ISSN 2782-6449
2025

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, 2025

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.
Старший преподаватель кафедры Н.С. Плющева

Медико-педагогические аспекты адаптивной физической культуры и спорта: материалы научно-практической конференции (20 января 2025 г., Екатеринбург) Отв. ред. Тимофеева И.В.– ЕИФК (филиал) ФГБОУ ВО УралГУФК, Екатеринбург, 2025. – 140 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 Заседанием кафедры, протокол №4 от 10.12.2024), руководитель направления, к.пед.н., доцент Тимофеева И.В.

© Екатеринбургский институт физической культуры (филиал) ФГБОУ ВО УралГУФК, 2025
© Авторы тезисов, 2025

СОДЕРЖАНИЕ

Репина А.И. **Базанина А.Д.** АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ГЕМИПАРЕТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА ……...…...…5

Репина А.И. Барбашин В.В. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ФОРМОЙ СПАСТИЧЕСКОЙ ДИПЛЕГИИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА……...……..10

Тимофеева И.В. Бармина В.С. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА…….16

Салимов М.И. Бикмурзина Е.В. ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ 7-9 ЛЕТ С ПЛОСКОСТОПИЕМ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ……...……...….22

Плющева Н.С. Боровик К.А. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ С АТОНИЧЕСКИ-АСТАТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ …….……...26

Репина А.И. Гневалов И.А. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СРЕДНЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ (АТОНИЧЕСКИ-АСТАТИЧЕСКАЯ ФОРМА)……...…….....31

Плющева Н.С. Доклова Е.В. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ АТОНИЧЕСКИ – АСТАТИЧЕСКАЯ ФОРМА …….…….…….36

Плющева Н.С. Долгошеева П.С. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА ……..….…….43

Репина А.И. Калинин Д.Д. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ (ДВОЙНАЯ ГЕМИПЛЕГИЯ)……...……49

Репина А.И. Кандыба Е.А. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ (СПАСТИЧЕСКАЯ ДИПЛЕГИЯ)……...55

Салимов М.И. Карамышева К.А. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ (ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКАЯ ФОРМА)……...…..……60

Салимов М.И. Колесникова Н.А. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ (ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКАЯ ФОРМА)……...……66

Плющева Н.С. Копылов Д.И. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ ДАУНА……..…….72
Салимов М.И. Куликова А.К. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА ……..……78

Плющева Н.С. Куркина А.А. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА…….84

Репина А.И. Лекомцев К.В. ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С РАХИТОМ……..90

Салимов М.И. Мухамадеев Л.А. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА……..….94

Салимов М.И. Остробородко А.С. МЕТОДИКА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ 60-65 ЛЕТ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ…….....…99

Репина А.И. Перевалова А.С. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ……....104

Плющева Н.С. Саушкина В.И. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ…….109

Репина А.И. Смирнов В.Е. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СТРАШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ……115

Тимофеева И.В. Сторчеус Ю.Н. МЕТОДИКА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ 40-45 ЛЕТ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ……..…..120

Репина А.И. Тоскунина Ю.Э. ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЮНОШЕЙ 11-13 ЛЕТ С БОЛЕЗНЬЮ ОСГУДА-ШЛЯТТЕРА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ……124

Салимов М.И. Трапезников Р.А. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ СТАРЕШГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА……...……..129

Тимофеева И.В. Шпанькова С.Д. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ……...……134

Репина А.И., к. п. н., доцент
Базанина А.Д., студент кафедры ТиМ АФК,
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО «УралГУФК», г. Екатеринбург.

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ГЕМИПАРЕТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Аннотация: В статье освещена тема адаптивного физического воспитания детей с детским церебральным параличом (гемипаретическая форма). В статье рассматривались причины, проявления детского церебрального паралича, особенности психофизического развития детей младшего школьного возраста с гемипаретической формой детского церебрального паралича. Проведен анализ адаптивного физического воспитания детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом.

Ключевые слова: детский церебральный паралич (ДЦП), двигательные нарушения, гиперкинезы, адаптивное физическое воспитание, социализация.

Актуальность. Наибольшую актуальность проблема детского церебрального паралича у детей получила в последнее десятилетие, так как частота встречаемости заболевания значительно увеличилась. Статистика ДЦП в мире показывает не только частоту случаев на популяцию, но и преобладание одних форм заболевания над другими, статистику по характеру и частоте сопутствующих нарушений, а также, процентное соотношение успешно реабилитированных относительно общего количества больных. По данным зарубежных источников, частота случаев детского церебрального паралича среди новорожденных во всем мире составляет в среднем 4 случая на 1000 родов. Среди недоношенных частота – примерно 10%. Но глубоко

недоношенные дети с массой менее 1000 граммов имеют в этой категории уже до 50% от общего числа рожденных на малом сроке. Также по данным источникам можно проследить, что 32% детей имеющие гемипаретическую форму заболевания.

Цель исследования: анализ адаптированной основной образовательной программы для детей младшего школьного возраста с гемипаретической формой детского церебрального паралича.

Результат исследования. Детский церебральный паралич (ДЦП) – это тяжелое заболевание головного мозга, сопровождающееся психомоторными нарушениями и сопровождающееся двигательными, речевыми и психическими нарушениями. Ведущими являются двигательные нарушения. 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 [3].

Гемипаретическая форма детского церебрального паралича (ДЦП) развивается в результате повреждения головного мозга, которое может произойти на разных этапах внутриутробного развития, во время родов или в раннем младенчестве. Вот основные причины:

1. Хронические заболевания матери (например, сахарный диабет, заболевания щитовидной железы)
2. Инфекции (краснуха, токсоплазмоз, сифилис, цитомегаловирус, герпес)
3. Токсическое воздействие (вредные привычки, работа на вредном производстве).
4. Гипоксия (недостаток кислорода) во время родов.
5. Травмы при родах (внутричерепные травмы, длительное пребывание головки в родовых путях)
6. Недоношенность и малый вес при рождении.
7. Инфекции и воспалительные процессы в первые недели жизни

Гиперкинетическая форма — связана с поражением подкорковых отделов мозга. Причиной является билирубиновая энцефалопатия (несовместимость крови матери и плода по резус-фактору). Двигательные нарушения проявляются в виде гиперкинезов (насильственных движений), которые возникают непроизвольно, усиливаясь от волнения и утомления. Произвольные размашистые движения, нарушен навык письма, речь. В 20—25% поражен слух, в 10% возможны судороги. Прогноз зависит от характера и интенсивности гиперкинезов. Поражаются руки и ноги с одной стороны. Связано это с поражением полушария мозга (при правостороннем гемипарезе нарушается функция левого полушария, при левостороннем — правого). Прогноз двигательного развития при адекватном лечении благоприятный. Дети ходят сами, обучаемость зависит от психических и речевых нарушений [2].

При детском церебральном параличе (ДЦП) основным нарушением являются двигательные расстройства, которые влияют на психическое развитие детей. Эти расстройства присутствуют с рождения и часто сопровождаются сенсорными проблемами, особенно недостаточностью ощущений собственных движений [1].

Дети с ДЦП обычно быстро утомляются, им сложно сосредоточиться на заданиях, они быстро становятся вялыми или раздражительными и часто отказываются от выполнения заданий при неудачах. У некоторых детей утомление вызывает двигательное беспокойство: они начинают суетиться, активно жестикулировать, гримасничать, у них усиливаются непроизвольные движения и появляется слюнотечение. Произвольная деятельность у таких детей развивается медленно.

Коррекционно-развивающие занятия проводятся по мере выявления педагогом, психологом, дефектологом или логопедом индивидуальных пробелов в развитии и обучении детей. При изучении индивидуальных особенностей ребенка учитываются его психофизическое состояние, уровень развития познавательной сферы, особенности усвоения знаний, умений и

навыков, предусмотренных программой. При подготовке и проведении коррекционно-развивающих занятий учитываются индивидуальные особенности каждого ребенка [4].

Основными формами занятий адаптивной физической культурой (АФК) являются уроки, внеклассные, спортивные и оздоровительные мероприятия. Эти занятия создают условия для всестороннего развития личности ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата (НОДА), осознания своих физических возможностей, развития основных физических способностей, компенсации нарушенных функций организма и спортивного самоопределения. Методика проведения занятий по АФК имеет ряд существенных отличий, обусловленных спецификой заболевания детей с НОДА. В учебном плане по предмету “Физическая культура” введен предмет “Адаптивная физическая культура”. Предполагается деление класса на подгруппы, так как в одном классе могут обучаться дети с разной степенью тяжести двигательных нарушений. Допустимы замены групповых занятий АФК индивидуальными занятиями для детей с тяжелыми двигательными нарушениями, что позволяет педагогу эффективно работать по коррекции двигательных нарушений конкретного ребенка [2].

Выводы. Детский церебральный паралич (ДЦП) — это серьезное заболевание, которое вызывает двигательные, речевые и психические нарушения. Основные двигательные нарушения включают парезы, параличи и непроизвольные движения. Гемипаретическая форма ДЦП возникает из-за повреждения мозга на разных этапах развития, а гиперкинетическая форма связана с поражением подкорковых отделов мозга и проявляется в виде гиперкинезов. Сопутствующие заболевания вторичные нарушения: контрактуры и деформации; гипертензионно-гидроцефальный синдром; судорожный синдром; нарушение вегетативной нервной системы; нарушения слуха.

Дети младшего школьного возраста с гемипаретической формой детского церебрального паралича часто быстро утомляются, им сложно

сосредоточиться, и они могут становиться раздражительными. Коррекционно-развивающие занятия помогают выявить и устранить индивидуальные пробелы в развитии. Адаптивная физическая культура (АФК) играет важную роль в развитии физических способностей и компенсации нарушенных функций. Занятия АФК проводятся с учетом индивидуальных особенностей каждого ребенка и могут включать как групповые, так и индивидуальные занятия**.**

Адаптированная образовательная программа — это образовательная программа, адаптированная для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) с учётом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей.

Список литературы.

1. Аксенова, Л. И. Ранняя помощь детям с ограниченными возможностями здоровья: учебное пособие для среднего профессионального образования / Л. И. Аксенова. — Москва: Издательство Юрайт, 2024. — 377 с. — (Профессиональное образование). — ISBN 978-5-534-06357-8. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/540241

2. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура в жизни людей с отклонениями в состоянии здоровья и инвалидов. Проблемы здоровья человека. Развитие физической культуры и спорта в современных условиях. / С.П. Евсеев. - Ставрополь: Изд-во СГУ, 2002. – С. 60-64, ISBN 7-8545-713-1. – Текст: непосредственный

3. Шапкова, Л.В. Частные методики адаптивной физической культуры: Учебное пособие / Л.В. Шапкова. - Москва: Советский спорт, 2003. — 464 с, ISBN 5-85009-743-0. – Текст: непосредственный

4. Шипицына, Л.М: Психология детей с нарушением ОДА /., Мамайчук, И.И. - Москва: 2004. – 368 с. - ISBN 5-691-01095-6. – Текст: непосредственный

5. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 декабря 2014 г. N 1598 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 февраля 2015 г., регистрационный N 35847). ГБОУ СО "Екатеринбургская школа-интернат "Эверест"

Репина А.И., к.п.н., доцент
Барбашин В.В., студент 4 курса кафедры ТиМ АФК
Екатеринбургского института физической культуры
(филиал ФГБОУ ВО «УралГУФК»), г. Екатеринбург, Россия.

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ФОРМОЙ СПАСТИЧЕСКОЙ ДИПЛЕГИИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Аннотация: В статье рассматривается вопрос проблемы реабилитации и социализации детей младшего школьного возраста с формой спастической диплегии детского церебрального паралича (ДЦП), и о влияния адаптивного физического воспитания на их здоровье и качество жизни.

Ключевые слова: адаптивная физическая культура (АФК), дети младшего школьного возраста с детским церебральным параличом.

Актуальность. В России на 1000 новорождённых 2-3 случая ДЦП. Диагноз «церебральный паралич», установлен у 2,8 из 1000 детей до 17 лет.

Главная задача при ДЦП у детей — это их социализация и их независимость во взрослой жизни. Поэтому для таких детей важным являются занятия по АФК, поскольку при своевременно начатой работе с такими детьми можно достичь результатов, позволяющих таким детям вести полноценно жить.

Цель исследования. Разработка и обоснование эффективности комплексов упражнений, направленных на коррекцию двигательных нарушений у детей младшего школьного возраста с формой спастической диплегии детского церебрального паралича.

Результаты исследования.

Форма спастической диплегии – это форма ДЦП, которая представляет собой хроническое нервно-мышечное состояние гипертонии спастичности, проявляющееся особенно высокой и постоянной «стеснённости» или «скованностью» мышц всех четырёх конечностей, но преимущественно нижних конечностей человеческого тела, обычно ног, бёдер и таза.

Заподозрить, что у ребенка есть какие-то проблемы с тонусом мышц редко удается ранее 5-6 месяцев, так как гипертонус – это нормальное явление для новорожденных. Но если повышенный тонус в конечностях сохраняется и после пяти месяцев – это повод для детального обследования.

Форма спастической диплегии ДЦП занимает первое место по распространенности среди всех других видов ДЦП. Это связано с причинными факторами, которые вызывают характерные повреждения мозга - поражение прецентральной извилины.

Это может происходить по следующим причинам: острое и хроническое кислородное голодание; недоношенность; родовая травма…

С прецентральной извилины начинаются в мозге главные пути двигательного импульса. Все произвольные движения осуществляются при участии этих структур. Поэтому заболевание затрагивает прежде всего именно двигательную сферу и только в ряде случаев страдает интеллект.

По степени выраженности клинической симптоматики форма спастической диплегии зависит от глубины поражения мозговой ткани и классифицируется на следующие формы: 1. лёгкая — в первом полугодии ребёнок развивается нормально, в дальнейшем спастический парез выражен в области нижних конечностей, поздно начинает сидеть и ползать, а ходит только к 2-3 годам. Но впоследствии он передвигается самостоятельно, не используя вспомогательные приспособления. Умственное и психическое

развитие не страдает; 2. средней тяжести —выраженная спастика в ногах делает передвижение больного возможным только при использовании подручных средств. Характерно существенное отставание в физическом развитии. Может присутствовать задержка психического развития. Когнитивная сфера страдает незначительно, возможна социальная адаптация; 3. тяжёлая —наблюдается выраженный тетрапарез с акцентом в основном на ноги, проявляется в крайне выраженном спазме мышц конечностей. Пациенты не могут самостоятельно передвигаться, ходьба невозможна. Социальная адаптация нарушена. Есть значительная задержка речевого и психического развития [2].

У детей с формой спастической диплегии заболевание отягощается нарушениями поведения, интеллекта, речи, зрения и слуха, что связано с органическими поражениями центральной нервной системы. Для них характерны расстройства эмоционально-волевой сферы. У одних проявляется в виде повышенной эмоциональной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности, у других в виде заторможенности, застенчивости, робости. Склонность к колебаниям настроения часто сочетается с инертностью эмоциональных реакций. Достаточное интеллектуальное развитие часто сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности, с повышенной внушаемостью.

Личностная незрелость проявляется в наивности суждений, слабой ориентированности в бытовых и практических вопросах. У детей и подростков легко формируется неспособность и нежелание к самостоятельной и практической деятельности. Выраженные трудности в социальной адаптации способствуют формированию у них таких черт, как робость, застенчивость.

Дети с ОВЗ, находящиеся в школьных образовательных учреждениях, испытывают трудности, связанные со сложностями адаптации таких детей к образовательной среде образовательной организации [1].

Выделяют своеобразные особенности психики детей с ДЦП, сказывающиеся на их социальной адаптации в условиях процесса обучения:

1. напряженная работа в процессе урока способствует накоплению скованности и сопровождается сильной двигательной активностью в конце урока, им важно разрешать движение по классу во время урока; 2. из-за незрелости эмоционально-волевой сферы, негативные оценки деятельности подростка с ДЦП отрицательно влияют на его поведенческие характеристики. Им необходим позитивный эмоциональный климат; 3. выученная информация подростками с ДЦП на следующем занятии может видеться как новая. Спустя время она возвращается в памяти и снова может забыться, что можно объяснить недоразвитием произвольной памяти.

Подростки осознают недостаточность общения, они воспринимают себя неприспособленными в элементарных ситуациях жизни, стесняются дать понять окружающим, что нуждаются в помощи (особенно в случае наличия речевых нарушений страх быть непонятым только усиливается). Иначе воспринимают переживание одиночества подростки с нормативным развитием.

