затылок, складки кожи на веках (эпикантус), а также характерное формирование рук и стоп.

- Задержка развития: У детей с синдромом Дауна наблюдается задержка в физическом и психомоторном развитии. Они могут самостоятельно сидеть, ходить и говорить позже своих сверстников без синдрома Дауна.

- Повышенный риск различных заболеваний: Дети с синдромом Дауна имеют повышенный риск различных медицинских проблем, таких как

сердечные дефекты, слуховые проблемы, проблемы со зрением, проблемы с щитовидной железой и другими заболеваниями.

- Коммуникационные и социальные навыки: Дети с синдромом Дауна могут испытывать трудности в развитии коммуникационных и социальных навыков. Они могут иметь ограниченную говорящую способность и нуждаются в дополнительной поддержке в этой области.

Каждый ребенок с синдромом Дауна уникален и может иметь различные комбинации этих характеристик. Важно помнить, что все дети с синдромом Дауна имеют свои сильные стороны и свой потенциал для развития, и они могут достичь успеха с поддержкой и пониманием со стороны окружающих.

Прогноз для пациентов. Сегодня средняя продолжительность жизни с генетической патологией приближается к 55-60 лет, тогда как еще несколько десятков лет назад они доживали только до 25 лет из-за неблагоприятных условий жизни. На срок жизни влияет наличие осложнений в организме, вызванных генетическим сбоем, условия жизни, наследственность и т.д. При условии квалифицированного медицинского наблюдения продолжительность жизни пациентов удается продлить и сделать ее более комфортной. Вероятность рождения ребенка с генетической аномалией у человека с синдромом Дауна составляет около 35-50%. Кроме того, при формировании плода у беременной женщины с заболеванием у будущего малыша могут возникнуть другие генетические сбои. Профилактика полностью исключить риск рождения ребенка с генетической патологией 21-й пары хромосом не представляется возможным. Однако в силах будущих родителей сделать все возможное, чтобы укрепить собственное репродуктивное здоровье и исключить хромосомный сбой:

- следить за своим здоровьем, своевременно обращаться за медицинской помощью для лечения выявленных заболеваний;

- вести здоровый и активный образ жизни, заниматься спортом, чтобы в яйцеклетки поступало достаточное количество кислорода;

- правильно питаться, обогащая рацион здоровыми продуктами с высоким содержанием витаминов и микроэлементов;

- поддерживать иммунную систему;

- следить за весом, т.к. его отклонение в любую сторону может стать причиной гормонального сбоя и нарушения процесса созревания половых клеток.

Основной целью изучения адаптивной физической культуры является в развитии обучающихся с синдромом Дауна в процессе их приобщения к физической культуре, расширение двигательных возможностей, социальной адаптации.

Таким образом, Синдром Дауна – это генетическое заболевание, вызванное аномалией 21-й хромосомы, которое проявляется в виде умственной отсталости, пороков сердца и нарушения развития. Он часто сопровождается нарушением работы щитовидной железы, нарушением слуха, зрения. В хромосомном наборе человека присутствует 23 пары хромосом. При этом одна хромосома из пары достается от матери, одна – от отца.

Выводы. Синдром Дауна – это генетическое заболевание, вызывающее умственную отсталость, задержку физического развития, врождённые пороки сердца. Кроме того, он часто сопровождается нарушением функции щитовидной железы, нарушением слуха, зрения. Синдром Дауна является самым распространенным заболеванием, вызванным аномалией хромосом. С возрастом матери риск рождения ребенка с синдромом Дауна увеличивается. Заболевание не лечится, степень его тяжести может варьироваться. Дети с синдромом Дауна нуждаются в особом индивидуальном подходе. Поэтому для достижения качественного усвоения материала целесообразно использовать адаптированные образовательные программы, при разработке которых учитываются особые образовательные потребности конкретного ребенка и создаются специальные условия для его обучения и воспитания. В реабилитации детей с синдромом Дауна дошкольного возраста можно сказать, что адаптивное физическое воспитание

оказывает достоверное влияние на улучшение функционального состояния и общего психофизического состояния.

Список литературы.

1. Адаптированная основная образовательная программа начального общего образования обучающихся с умственной отсталостью (интелектуальными нарушениями). Утверждено директором МКОУ "СОШ 18" Л.М Гулуева 30.08.2018. Приказ номер 2016. – ISBN: отсутствует. – Текст: непосредственный.

2. Акименко, Основы специальной психологии / А.К., Бурмистрова, Е.Д., Шипова, Л.В., Л.В. Шиповой. - Саратов: Издательство «Наука», 2013. – 335 с. - ISBN: отсутствует. – Текст: непосредственный.

3. Алферова, Г. В. Нетрадиционные подходы к физическому воспитанию детей с нарушением интеллекта / Г. В. Алферова // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. - 2003. - № 1. - С. 40-42. - Библиогр.: 6 назв. – ISBN: отсутствует. – Текст: непосредственный.

4. Астапов, В.М. Психология детей с отклонениями и нарушениями психического развития / Ю.В. Микадзе. - Санкт-Петербург 2002. - ISBN: отсутствует. - Текст: непосредственный.

5. Бабаян, В.В. Клинико-функциональная и метаболическая характеристика детей с синдромом Дауна: диссертация ... кандидата медицинских наук: 14.01.08 / В. В. Бабаян; [Место защиты: ФГУ "Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии"]. - Москва, 2013.- 142 с. – ISBN: отсутствует. – Текст: непосредственный.