Психолого-педагогическая поддержка при занятии спортом – это форма поддержки, в основе которой лежит четкая организация, направленная на выбор варианта решения актуальных проблем ребенка, поиск его скрытых ресурсов, опора на его собственные возможности, и создание на этой основе условий для восстановления связей с миром людей [3].

Все мероприятия по физической культуре строго подчиняются задачам укрепления здоровья и адаптации детей в общество. Поэтому в подборе практического материала и в методике его проведения учитываются индивидуальные диагнозы детей, их двигательная патология, возможности моторного развития.

Задачи АФК в младшем школьном возрасте: 1. Развитие двигательных навыков; 2. Развитие психических процессов и речи; 3. Развитие познавательной деятельности; 4. Профессиональная ориентация. [4].

Все требования для детей должны быть отражены в адаптированной общеобразовательной программе образовательного учреждения (АООП).

АООП – это образовательная программа, которая учитывает особенности развития детей и их особые образовательные потребности, особенности их психофизического развития, индивидуальных возможностей.

Основная цель АООП — коррекция нарушений развития и нарушений социальной адаптации. АООП может быть реализована в разных формах: как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных классах, группах или в отдельных организациях [5].

Задачи программы: 1. Создавать условия для формирования внутренней позиции школьника и адекватной мотивации учебной деятельности; 2. Способствовать правильной коррекции недостатков в психофизическом развитии детей. Развивать коммуникативные качества личности школьника. Формировать у ребёнка представление о самом себе и элементарных навыках;

3. Создавать условия для всестороннего развития ребёнка с ДЦП с помощью АФК, которая способствует нормализации тонуса мышц, обучению подавления усиленного проявления нестандартных реакций, тренировке равновесия тела и развитию координации элементарных движений в сложных двигательных комплексах; 4. Вводить в педагогический процесс разные виды детского творчества: самодеятельные игры и танцевальные импровизации, что решает задачу по нормализации элементарных движений и способствует стабилизации правильного положения тела, закреплению навыков самостоятельного стояния и ходьбы; 5. Взаимодействовать с родителями детей для обеспечения полноценного психофизического развития ребёнка; 6. Объединять обучение и воспитание в целостный образовательный процесс [5].

Адаптированная образовательная программа разрабатывается с учётом особенностей данной целевой группы. Она корректируется индивидуально в соответствии с медицинскими показаниями каждого ребёнка. Занятие по АФК проводятся по назначению врача, с учётом показаний и противопоказаний к различным упражнениям, вида нарушений и степени тяжести течения основного заболевания, состояния здоровья ребёнка.

Преподаватель определяет характер и объём физической нагрузки в прцессе занятий, осуществляет консультирование семей, имеющих детей-инвалидов по вопросам физической культуры.

Выводы. Развитие навыков, необходимых для жизнедеятельности, наиболее эффективно в период бурного становления детей в младшем школьном возрасте. Особенно актуальным является целенаправленное развитие двигательных способностей у детей с ДЦП. Отсутствие физической реабилитации приводит к повторному проявлению патологических рефлексов, которые нарушают основу, на базе которой формируются установочные рефлексы. Это приводит к задержке развития реакций равновесия, нарушению формирования позы, рефлекса опоры и произвольных движений.

Поэтому необходимо заботиться о развитии двигательной активности детей: нужно проводить различные корректирующие подвижные игры, спортивные развлечения, походы, а также прогулки. Большое внимание надо уделять обучению новым видам разнообразных движений, так как их освоение может благоприятно повлиять на развитие внимания, памяти и мышления. С другой стороны, чтобы ребенок с нарушениями интеллекта освоил определенное движение зачастую нужно длительное время, даже после его освоения необходимо в последствии его повторять, чтобы не угасли «временные связи», его обеспечивающие.

Список литературы:

1. Адхасов Д.С. Методика обучения предмету «Физическая культура» в 2 ч. Часть 2: учебное пособие для среднего профессионального образования/ Д.С. Алхасов. — Москва: Издательство Юрайт, 2024. — 441 с. — (Профессиональное образование). — ISBN 978-5-534-05757-7. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/539506 (дата обращения: 14.05.2024).

2. Бегидова Т. П. Основы адаптивной физической культуры: Учебное пособие. / Бегидова Т. П. - М.: Физкультура и Спорт, 2007. — 192 с. ISBN 978-5-278-00846-0 Текст: непосредственный

3. Бегидова Т. П. Адаптивная физическая культура в комплексной реабилитации лиц с отклонениями в состоянии здоровья: учебное пособие для вузов/ Т.П. Бегидова. — 2-е изд. — Москва: Издательство Юрайт, 2024. — 210 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-14815-2. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/544542 (дата обращения: 01.05.2024).

4. Бегидова Т. П. Основы адаптивной физической культуры: учебное пособие для вузов/ Т.П. Бегидова. — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2024. — 181 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-16768-9. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/539639 (дата обращения: 18.04.2024).

5. Нестеров Е.С. Адаптированная образовательная программа для детей с ОВЗ (Детский церебральный паралич): специальная коррекционная программа – г. Красноярск, 2024 г., 1_AOP_DTsP_2024.pdf, [сайт]. — ds-imyuagagarina-gagarin-r66.gosweb.gosuslugi.ru (дата обращения: 18.09.2024).

Тимофеева И.В. к.п.н. доцент
Бармина В.С., студент кафедры ТиМ АФК,
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО «УралГУФК», г. Екатеринбург, Россия

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА

Аннотация: В статье раскрыты особенности развития детей младшего школьного возраста с нарушением слуха. Рассматриваются: необходимость индивидуального подхода, специфика деятельной и психологической сфер. Основное внимание уделено психофизическому воспитанию детей с нарушением слуха и созданию условий для социализации.

Ключевые слова: дети с нарушением слуха, психофизическое воспитание и развитие, социализация, индивидуальный подход.

Актуальность. В настоящее время постоянно увеличивается число детей с дефектами слуха. В России уделяют серьёзное внимание научным разработкам, направленных на повышение эффективности физического воспитания глухих и слабослышащих детей. Помощь в решении этой проблемы оказывает физическая культура. Слух связан с движением очень тесно. Основное внимание в процессе физкультурно-оздоровительной работы нужно уделить на создание индивидуальной коррекционно-развивающей программы для каждого ребёнка-школьника и на изучение особенностей его развития. Таким образом на уроках физической культуры с глухими и слабослышащими школьниками необходимо использовать комплексы физкультурно-оздоровительных и коррекционно-развивающих физических упражнений.

Цель исследования - Улучшения физического развития у детей с нарушением слуха.

Результаты исследования. Нарушение слуха-частичное или полное снижение способности понимать и обнаруживать звук. Оно вызывается широким спектром экологических и биологических факторов. Существуют двек классификации детей с нарушением слуха: медицинская (состоит из 4 групп глухоты, которые отличаются разным восприятием частот в диапазоне и реакцией на голос с разного расстояния); педагогическая (глухие-раноглохшие и позднооглохшие; слабослышащие- с лёгким и тяжёлым нарушением речи).

Глухота бывает: приобретённое - может возникнуть внезапно и сохраняться более 3 месяцев, и может поражаться одно или оба уха, может возникнуть из-за серных пробок, травмы барабанной перепонки, инородного тела в ухе, опухолей в ухе, рака, приема препаратов, инфекций, естественных возрастных изменений; врождённая-возникает из-за генетических нарушений, инфекций, гипоксии плода, родов на ранних сроках.

Слабослышащие дети — это дети с частичным, в разной степени выраженным снижением слуховой функции, затрудняющим речевое

развитие, но с сохранной способностью к самостоятельному накоплению речевого запаса при помощи остаточного слуха. Имеют разные степени нарушения слуха (лёгкую, умеренную, значительную и тяжёлую).

К причинам патологии слуха относятся: заболевание наружного уха (атрезия), серная пробка; инородные тела; заболевание барабанной перепонки; заболевание среднего и внутреннего уха заболевание слухового нерва, проводящих путей и слуховых центров в головном мозге; неврит слухового нерва; шумовые поражения; воздушная контузия; функциональные нарушения слуха.

Дети с нарушением слуха совершенно обычные дети. Одна из главных задач обучения и воспитания таких детей — это то, что дети с нарушением слуха должны жить вместе со слышащими и иметь равные с ними возможности.

Нужно как можно раньше выявить наличие патологии слуха у ребёнка, а затем оптимальным решением является слухопротезирование. Это поможет правильно развивать слуховое восприятие и усваивать устную речь. Если оставить без внимания нарушения слуха у детей в раннем возрасте, то можно столкнуться с проблемой-недоразвитием речи и других функций: мышление, память, внимание, восприятие и ощущение. Все эти свойства формируются у детей постепенно в дошкольном и младшем школьником возрасте [1].

Особенности в развитии внимания детей с нарушением слуха связаны с тем, что для них больше значение имеет зрительное восприятие, поэтому глухие дети быстрее и больше утомляются, чем нормально слышащие. Задача формирования внимания у школьников с нарушениями слуха решается благодаря правильно организованной учебной деятельности. В процессе обучения глухих детей для привлечения и регуляции внимания важно использовать различные виды чувствительности (тактильную и вибрационную).

Память у детей с нарушением слуха так же, как у слышащих, характеризуется осмысленностью. Для развития образной памяти детей с

нарушением слуха необходимо совершенствовать познавательную деятельность детей, развивать их речь, учить их использовать различные средства для запоминания. В развитии словесной памяти у детей с нарушением слуха наблюдается большие сложности, поскольку даже в условиях специального обучения отставание в развитии словесной речи приводит к отставанию в развитии словесной памяти.

Мышление детей имеет три стадии развития: наглядно-действенное, наглядно-образное и словесно-логическое. Обучение детей с нарушением слуха речи, которое играет важную роль в дальнейшем развитии его мышления, предусматривает предварительное знакомство с предметным содержанием речи. Отставание в развитии мышления наблюдается и у тех глухих детей, которые владеют речью. Все мыслительные операции у детей с нарушением слуха проходят становление в более поздние сроки, чем у слышащих. Но также среди детей с нарушением слуха можно выделить тех, кто по результатам развития мышления не отличаются от слышащих сверстников.

Восприятие и ощущение связаны с мышлением, памятью, вниманием и включено в процесс практической деятельности и общения. Виды восприятия и ощущения: зрительное, статическое, кинетическое, кожаное, осязание.

Речь человека неразрывно связана со слухом, и чем хуже слух, тем больше у человека будет нарушений в фонетическом, грамматическом и лексическом восприятии речи. Для этого ребёнку нужна специальная коррекция для овладения речью. Такую коррекцию проводят сурдопедагоги в специальных коррекционных школах. Их посещение очень важно для неслышащих детей - там они могут приобрести коммуникационные навыки и найти общение со своими сверстниками. Педагогическое воздействие направлено на развитие ребёнка (его двигательной, эмоционально-волевой, интеллектуальной сферы). Практический опыт работы с детьми подтверждает, что наиболее продуктивный путь его формирования-правильная организация деятельности и умелое руководство его со стороны

взрослого. Общение, деятельность для слабослышащего ребёнка являются важными условиями приобщения к нормам жизни в обществе, познания отношений между людьми, расширения кругозора [2].

Адаптированная основная общеобразовательная программа начальная общего образования для слабослышащих и позднооглохших обучающихся - это общеобразовательная программа, адаптированная для обучения слабослышащих и позднооглохших детей с учётом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей, обеспечивающая коррекцию нарушений развития социальную адаптацию. Слабослышащий и позднооглохший обучающийся получает образование, полностью соответствующее по итоговым достижениям к моменту завершения обучения, образованию слышащих сверстников, находясь в их среде и в те же календарные сроки. Он может быть включен в общий образовательный поток. Физическое воспитание детей с нарушением слуха является одним из наиболее важных направлений коррекционно-педагогической работы, имеющим тесную связь со всеми аспектами процесса их воспитания и обучения. Задачами физического воспитания слабослышащих школьников являются: укрепление здоровья ребёнка; задачи закаливания; содействие общему физическому развитию. А также чередование различных видов деятельности, занятий и отдыха, что способствует налаживанию четкой работы организма детей. При обучении таких детей таким движениям, как правильные прыжки, и бег, лазанье, ходьба, метание, благотворно влияют на общее развитие организма, а сформированность основных движений является необходимой базой для овладения ребенком более сложными движениями. Для этого необходимы специальные коррекционные упражнения, направленные на развитие и тренировку равновесия, на формирование правильной осанки, коррекцию плоскостопия, на развитие дыхания, улучшение координации движений. Физическое воспитание способствует развитию речи и произвольного внимания. Основные средства физического развития школьников с

нарушением слуха: утренняя гимнастика, подвижные игры, музыкальные занятия, фонетическая ритмика, физкультминутки.

Содержание коррекционно-развивающих области представлено следующими обязательными коррекционными курсами: «Развитие слухового восприятия и техника», «Формирование речевого слуха и произносительной стороны устной речи»; «Музыкально-ритмические занятия».

Вывод. Таким образом сохранность слуха очень важна для развития ребёнка. Огромное количество информации об окружающем мире он получает через слуховой анализатор. Нарушение слухового восприятия ведет к недоразвитию речи, замедлению развития мышления, памяти. Нарушение слуха влечет за собой отклонения в физическом и психологическом развитии.

Заключение. В результате изучения характеристики патологии слуха мы сделали вывод о том, что слух — это больше, чем просто один из органов чувств. Слух играет важную роль в формировании поведения и характера ребенка. Мы изучили особенности психофизического развития детей с нарушением слуха и поняли то, что психологическая и физическая коррекция у детей с нарушением слуха должна быть направлена на восстановление речи и способах адаптации к окружающему миру. Адаптивная физическая культура позволяет более успешно и эффективно развивать физическую, двигательную активность детей с нарушением слуха.

Список литературы.

1. Байкина, Н. Г. Физическое воспитание в школе глухих и слабослышащих / Н. Г. Байкина, Б. В. Сермеев. - Москва: Сов. спорт, 1991. - 62,[2] с.; 21 см.; ISBN 5-85009-215-3.

2. Богданова, Т. Г. Сурдопсихология : учебник для вузов / Т. Г. Богданова. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2024. — 235 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-07055-2.

3. Частные методики адаптивной физической культуры: Учебное пособие / Пол ред. Л. В. Шапковой. — Москва: Совегский спорт, 2003. — 464 с.

4. Технологии физкульгурно-спортивной деятельности В адаптивной физической культуре: учебник / ред.: С.П. Евссев, С.П. Евссев, О.Э. Евссева. — Москва: Совстский спорт, 2013.- 392 с.

5. Веневцев, С. И. Оздоровление и коррекция психофизического развития учащихся начальных классов специальных (коррекционных) школ VIII вида в процессе обучения: автореферат дис. ... кандидата педагогических наук: 13.00.04, 13.00.03 / Веневцев Сергей Иванович; Красноярский государственный педагогический университет. - Красноярск, 2000. - 22 с.

Салимов М. И., к.п.н. доцент
Бикмурзина Е.В., студент 4 курса кафедры ТиМАФК
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК, г. Екатеринбург, Россия

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

Аннотация: Статистика говорит, что среди малышей до 3 лет оно встречается в 25% случаев, детей в возрасте до 6-7 лет встречается у 55-60%. С возрастом эти цифры только возрастают. Плоскостопие только на первый взгляд кажется безобидным диагнозом, оно к тому же является благоприятным фоном для развития ряда болезней опорно-двигательного аппарата.

Плоскостопие - заболевание опорно-двигательного аппарата, при котором происходит уплощение сводов стопы.

Ключевые слова: плоскостопие, адаптивная физическая культура.

Актуальность. Плоскостопие – диагноз, который как правило, часто можно услышать на приёме у педиатра. Согласно определению Всемирной Организации Здравоохранения, плоскостопие — это общий термин для обозначения нарушения биомеханики стопы и всей нижней конечности в целом, в результате деформации её сводов. По данным разных авторов страдают от 20 до 40% детей. Плоскостопие может быть продольным,

которое характеризуется уплощением продольного свода стопы, и поперечным - распластанность переднего отдела стопы.

Детская стопа, по сравнению со взрослой, коротка, широка, и сужена в пяточной области. Пальцы расходятся, в то время как у взрослых они плотно прилегают друг к другу. У детей на подошве сильно развита подкожная клетчатка, заполняющая своды стопы, что нередко приводит к диагностическим ошибкам. Амплитуда движения детской стопы больше, чем у взрослой, вследствие значительной эластичности мышечно-связочного аппарата. Поэтому детская стопа менее приспособлена к статическим нагрузкам: соскокам с высоких снарядов и прыжкам. Стопы быстро утомляются, и легко подвергаются деформации. При нагрузке своды стоп несколько уплотняются, но по завершению в тотчас же возвращают исходную форму, с помощью активного сокращения мышц [4].