6. Бернштейн, Н.А. Очерки по физиологии движений и физиологии активности / Н.А. Бернштейн. – Воронеж: НПО «МОДЭК», 2006. - 608с. - ISBN: 5-89395-026-7. – ISBN: отсутствует. – Текст: непосредственный.

7. Приказ Министерства образования и науки РФ от 19 декабря 2014 г. N 1598 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья".

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

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Аннотация. Детский церебральный паралич **(**ДЦП) – заболевания, обнаруживаемые у новорожденных и проявляющиеся не прогрессирующими двигательными нарушениями. Для детей с ДЦП характерны двигательные, психические и речевые нарушения, которые в свою очередь, рассматриваются как поли этиологическое заболевание мозга.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, адаптивная физическая культура, физическое развитие, адаптивное физическое воспитание.

Актуальность. В настоящее время в России наблюдается значительное увеличение числа детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), детей-инвалидов. Детский церебральный паралич является сложным заболеванием центральной нервной системы, ведущим не только к двигательным нарушениям, но и вызывающим задержку или патологию умственного развития, речевую недостаточность, нарушение слуха и зрения. Тяжесть инвалидизации у 20-35% больных оказывается настолько значительной, что они не обслуживают себя, не передвигаются, оказываются не обучаемыми.

Цель исследования. Анализ адаптированных образовательных программ для детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом. Двигательное развитие ребенка идет в определенной последовательности, при этом угасают врожденные рефлексы и формируются выпрямляющие рефлексы, ребенок учится держать равновесие. Именно нарушение своевременной последовательности развития является одним из самых ранних признаков ДЦП.

Методы и организация исследования. При оценке развития также нужно учесть, что темпы развития недоношенных детей на несколько месяцев отстают (в зависимости от степени недоношенности) от темпов развития доношенных.

Одним из физических качеств, которое имеет отклонение от нормы у детей с ДЦП, является сила (силовые способности). Непосредственно сила как физическое качество является способностью организма к преодолению внешнего сопротивления посредством мышечных усилий.

Различные двигательные нарушения при данной категории нарушений проявляются из-за поражения верхних и нижних конечностей. Сюда относятся такие двигательные расстройства, как:

1. Нарушение мышечного тонуса.

2. Патологические рефлексы.

3. Наличие насильственных движений.

4. Несформированность актов равновесия и координации.

5. Недостатки мелкой моторики.

Далее, можно сказать о том, что данные двигательные нарушения могут быть выражены в разной степени тяжести:

1. Невозможность удерживать вертикальное положение сидя и стоя (передвижение происходит на коляске).

2. Дефектная походка (частое использование различных ортопедических приспособлений: трости, костыли и др.).

Основной целью изучения адаптивной физической культуры является в развитии обучающихся с детским церебральным параличом в процессе их приобщения к физической культуре, расширение двигательных возможностей, социальной адаптации [5].

Наряду с формированием основных двигательных навыков и умений необходимо решать такие задачи, как:

- нормализация произвольных движений в суставах верхних и нижних конечностей;

- нормализация дыхательной функции;

- формирование навыка правильной осанки и правильной установки стоп;

- коррекция сенсорных расстройств;

- коррекция координационных нарушений (мелкой моторики кисти, статического и динамического равновесия, ритмичности движений, ориентировки в пространстве);

- тренировка мышечно – суставного чувства;

- профилактика и коррекция контрактур;

- активизация психических процессов и познавательной деятельности.

Программа по АФК для обучающихся с НОДА имеет коррекционную направленность и разработана с учетом их особенностей. Данная программа содействует всестороннему развитию личности обучающегося, формированию осознанного отношения к своему здоровью, развитию основных физических способностей, компенсации нарушенных функций организма.

Рабочая программа направлена на содействие социализации, обучающихся на основе осмысления и понимания роли физической культуры и спорта в жизни человека, понимания значения мирового и отечественного олимпийского и паралимпийского движения, приобщения к их культурным ценностям, истории и современному развитию.

Решение этой задачи предполагает формирование у обучающихся навыков взаимодействия со сверстниками и взрослыми, воспитание волевых качеств в процессе обучения двигательным действиям.

Специфика и тяжесть двигательных нарушений в сочетании с особенностями психического развития и речи, обучающихся с НОДА определяют их особые образовательные потребности при реализации программы по АФК. Их удовлетворение обеспечивается следующими специальными образовательными условиями:

- обязательное включение в занятия в форме уроков АФК коррекционно-развивающей и реабилитационной (абилитационной) работы с использованием методов физической культуры;

-строгая регламентация деятельности с учетом медицинских рекомендаций;

- индивидуализация образовательного процесса в целом и содержания рабочей программы по АФК;

- обеспечение вспомогательными средствами для обучения и облегчения

самообслуживания (специальные держатели, утяжелители для рук, мягкие маты, специальный адаптированный спортивный инвентарь, приспособления для застегивания пуговиц и др.);

- создание без барьерной архитектурно-планировочной среды для занятий адаптивной физической культурой и адаптивным спортом;

- предоставление дифференцированной помощи, в том числе привлечение ассистента (для обучающихся с тяжелыми двигательными нарушениями) вовремя занятий АФК;

- создание условий для вербальной и невербальной коммуникации для обучающихся с двигательными нарушениями в сочетании с грубыми нарушениями речи.