Свод нормально сформированной стопы представляет собой арку, он служит амортизатором, пружиной, смягчает толчки и сотрясения тела при прыжках, беге и ходьбе. Сам свод стопы формируются из костей, мышц и связок. Если в мышечно- связочном аппарате происходит ослабление, то происходит нарушение формы – стопа распластывается (т.е. её поверхность практически во всех точках соприкасается с полом).

Анализ медицинской литературы показывает, что существует много подходов к лечению и реабилитации плоскостопия. Но все авторы едины в одном – адаптивная физическая культура пациентам с этой нозологией необходима [5].

Систематические занятия лечебной физкультурой являются основным и наиболее эффективным методом коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата, которые всегда сочетаются с нарушениями функции мышц. Важно, чтобы процесс коррекции был регулярным и продолжался до полного выздоровления. Физическая реабилитация включает в себя средства ЛФК: гимнастические упражнения, лечебный массаж, физические

упражнения. А также методы: суставная гимнастика, массажные приемы, специальные упражнения [6].

Таким образом, актуальность проблемы плоскостопия у школьников обусловлена, прежде всего, увеличением количества детей с этой патологией, как в России, так и во всем мире.

Цель исследования: проведение оценки функционального состояния опорно-двигательного аппарата, имеющих плоскостопие и разработка комплекса лечебной гимнастики для детей 7-9 лет данной нозологической группы.

Результаты исследования: Полученные результаты функционального состояния пациентов 7-10 лет с плоскостопием после применения методики физической реабилитации, показали улучшение.

Согласно полученным данным эксперимента функционального состояния пациентов с плоскостопием, можно сделать следующие выводы, показатели по функциональным тестам (проба Ромберга, прыжок в длину с места, подъем на носки) после применения методики физической реабилитации пациентов с плоскостопием на амбулаторном этапе показали улучшение.

Выводы: в ходе работы, мы выяснили, что плоскостопие достаточно быстро прогрессирующая патология. Плоскостопие – это грубая деформация стопы, в результате которой нагрузка на опорно-двигательный аппарат распределяется неравномерно и чрезвычайно возрастает. Нарушается основная функция — амортизация. В первую очередь, при плоскостопии нагрузка возрастает на наименее защищенные структуры — позвоночный столб и коленные суставы.

2. Также проанализировали методы физической реабилитации детей 7-10 лет, имеющих плоскостопие, лечебная физкультура играет огромную роль в лечении ребенка, особенного пациента с плоскостопием, на сколько известно, данная форма лечения является одной из основной, при данной нозологии. Кроме лечебной физкультуры существует, и оперативный способ

лечения плоскостопия, но он необходим только на самых тяжелых стадиях данного заболевания. Таким образом, занятие лечебной физкультурой является необходимо, чтобы предотвратить прогрессивное развитие болезни и ради ослабления болезни.

3. Применение разработанной методики физической реабилитации показали улучшение тонуса мышц свода стопы. Согласно полученным данным эксперимента функционального состояния пациентов с плоскостопием, можно сделать вывод, что разработанная методика показала положительную динамику у детей 7-10 лет с плоскостопием на основе полученных данных по функциональным тестам. Проба Робмерга составляет 3 процента отклонения от нормы, прыжок в длину с места 2,4 процента отклонения от нормы, а подъем на носки не имеет отклонений от нормы.

4. Методика физической реабилитации может быть рекомендована специалистам в работе с детьми 7 – 10 лет с плоскостопием на амбулаторном этапе восстановления.

Список используемой литературы

1. Буланова, И.В. Морфофункциональные основы плоскостопия, средства и методы его профилактики / И.В. Буланова, - Текст: электронный // Российская государственная библиотека. - 1984. – URL: https://search.rsl.ru/ru/record/01008762458 (дата обращения: 10.03.2023)

2. Васильева, А. Плоскостопие. Самые эффективные методы лечения / А. Васильева. – Санкт–Петербург: «Крылов», – 2011. – 69 с. – ISBN 978-5-4226-0031-1. – Текст: непосредственный.

3. Красикова, И.С. Плоскостопие: профилактика и лечение / И.С. Красиков. – Москва: Академия, 1999. – 128 с. – ISBN 978-5-7931-0851-5 Текст: непосредственный.

4. Плоскостопие у ребенка: актуальность проблемы, профилактика и лечение. – Текст электронный// Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Детская городская поликлиника»: официальный сайт. – 2016. – URL: http://дгп4.рф/medprofilaktika/ploskostopie-

u-rebenka-aktualnost-problemy-profilaktika-i-lechenie.php (дата обращения 15.03.2022)

5. Потапчук, А.А. Лечебная физическая культура в детском возрасте. Руководство для врачей / А.А. Потапчук, С.В. Матвеев, М.Д. Дидур. - Москва Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2022. – 275-290 с. – ISBN 978-5-9704-6838-8 Текст: непосредственный.

6. Тишберг, Л.С. Применение лечебной физической культуры при заболеваниях плоскостопия / Л.С. Тишберг. – Москва: Медицина, 2005. – 228 с. Текст: электронный.

Плющева Н.С., старший преподаватель кафедры ТиМ АФК
Боровик К.А., студент кафедры ТиМ АФК,
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО «УралГУФК», г. Екатеринбург.

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ С АТОНИЧЕСКИ-АСТАТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ

Аннотация: данная статья посвящена особенностям адаптивного физического воспитания детей с детским церебральным параличом для детей с атонически-астатической формой. Основным средством адаптивного физического воспитания детей с детским церебральным параличом являются физические упражнения, которые направлены на коррекцию сенсорных расстройств, координации и на укрепление опорно-двигательного аппарата, а основным методом является лечебная физическая культура.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, атонически-астатическая форма, адаптированная основная образовательная программа, дети старшего дошкольного возраста, координация.

Актуальность. 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. Современному педагогу важно иметь представление об анатомо-физиологических особенностях детей с ограниченными возможностями, так как они могут обучаться и в обычных школах. Эти знания помогут правильно спланировать концепцию уроков и мероприятий, направленных на адаптацию к социальным требованиям общества в условиях школьного учреждения.

Цель исследования: анализ адаптированной основной образовательной программы для детей старшего дошкольного возраста с детским церебральным параличом с атонически-астатической формой.

Результат исследования. Детский церебральный паралич (ДЦП) – заболевание, обнаруживаемое у новорожденных и проявляющиеся не прогрессирующими двигательными нарушениями. Для ДЦП характерны двигательные, психические и речевые нарушения, которые в свою очередь, рассматриваются как полиэтиологическое заболевание мозга, начинающееся в интра- и перинатальном периодах. 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.

Атонически-астатическая форма. При атонически - астатической форме ДЦП затронута мозжечковая структура мозга. Она отвечает за согласование движений и равновесие. Когда эта система нарушена, двигательные нарушения отражаются в виде мозжечковой атаксии. Атаксия — это нарушение согласования и регулирования движений. Они становятся неловкими и нескладными. Мозжечковая атаксия характерна трудностями в развитии навыка ходьбы и других движений. Психические нарушения при ДЦП проявляются в виде расстройств эмоционально-волевой сферы, познавательной деятельности и личности. Нарушения познавательной

деятельности проявляются в отсутствии интереса к занятиям, плохой сосредоточенности, медлительности, низкой умственной работоспособности и концентрации внимания, снижении памяти, мышления. При спастической диплегии и гемипаретической форме нарушены пространственные представления, конструктивный праксис; при гиперкинетической форме нарушены вербальное мышление, память, внимание. Психические нарушения могут быть от задержки психического развития (ЗПР) до олигофрении в легкой и умеренной степени [5].

Для развития координации на уроках АФВ, могут послужить такие упражнения как: произвольное преодоление простых препятствий; передвижение с резко изменяющимся направлением и остановками в заданной позе; ходьба по гимнастической скамейке, низкому гимнастическому бревну с меняющимся темпом и длиной шага, поворотами и приседаниями; воспроизведение заданной игровой позы; игры на переключение внимания, на расслабление мышц рук, ног, туловища (в положениях стоя и лёжа, сидя); жонглирование малыми предметами; преодоление полос препятствий, включающее в себя висы, упоры, простые прыжки, перелезание через горку матов; комплексы упражнений на координацию с асимметрическими и последовательными движениями руками и ногами; равновесие типа «ласточка» на широкой опоре с фиксацией равновесия; упражнения на переключение внимания и контроля с одних звеньев тела на другие; упражнения на расслабление отдельных мышечных групп; передвижение шагом, бегом, прыжками в разных направлениях по намеченным ориентирам и по сигналу.

Актуальность предлагаемой программы заключается в том, что умение учиться, составляющее основу личностного развития учащегося, означает умение учиться познавать и преобразовывать мир, ставить проблемы, искать и находить новые решения; учиться сотрудничать с другими людьми на основе уважения и равноправия.

Принципы и подходы к формированию адаптированной образовательной программы обусловлены составом участников образовательного процесса. Адаптированная образовательная программа начального общего образования ГБОУ СО «Екатеринбургской школы-интернат «Эверест» создана с учётом особенностей и традиций школы, предоставляющих возможности обучающимся с ограниченными возможностями здоровья, имеющих отклонения в 4 двигательном развитии (детский церебральный паралич) с сохранным интеллектом в раскрытии интеллектуальных и творческих возможностей личности, а также в сохранении и укреплении психоэмоционального и физического здоровья младших школьников. За основу выбран первый вариант Стандарта, поэтому обучающиеся с нарушением опорнодвигательного аппарата будут получать образование, сопоставимое на всех его уровнях, с образованием здоровых сверстников, находясь в их среде и в те же календарные сроки.

Выводы. Детский церебральный паралич (ДЦП) – заболевание, обнаруживаемое у новорожденных и проявляющиеся не прогрессирующими двигательными нарушениями. Для ДЦП характерны двигательные, психические и речевые нарушения, которые в свою очередь, рассматриваются как полиэтиологическое заболевание мозга, начинающееся в интра- и перинатальном периодах.

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. У детей не формируется важнейшая для психического развития совместная деятельность руки и глаза - зрительно-моторная координация. Это препятствует развитию как произвольных движений, навыков самообслуживания, письма, так и познавательной деятельности.

Целью адаптированной основной образовательной программы является создание условий для формирования у обучающихся базовых навыков самообразования, самоорганизации, самоопределения, самовоспитания, обеспечивающих готовность к освоению содержания основного и полного общего среднего образования, раскрытие интеллектуальных и творческих возможностей личности обучающихся через освоение фундаментальных основ начального образования. В предметной области "Физическая культура" в учебном плане введен предмет "Адаптивная физическая культура". Таким образом, подводя итоги вышесказанному для детей подготовительного класса (старшего дошкольного возраста), уроки по АФК проводят 3 часа в неделю. Статья подчеркивает важность ранней диагностики и создания подходящей среды для детей с данной нозологией, способствующей интеграции детей в обществе.

Список литературы.

1. Адаптированная основная образовательная программа начального общего образования для обучающихся с нарушениями опорно – двигательного аппарата, 2021/

2. Завьялова, Т. П. Теория и методика физического воспитания и развитие ребенка дошкольного возраста: учебное пособие для среднего профессионального образования / Т. П. Завьялова, И. В. Стародубцева. — 2-е изд., стер. — Москва: Издательство Юрайт, 2024. — 282 с. — (Профессиональное образование). — ISBN 978-5-534-16579-1. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/542427

3. Клевцов, П. В. Лечебная физкультура при детском церебральном параличе / П. В. Клевцов, М. Е. Черных // Актуальная медицина: материалы I Студенческой научно-теоретической конференции, посвященной 120-летию со дня рождения С. И. Георгиевского, Симферополь, 29 ноября 2018 года. – Симферополь: Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского,

2018. – С. 153-157. – EDN VQOKWG. – ISBN: отсутствует. - Текст: непосредственный.

4. Литош, Н. Л. Адаптивная физическая культура для детей с нарушениями в развитии: учебное пособие для среднего профессионального образования / Н. Л. Литош. — Москва: Издательство Юрайт, 2024. — 156 с. — (Профессиональное образование). — ISBN 978-5-534-13349-3. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/543256

5. Рипа, М. Д. Методы лечебной и адаптивной физической культуры: учебное пособие для среднего профессионального образования / М. Д. Рипа, И. В. Кулькова. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 158 с. — (Профессиональное образование). — ISBN 978-5-534-07858-9. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/539518

Репина А. И., к.п.н., доцент
Гневанов И.А., студент кафедры ТиМ АФК,
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО “УралГУФК”, г. Екатеринбург, Россия.

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СРЕДНЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ (АТОНИЧЕСКИ-АСТАТИЧЕСКАЯ ФОРМА)

Аннотация: Статья посвящена проблеме детского церебрального паралича у детей среднего школьного возраста атонически-астатической формы. В данной статье рассматривались причины проявления детского церебрального паралича, характеристику адаптивного физического воспитания детского церебрального паралича атонически-астатической формы, особенности психофизического развития детей среднего школьного возраста с церебральным параличом атонически-астатической формы.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, атонически-астатическая форма, двигательное нарушение, адаптивное физическое воспитание

Актуальность. Физическое воспитание представляет собой педагогический процесс, направленный на создание условий, способствующих достижению хорошего здоровья, физического и двигательного развития ребенка. Формирование двигательных навыков у детей с ограниченными возможностями здоровья является наиболее сложной задачей, так как каждая категория детей с отклоняющимся развитием имеет специфические особенности физического развития и возможности к освоению основных движений. Данная категория детей представляет собой неоднородную группу с различной степенью проявления психофизических особенностей и образовательных потребностей. Адаптация этих детей затруднена, прежде всего, из-за нарушения коммуникации и социализации, в связи с наличием дезадаптивных форм поведения.

На сегодняшний день, согласно статистическим данным в России на тысячу новорожденных, с данным диагнозом составляют около 6-8 детей, что в год примерно составляет 1,5 миллиона. При этом 71 тысяча детей с таким диагнозом, это дети с 0-14 лет, и 13 тысяч детей в возрасте от 15-17 лет. Причем численность детей с диагнозом ДЦП, в России по состоянию на 2019 год, составляет около 8 % на численность всего населения страны.

Формирование двигательных навыков у детей с ограниченными возможностями здоровья является наиболее сложной задачей, так как каждая категория детей с отклоняющимся развитием имеет специфические особенности физического развития и возможности к освоению двигательной подвижности.

Цель исследования: Анализ адаптированной основной образовательной программы для детей среднего школьного возраста с детским церебральным параличом атонически-астатической формы.

Результаты исследования.

Атонически-астатическая– форма возникает при нарушении функции мозжечка. Отмечается низкий мышечный тонус, нарушение равновесия в покое и ходьбе, нарушение координации движений. Движения несоразмерны, неритмичны, нарушено самообслуживание, письмо. В 50% отмечаются речевые и психические нарушения различной степени тяжести. У больных ДЦП могут наблюдаться также тремор всего тела или отдельных его частей и миоклонии в виде беспорядочных, быстрых и неритмичных клонических сокращений мышц (иногда одиночных) и тиков. Тики носят характер подергиваний мимических мышц, жестикуляций, вздрагиваний и других стереотипных движений (прищуривание глаз, причмокивание, пожимание плечами и т. п.). По степени тяжести нарушений двигательных функций и по степени сформированности двигательных навыков дети с ДЦП, делятся на следующие группы:

Дети с тяжелыми нарушениями: у некоторых из них не сформировано прямостояние и ходьба, захват и удержание предметов, навыки самообслуживания; другие с трудом передвигаются с помощью ортопедических приспособлений и навыками самообслуживания владеют частично.

Дети со средней степенью выраженности двигательных нарушений (наиболее многочисленная группа): большая часть детей может самостоятельно передвигаться на ограниченное расстояние, они владеют навыками самообслуживания, которые недостаточно автоматизированы;

Дети с легкими двигательными нарушениями: они ходят самостоятельно, уверенно себя чувствуют и в помещении, и на улице; навыки самообслуживания сформированы, но вместе с тем могут наблюдаться патологические позы, нарушения походки, насильственные движения и др.

Ребенок с атонически-астатической формой производит впечатление абсолютно здорового ребенка, однако он не может соответствовать в моторном отношении ожиданиям окружающих. Знание локализации

поражения в ЦНС позволяет предположить возможные особенности в познавательной сфере детей. Интеллектуальные нарушения более характерны для детей с корковыми нарушениями, особенно обширными, менее присущи детям с поражениями экстрапирамидной системы. Дети с одинаковыми клиническими формами ДЦП могут иметь существенные различия в степени выраженности двигательных расстройств. Учет этого обстоятельства имеет существенное значение не только в выборе методов абилитации, но и в определении ее стратегии.