Результаты и их обсуждение. Оценка эффективности занятий АФК может складываться из внешних признаков утомления, занимающихся, оценка функционального состояния организма детей по физиологической кривой, хронометрирование с оценкой плотности проведенного занятия. Так как оценка производится врачом совместно с педагогом, этот метод оценки называется врачебно–педагогическим наблюдение (ВПН). Такие ВПН проводятся при любой патологии у детей. При ДЦП необходимо ввести специфические методы оценки, отслеживающие антропометрические, функциональные и физиометрические показатели. При ДЦП поражением двигательной системы, необходимо оценить в динамике состояние мышц – силы, тонуса, амплитуды движений в суставах, состояние позвоночника, стоп, двигательные умения и навыки, действие патологических синергии и тонических рефлексов, оценить навыки самообслуживания, бытовые и профессиональные умения.

Выводы: Детский церебральный паралич (ДЦП) – заболевания, обнаруживаемые у новорожденных и проявляющиеся не прогрессирующими двигательными нарушениями. Детский церебральный паралич является сложным заболеванием центральной нервной системы, ведущим не только к двигательным нарушениям, но и вызывающим задержку или патологию умственного развития, речевую недостаточность, нарушение слуха и зрения, развитие физических и координационных способностей и психических нарушений. Рабочая программа направлена на содействие социализации, обучающихся на основе осмысления и понимания роли физической культуры и спорта в жизни человека, понимания значения мирового и отечественного олимпийского и паралимпийского движения, приобщения к их культурным ценностям, истории и современному развитию.

Специфика и тяжесть двигательных нарушений в сочетании с особенностями психического развития и речи, обучающихся с НОДА определяют их особые образовательные потребности при реализации программы по АФК.

Занятия по адаптивной физической культуре оказывают положительную динамику для детей с детским церебральным параличом. Они улучшают их психическое развитие, способствуют приобщаться к окружающей среде и к другим людям, раскрыть их эмоционально – волевую сферу.

Список литературы.

1. Абилитация детей с церебральным параличом и его синдромами : практическое руководство /Ф.А. Юнусов. — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Инфра-М, 2022. — 141 с. — (Профессиональное образование). — ISBN 978-5-534-00398-7. — Текст : электронный // ЭБС Юрайт [сайт].с. 206 — URL: https://urait.ru/bcode/469609/p.206 (дата обращения: 06.04.2022).

2. Арефьев В. А., /Лисовенко Л. А. Квадри- // Англо-русский толковый словарь генетических терминов. — М.: Изд-во ВНИРО, 1995. —

ISBN 5-85382-132-6.

3. Астрахан, Д.Х. Коррекция нарушений речи у детей с детским церебральным параличом / Д. Х. Астрахан, В. В. Осокин // Трудности развития у детей: Диагностика и коррекция :межрегион. науч. конф. : материалы. – Иркутск, 2004. – Ч. 1. – С. 18–21. - ISBN 978-5-9895-0509-6. Текст: непосредственный.

4. Бадалян, Л.О. Детские церебральные параличи: Учеб.пособие / Л.Т. Журба, О.В. Тимонина. – Киев, 2008. – 89 с. – ISBN 978-5-534-11149-1. – Текст: непосредственный.

5. Беркутова, И.Ю. Особенности функционального состояния детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата / И.ЮБеркутова. Москва: Издательство Юрайт, 2008. – 228 с. - ISBN: 5-9718-0020-5. Текст: непосредственный.

6. Бикбаева, Ж.П. Конспект занятия лепкой с детьми с нарушением опорно-двигательного аппарата / Ж.П. Бикбпева. – Москва: Издательство Теревинф, 2007. – 405 с. - ISBN 978-5-4212-0191-5. Текст: непосредственный.

7. Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья(утв. приказом Министерства образования и науки РФ от 19 декабря 2014 г. N 1598)

Репина Алла Ильинична, к.п.н. доцент
Чусовитина Дарья Андреевна, студентка
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Аннотация. Статья посвящена анализу АООП для детей дошкольного возраста с расстройством аутистического спектра. Использование физических упражнений в режиме дня позволяют улучшить психомоторику ребенка с РАС. Такой подход требует комплексной диагностики и индивидуального подхода к каждому ребенку.

Ключевые слова. Расстройство аутистического спектра, физические упражнения, нарушение развитие, АООП.

Актуальность. В настоящее время особое внимание уделяется детям с расстройствами аутистического спектра (РАС), так как их число постепенно увеличивается. В настоящее время расстройства аутистического спектра являются темой пристального внимания многих ученых. Актуальность этой проблемы определяется заметно возросшим количеством детей с искаженным психическим развитием в целом, в том числе и с расстройствами аутистического спектра (РАС). В последнее время отмечается тенденция к увеличению частоты данного нарушения развития. Также за последние годы увеличивается число обращений родителей детей раннего возраста как с уже оформленным синдромом аутизма, так и с тенденциями аутистического дизонтогенеза Кроме того, важно создать инклюзивную среду для детей с РАС, чтобы помочь им социализироваться и развиваться. Для этого необходимо применять эффективные методы адаптивного физического воспитания.

Цель исследования. Анализ адаптированной образовательной программы по адаптивному физическому воспитанию для детей дошкольного возраста с расстройством аутистического спектра.

Результаты и их обсуждение. Физическая культура важная часть образовательного процесса для учащихся с РАС. Она решает разные задачи - образовательные, воспитательные, коррекционно-развивающие и лечебно-оздоровительные. Физическое воспитание связано с умственным, нравственным и трудовым обучением, и готовит обучающихся с РАС к жизни и работе. Важно формирование положительных качеств личности и социальной интеграции школьников. Основная цель - развивать личность, корректировать недостатки развития, укреплять здоровье и формировать интересы к физической культуре. Важна индивидуальная коррекция, учет возрастных особенностей и обследование детей для составления индивидуальных программ. Для оценки динамики развития проводится анализ и мониторинг с использованием разных способов получения информации. Важно опираться на сильные стороны развития ребенка и его интересы при планировании занятий. Адаптированная общеобразовательная программа направлен на дифференциацию обучения и сохранение психического здоровья детей.

Основная цель изучения данного предмета заключается во всестороннем развитии личности обучающихся с РАС в процессе приобщения их к физической культуре, коррекции недостатков психофизического развития, расширении индивидуальных двигательных возможностей, социальной адаптации.

Разнородность состава учащихся начального звена по психическим, двигательным и физическим данным выдвигает ряд конкретных задач физического воспитания:

- коррекция нарушений физического развития;
- формирование двигательных умений и навыков;
- развитие двигательных способностей в процессе обучения;

укрепление здоровья и закаливание организма, формирование правильной осанки;

- раскрытие возможных избирательных способностей и

интересов ребенка для освоения доступных видов спортивно-физкультурной деятельности;

– формирование и воспитание гигиенических навыков при выполнении физических упражнений;

– формирование установки на сохранение и укрепление здоровья, навыков здорового и безопасного образа жизни;

– поддержание устойчивой физической работоспособности на достигнутом уровне;

– формирование познавательных интересов, сообщение доступных теоретических сведений по физической культуре;

– воспитание устойчивого интереса к занятиям физическими упражнениями;

– воспитание нравственных, морально-волевых качеств (настойчивости, смелости), навыков культурного поведения;

Коррекция недостатков психического и физического развития с учетом возрастных особенностей обучающихся, предусматривает:

– обогащение чувственного опыта;

– коррекцию и развитие сенсомоторной сферы;

– формирование навыков общения, предметно-практической и познавательной деятельности.

Неспособность к произвольности двигательного поведения и нарушение координации движений негативно сказывается на удовлетворения детьми с РАС социальных, личных и бытовых потребностей. У них с трудом и запозданием формируются навыки самообслуживания. Мотивация со стороны взрослого неэффективна. Даже при отсутствии негативизма и правильном обучении ребенок с РАС может проявлять дефицитарность на всех уровнях организации произвольного двигательного акта: он с трудом удерживает и воспроизводит позу, его движения не координированы, ему крайне тяжело усвоить правильный

порядок действий, их временно-пространственную организацию.

Расстройства в моторной сфере у детей с аутизмом возможно сгруппировать по следующим признакам:

I. Расстройства моторного развития, связанные с отклонением от нормы по основным антропометрическим показателям (длина, масса тела, окружность грудной клетки), отставаниями развитии физиометрических показателей сердечно-сосудистой и дыхательной систем, нарушением формирования свода стопы, осанки.

II. Расстройства в формировании моторных навыков обусловленные отставанием в развитии физических способностей, прежде всего координации движени

III. Расстройства регуляции мышечной деятельности присущи всем детям с аутизмом, следовательно, у них не вырабатывается произвольный контроль за моторными актами, страдает произвольная осмысленная пространственная ориентировка, отмечаются трудности в развитии координации и целенаправленности движений. Почти у всех детей с РАС наблюдаются синкинезии, страдают моторные компоненты речи, мелкая и крупная моторика рук. Многие дети с РАС, на первый взгляд физически здоровые с сохранной двигательной активностью, обнаруживают большие трудности в имитации движений, а также в выполнении движений по словесной инструкции.

В связи с этим один из первостепенных вопросов, который необходимо решать в условиях образовательного учреждения для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, – организация двигательного режима учащихся. Организация рационального двигательного режима способствует коррекции двигательной сферы и развитию навыков произвольной двигательной деятельности детей с аутизмом.

Выводы. Физическое воспитание связано с другими аспектами обучения и готовит детей с РАС к жизни и работе. Главная цель - развивать личность, корректировать недостатки развития, укреплять здоровье и

формировать интересы к физической культуре. Важно учитывать индивидуальные особенности и проводить мониторинг с использованием разных источников информации. Для достижения этих целей необходимо учитывать разнообразие детей по физическим данным и планировать занятия с учетом их интересов и способностей.

Список литературы.

1. Айрес Э.Дж. Ребенок и сенсорная интеграция: Понимание скрытых проблем развития - Москва: Теревинф, 2009. 272с. ISBN 978-5-901599-90-7.
2. Бернштейн Н.А. О построении движений - Москва: Книга по Требованию, 254 с. ISBN 978-5-458-24996-6.
3. Геслак Д.С. Адаптивная физкультура для детей с аутизмом. - Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2019. 192 с. ISBN 978-5-91743-089-8.
4. Горелик В.В. Адаптивная физическая культура (АФК) и спорт для лиц с нарушением интеллекта: учеб.-метод. пособие.- Тольятти: ТГУ, 2009. 103с. Текст: непосредственный.
5. Горячева Т.Г., Никитина Ю.В. Расстройства аутистического спектра у детей: Метод сенсомоторной коррекции. - Москва: Генезис, 2018. 168 с. ISBN 978-5-98563-534-8.
6. Евсеева С.П., Шапкова Л.В. Адаптивная физическая культура: Учебное пособие. - Москва: Советский спорт, 2000. 240 с. ISBN 5-85009-607-8.
7. Литош Н.Л. Адаптивная физическая культура для детей с нарушениями в развитии: Психолого-педагогическое сопровождение: учебное пособие для вузов. - Москва: Юрайт, 2022. 156 с. ISBN 978-5-534-12705-8
8. Федеральный государственный образовательный стандарт детей дошкольного возраста с расстройством аутистического спектра протокол от

18 марта 2022 г. № 1/22. Текст: непосредственный.