Основным методом двигательной реабилитации стало адаптивное физическое воспитание. Упражнения на координацию, и равновесия конечностей тела, формирования навыка правильной осанки, коррекция сенсорных расстройств, коррекция координации движений, нормализация дыхательной функции используя статические и динамические упражнения, также упражнения с использованием различных предметов. Коррекция мелкой моторики и манипуляторной функции. Содействие нормализации двигательной деятельности, способствующей физической и социальной реабилитации. Основными методами двигательной реабилитации являются АФК (адаптивная физическая культура, АФВ (адаптивное физическое воспитание) и ЛФК (лечебная физическая культура). С детьми, имеющими среднюю и тяжелую степень ДЦП, занятия проводятся индивидуально. В первую очередь необходимо развивать реакции выпрямления и равновесия. Целью реализации программы является содействием двигательной деятельности, способствующей физической и социальной реабилитацией обучающихся с НОДА, формирование осознанного отношения к своим возможностям и потребностям в систематических занятиях физическими упражнениями и осуществлении здорового образа жизни.

Адаптированная основная общеобразовательная программа – это общеобразовательная программа, адаптированная для этой категории обучающихся с учетом особенностей их психофизического развития,

индивидуальных возможностей, и обеспечивающая коррекцию нарушений развития и социальную адаптацию.

Цель программы: Обеспечение доступной образовательной среды в школе на старшей ступени для выстраивания образовательного пространства, адекватного старшему школьному возрасту через создание условий для социального образовательного самоопределения старшеклассника с нарушениями опорно-двигательного аппарата (далее - НОДА), для получения школьниками с ОВЗ качественного современного образования, позволяющего выпускнику занимать осмысленную, активную и деятельную жизненную позицию, поступить и успешно обучаться на протяжении всей жизни в выбранном направлении.

Основные задачи программы - формирования общей культуры, духовно-нравственного, гражданского, социального, личностного и интеллектуального развития, развития творческих способностей, сохранения и укрепления здоровья;

- обеспечения планируемых результатов освоения АООП СОО обучающимися с НОДА по освоению целевых установок, приобретению знаний, умений, навыков, компетенций и компетентностей, определяемых личностными, особыми образовательными потребностями;

- развития личности обучающегося с НОДА в её индивидуальности, самобытности, уникальности и неповторимости с обеспечением преодоления возможных трудностей сенсорно-перцептивного, коммуникативного, двигательного, личностного развития, обусловленных негативным влиянием патогенного фактора, ее успешной социальной адаптации и интеграции.

Выводы. У детей с ДЦП атонически-астатической формой, кроме задержки развития и формирования таких функций, как речь, память, внимание, восприятие, наблюдается и задержка в развитии физических качеств. Это выражается в нарушении мышечного тонуса, общей моторики, неразвитости функций равновесия, координации и т.д. Поэтому необходимо уделять особое внимание своевременному развитию быстроты, силы,

ловкости и координации в младшем школьном возрасте. Практика адаптивного физического воспитания располагает огромным арсеналом методов и средств направленных на реабилитацию детей с ДЦП и их особенностей.

Основными задачами адаптивного физического воспитания являются стимуляция общего физического развития ребенка и коррекция его двигательных нарушений. Занятия должны быть разнообразными и интересными, чтобы мотивировать ребенка активно участвовать в них. Основное внимание обращается на совершенствование игровых действий и выполнение игровых правил в дидактических и подвижных играх и упражнениях.

Список литературы:

1. Бадалян, Л.О. Детские церебральные параличи: Метод. пособие / Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба, О. В. Тимонина. - М., 1988. - 325 С. -ISBN 5-311-00052-X. – Текст : электронный / URL: 243516063 Детские Церебральные Параличи Бадалян Л О Журба Л Т Тимонина О В Pdf : Free Download, Borrow, andStreaming : Internet Archive

2. Литош, Н.Л. Адаптивная физическая культура. Психологическая-педагогическая характеристика детей с нарушениями в развитии: Учебное пособие/ Литош Н.Л. - Москва: “СпортАкадемПресс”, 2002. -140 С. ISBN: 5-8134-0080-X. – Текст: непосредственный.

3. Примерная адаптированная основная образовательная программа дошкольного образования для детей раннего и дошкольного возраста с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Текст: электронный. // URL: https://fgosreestr.ru/

4. Частные методики адаптивной физической культуры: Учебное пособие /Под ред. Л. В. Шапковой. — М.: Советский спорт, 2003. ISBN 5-85009-743-0.Текст:электронный// URL:https://fgosovz24.ru/assets/files/usloviya-

realizacii/metod-kopilka/shapkova-l.v.-chastnye-metodiki-adaptivnoj-fizicheskoj-kultury.pdf?ysclid=lwg2utsse3495259458

5. Шамарин, Т. Г. Возможности восстановительного лечения детских церебральных параличей. – Элиста, “Джангар”, 1999. -167 С.- ISBN 5-7102-0269-Х. Текст: непосредственный.

Плющева Н.С., старший преподаватель кафедры ТиМ АФК
Доклова Е.В., студент кафедры ТиМ АФК
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО «УралГУФК», г. Екатеринбург, Россия

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ АТОНИЧЕСКИ – АСТАТИЧЕСКАЯ ФОРМА

Аннотация. Статья посвящена проблеме детского церебрального паралича у детей младшего школьного возраста атонически – астатической формы. В статье рассматривались причины проявления детского церебрального паралича, характеристика детского церебрального паралича атонически-астатической формы, особенности психофизического развития детей младшего школьного возраста с церебральным параличом атонически – астатической формы. Выявлена необходимость использования методов адаптивного физического воспитания детей младшего школьного возраста с ДЦП атонически – астатической формы.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, атонически-астатическая форма; адаптивное физическое воспитание; физические упражнения.

Актуальность. В настоящее время проблема реабилитации детей-инвалидов в нашей стране является одной из ключевых проблем. Инвалидность детей, связанная с нарушением опорно-двигательного аппарата, составляет значительный удельный вес в структуре инвалидности в

целом. При этом ведущее место среди подобного рода нарушений занимает детский церебральный паралич [1].

Согласно мировой статистике, детский церебральный паралич встречается с частотой 1,7-7 случаев на 1000 детей до года. В России этот показатель по различным данным составляет 2,5-6 случаев на 1000 детей. Среди недоношенных детей заболеваемость ДЦП в 10 раз выше среднестатистической. По данным последних исследований около 40-50% детей с ДЦП появились на свет в результате преждевременных родов.

Адаптивное физическое воспитание (далее - АФВ) – компонент адаптивной физической культуры (далее - АФК), удовлетворяющий потребности индивида с отклонением в состоянии здоровья. АФК представляет собой одну из форм общей физической культуры, которая включает в себя комплекс спортивно – оздоровительных мероприятий и упражнений, ориентированных на работу по реабилитации и адаптации детей с ДЦП в современном обществе и общем укладе их самостоятельности жизнедеятельности. Основной целью адаптивного физического воспитания выступает укрепление здоровья, коррекция и дальнейшее развитие двигательной и коммуникативной деятельности у детей с ДЦП, а также оказание помощи в их самореализации и социализации.

Для многих детей инвалидов АФВ является единственным способом «разорвать» замкнутое пространство, войти в социум, приобрести новых друзей, получить возможность для общения, полноценных эмоций, познания мира и т.д. и т.п. Именно здесь, зачастую впервые в своей жизни, они познают радость движения, учатся побеждать и достойно переносить поражения, осознают счастье преодоления себя.

Цель исследования: Анализ содержания физического воспитания детей младшего школьного возраста с церебральным параличом атонически – астатической формы.

Результаты исследования. Термин «детские церебральные параличи» объединяет группу заболеваний, являющихся следствием повреждения

головного, а иногда и спинного мозга, возникающих во время внутриутробного развития плода, во время родов или в раннем послеродовом периоде.

В родах причиной повреждения центральной нервной системы является асфиксия и нарушение мозгового кровообращения. Одной из причин патологии нервной системы является иммунологическая несовместимость матери и плода, наблюдающаяся, в частности, при резус-конфликте.

Основными причинами заболевания ДЦП являются гипоксия плода, интоксикация плода, хромосомные нарушения, травмы во время беременности, нарушения питания, стрессовых состояний, наличия у матери хронических заболеваний сердечно-сосудистой и эндокринной систем или вредных привычек (алкоголизм, наркомания, курение) и т.д [3,4].

Атонически-астатическая форма отличается от прочих разновидностей ДЦП тем, что мышечный тонус у больных не повышен, а понижен, при этом движения сохранены, но их координация нарушена. Такие больные очень поздно приобретают способность стоять и ходить. Речь бывает нарушена в 60% случаев, а изменения со стороны психики (дебильность или имбецильность) имеют место лишь в 55%.

Рассмотрим эту форму ДЦП более подробно. Здесь мы имеем дело с поражением мозжечка, вместе с которым бывают поражены и лобные доли мозга. У больных настолько понижен мышечный тонус, что они не могут сохранять равновесие не только во время ходьбы, но и в состоянии абсолютного покоя. У них нарушена координация движений, отмечается гиперметрия (увеличение амплитуды движения) и выраженное дрожание конечностей. Больные не могут удерживать вертикальное положение. Способностью удерживать и контролировать голову, сидеть, стоять и ходить они овладевают очень медленно либо не овладевают вовсе. Очень ярко выражена невозможность координации движений. В горизонтальном положении, мышечный тонус у ребенка резко снижен, при этом в верхних

конечностях он выше, чем в нижних. (прищуривание глаз, причмокивание, пожимание плечами и т. п.).

По достижении 6-8-летнего возраста дети начинают стоять, но они могут это делать лишь очень короткое время и при наличии поддержки либо опоры. При этом, наблюдается повышенное напряжение ног. Лишенный поддержки ребенок сразу падает, его руки не проявляют защитную реакцию, а туловище не совершает движений, направленных на сохранение равновесия.

Дети падают даже при легком толкании. Ходить самостоятельно такие больные начинают только после 7-9 лет или не ходят вовсе, при этом они широко расставляют ноги, а походка отличается отсутствием ритмичности и слабой устойчивостью. Падают такие дети очень часто, их руки совсем не участвуют в реакциях, направленных на поддержание равновесия. Естественно, преодолевать большие расстояния, больные атонически-астатической формой ДЦП не могут. Чаще всего, для них бывает крайне трудно научиться обслуживать себя самостоятельно, поскольку они страдают от повышенного тремора рук.

На занятиях по АФК с детьми с ДЦП атонически-астатической формой используются физические упражнения, которые направлены на укрепление мышц, увеличение подвижности в суставах верхних и нижних конечностей, на координацию движений, равновесие с использованием прикладных, дыхательных общеразвивающих упражнений скоростно-силового характера, корригирующих порочные позы и деформации, а также улучшающие функционального состояние опорно-двигательного аппарата и кардио-респираторной системы.

Упражнения выполняются в различных положениях - стоя, сидя, лежа. Также очень полезны упражнения с передвижением на четвереньках и на коленях, с их помощью устраняются тонические рефлексы.

Развитию координации способствуют упражнения, в которых задействованы руки и ноги. Эти упражнения выполняются на месте и в

движении, с открытыми и закрытыми глазами, а также с изменением ритма и темпа выполнения.

Также в занятия АФК можно включать различные танцевальные упражнения, упражнения на равновесие (к примеру, ходьба по начерченной на полу линии, ходьба по гимнастической скамейке, ходьба между мячами и булавами и др.), можно проводить разные эстафеты с мячами, кубиками, можно выполнять упражнения с элементами баскетбола (например, бросание мяча в корзину) [5].

При атонически-астатической форме ДЦП, для детей младшего школьного возраста, кроме упражнений, способствующие улучшению координации, вырабатывающие равновесие, также рекомендуются упражнения на сопротивление и упражнения для языка и мимической мускулатуры.

Необходимо учитывать тот факт, что дети с ДЦП устают значительно быстрее, поэтому очень важно включать в занятия упражнения на расслабление, делать отдых, когда это необходимо. Рекомендуется также дополнять упражнениями, а сами упражнения и игры по возможности сопровождать музыкой.

В занятия с детьми ДЦП атонически-астатической формы в младших классах необходимо включать различные игры: подвижные, малоподвижные, эстафеты, элементы спортивных игр и т.д.

Успех адаптивного физического воспитания детей с ДЦП напрямую зависит от выбранных преподавателем методов и средств для конкретного больного ребенка, а также от четкого соблюдения графика занятий, поддерживания режима дня. Однако необходимо отдавать себе отчет в том, что процесс восстановления будет длительным и достаточно сложным.

Вывод. ДЦП - органическое поражение мозга, которое возникает в периоде внутриутробного развития, в родах или в периоде новорожденности. Оно сопровождается двигательными, речевыми и психическими нарушениями.

Для детей с церебральным параличом, характерны отклонения в психическом развитии. Механизм этих нарушений сложен и определяется как временем, так и степенью, и локализацией мозгового поражения.

Атонически-астатическая форма отличается от прочих разновидностей ДЦП тем, что мышечный тонус у больных не повышен, а понижен, при этом движения сохранены, но их координация нарушена. Такие больные очень поздно приобретают способность стоять и ходить. Речь бывает нарушена в 60% случаев, а изменения со стороны психики (дебильность или имбецильность) имеют место лишь в 55%.

Адаптивная физическая культура является составной частью образовательного процесса обучающихся детей с церебральным параличом. Она решает образовательные, воспитательные, коррекционно-развивающие и лечебно-оздоровительные задачи. Физическое воспитание рассматривается и реализуется комплексно, и находится в тесной связи с умственным, нравственным, эстетическим, трудовым обучением; занимает одно из важнейших мест в подготовке этой категории обучающихся к самостоятельной жизни, производительному труду, воспитывает положительные качества личности, способствует социальной интеграции школьников в общество.

Список литературы.

1. Бадалян, Л. О. Невропатология / Л. О. Бадалян. - М.: Издательский центр «Академия», 2000. – 384 с. – ISBN: 57695-1404-3. – Текст: непосредственный.

2. Евсеев, С. П. Адаптивная физическая культура / С. П. Евсеев, Л. В. Шапкова / Учебное пособие. — М.: Советский спорт, 2000. – 166 с. – ISBN: отсутствует – Текст: непосредственный.

3. Ефименко, Н. Н. Содержание и методика занятий физкультурой с детьми, страдающими церебральным параличом / Н. Н. Ефименко, Б. В. Сермеев. — М.: Советский спорт, 1991. – 55 с. – ISBN: отсутствует – Текст: непосредственный.

4. Манелис, Н. Г. Обучение и социальная адаптация детей с тяжелыми формами развития / Н. Г. Манелис, А. В. Хаустов, О. О. Григорян, Е. Л. Агафонова, И. А. Костина, Манелис, Н. Г., Хаустов, А. В., Григорян, О. О., Агафонова, Е. Л., Костина, И. А., М. С. Гончаренко, А. И. Козорез. - Методическое пособие для родителей - Москва, 2006. – 108 с. – ISBN: 978-5-534-11112-5. – Текст: непосредственный.

5. Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, утвержденный Приказом Министерства образования и науки РФ от 19 декабря 2014 г. №1598. – М. 2014. Текст: электронный // Гарант [сайт]. – URL: https://www.base.garant.ru и (дата обращения: 13.11.2024)

6. Нарушение опорно-двигательного аппарата у детей: Учебное пособие/ Н. Л. Черная, 2007. – 160 с. – ISBN: 532-5-534-13332. – Текст: непосредственный.

Плющева Н.С., старший преподаватель кафедры ТиМ АФК
Долгошеева П.С., студент кафедрыТиМ АФК
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО «УралГУФК», г.Екатеринбург, Россия.

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Аннотация: Гиперкинетическая форма ДЦП характеризуется появлением непроизвольных движений, гиперкинезов, которые проявляются в различных частях тела, чаще им подвержены пальцы ног, рук, мышц лица и шеи. Из-за отсутствия точной координации может быть нарушен захват, что делает таких пациентов маломобильными в быту. В статье представлен анализ влияния гидрореабилитации как средства сглаживания гиперкинезов у

детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом гиперкинетической формы.

Ключевые слова: гидрореабилитация, детский церебральный паралич, гиперкинезы.