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

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Аннотация. Данная статья посвящена адаптивному физическому воспитанию детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом. В статье рассматривается актуальность проблемы, цели исследования, методы и организация исследования, а также результаты исследования в данной области.

Ключевые слова. адаптивное физическое воспитание, дети младшего школьного возраста, церебральный паралич, уникальность каждого ребенка, индивидуализированный подход.

Актуальность. В настоящее время в мире заболевания опорно-двигательного аппарата являются одной из актуальных проблем. Детский церебральный паралич – это самое распространенное нарушение опорно-двигательного аппарата, связанное с повреждениями плода в перинатальном периоде. Согласно мировой статистики ДЦП встречается с частотой 1,7 – 7 случаев на 1000. В России этот показатель по различным данным составляет 2,5-6 случаев на 1000 детей [2].

Среди недоношенных детей заболеваемость ДЦП в 10 раз выше среднестатистической. Ежегодно в России с преждевременными родами сталкивается каждая 10 беременная женщина. По данным Росстата от 13.04.2021 года в 2020 году в России родились недоношенными 84 097 детей, что составляет 6% от числа детей, родившихся живыми.

Диагноз ДЦП ставится в случаях, когда у новорожденного выявляется двигательные нарушения, связанные с поражением или аномалией развития головного мозга, а также тяжелыми нарушениями центральной нервной системы.

Если говорить о хронических заболеваниях детского возраста, то в современной педиатрии детский церебральный паралич является одной из ведущих проблем. Среди причин увеличения числа больных ДЦП называют не только ухудшение экологии, но и прогрессивное развитие неонатологии, позволяющее сейчас выхаживать младенцев с различной патологией, в том числе и недоношенных новорожденных с весом от 500г [1].

Цель исследования. Анализ эффективности влияния адаптивного физического воспитания на детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом.

Методы и организация исследования. Для достижения поставленной цели был проведен анализ специальной литературы.

Результаты и их обсуждение. Дети младшего школьного возраста с церебральным параличом, имеют специфические особенности развития, такие как отставание в двигательном и психическом развитии, нарушения социального взаимодействия, сенсорные расстройства. Эти особенности развития часто являются причиной их сильного различия в скорости и глубине усвоения учебного материала по сравнению с нормальными детьми сверстниками.

Физическое воспитание детей с церебральной патологией можно разделить на 3 периода:

1) доречевой и ранний возраст - от 0 до 3 лет;

2) дошкольный возраст - от 3 до 7 лет;

3) школьный возраст - старше 7 лет.

Первый период реализуется в центрах абилитации в детских поликлиниках и реабилитационных центрах. Второй период реализуется в дошкольных учреждениях компенсирующего и комбинированного вида, имеющих специализированные группы детей с ДЦП. Третий период реализуется в специализированных школах.

Задачи второго периода:

1. Развитие игровой деятельности и психических процессов.

2. Развитие речевого общения.

3. Расширение знаний об окружающей среде.

4. Развитие сенсорных функций.

5. Развитие ручной умелости и двигательных навыков.

6. Воспитание навыков самообслуживания и гигиены.

Урок по физическому воспитанию в специализированных школах является одним из основных предметов. При этом решаются образовательные, воспитательные и коррекционные задачи. Программа по физическому воспитанию в спецшколах имеет свои особенности по сравнению с общеобразовательными школами. В раздел общеразвивающих упражнений введены коррекционные упражнения для: - коррекции позотонических реакций; - расслабления мышц; - формирования правильной осанки; — опороспособности; - формирования равновесия; - развития пространственной ориентации и точности движений. Гимнастика и легкая атлетика не выделяются в отдельные разделы, а используются доступные виды занятий. В каждый урок включаются общеразвивающие, корригирующие, прикладные упражнения и игры по упрощенным правилам. Используется индивидуальный подход к детям с учетом их психического развития. Работа учителя физкультуры осуществляется в тесном контакте с врачом. Требования к урокам физкультуры: - постепенно увеличивать нагрузку и усложнять упражнения; - чередовать различные виды упражнений, применяя принцип рассеянной нагрузки; - упражнения должны соответствовать возможностям учеников; - должен быть индивидуальный подход; - рационально дозировать нагрузку, не допускать переутомления; - обеспечить профилактику травматизма и страховку. Раздел «Прикладные упражнения» направлен на формирование возрастных локомоторно - статических функций, необходимых в быту, учебе и труде. В нем выделены подразделы: построения и перестроения, ходьба и бег, прыжки, лазание и перелезание ритмические и танцевальные упражнения, упражнения с предметами (гимнастическими палками, большими и малыми мячами, с флажками, с обручами). Из подвижных игр в программу включены наиболее распространенные игры, проводить которые необходимо по упрощенным

правилам. Дети должны заниматься в спортивной форме и спортивной обуви. Вопрос об использовании ортопедической обуви и аппаратов во время занятий решает врач. Оценка успеваемости осуществляется в форме текущего учета. Нормативов нет, при оценке успехов учащихся учитываются двигательные возможности и характер дефекта.