Актуальность. В 2022 году Министерство здравоохранения России опубликовало такую статистику: частота детского церебрального паралича среди доношенных детей составляет 2,2–3,3 случаев на 1000 новорожденных; среди недоношенных — 9–24 на 1000. Дети, имеющие ограниченность движений на суше, в водной среде начинают активнее двигать ногами и руками, развивая свои самостоятельные двигательные навыки и укрепляя опорно-двигательный аппарат поэтому гидрореабилитация является одним из эффективнейших видов адаптивного физического воспитания.

Цель исследования: Коррекция двигательных нарушений детей младшего школьного возраста с гиперкинетической формой детского церебрального паралича в процессе занятий гидрореабилитацией.

Результаты исследования. Детский церебральный паралич (ДЦП) – это комплекс специфических двигательных нарушений, возникших в результате поражения центральной нервной системы ребенка в процессе внутриутробного развития, во время родов или в первые 1-2 года жизни. Примерно в четверти случаев детский церебральный паралич имеет гиперкинетическую форму, связанную с повреждением подкорковых структур.

Главный признак данной формы — непостоянство мышечного тонуса (он бывает то повышенным, то сниженным, то нормальным), в результате наблюдается размашистость, неловкость движений рук и ног; отмечаются трудности с захватом предметов (страдает координация движений); возможны расстройства речи, слуха, зрения (в том числе косоглазие); часто бывает затруднено глотание, наблюдается слюнотечение; отмечается эмоциональная лабильность; большая часть больных имеет дефицит массы тела.

Гиперкинетическая форма характеризуется преимущественным поражением структур стриопаллидарной системы. Мышечный тонус изменчив, часто колеблется между гипотонией и нормотонией. На этом фоне возникают перемежающиеся мышечные спазмы, приступы повышения мышечного тонуса по пластическому типу. Активные движения в таких случаях неловкие, сопровождаются излишними двигательными реакциями преимущественно атетоидного характера, при этом гиперкинезы могут быть преимущественно в дистальных или проксимальных отделах конечностей, мышцах шеи, в мимической мускулатуре. Гиперкинезы возможны по типу атетоза, хореоатетоза, хореи, торсионной дистонии. Часто наблюдаются расстройства речи (подкорковая дизартрия). Психическое развитие страдает меньше, чем при других формах детского церебрального паралича. Эта форма детского церебрального паралича обычно обусловлена иммунной несовместимостью крови плода и матери [2,5].

Адаптированная образовательная программа (далее АОП) – это образовательная программа, адаптированная для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и при необходимости обеспечивающая коррекцию нарушений развития и социальную адаптацию указанных лиц.

Коррекционно-развивающая область учебного плана для обучающихся с НОДА с легкой умственной отсталостью(интеллектуальными нарушениями) (вариант 6.3) включает занятия по программе коррекционной работы и коррекционные курсы: «Основы коммуникации», «Психомоторика и развитие познавательной деятельности», «Логопедия», «Двигательная коррекция (плавание)», также проведения индивидуальных и подгрупповых занятий со специалистами службы психолого-педагогического и социального сопровождения, индивидуальные занятия: ЛФК, плавание, логопедические занятия, индивидуальные и групповые занятия по коррекции когнитивных

функций. Коррекционно-развивающая область реализуется в систему фронтальных, групповых и индивидуальных занятий.

Группы комплектуются с учетом однородности и выраженности речевых, двигательных и других нарушений. Продолжительность групповых и индивидуальных занятий до 25 - 30 минут, занятий по ЛФК - до 40 минут. Ежедневно занятия физкультурой чередуются с другими учебными предметами.

Индивидуальные занятия по адаптивной физической культуре и ЛФК обеспечивают индивидуальную коррекцию двигательных нарушений обучающихся. Количество часов на каждого обучающегося определяется на основе медицинских рекомендаций в зависимости от тяжести двигательного нарушения (от 2 до 5 часов в неделю) [1].

Так как работа с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата включает различные виды физической культуры, мы подробно рассмотрим один из них. Гидрореабилитация — это комплекс упражнений в воде, направленных на укрепление, развитие, коррекцию физических функций организма.

В результате водных упражнений:

- укрепляется опорно-двигательный аппарат, задействуются мышцы всего тела, суставы получают полную амплитуду движения;
- нормализуется тонус мышц;
- в воде снимается давление с позвоночника и суставов;
- нормализуется нервная система;
- происходит обучение ходьбы и плавания, и чувства своего тела;
- адаптация к воде, уходит страх воды;
- развивается сердечно-сосудистая и дыхательная системы;
- формируются новые двигательные навыки.

Занятия в воде незаменимы для детей с детским церебральным параличом. В воде ребенку проще совершать движения в их полной амплитуде, уходит зажатость, снимается болевой синдром. Ребенок может

расслабиться, движения приобретают плавность, что улучшает двигательные способности и координацию движений на суше. У детей с детским церебральным параличом очень часто тяжелое прерывистое дыхание. В воде снимается давление на грудную клетку, легкие расправляются, ребенок может сделать глубокий вдох. Также глубокое дыхание – профилактика респираторных заболеваний.

Дети, имеющие ограниченность движений на суше, в водной среде начинают активнее двигать ногами и руками, развивая свои самостоятельные двигательные навыки и укрепляя опорно-двигательный аппарат.

Как результат гидрореабилитации: укрепление мышечного корсета, снятие зажимов и боли, увеличение выносливости и развитие координации движений. И конечно же занятия в воде эффективно укрепляют иммунитет, что важно для каждого ребенка, а также дарят детям массу положительных эмоций, улучшают настроение, социализируют и развивают коммуникативные навыки, что также очень важно для реабилитации [3].

Особенности обучения плаванию детей с поражением опорно-двигательного аппарата:

Процесс обучения подразделяется на 4 этапа:

- подготовительный;
- обучение плаванию;
- самостоятельное плавание;
- совершенствование плавания.

Методика обучения плаванию детей с легкой и средней степенью поражения ОДА основана на методике обучения плаванию здоровых детей.

Основные задачи на этапе начального обучения плаванию: научить правильно спускаться в воду; ритмично дышать; правильно ложиться на воду и вставать; правильному положению тела на спине и на груди; перевороту со спины на грудь и обратно; скольжению на спине и на груди; работе ног и рук на спине и на груди в сочетании с дыханием.

Следует обратить особое внимание, что на занятиях в бассейне возможны опасные ситуации, к формированию которых при обучении плаванию ребенка с тяжелой формой детского церебрального паралича приводят:

- неожиданные спонтанные повороты головы ребенка и ее удары о твердую поверхность - стенку бассейна, голову или руку тренера, плавательную доску;
- «свисание головы» ребенка и неожиданные «захлебы» от кивка головы вниз в воду;
- нележание на животе с выпрямленным туловищем и конечностями
- его спонтанное погружение в воду;
- состояние возбуждения или наличие тревоги у тренера, ученика;
- влияние на организм ребенка несоответствующей температуры воды;
- быстрые и отрывистые движения при хореическом гиперкинезе;
- сжатые в кулак пальцы рук;
- ноги, согнутые в тазобедренном и коленном суставах;
- стопы ног, которые находятся в подошвенном сгибании и повернуты вовнутрь;
- его спонтанное погружение в воду;
- состояние возбуждения или наличие тревоги у тренера, ученика;
- влияние на организм ребенка несоответствующей темпера-
- быстрые и отрывистые движения при хореическом гиперкинезе;
- сжатые в кулак пальцы рук;
- ноги, согнутые в тазобедренном и коленном суставах;
- стопы ног, которые находятся в подошвенном сгибании и поверну в вовнутрь
- паркинсоноподобный тремор;
- размашистые, бросковые движения руками и ногами по траектории с большой амплитудой.

Методика проведения занятий по гидрореабилитации

Занятия по гидрореабилитации в бассейне желательно проводить 2-3 раза в неделю, в дневное время, длительностью 30-45 минут, индивидуально, с учетом всех особенностей организма занимающегося [4].

Выводы. Гиперкинетическая форма характеризуется преимущественным поражением структур стриопаллидарной системы. Мышечный тонус изменчив, часто колеблется между гипотонией и нормотонией. На этом фоне возникают перемежающиеся мышечные спазмы, приступы повышения мышечного тонуса, но пластическому типу. В результате наблюдается размашистость, неловкость движений рук и ног; отмечаются трудности с захватом предметов (страдает координация движений); возможны расстройства речи, слуха, зрения (в том числе косоглазие); часто бывает затруднено глотание, наблюдается слюнотечение; отмечается эмоциональная лабильность; большая часть больных имеет дефицит массы тела.

Занятия в воде незаменимы для детей с детским церебральным параличом. В воде ребенку проще совершать движения в их полной амплитуде, уходит зажатость, снимается болевой синдром. Ребенок может расслабиться, движения приобретают плавность, что улучшает двигательные способности и координацию движений на суше. У детей с детским церебральным параличом очень часто тяжелое прерывистое дыхание. В воде снимается давление на грудную клетку, легкие расправляются, ребенок может сделать глубокий вдох. Также глубокое дыхание – профилактика респираторных заболеваний.

Список литературы:

1. Адаптированная основная образовательная программа начального общего образования для обучающихся с нарушением опорно – двигательного аппарата с легкой умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), (вариант 6.3), от 31 августа 2023 года. Текст: электронный// URL: https://31everest.uralschool.ru/

2. Бадалян Л.О. Детские церебральные параличи: Метод. Пособие / Л.О.Бадалян, Л.Т.Журба, О.В.Тимоника. – М.,1988. – 325 С. – ISBN 5-311-00052

3. Добрынина Е.А. Физическая реабилитация детей с ДЦП/ Е.А.Добрынина// Вестник науки и образования. 2018. – Т.1 №4 – (40). – С.109-110.

4. Светлакова М.В., Гидрореабилитация в системе адаптивной физической культуры: учеб. Пособие/ М.В.Светлакова, И.Ю.Сазонов, Н.В.Волнистова и др.; под общ.ред. М.В.Светлаковой. – Екатеринбург: Изд – во Урал. Ун-та, 2018. – 142с.

5. Петрухин А.С., Бобылова М. Ю. Детская неврология. / А.С.Петрухин, М.Ю.Бобылов// Учебник. В 2-х томах. ГЭОТАР-Медиа. 2018. – 34С.

Репина А.И, к.п.н, доцент
Калинин Д.Д, студент кафедры ТиМ АФК,
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО “УралГУФК”, г. Екатеринбург

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ (ДВОЙНАЯ ГЕМИПЛЕГИЯ)

Аннотация. Статья посвящена проблеме детского церебрального паралича у детей старшего дошкольного возраста с двойной гемиплегией. В статье рассматривались причины, проявления детского церебрального паралича, особенности психофизического развития детей старшего дошкольного возраста с детским церебральным параличом с двойной гемиплегией. Проведен анализ адаптивного физического воспитания детей старшего дошкольного возраста с детским церебральным параличом.

Ключевые слова: двойная гемиплегия, детский церебральный паралич, адаптивное физическое воспитание.

Актуальность. По данным К.А. Семеновой, ДЦП составлял в России в 1962 г. – 0,4 на 1000 детского населения, в 1972 г. – 1,72, в 1982 г. – 5,6, а в 1992 г. – 9 на 1000 детского населения. ДЦП описан еще в трудах Гиппократа и К. Галена. Однако основоположником изучения проблемы церебральных параличей является английский хирург – ортопед Литтль. Для детей с ДЦП характерны свои особенности двигательного и психического развития. В своей работе, посвященной изучению проблемы развития детей с ДЦП, Мастюкова Е.М. отмечает, что «у детей с церебральным параличом развитие двигательных функций нарушено, начиная с периода новорожденности. В основе этих нарушений - запаздывание в угасании безусловных рефлекторных двигательных автоматизмов, среди которых наибольшее значение имеют так называемые позотонические рефлексы».

Цель исследования: Анализ адаптированной основной образовательной программы для детей старшего дошкольного возраста с детским церебральным параличом (двойная гемиплегия)

Результат исследования: Детский церебральный паралич – это термин, используемый для описания нескольких синдромов, вызванных повреждениями или аномальным развитием головного мозга, которые происходят вследствие разных причин на ранних стадиях внутриутробного развития – до родов, во время родов или же сразу после рождения. ДЦП влияет на движения тела, координацию и контроль мышц, мышечный тонус, рефлексы и т.д. ДЦП также может привести к другим проблемам со здоровьем, включая нарушения психики, зрения, речи, слуха, сложности в обучаемости ребенка, судорожный синдром и т.д.

Причины развития ДЦП могут быть разными. Принято выделять пренатальные, перинатальные и постнатальные факторы, которые имеют отношение к происхождению ДЦП.

К пренатальным факторам относят:

– соматические заболевания матери (заболевания сердечно-сосудистой системы, эндокринной системы, инфекционные заболевания, особенно вирусные);

– наличие вредных привычек (алкоголизм, табакокурение, наркомания);

– наличие прямого повреждающего фактора (физические травмы плода, ушибы плода);

– физические факторы (перегревание, переохлаждение, вибрационное воздействие);

– лекарственные препараты, обладающие токсичностью на ЦНС;

– резус-конфликт матери и плода;

экологические факторы (проживание в экологически неблагополучных регионах).

К постнатальным факторам относят:

– недоношенность (вес ребенка менее 1500 гр);

– микроцефалия;

– водянка головного мозга;

родовые травмы головного мозга.

Двойная гемиплегия (тетрапарез) – является самой тяжелой формой ДЦП. Клинические симптомы, в зависимости от степени выраженности, начинают проявляться в возраст от нескольких недель до года. Зачастую, родители достаточно быстро реагируют на симптомы, что облегчает дальнейшую диагностику и лечение. При данной форме поражаются все четыре конечности, но руки, как правило, поражены в большей степени, чем ноги. Поражение интеллекта отмечается в 90% случаев, 50-75% имеют микроцефалию (уменьшенный размер черепа), в 40% случаев наблюдаются поражения черепно-мозговых нервов, таких как атрофия зрительного или слухового нерва. Дети с данной формой ДЦП зачастую, имеют проблемы с глотанием и пережевыванием пищи, что создает возможность асфиксии.

Прогноз при данной форме крайне неблагоприятен ни для работоспособности, ни для жизни. Данная форма плохо поддается лечению даже в начале заболевания.

Зиглинда Мартин отмечает, что «Задержка двигательного развития может обнаружиться у некоторых детей уже в течение первого года жизни. Они позже своих сверстников начинают держать голову, играть своими ручками, переворачиваться, садиться, вставать или ходить. Нарушения познавательной деятельности у детей с ДЦП имеют специфические особенности. Среди них: неравномерное и дисгармоничное развитие некоторых психических функций; выраженные астенические проявления (нарушение нервно-психических процессов и повышенная утомляемость); недостаточный уровень знаний и представлений об окружающем мире. Ребенок с ДЦП не имеет понятия о многих процессах, происходящих в окружающем мире и социальной сфере. Зачастую дети способны понять лишь то, что было в их практическом опыте. Происходит это, чаще всего, из-за недостатка общения, связанного с различными трудностями в передвижении, или вынужденной изоляции, вследствие тяжести имеющегося дефекта.

Важной предпосылкой успешности воспитания детей с ДЦП (и физического воспитания, в частности) является совмещение педагогических и лечебных воздействий с учетом не только двигательных, но и других осложняющих расстройств.

Адаптированная основная общеобразовательная программа для обучающихся с НОДА и ТМНР учитывает особенности их психофизического развития, индивидуальные возможности, особые образовательные потребности, обеспечивает комплексную коррекцию нарушений развития и социальную адаптацию.

Целью реализации АООП НОО для обучающихся с НОДА и ТМНР является формирование общей культуры, обеспечивающей разностороннее развитие их личности (нравственное, социальное, интеллектуальное,

физическое), в соответствии с принятыми в семье и обществе нравственными и социокультурными ценностями.

Деятельностный подход основывается на теоретических положениях отечественной психологической науки, раскрывающих основные закономерности процесса обучения и воспитания обучающихся, структуру образовательной деятельности с учетом специфики развития детей с нарушенным развитием.

Выводы: Детский церебральный паралич – это термин, используемый для описания нескольких синдромов, вызванных повреждениями или аномальным развитием головного мозга, которые происходят вследствие разных причин на ранних стадиях внутриутробного развития – до родов, во время родов или же сразу после рождения. Основной причиной ДЦП является недостаточность обеспечения мозга плода кислородом - гипоксия. Другими частыми причинами являются преждевременные роды, оперативные роды по экстренному показаниям, затяжные и стремительные роды. Выделяют следующие формы ДЦП: спастическая диплегия; гемиплегическая форма; двойная гемиплегия; гиперкинетическая форма; атонически-астатическая форма; смешанная форма;

Дети старшего дошкольного возраста, с двойной гемиплегией испытывают цепные установочные выпрямительные рефлексы могут не развиться вообще. Произвольная моторика резко нарушена, дети не сидят, не стоят, не ходят, функция рук не развита. Речевые нарушения грубые, по принципу анартрии, в 90% умственная отсталость, в 60% судороги, дети необучаемы. Прогноз двигательного, речевого и психического развития неблагоприятный.