В современной практике на уроке по адаптивному физическому воспитания для решения как основных, так и коррекционных задач используется богатый арсенал физических упражнений:

Дыхательные упражнения. В исходном положении лежа на спине (сидя, стоя) развивать диафрагмальное дыхание, с акцентом на выдох. Выполнять удлиненный, углубленный выдох с одновременным произнесением звуков: «х-х-хо» (как согревают руки), «фф-фу» (как студят чай), «чу-чу-чу» (паровоз), «ш-ш-ш» (вагоны), «у-у-у» (самолет), «ж-ж-ж» (жук), задуть свечу, надуть шарик. Звуковая гимнастика, сочетание дыхания с движениями [3].

Основные исходные положения и изолированные движения головы, рук. ног, туловища. Исходное положение: лежа, сидя, стоя. Движения головой в разных направлениях. Одновременные движения руками вперед, назад, в стороны, вверх, вниз. Сгибание и разгибание предп/ечий и кистей рук. Поочередное и одновременное сгибание пальцев в кулак и разгибание с изменением темпа движения. Противопоставление первого пальца остальным с контролем зрения, а также без него. Выделение пальцев рук. В исходных положениях лежа на спине, на животе, на боку поочередное поднимание и отведение прямых или согнутых ног, сгибание, разгибание, а также круговые движения ими. Приседание на всей ступне, стоя у опоры. Наклоны туловища вперед, назад, в стороны. Акробатические группировки: сидя, лежа, на спине, в приседе. Простейшие сочетания движений.

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. Ходьба по ребристой доске, массажному коврику, рейкам гимнастической стенки [3].

Упражнения для формирования равновесия. Движение головой сидя, стоя на коленях, стоя у опоры. Наклоны вперед-назад, вправо, влево; повороты вправо-влево. Из исходного положения, лежа на спине (на животе) быстрый переход в основную стойку, принимая как можно меньше промежуточных исходных положений. Кружение на месте переступанием. Удерживание различных исходных положений на качающейся плоскости. Ходьба по начерченному коридору, по доске, лежащей на полу, по доске с приподнятым краем (вверх и вниз), по гимнастической скамейке (25—30 см высотой).

Упражнения для формирования правильной осанки. Стойка у вертикальной плоскости с сохранением правильной осанки при движениях головой, руками, глазами в разных исходных положениях и при движениях рук. Сохранение устойчивости в стойке «одна ступня впереди другой» с открытыми и закрытыми глазами. Стойка на носках, стойка на одной ноге, другая в сторону, вперед, назад. Смена исходных положений под счет учителя с открытыми и закрытыми глазами. Удерживание различных исходных положений на качающейся плоскости с движениями рук. Кружение на месте переступанием с последующим выполнением упражнений руками с наклонами, приседаниями и выпадами вперед, в сторону. Ходьба по доске, лежащей на полу, по наклонной доске, по гимнастической скамейке, бревну с движениями руками и с предметом в руках (флажком, гимнастической палкой, мешочком с песком, с мячом, обручем). Ходьба по гимнастической скамейке с приседаниями, с поворотом (переступанием), приставными шагами, переменными шагами вперед, назад, боком. Ходьба по гимнастической скамейке с перешагиваниями через набивные мячи, веревочку, натянутую на высоте 20—25 см.

Прикладные упражнения. Построения и перестроения. Равнение в шеренге и в колонне. Перестроение из шеренги и колонны в круг. Повороты на месте направо, налево, кругом. Выполнение строевых команд: «равняйсь», «смирно», «вольно», «направо», «налево» [3].

Лазания и перелезание. Лазание по гимнастической стенке вверх и вниз разными способами. Лазание на четвереньках по клоннэй скамейке, установленной под углом 30° с переходом на гимнастическую стенку и наоборот. Перелезание через препятствие высотой до 1 м. Пролезание сквозь обруч, не касаясь его ногами, удерживание его горизонтально и вертикально к полу. Пролезание между рейками наклонной вестницы сверху вниз и снизу вверх. Вис на канате с помощью рук и ног, лазанье на высоту 1 м.

Упражнения с гимнастическими палками. Подбрасывание и ловля палки, изменяя хват. Балансирование палки, стоя на одном месте. Удерживая палку перед собой (на лопатках, за спиной), изменять исходное положение, например: встать на одно колено, на оба колена, сесть и подняться в основную стойку, не выпуская палки из рук и не меняя хвата.

Упражнения с большим мячом. Перекладывание мяча из руки в руку с вращением вокруг себя. Ведение мяча. Удары мяча об пол перед собой с одновременным подпрыгиванием на двух ногах. Прокатывание мяча, броски вперед, в сторону с дозироваьными усилиями.

Упражнение с малыми мячами. Метание мяча сбоку одной рукой. Метание теннисного мяча на дальность. Бросок двумя руками снизу через возвышенность (высота 2 м). Попадание мячом в предмет (большой мяч, кубик) [3].

При выполнении перечисленных выше упражнений у детей с церебральным параличом наблюдается радость и эмоциональный подъем. А так же улучшается работа сердечно – сосудистой, дыхательной систем, вестибулярного аппарата, координации движений, происходит коррекция нарушений осанки и формирование правильного свода стоп.

При проведение занятий по адаптивному физическому воспитанию важно учитывать индивидуальные особенности каждого ребенка и создавать положительную обстановку [3].

Выводы. Результаты исследования показали, что адаптивное физическое воспитание детей младшего школьного возраста с церебральным параличом приводит к улучшению координации движений, укреплению мышц, улучшению работы всех систем организма. Важно отметить, что для достижения этих результатов необходим профессиональный подход педагогов и тренеров, учет психологических особенностей каждого ребенка.

Поэтому для достижения качественного психолого-педагогического сопровождения таких семей целесообразно использовать адаптированные образовательные программы, при разработке которых учитываются особые образовательные потребности конкретного ребенка и создаются специальные условия для его обучения и воспитания.

В заключении можно сказать, что адаптивное физическое воспитание играет важную роль в развитии детей младшего школьного возраста с церебральным параличом. Оно помогает им развивать свои физические возможности, повышать уровень самооценки и улучшать качество жизни.

Список литературы.

1. Адаптированная образовательная программа дошкольного образования для обучающихся с нарушениями опорно - двигательного аппарата Утверждено директором МАДОУ детский сад «Детство» комбинированного вида Н.В. Шадрина 07.08.2023. Приказ номер 409.

2. Барановская, Е.Н. Анализ психомоторного развития у детей дошкольного возраста и младшего школьного возраста с детским церебральным параличом / Е.Н. Барановская / Адаптивная физическая культура, 2011. - №4 (48). - С. 12-13. - ISBN: отсутствует - Текст: непосредственный.

3. Ефименко, Н.Н., Сермеев Б.В. Содержание и методика занятий физкультурой с детьми, страдающими церебральным параличом / Н.Н.

Ефименко, Б.В. Сермеев. -Москва: Советский спорт, 1991. - 55 с. ISBN: отсутствует. – Текст: непосредственный.

4. Мастюкова, Е.М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом: дошкольный и младше школьный возраст / Е.М. Мастюкова. - Москва: Просвещение, 2006. – 215 с. ISBN: 5-09-003456-7. – Текст: непосредственный.

Репина Алла Ильинична, к.п.н. доцент
Щербакова Милана Евгеньевна, студент
Екатеринбургский колледж физической культуры
ФГБОУ ВО УралГУФК

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ ДАУНА

Аннотация. В данной статье рассматривается проблема адаптивного физического воспитания детей младшего школьного возраста с синдромом Дауна.

Ключевые слова: адаптивное физическое воспитание, синдром Дауна, младший школьный возраст, физическое развитие.

Актуальность. Проблема адаптивного физического воспитания детей с синдромом Дауна является актуальной и важной в современном обществе. По статистике, каждый 700-й-800-й ребенок на планете появляется на свет с синдромом Дауна. В России ежегодно рождается около 2500 таких детей.

Это не зависит от образа жизни родителей, их здоровья, вредных привычек, цвета кожи, национальности. Была также выявлена закономерность между возрастом матери и вероятностью рождения ребёнка с синдромом Дауна. Наблюдения показали, что чем старше мама, тем больше вероятность появления на свет «солнечного малыша» [3].

Сегодня проблема социальной реабилитации детей с синдромом Дауна становится всё более актуальной вследствие того, что их число имеет устойчивую тенденцию к увеличению, изменить которую наше общество в ближайшее время не сможет. Поэтому рост числа детей с вышеуказанным диагнозом следует рассматривать как постоянно действующий фактор, требующий планомерных социальных решений.

Несомненно, дети с синдромом Дауна как дети с инвалидностью и дети с интеллектуальной недостаточностью испытывают огромные трудности во время вхождения в социум, и им требуется комплексная социальная помощь.

Следовательно, они становятся клиентами социальной работы и находятся под пристальным вниманием социальных служб [3].

При развитии детей с синдромом Дауна чаще всего у них нарушены не только высшие психические функции, но и физическое развитие. Для адаптации таких детей существует много средств и методов адаптивного физического воспитания.

В связи с тем, что дети с этим синдромом имеют особенности развития, им необходимы специальные подходы к физическому воспитанию, которые помогут им интегрироваться в общество и развиваться полноценно.

Цель исследования: выявление эффективности адаптивного физического воспитания для детей младшего школьного возраста с синдромом Дауна.

Методы и организация исследования. Для достижения поставленной цели был проведен анализ литературы по проблеме адаптивного физического воспитания детей младшего школьного возраста с синдромом Дауна. Также были изучены результаты исследований других авторов, занимающихся данной тематикой.

Результаты исследования. Основными причинами нарушения двигательной сферы в младшем школьном возрасте становятся особенности нейромоторной организации движений в сочетании со своеобразием когнитивных функций, ответственных за вариативность и точность при выполнении сложных действий. У детей отмечается нарушение координации движений: они неуклюжи, неловки, не умеют правильно соразмерять движения. В формировании произвольных движений наблюдается однообразие автоматизированных движений. С возрастом и при специальном направленном обучении проявляются положительные сдвиги в состоянии двигательных навыков: большинство детей овладевают базовыми навыками, характерными для обычных детей, хотя их действия и не столь грациозны и ловки, более сложным моторным действиям они обучаются с трудом. Формирование базовых моторных навыков продолжается у них до 3-4 лет[3].

У детей с синдромом Дауна отмечается чрезмерная подвижность суставов. Это объясняется тем, что связки, соединяющие кости, у них более эластичны, чем у других детей. Благодаря этой физиологической особенности эти дети превосходят обычных детей в таком физическом качестве как гибкость. Эта особенность даёт возможность многим из них легко и непринуждённо принимать многие положения, требующие хорошей эластичности мышц и связок, такие как шпагат. Руки и ноги у детей с синдромом Дауна короткие, сравнительно с длиной их туловища. Ребенку труднее научиться садиться, поскольку он не может опереться на руки, пока не наклонится вперед. Эти дети склонны к полноте, что также может тормозить их физическое развитие [1].