Адаптированная основная общеобразовательная программа для обучающихся с НОДА и ТМНР учитывает особенности их психофизического развития, индивидуальные возможности, особые образовательные потребности, обеспечивает комплексную коррекцию нарушений развития и социальную адаптацию. Деятельностный подход основывается на

теоретических положениях отечественной психологической науки, раскрывающих основные закономерности процесса обучения и воспитания обучающихся, структуру образовательной деятельности с учетом специфики развития детей с нарушенным развитием.

Список литературы.

1. Адаптированная основная общеобразовательная программа начального общего образования для обучающихся с нарушениями опорно – двигательного аппарата с умеренной, тяжелой, глубокой умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), тяжелыми и множественными нарушениям развития. Текст: электронный. //URL: https://31everest.uralschool.ru/

2. Завьялова, Т. П. Теория и методика физического воспитания и развитие ребенка дошкольного возраста: учебное пособие для среднего профессионального образования / Т. П. Завьялова, И. В. Стародубцева. — 2-е изд., стер. — Москва: Издательство Юрайт, 2024. — 282 с. — (Профессиональное образование). — ISBN 978-5-534-16579-1. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/542427

3. 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

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

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

Репина А.И., к. п. н., доцент.
Кандыба Е.А., студент кафедры ТиМ АФК,
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО «УралГУФК», г. Екатеринбург.

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ (СПАСТИЧЕСКАЯ ДИПЛЕГИЯ)

Аннотация: В статье освещена тема адаптивного физического воспитания детей с детским церебральным параличом (спастическая диплегия). Дети старшего дошкольного возраста, со спастической формой испытывают двигательный дефицит, что, несомненно, отрицательно влияет на их развитие, т.к. нормальному развитию присуща очень большая потребность в движениях.

Ключевые слова: детский церебральный паралич (ДЦП), спастическая диплегия, двигательные нарушения, адаптивное физическое воспитание, социализация.

Актуальность. По данным ВОЗ, детей с диагнозом ДЦП рождается с каждым годом все больше. К сожалению, в наши дни число детей с умственными и физическими ограничениями постоянно возрастает. Этому способствует ряд неблагоприятных социальных, экономических, экологических и других факторов. В России по статистике детский церебральный паралич составляет 2,5-6 случаев на 1000 детей. Среди недоношенных детей детский церебральный паралич встречается в 10 раз выше среднестатистической. Адаптивное физическое воспитание является важной частью общей системы воспитания и обучения детей с церебральным параличом.

Цель исследования: анализ адаптированной основной образовательной программы для детей старшего дошкольного возраста с детским церебральным параличом (спастическая диплегия).

Результат исследования. Детский церебральный паралич (ДЦП) – это тяжелое заболевание головного мозга, сопровождающееся психомоторными нарушениями и сопровождающееся двигательными, речевыми и психическими нарушениями. Ведущими являются двигательные нарушения. 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 [3].

Причины спастической диплегии:

- хроническое кислородное голодание плода;
- нарушения кровоснабжения плода (патологии сосудов или плаценты);
- инфекционные заболевания мамы во время беременности;
- вредные привычки будущей мамы;
- приём запрещённых лекарств и антибиотиков;
- резус-конфликт матери и ребёнка.

Спастическая диплегия формируется в результате поражения прецентральной извилины, дающей начало пирамидным путям, обеспечивающим двигательную функцию. В 30-40% случаев сочетается с поражением черепно-мозговых нервов. Развитие патологических изменений в указанных церебральных структурах происходит преимущественно по ишемически-гипоксическому механизму на фоне незрелости мозговых тканей вследствие недоношенности. Основное патогенетическое звено — гипоксия плода во внутриутробном периоде или в процессе родов (асфиксия, родовая травма). Головной мозг является наиболее чувствительной к гипоксии структурой организма человека, патологические изменения в нём развиваются уже через несколько минут кислородного голодания [2].

Спастическая диплегия – наиболее распространенная форма ДЦП, характеризуется тетрапарезом, нарушение работы мышц рук и ног, при этом в большей степени страдают ноги, и ребенок испытывает проблемы с ходьбой различной степени выраженности. Поражение рук также

вариабельно от неловкости при выполнении движений до выраженных ограничений движений. Первые клинические проявления невролог может выявить с 4-6 месяцев, в виде задержки угасания врожденных рефлексов, а также нарастании мышечного тонуса. Речевые нарушения отмечаются в 80% случаев в виде дизартрии, дислалии и т. д., снижение интеллекта в 30-50% случаев [5].

Поскольку при ДЦП ведущим дефектом являются двигательные нарушения, определяющие специфику психического развития детей, рассмотрим особенности формирования двигательной сферы при этой патологии. Особенностью двигательных нарушений при ДЦП является то, что они существуют с рождения, тесно связаны с сенсорными расстройствами, особенно недостаточностью ощущений собственных движений.

Для большинства детей характерна повышенная утомляемость. Они с трудом сосредоточиваются на задании, быстро становятся вялыми или раздражительными, при неудачах отказываются от выполнения задания. У некоторых детей в результате утомления возникает двигательное беспокойство: они начинают суетиться, усиленно жестикулировать, гримасничать; у них усиливаются насильственные движения, появляется слюнотечение. Произвольная деятельность у таких детей формируется очень медленно [6].

АФК рассматривается как часть общей культуры, подсистема физической культуры, одна из сфер социальной деятельности, направленная на восстановление, укрепление здоровья и наиболее полную реализацию физических возможностей лиц с нарушениями здоровья, в том числе с НОДА. Основными формами занятий АФК являются уроки, внеклассные, спортивные и оздоровительные мероприятия. Коррекционно-развивающие занятия проводятся с обучающимися по мере выявления педагогическим работником, педагогом-психологом, учителем-дефектологом, учителем-логопедом индивидуальных пробелов в их развитии и обучении. При

изучении индивидуальных особенностей обучающегося принимаются во внимание следующие показатели: психофизическое состояние и развитие, особенности и уровень развития познавательной сферы, особенности усвоения знаний, умений, навыков, предусмотренных программой [1].

При подготовке и проведении коррекционно-развивающих занятий учитываются индивидуальные особенности каждого обучающегося. Основными формами занятий АФК являются уроки, внеклассные, спортивные и оздоровительные мероприятия. При их проведении создаются условия для всестороннего развития личности обучающегося с НОДА, осознания своих физических возможностей, развития основных физических способностей, компенсации нарушенных функций организма и спортивного самоопределения. Методика проведения занятий по АФК имеет ряд существенных отличий, которые обусловлены спецификой заболевания обучающихся с НОДА. В предметной области "Физическая культура" в учебном плане введен предмет "Адаптивная физическая культура". Предполагается деление класса на подгруппы, так как в одном классе могут обучаться обучающиеся с разной степенью тяжести двигательных нарушений. Допустимы замены групповых занятий адаптивной физической культурой индивидуальными занятиями для обучающихся с тяжелыми двигательными нарушениями [4]. Педагогический работник в таком случае может эффективно работать по коррекции двигательных нарушений конкретного обучающегося.

Выводы. Дети старшего дошкольного возраста, со спастической формой испытывают двигательный дефицит, что, несомненно, отрицательно влияет на их развитие, т.к. нормальному развитию присуща очень большая потребность в движениях. По уровню развития интеллекта дети со спастической диплегией представляют собой крайне разнородную группу: одни из них имеют нормальный или близкий к нормальному интеллект, у других наблюдается задержка психического развития, у третьих имеет место олигофрения. Дети без отклонений в психическом, в частности,

интеллектуальном развитии встречаются относительно редко. Основным нарушением познавательной деятельности является задержкой психического развития. Сопутствующие заболевания вторичные нарушения: контрактуры и деформации; гипертензионно-гидроцефальный синдром; судорожный синдром; нарушение вегетативной нервной системы; нарушения слуха. АФК рассматривается как часть общей культуры, подсистема физической культуры, одна из сфер социальной деятельности, направленная на восстановление, укрепление здоровья и наиболее полную реализацию физических возможностей лиц с нарушениями здоровья, в том числе с НОДА. Основными формами занятий АФК являются уроки, внеклассные, спортивные и оздоровительные мероприятия.

Адаптированная образовательная программа — это образовательная программа, адаптированная для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) с учётом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей.

Список литературы.

1. Адаптированная основная общеобразовательная программа начального общего образования для обучающихся с нарушениями опорно – двигательного аппарата с легкой умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), (вариант 6.3), 2022.

2. Аксенова, Л. И. Ранняя помощь детям с ограниченными возможностями здоровья: учебное пособие для среднего профессионального образования / Л. И. Аксенова. — Москва: Издательство Юрайт, 2024. — 377 с. — (Профессиональное образование). — ISBN 978-5-534-06357-8. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/540241

3. Батышева, Т.Т. Виды и формы детского церебрального паралича / Т.Т. Батышева. – Тула, 2021. – 300 с. - ISBN 978-5-6044730-1-6. – Текст: непосредственный

4. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура в жизни людей с отклонениями в состоянии здоровья и инвалидов. Проблемы здоровья человека. Развитие физической культуры и спорта в современных условиях. / С.П. Евсеев. - Ставрополь: Изд-во СГУ, 2002. – С. 60-64, ISBN 7-8545-713-1. – Текст: непосредственный

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

6.Шипицына, Л.М: Психология детей с нарушением ОДА /., Мамайчук, И.И. - Москва: 2004. – 368 с. - ISBN 5-691-01095-6. – Текст: непосредственный

Салимов М.И., к. п. н., доцент
Карамышева К.А., студентка кафедры ТиМ АФК
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО «УралГУФК», г. Екатеринбург, Россия.

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ (ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКАЯ ФОРМА)

Аннотация: Рождение детей с церебральным параличом является одной из ведущих проблем современной медицины. Ведущую роль в лечении и реабилитации детей-инвалидов старшего дошкольного возраста занимает адаптивное физическое воспитание. Целью работы является разработка комплексов физических упражнений, направленных на коррекцию двигательных нарушений у детей старшего дошкольного возраста с ДЦП (гиперкинетическая форма). В тексте идёт речь о характеристике детского церебрального паралича, об описании психофизического развития детей старшего дошкольного возраста с ДЦП (гиперкинетическая форма), об анализ адаптированной основной общеобразовательной программы.

Ключевые слова: адаптивное физическое воспитание, детский церебральный паралич, гиперкинетическая форма, старший дошкольный возраст.

Актуальность. Рождение детей с церебральным параличом является одной из ведущих проблем современной медицины. Повышение количества случаев больных ДЦП может быть связано с неудовлетворительной экологической обстановкой и другими факторами, воздействующими на организм женщины в период вынашивания. Детские церебральные параличи (ДЦП) - относительно частое заболевание, встречающееся в среднем у двух из 1000 родившихся детей. Ведущую роль в лечении и реабилитации детей-инвалидов старшего дошкольного возраста занимает адаптивное физическое воспитание. Оно направлено на формирование: контроля произвольного вдоха-выдоха, умения самостоятельной ходьбы, сгибательно - приводящих установок верхних и нижних конечностей и развитие способности удерживать равновесие тела.

Цель исследования: Анализ адаптированной основной общеобразовательной программы детей старшего дошкольного возраста с ДЦП.

Результаты исследования. Гиперкинетическая форма детского церебрального паралича – это патология, которая характеризуется преимущественным поражением подкорковых образований при резус-конфликтной беременности. По причине поражения мышечный тонус постоянно меняется, что заставляет ребенка совершать неконтролируемые однотипные движения (гиперкинезы).

Эта форма бывает разной степени тяжести, которые в свою очередь определяются степенью выраженности симптоматики. При легкой форме организм ребенка подвергается ряду незначительных нарушений, его двигательные функции затронуты минимально. В случае средней и тяжелой формы ребенок полностью нуждается в уходе и помощи родителей или опекунов.

Гиперкинетическая форма характеризуется непроизвольными насильственными движениями типа хореи, хореического гиперкинеза, двойного атетоза (хореоатетоза) и торсионной дистонии. Речь у таких детей дизартрична, но интеллект, как правило, достаточно высок.

Гиперкинезы уменьшаются или исчезают, если ребенок спокоен или спит, а усиливаются при различных движениях, положительных и отрицательных эмоциях.

Старший дошкольный возраст – это произвольность психических процессов – внимания, памяти, восприятия и др. – и вытекающая отсюда способность управлять своим поведением, а также изменения в представлениях о себе, в самосознании и в самооценках. Появление произвольности – решающее изменение в деятельности ребенка, когда целью последней становится не изменение внешних, окружающих его предметов, а овладение собственным поведением.

Основная задача физического воспитания дошкольников 4–5 лет — развитие и улучшение моторики и координации движений. В этом возрасте дети активно изучают окружающий мир через двигательную активность, поэтому сенсомоторный опыт имеет большое значение. Развивая свою моторику и координацию движений, ребенок приобретает навыки самообслуживания, участия в игровых и спортивных мероприятиях. Для достижения этих целей необходимо организовывать специальные физические занятия для детей 4–5 лет.

Психические нарушения обусловлены ранним органическим поражением головного мозга, ограничением двигательной активности, социальных контактов, а также условиями воспитания. Нарушение познавательной деятельности проявляется в отсутствии интереса к занятиям, плохой сосредоточенности, медлительности, низкой умственной работоспособности и концентрации внимания, снижение памяти и мышления.

Адаптивное физическое воспитание – важнейшая часть общей системы физического воспитания. Основным средством являются дозированные физические упражнения. Задачи, содержание, методические приёмы на занятиях АФК связаны с планом лечения, обучения и воспитания ребенка и зависит от состояния ребенка и стойкости достигнутых результатов.

Физическое воспитание является самой важной частью общей системы воспитания, обучения и лечения детей с опорно-двигательными нарушениями. Развитие движений представляет большие сложности у детей, особенно в раннем и дошкольном возрасте, когда ребенок еще не осознает своего дефекта и не стремится к его активному преодолению. Особое внимание в занятиях гимнастикой уделяется тем двигательным навыкам, которые больше всего необходимы в жизни, а именно навыкам и умения, обеспечивающим ребенку ходьбу, предметно-практическую деятельность, самообслуживание.

Адаптированная основная общеобразовательная программа (АООП), согласно ФГОС — это программа, предназначенная для обучения детей с особенностями здоровья и развития.

Всех дошкольников с НОДА условно можно разделить на две категории, которые нуждаются в различных вариантах психолого-педагогической поддержки и создания специальных образовательных условий. Дифференциация основывается на этиологическом принципе, а именно неврологической или ортопедической патологии, обусловленной двигательными нарушениями.

Проанализирована примерная адаптированная основная образовательная программа дошкольного образования для детей раннего и дошкольного возраста с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Данная программа разработана с учетом особенностей развития и образовательных потребностей детей с НОДА, не имеющих умственной отсталости или (и) сенсорных нарушений.

Основной формой коррекционно-развивающей работы по физическому развитию дошкольников с НОДА остаются специально организованные занятия, утренняя гимнастика. Кроме этого, проводятся лечебная физкультура, массаж, различные виды гимнастик, закаливающие процедуры, подвижные игры, игры со спортивными элементами, спортивные досуги, спортивные праздники и развлечения.

Основная цель - совершенствование функций формирующегося организма, развитие двигательных навыков, тонкой ручной моторики, зрительно-пространственной координации. Важно развитие скоординированной системы межанализаторных связей, опора на все анализаторы с обязательным включением двигательно-кинестетического анализатора. Желательно опираться одновременно на несколько анализаторов (зрительный и тактильный, тактильный и слуховой). Необходимо гибкое сочетание различных видов и форм коррекционно - педагогической работы (индивидуальных, подгрупповых и фронтальных).

Развитие функциональных возможностей кистей и пальцев рук тесно связано с формированием общей моторики. При развитии функциональных возможностей кистей и пальцев руку у детей с двигательными нарушениями необходимо учитывать этапы становления моторики кисти и пальцев рук.

Выводы. Гиперкинетическая форма детского церебрального паралича – это патология, которая характеризуется преимущественным поражением подкорковых образований. По этой причине мышечный тонус постоянно меняется, что заставляет ребенка совершать неконтролируемые однотипные движения (гиперкинезы). Больные часто эмоционально неустойчивы, легко истощаемы, инертны, игровая деятельность их бедна и однообразна, эгоцентричны, не подчиняются требованиям коллектива, волевые усилия недостаточны.

Основными задачами адаптивного физического воспитания являются стимуляция общего физического развития ребенка и коррекция его двигательных нарушений. Занятия должны быть разнообразными и

интересными, чтобы мотивировать ребенка активно участвовать в них. Основное внимание обращается на совершенствование игровых действий и выполнение игровых правил в дидактических и подвижных играх и упражнениях.

Три ключевые темы занятий:

- Приобретение способности к своевременным действиям через один из видов ритмических занятий – дыхательные упражнения.
- Приобретение базовых навыков организации позы через освоение балансных реакций в положении лежа.
- Способы обхода гиперкинезов, позволяющие осваивать целенаправленные действия.

Тесное взаимодействие с родителями и всем окружением ребенка является залогом эффективности коррекционно-педагогической работы.

Методика занятий с детьми, имеющими диагноз ДЦП, опирается на такие принципы, как регулярность, систематичность и непрерывность занятий, индивидуальные физические упражнения, учитывающие общее состояние здоровья и степень заболевания занимающегося ребенка, включая его возраст, общее психическое развитие, его двигательные навыки. Также при проведении занятий для детей с ДЦП важным критерием выступает постепенное наращивание физических нагрузок.

Список литературы:

1. Бадалян, Л.О. Детские церебральные параличи: Метод. пособие / Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба, О. В. Тимонина. - М., 1988. - 325 с. -ISBN 5-311-00052-X. – Текст : электронный / URL: 243516063 Детские Церебральные Параличи Бадалян Л О Журба Л Т Тимонина О В Pdf : Free Download, Borrow, andStreaming : Internet Archive

2. Бутузова, Е.Е. Адаптивная физическая культура для детей с ДЦП / Е. Е. Бутузова, Н. В. Колесникова. Наука-2020. - 2020. №9 (45). - ISBN отсутствует. – Текст: электронный. //URL:

https://cyberleninka.ru/article/n/adaptivnaya-fizicheskaya-kultura-dlya-detey-s-dtsp

3. Мастюкова, Е.М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом: младенческий, ранний и дошкольный возраст / Е. М. Мастюкова. - Москва: Просвещение, 1991. – 156 с.ISBN 5-09-003456-7. Текст: электронный

4. Примерная адаптированная основная образовательная программа дошкольного образования для детей раннего и дошкольного возраста с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Текст: электронный. // URL: https://fgosreestr.ru/

5. Шипицына, Л.М.Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Л.М.Шипицына, И.И. Мамайчук. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2004. — 368 с.ISBN: 978-5-6910-1095-8. Текст: непосредственный.

Салимов М.И., к.п.н., доцент.
Колесникова Н.А., студент кафедры ТиМ АФК,
Екатеринбургский колледж физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО «УралГУФК», г. Екатеринбург, Россия.

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА

Аннотация: статья посвящена теме адаптивного физического воспитания детей с нарушением интеллекта. Дети с нарушением интеллекта представляют особую категорию детей с ограниченными возможностями здоровья. Для них характерны, как правило, сложные нарушения в развитии, низкие показатели обучаемости, адаптивности, здоровья в целом. На физическое развитие, двигательные способности, обучаемость и приспособляемость к физической нагрузке оказывает влияние тяжесть интеллектуального дефекта, сопутствующие заболевания, вторичные

нарушения, особенности психической и эмоционально-волевой сферы детей. Новые подходы, применяемые на занятиях АФВ и обучении детей с ограниченными возможностями здоровья, позволяют наиболее эффективно включать их в общество как полноправных членов, активно участвующих во всех сферах жизнедеятельности, освоение ими культуры и образования.

Ключевые слова: нарушение интеллекта, адаптивное физическое воспитание, умственная отсталость, олигофрения, коррекция, методы, средства.

Актуальность. В мире насчитывается более 300 млн. человек с нарушением интеллекта. По данным главного правления реабилитационной службы и специального образования МО РФ из 500 тыс. общего количества учащихся с отклонениями в развитии 60% составляют дети с нарушением интеллекта. Специалисты, занимающиеся изучением данной категории людей, определяют умственную отсталость не как болезнь, а как состояние психического недоразвития. На физическое развитие, двигательные способности, обучаемость и приспособляемость к физической нагрузке оказывает влияние тяжесть интеллектуального дефекта, сопутствующие заболевания, вторичные нарушения, особенности психической и эмоционально-волевой сферы детей. Психомоторное недоразвитие детей с легкой умственной отсталостью проявляется в замедленном темпе развития локомоторных функций, непродуктивности движений, двигательном беспокойстве и суетливости. Развитие координационных способностей у детей с нарушением интеллекта является актуальной задачей процесса адаптивного физического воспитания. Тем более, что младший школьный возраст является наиболее благоприятным (сенситивным) в отношении развития координационных способностей.

Цель исследования: анализ адаптированной основной образовательной программы для детей младшего школьного возраста с нарушением интеллекта.

Результат исследования. Умственная отсталость (малоумие, олигофрения) - врождённая или приобретённая в раннем возрасте задержка, либо неполное развитие психики, проявляющаяся нарушением интеллекта, вызванная патологией головного мозга и ведущая к социальной дезадаптации.

Детям с нарушением интеллекта характерны отставания в массе и длине тела, нарушения осанки, нарушения в развитии стопы, нарушения в развитии грудной клетки и снижение ее окружности, парезы верхних и нижних конечностей, отставания в показателях объема жизненной емкости легких, деформации черепа, дисплазии, аномалии лицевого скелета [2].

Проявляется в первую очередь в отношении разума, также в отношении эмоций, воли, речи и моторики. Наиболее распространенной классификацией детей с общим психическим недоразвитием в нашей стране является классификация, предложенная М.С. Певзнер, в соответствии с которой выделяются пять форм. Степень умственной отсталости определяется интеллектуальным коэффициентом IQ (отношением психического возраста к паспортному). В соответствии с МКБ-10 приняты следующие виды и показатели IQ:

- психическая норма – IQ 70–100;
- легкая умственная отсталость – IQ 50–69;
- умеренная умственная отсталость – IQ 35–49;
- тяжелая умственная отсталость – IQ 20–34;
- глубокая умственная отсталость – IQ 19 и ниже.

Дети с олигофренией характеризуются стойкими нарушениями всей психической деятельности, отчетливо обнаруживающимися в снижении активности познавательных процессов, особенно-словесно-логического мышления. Причем имеет место не только отставание от норм, но и глубокое своеобразие личностных проявлений и всей познавательной сферы. Таким образом, умственно отсталые дети ни в коей мере не могут быть приравнены

к нормально развивающимся детям более младшего возраста. Они иные по основным своим проявлениям [3].

Умственная отсталость в большинстве случаев имеет генетические формы. Наследственный фактор проявляется часто в несовместимости крови ребенка и крови матери, в хромосомных заболеваниях. При нормальном состоянии в каждую дочернюю клетку при делении попадает двадцать три хромосомы.

У детей с нарушением интеллекта предметная деятельность не формируется. Некоторые из них не проявляют интерес к предметам, в том числе и к игрушкам. Они вообще не берут игрушки в руки, не манипулируют с ними. У них нет ориентировки не только типа «Что с этим можно делать?», но и «Что это?». Интеллектуальный дефект у этих детей проявляется в первую очередь нарушениями мышления: тугоподвижностью, установлением главным образом частных конкретных связей, неспособностью к отвлечению [5].

На физическое развитие, двигательные способности, обучаемость и приспособляемость к физической нагрузке оказывает влияние тяжесть интеллектуального дефекта, сопутствующие заболевания, вторичные нарушения, особенности психической и эмоционально-волевой сферы детей. Психомоторное недоразвитие детей с легкой умственной отсталостью проявляется в замедленном темпе развития локомоторных функций, непродуктивности движений, двигательном беспокойстве и суетливости. Движения бедны, угловаты, недостаточно плавны. Особенно плохо сформированы тонкие и точные движения рук, предметная манипуляция, жестикуляция и мимика [4].

В основу разработки АООП заложены дифференцированный и деятельностный подходы. Дифференцированный подход предполагает учет их особых образовательных потребностей, которые проявляются в неоднородности возможностей освоения содержания образования.

Применение дифференцированного подхода к созданию образовательных программ обеспечивает разнообразие содержания, предоставляя обучающимся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) возможность реализовать индивидуальный потенциал развития. Деятельностный подход основывается на теоретических положениях отечественной психологической науки, раскрывающих основные закономерности и структуру образования с учетом специфики развития личности обучающегося с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями). Деятельностный подход в образовании строится на признании того, что развитие личности обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) школьного возраста определяется характером организации доступной им деятельности (предметно-практической и учебной) [1].

Адаптированная основная образовательная программа направлена на создание комфортных условий для обучения и развития детей с нарушением интеллекта.

Основными задачами реализации содержания адаптивной физической культуры, являются: развитие восприятия собственного тела, осознание своих физических возможностей и ограничений. Освоение доступных способов передвижения (в том числе с использованием технических средств). Соотнесение самочувствия с настроением, собственной активностью, самостоятельностью и независимостью. Формирование двигательных навыков, координации движений, физических качеств. Формирование и совершенствование основных двигательных качеств: быстроты, силы, ловкости и других. Формирование умения следить за своим физическим состоянием, величиной физических нагрузок, адекватно их дозировать. Овладение основами доступных видов спорта (легкой атлетикой, гимнастикой, лыжной подготовкой и другими) в соответствии с возрастными и психофизическими особенностями обучающихся. Коррекция недостатков познавательной сферы и психомоторного развития; развитие и

совершенствование волевой сферы. Воспитание нравственных качеств и свойств личности. Предметная область и уроки по АФВ проводятся для детей младшего школьного с нарушением интеллекта проводят не более 2 часов в неделю.

Выводы. У детей с нарушением интеллекта в школьном возрасте наблюдается крайне низкий уровень сформированности готовности к школьному обучению, недоразвитие познавательных интересов. Для успешного овладения детьми учебной деятельностью необходим индивидуальный подход, который осуществляется в коррекционно-образовательных учреждениях. Этот подход заключается в направленности обучения на коррекцию двигательных нарушений в процессе адаптивного физического воспитания, присущих школьникам с интеллектуальной недостаточностью. В ходе работы мы рассмотрели особенности физического развития детей, а также влияние двигательной активности на их общее развитие и социализацию. Особое внимание уделяется индивидуализации тренировочного процесса, использованию игровых элементов и творческих способностей.

Список литературы.

1. Адаптированная основная общеобразовательная программа обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями). Москва, 2022.

2. Власова, Т.А. Дети с отклонениями в развитии: Методическое пособие. / Т.А. Власов, М.С. Певзнер. - Москва: Владос, 2013. - 12 с. – ISBN: отсутствует. – Текст: непосредственный.

3. Горская, И.Ю. Координационные способности школьников с нарушением интеллекта / И.Ю. Горская, Т. В. Синельникова. - Омск: СибГАФК, 2011. - 79 с. – ISBN: 1-6657-245-1. – Текст: непосредственный

4. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура в жизни людей с отклонениями в состоянии здоровья и инвалидов. Проблемы здоровья человека. Развитие физической культуры и спорта в современных условиях. /

С.П. Евсеев. - Ставрополь: Изд-во СГУ, 2002. – С. 60-64, ISBN 7-8545-713-1. – Текст: непосредственный.

5. Макарова, С.А. Концепция оздоровительно-физкультурной работы среди детей с умственными и физическими ограничениями / С.А. Макарова - Москва: Просвещение, 2007. - 20 с. – ISBN: 3-8321-713-1. – Текст: непосредственный.

Плющева Н.С., старший преподаватель кафедры ТиМ АФК
Копылов Д.И., студент кафедры ТиМ АФК,
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО «УралГУФК», г.Екатеринбург, Россия.

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ ДАУНА

Аннотация: статья посвящена проблеме адаптивного физического воспитания детей с синдромом Дауна. В статье рассматриваются причины проявления данного синдрома, классификация синдрома, характеристика ребенка с синдромом Дауна, особенности физического и психического развития детей с синдромом Дауна. Была выявлена методика адаптивного воспитания и необходимость ее применения.

Ключевые слова: синдром Дауна, психофизическое развитие, физические упражнения, классификация, адаптивное физическое воспитание.

Актуальность. Синдром Дауна – генная патология, которая не зависит от качества жизни и здоровья родителей. Число людей, рожденных с синдромом Дауна, за последние пять лет выросло на 30% – сейчас их зарегистрировано около 19 тыс. пациентов. Об этом информирует статистический сборник министерства здравоохранения РФ за 2018 год. На данный момент по всему миру каждый 700-800 ребенок рождается с лишней хромосомой.

Цель исследования: анализ адаптированной основной образовательной программы для детей старшего школьного возраста с синдромом Дауна.

Результаты исследования. Синдром получил название в честь английского врача Джона Дауна (John Down), впервые описавшего его в 1866 г. Связь между происхождением врожденного синдрома и изменением количества хромосом была выявлена только в 1959 г. Французским генетиком Жеромом Леженом (Jerome Lejeune).

Синдром Дауна, или трисомия по хромосоме 21 (TS21) – одна из форм геномной патологии, при которой кариотип представлен 47 хромосомами вместо нормальных 46, т.к. хромосомы 21-й пары (HSA21) вместо двух копий представлены тремя копиями. Помимо так называемой простой трисомии 21, существует еще трисомия транслокационная, при которой дополнительная 21 хромосома присоединена к 15 хромосоме, реже – к 14 или к 22, или к Y-хромосоме, и трисомия мозаичная, при которой трисомия 21 наблюдается только в части клеток.

В наше время синдром Дауна проявляется чаще, чем даже несколько десятилетий назад, связано это с тем, что повысился возраст матери во время зачатия плода. Дело в том, что синдром возникает в результате не расхождения хромосом во время мейоза. С возрастом вероятность этого не расхождения увеличивается, особенно после 40 лет.

Известно, что у новорожденного имеются характерные признаки синдрома: «плоское лицо», брахицефалия (аномальное укорочение черепа), кожная складка на шее, эпикантус (вертикальная кожная складка, прикрывающая медиальный угол глазной щели), гиперподвижность суставов, мышечная гипотония, плоский затылок, маленький и плоский нос, поперечная ладонная складка («обезьянья» складка), увеличенный кожный покров, открытый рот обусловленный низким тонусом мышц и аркообразным строением неба [4].

В процессе взросления ребенка с синдром Дауна проявляются нарушения физического и психического развития.

Характерные нарушения физического развития: отставание в массе тела, отставание в длине тела, нарушения осанки, нарушения в развитии

стопы, нарушения в развитии грудной клетки и снижение ее окружности, парезы верхних конечностей, парезы нижних конечностей, отставания в показателях объема жизненной емкости легких, деформации черепа, дисплазии, аномалии скелета.

Характерные нарушения в развитии двигательных способностей:

1) Нарушение координационных способностей – точности движений в пространстве, координации движений, ритма движений, дифференцировки мышечных усилий, пространственной ориентировки, точности движений во времени, равновесия.

2) Отставания от здоровых сверстников в развитии физических качеств в развитии физических качеств – силы основных групп мышц рук, ног, спины, живота на 15 – 30 %; быстроты реакции, частоты движений рук, ног, скорости одиночного движения на 10 – 15 %; выносливости к повторению быстрой динамической работы, к работе умеренной мощности, к статическим усилиям различных мышечных групп на 20 – 40 %; скоростно-силовых качеств в прыжках и метаниях на 15 – 30 %; гибкости и подвижности в суставах на 10 – 20 %.

Установлено, что основным нарушением двигательной сферы детей с синдромом Дауна является расстройство координации движений. И простые и сложные движения вызывают у детей затруднения. [3]

Также общим для детей с синдромом Дауна, являются нарушения всех сторон психики:

Стойкое нарушение познавательной деятельности - выражается в отсутствии потребности в знаниях. Отмечается недостаточность всех уровней мыслительной деятельности: наглядно-действенного, наглядно-образного, словесно-логического. Восприятие характеризуется замедленным темпом и объемом, поэтому формирование знаний, освоение двигательных действий требует больше времени. Речевая деятельность развита недостаточно, страдают все ее стороны: фонетическая, лексическая, грамматическая. Память характеризуется слабым развитием и низким

уровнем запоминания, сохранения, воспроизведения. Внимание характеризуется малой устойчивостью, трудностью его распределения, замедленностью переключения. Существенно страдают волевые процессы, дети крайне безынициативны, не умеют самостоятельно руководить своей деятельностью. Эмоциональная сфера также имеет ряд особенностей. Отмечается недоразвитие, неустойчивость эмоций, отсутствие оттенков переживаний, слабость собственных намерений, стереотипность реакции [2,4].