Чувство равновесия ребенка с синдромом Дауна развивается дольше, ему требуется гораздо более интенсивный тренинг, направленный на совершенствование равновесия, особенно равновесия в движении или, как говорят специалисты, динамического равновесия. Если не уделять внимания этой проблеме, двигательное поведение ребенка будет однообразными скованным, поскольку для него будут недоступны движения, требующие поворотов, боковых сгибаний и скручивания (ротации) туловища, а ведь именно такие движения необходимы для того, чтобы свободно себя чувствовать в различных бытовых ситуациях, при походке, будущих занятий спортом или танцами [2].

Давно доказано и многие авторы в своих научных трудах подчеркивают: «Физическое упражнение является основным специфическим средством физической культуры и адаптивной физической культуры, с помощью которого достигается направленное воздействие на занимающегося, решаются коррекционно-развивающие, компенсаторные, лечебные и профилактические, образовательные, оздоровительные, воспитательные задачи. Усовершенствование характеристик движений, освоение двигательных умений, развитие физических качеств достигается за счет многократного повторения упражнений. Физические упражнения оказывают положительное влияние на организм человека с ограниченными

возможностями в любом возрасте, особенно на растущий организм с нарушениями в развитии: укрепляют и развивают опорно-двигательный аппарат, стимулируют рост костей, укрепляют суставы и связки, повышают силу, тонус и эластичность мышц; улучшают кровяное и лимфообращение, обмен веществ; благоприятно влияют на центральную нервную систему (ЦНС), повышают работоспособность коры головного мозга и устойчивость к сильным раздражителям; улучшают аналитико-синтетическую деятельность ЦНС взаимодействие двух сигнальных систем; улучшают функции сенсорных систем [4].

Существуют различные физические упражнения, такие как:

Упражнения для развития координации и гибкости:

1. Растяжка: дети могут выполнять простые упражнения растяжки, такие как наклоны вперед, назад и в стороны, повороты головы и туловища.

2. Прыжки с разворотом: дети могут прыгать на месте, делая развороты в разные стороны, чтобы развить координацию и гибкость.

3. Перекаты: дети могут делать перекаты через мяч или через низкий брусок, чтобы развить гибкость и силу.

Игры для развития силы и выносливости:

1. Забеги на короткие дистанции: дети могут участвовать в забегах на короткие дистанции, чтобы развить выносливость и силу.

2. Подтягивания на турнике: дети могут делать подтягивания на турнике или на специальной гимнастической палке, чтобы развить силу верхней части тела.

3. Метание мяча: дети могут метать мяч в цель или друг другу, чтобы развить силу и точность.

Упражнения для развития баланса:

1. Ходьба по балансировочной доске: дети могут ходить по балансировочной доске, чтобы развить баланс и координацию.

2. Перебежки через препятствия: дети могут перебегать через низкие препятствия, такие как конусы или бруски, чтобы развить баланс и координацию.

3. Игры с мячом: дети могут играть в игры с мячом, такие как футбол или баскетбол, чтобы развить баланс и координацию.

Это лишь некоторые примеры упражнений и игр, которые могут быть использованы в рамках адаптивного физического воспитания. Важно адаптировать их под возможности и потребности каждого ребенка, чтобы обеспечить максимальную пользу и удовольствие от занятий.

Насибулина Т.В., Новикова И.Д. в своей работе подчеркивают: «Физические упражнения, связаны с целым рядом психических процессов (вниманием, памятью, речью и др.), с представлениями о движениях, с мыслительной работой, эмоциями и переживаниями и т. п., развивают интересы, убеждения, мотивы, потребности, формируют волю, характер, 23 поведение и являются, таким образом, одним из средств духовного развития человека. Влияют одновременно на организм и личность [4].

Выводы. Большинство современных исследователей указывают на первичный когнитивный дефицит у детей с синдромом Дауна, искажённым оказывается не только психологическое, но и физическое развитие. Это проявляется в различных видах деятельности. Также у таких детей наблюдается стереотипность движений.

В настоящее время нет сомнений, что подавляющее большинство детей с синдромом Дауна может освоить все необходимые двигательные навыки (исключение, пожалуй, могут иногда составлять только дети с дополнительными сложными медицинскими проблемами), но для этого необходимы усилие родителей и близких малыша, которые вместе со специалистами обязательно должны уделить особое внимание тому, чтобы ребенок с их помощью осваивал все новые и новые двигательные умения и навыки.

Исследование показало, что адаптивное физическое воспитание имеет положительное влияние на физическое развитие и социальную адаптацию детей младшего школьного возраста с синдромом Дауна. Поэтому разработка и внедрение адаптивных программ является необходимым шагом для улучшения качества жизни этих детей.

Список литературы.

1. Блажевич Л.М. Физическая реабилитация детей с нарушениями развития: Учебное пособие. М.: Физкультура и спорт, 2010.

2. Горбунова Е.В., Кузьменко Н. В., Карпенко Л. А. Особенности физического развития детей младшего школьного возраста с синдромом Дауна // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. 2018. № 2. С. 45-50.

3. Петер Е.М. Двигательное развитие детей раннего возраста с синдромом Дауна / Е. М. Петер. - М.: Монолит, 2003. - 344 с.

4. Насибулина Т.В., Новикова И.Д. Организация занятий адаптивной физической культурой с детьми с ограниченными возможностями здоровья / Т.В. Насибулина, И.Д. Новикова – г. Сыктывкар: Коми институт развития образования, 2016. - 61 с.