Что касаемо методов физического воспитания, то специфических методов воспитания физических пока не существует. Однако комплексная медикаментозная терапия в сочетании с лечебной физкультурой, массажем, педагогическим воздействием, занятиями с логопедом способствует улучшению состояния больных.

Методика адаптивного физического воспитания данной нозологии при всем многообразии подходов, обусловленных своеобразием их физической и психической сферы, имеют ряд общих методов, совокупность которых характеризует любой вид физкультурной деятельности.

К ним относятся:

1. Методы формирования знаний.
2. Методы обучения двигательным действиям.
3. Методы развития физических способностей.
4. Методы воспитания личности.
5. Методы организации взаимодействия педагога и занимающихся.
6. Методы регулирования психического состояния детей.

В основе их лежат закономерности обучения, возрастного развития, дидактические и специально-методические принципы, коррекционная направленность педагогического процесса [1].

Таблица 1 - Расписание занятий ребенка с синдромом Дауна со специалистами.

Дни недели	**Время**	**Занятие**	**Форма занятия**

Понедельник	09.00 09.30 11.50	Учитель-дефектолог Музыкальное развитие Учитель-логопед	Индивидуальное Фронтальное Индивидуальное
Вторник	09.00 09.30	Физическая культура Педагог-психолог	Фронтальное Индивидуальное
Среда	09.00 09.30	Учитель-дефектолог Музыкальное развитие	Индивидуальное Фронтальное
Четверг	09.00 10.00	Учитель-логопед Педагог психолог	Индивидуальное Индивидуальное
Пятница	09.00 09.30	Учитель-дефектолог Физическая культура	Индивидуальное Фронтальное

Средствами адаптивной физической культуры являются физические упражнения, естественно-средовые силы природы и гигиенические факторы.

Программный материал по физической культуре включает разделы: ритмика и ритмическая гимнастика, гимнастика, легкая атлетика, лыжная подготовка, спортивные и подвижные игры, плавание. Каждый их этих разделов включает многочисленные физические упражнения, позволяющие воздействовать на различные звенья опорно-двигательного аппарата, мышечные группы, вегетативные системы, корректировать недостатки физического развития, психики и поведения [4].

Выводы. Синдром Дауна представляет собой генетическое заболевание человека. Как правило люди с синдромом Дауна имеют специфический внешний облик – для них характерно сохранение черт лица, свойственных ранней стадии развития плода.

На физическое развитие, двигательные способности, обучаемость и приспособляемость к физической нагрузке оказывает влияние тяжесть интеллектуального дефекта, особенности психической и эмоционально-волевой сферы. И простые и сложные движения вызывают у детей затруднения.

В связи со сниженным объемом слуховой памяти, детям данной категории для запоминания требуется многократное повторение слов; как правило, задержка развития речи вторично влияет на социальную и когнитивную сферы развития.

Изучив характеристику средств и методов адаптивного физического воспитания детей старшего школьного возраста с синдромом Дауна, можно сделать вывод что средствами адаптивного физического воспитания у детей с синдромом Дауна старшего школьного возраста являются общеразвивающие, корригирующие, прикладные упражнения и игры по упрощенным правилам.

Список литературы.

1. Кузнецова, Л.В. Основы специальной психологии / Л.В. Кузнецова. - М.: Академия, 2003. - 480 с. – ISBN отсутствует. – Текст: непосредственный.

2. Специальная педагогика: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Л.И.Аксенова, Б.А.Архипов, Л.И.Белякова и др.; под ред. Н.М. Назаровой. – 3-е изд., испр. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 400 с. ISBN 5-7695-1725-5. – Текст: непосредственный.

3. Циркин, В. И. Нейрофизиология: основы психофизиологии: учебник для вузов / В. И. Циркин, С. И. Трухина, А. Н. Трухин. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2024. — 577 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-12807-9. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. с. 331 — URL: https://urait.ru/bcode/543111/p.331 (дата обращения: 13.05.2024).

4. 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.

5. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.12.2014 № 1599 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта образования обучающихся с

умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)». https://www.detsad235.ru/images/Blog_Smolina/programma_sindrom_dauna.pdf

Салимов М.И., к.п.н., доцент
Куликова А.К., студентка кафедры ТиМ АФК,
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал) ФГБОУ ВО «УрагГУФК», г. Екатеринбург, Россия.

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА

Аннотация: Глухота и слабослышание являются одними из ведущих проблем в современном обществе. Статья посвящена роли адаптивного физического воспитания в коррекции психофизического развития детей старшего дошкольного возраста с нарушением слуха. В статье рассматриваются причины появления нарушения слуха, характеристика патологии, а также особенности психофизического развития детей с нарушением слуха. Проведен анализ адаптированной основной образовательной программы для детей старшего дошкольного возраста с нарушением слуха.

Ключевые слова: дети с нарушением слуха, адаптивное физическое воспитание, старший дошкольный возраст, координационные способности.

Актуальность. В России насчитывается значительное количество лиц, имеющих нарушения слуха, как среди взрослых, так и среди детей. Согласно исследованиям, в России - более 13 млн. людей со сниженным слухом. Согласно статистике, сегодня на одну тысячу новорожденных появляется

один ребенок с врожденной глухотой. Также по данным источника, в детской сурдологической службе Свердловской области состоят на учёте 1805 детей до 18 лет, в том числе 766 инвалидов по слуху, из которых 178 тотально глухих.

Физическое воспитание, являясь составной частью единой системы обучения дошкольников с нарушением слуха, способствует укреплению здоровья детей, формированию двигательных навыков, развитию основных двигательных качеств (ловкости, быстроты, точности, силы мышц и др.), создает благоприятную основу для гармоничного развития детей. Физическое воспитание детей старшего дошкольного возраста с нарушением слуха , определяет основные виды движения, которые относятся к разделу жизненно важных двигательных навыков, умений.

Цель исследования: Анализ адаптированной основной образовательной программы для детей старшего дошкольного возраста с нарушением слуха.

Результаты исследования. Нарушение слуха-потеря способности человеческого организма обнаруживать все частоты или различать звуки с низкой амплитудой. Существует несколько классификаций нарушения слуха. По состоянию слуха различают детей слабослышащих (страдающих тугоухостью) и глухих (неслышащих).

Тугоухость - стойкое понижение слуха, вызывающее затруднения в восприятии речи. Она может быть выражена в различной степени - от небольшого нарушения восприятия шепотной речи до резкого ограничения восприятия речи разговорной громкости. С учетом состояния речи выделены две категории слабослышащих детей: слабослышащие дети, которые имеют тяжелое недоразвитие речи и слабослышащие дети, владеющие развернутой фразовой речью с небольшими отклонениями в грамматическом и фонетическом оформлении [4].

Глухота – глубокое, стойкое поражение слуха, при котором восприятие речи без слухового аппарата становится невозможным. При глухоте

самостоятельное овладение речью детьми не происходит. К группе глухих отнесены дети, состояние слуха которых не создает возможности для спонтанного формирования речи . В зависимости от состояния речи среди глухих выделены две категории. Первая категория - ранооглохшие дети. К этой группе относят детей с такой степенью потери слуха, которая лишает их возможности естественного восприятия речи и самостоятельного овладения ею. Вторая категория - дети, потерявшие слух в период, когда их речь была сформирована, при этом уровень развития речи может быть различен - это поздноглохшие дети.

Представление о причинах нарушения слуха имеет большое значение для характеристики особенностей развития неслышащих детей, выявления степени негативного влияния снижения слуха на психическое и физическое развитие, оценки состояния речи [4].

Причины нарушения слуха делятся на несколько групп: к первой группе относят факторы наследственного характера, которые приводят к изменениям в структуре слухового аппарата и развитию наследственной тугоухости и глухоты. Вторую группу составляют факторы эндо- или экзогенного воздействия на орган слуха плода, обуславливающие появление врожденного нарушения слуха. К третьей груше отнесены факторы, действующие на орган слуха здорового ребенка в один из периодов его развития и приводящие к возникновению приобретенного нарушения слуха. Также причинами нарушения слуха могут послужить врожденная деформация слуховых косточек, атрофия или недоразвитие слухового нерва.

Слух самым тесным образом связан с движением, поскольку слуховые сигналы, как и зрительные, участвуют в регуляции движений. Выделяют такие двигательные нарушения как: снижение уровня развития основных физических качеств: отставание от нормы в показателях силы основных мышечных групп туловища и рук, скоростно-силовых качеств, скоростных качеств; трудности сохранения статического и динамического равновесия; недостаточно точной координации и неуверенности движений, что особенно

заметно при овладении навыком ходьбы; относительно низкий уровень ориентировки в пространстве; Недостаточное физическое развитие, слабость "мышечного корсета" [2].

Значительные сдвиги в психическом развитии происходят в дошкольном возрасте, что обусловлено развитием различных сторон познания. В дошкольном возрасте большое влияние на развитие ребенка оказывает формирование разных видов детской деятельности: игровой, изобразительной, конструктивной, элементарной трудовой. Психическая сфера у детей с нарушением слуха характеризуется отставанием в сенсорном развитии, недоразвитии предметной деятельности, снижением анализаторных способностей и нарушение или отсутствие речи. Имеются также трудности с переключением внимании, доминирует зрительное восприятие, дети отстают в сенсорном развитии, развитии мышления [5].

Адаптированная основная образовательная программа дошкольного образования глухих детей представляет собой образовательную программу, адаптированную для обучения глухих и слабослышащих детей с учетом особенностей их психофизического развития и специфических образовательных потребностей. Адаптированная программа подготовлена с учетом особенностей развития и образовательных потребностей глухих и слабослышащих детей без выраженных дополнительных отклонений в развитии, отстающих от возрастной нормы, но имеющих перспективу сближения с ней при систематической и максимальной специальной помощи [1].

В программе физического воспитания детей с нарушением слуха особое место должны занимать основные виды движений, относящиеся к разряду жизненно важных двигательных умений и навыков. Необходимо научить детей правильно и уверенно выполнять эти движения в изменяющихся условиях повседневной жизни. В программу должны входить общеразвивающие гимнастические упражнения, направленные на развитие координации движений и двигательных качеств. Упражнения на

формирование правильной осанки, направленные на коррекцию дефектов опорно-двигательного аппарата. Подвижные игры, которые позволяют совершенствовать технику основных движений в более сложных условиях. Необходимо выбирать те игры, которые способствуют развитию чувства равновесия, двигательной координации, зрительной ориентации, внимания, скорости движения, навыков бега, прыжков, лазания, перелезания [1].

Также в программе физического воспитания детей с нарушением слуха обучающихся знакомят с видами адаптивного спорта, дисциплинами адаптивной физической культуры, поддерживают интерес обучающихся к подвижным играм, занятиям на спортивных снарядах, упражнениям в беге, прыжках, лазании, метании; побуждают обучающихся выполнять физические упражнения, способствующие развитию равновесия, координации движений, ловкости, гибкости, быстроты, крупной и мелкой моторики обеих рук, а также правильного не наносящего ущерба организму выполнения основных движений;

Физическое воспитание дошкольников с нарушением слуха осуществляется на зарядке, занятиях по физической культуре, в подвижных играх, на занятиях по развитию движений в групповой комнате и во время прогулки. Занятия по физической культуре — основное средство физического развития. Их проводят со всей группой одновременно в просторном, специально оборудованном зале не менее двух раз в неделю, а также по подгруппам. Содержание программы по физическому восспитанию, равномерно распределяясь, должно быть представлено на занятиях с постепенным усложнением по годам обучения — от накопления двигательного опыта путем простейших движений по подражанию к целенаправленному обучению основным движениям и технике их выполнения, подвижным играм, тренировке двигательных качеств [3].

Занятия по адаптивной физической культуре в процессе реализации адаптированной основной образовательной программы дошкольного образования организуются не менее 3 раз в неделю . Один раз в неделю для

детей 5-7 лет круглогодично организовываются занятия на открытом воздухе.

Выводы. Дети с нарушениями слуха представляют собой неоднородную группу, характеризующуюся разной степенью нарушений слуха; временем, в котором произошло понижение слуха; уровнем речевого развития; наличием или отсутствием дополнительных отклонений в развитии в качестве первичных. Своеобразие психического и физического развития глухих и слабослышащих детей обусловлено рядом причин: функциональным нарушением отдельных физиологических функций, общей соматической ослабленностью, отставанием в психическом развитии, нарушением вестибулярного аппарата, отклонениями в координации, недоразвитием или отсутствием речи. Таким образом, физическое воспитание детей с нарушениями слуха направлено на: охрану и укрепление их здоровья, гармоничное физическое развитие, закаливание детского организма, развитие потребности в двигательной активности, формирование основных движений и двигательных качеств, коррекцию и профилактику нарушений физического развития.

Список литературы

1. Примерная адаптированная основная образовательная программа дошкольного образования для детей старшего дошкольного возраста с нарушением слуха. Текст: электронный. // URL: https://376.tvoysadik.ru/.

2. Байкина, Н.Г. Диагностика и коррекция двигательной сферы у лиц с нарушениями слуха: учеб. пособие - Запорожье, 2003. – 120 с.- ISBN: отсутствует. – Текст: непосредственный.

3. Картавцева, А.И. Комплексный подход в адаптивном физическом воспитании неслышащих детей старшего дошкольного возраста: дис. канд. пед. наук. – СПб., 2010. – 240 с.- ISBN: отсутствует. – Текст: непосредственный.

4. Нейман, Л.В. Анатомия, физиология и патология органов слуха и речи: учеб. для студ. пед. вузов / Л. В. Нейман, М. Р. Богомильский; под ред.

В. И. Селиверстова. —Москва: ВЛАДОС, 2003. - 222с.- ISBN: отсутствует. - Текст: непосредственный.

5. Обухова, Т.И. Методика коррекционно-развивающей работы с дошкольниками с нарушением слуха / Т.И. Обухова, Е.Н. Сороко. – Минск: БГПУ, 2019. -91с.- ISBN:978-985-541-103-2. – Текст: непосредственный.

Плющева Н.С., старший преподаватель кафедры ТиМ АФК
Куркина А.А., студент кафедры ТиМ АФК,
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО «УралГУФК», г. Екатеринбург.

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Аннотация: Статья посвящена теме адаптивного физического воспитания детей с расстройством аутистического спектра. У детей с аутизмом страдает не только ЦНС, но и нервно-мышечный аппарат конечностей, что нередко приводит к тяжелым конструктивным деформациям конечностей, тем самым усложняет адаптацию к условиям внешней среды, затрагивает эмоциональную сферу, интеллект. Нарушения в моторном развитии оказывают вторичное воздействие, отрицательно сказываясь на формировании высших психических и коммуникативных функций.

Ключевые слова: Расстройство аутистического спектра, развитие, интеллект, аутизм, адаптивное физическое воспитание, дети стершего дошкольного возраста.

Актуальность. За последнее десятилетие количество детей с аутизмом выросло в десятки раз. Согласно данным Росстата РФ за 2023 год, прогнозируемое количество диагнозов «Рас» в России составляет более 300 тысяч. Однако в настоящее время работа по интеграции затрудняется из-за недостаточности методик для работы с этой группой детей. Для этого нам

нужно адаптивное физическое воспитание в работе с детьми с расстройством аутистического спектра. Социальная адаптация во многом связана с адаптивным физическим воспитанием.

Цель исследования: Анализ адаптированной основной образовательной программы для детей старшего дошкольного возраста с расстройством аутистического спектра.

Результат исследования. Расстройства аутистического спектра (РАС) — это неоднородная группа нарушении развития, для которой свойственен, прежде всего, устойчивый дефицит в различных нюансах общественного взаимодействия, таких как вербальная и невербальная коммуникация, эмпатия, эмоциональное развитие и проблемы в понимании общественного подтекста. Люди с расстройством аутистического спектра имеют стереотипное поведение, привязанность к ритуалам и четко ограниченные интересы [4].

У детей с аутизмом отсутствует способность выражать свои эмоции, а также распознавать их у окружающих людей. Отмечается отсутствие сопереживания другим людям [5]. Ребенок вместе со взрослым не сосредотачивается на одной деятельности. Дети с аутизмом не идут на контакт с другими детьми или избегают его, им трудно сотрудничать с остальными детьми, чаще всего они склонны уединяться (трудности в адаптации к окружающей среде).

В настоящее время говорят уже не только о детском аутизме, но и о широком круге расстройств аутистического спектра. Происхождение РАС накладывает отпечаток на характер и динамику нарушения психического развития ребенка, определяет сопутствующие трудности, влияет на прогноз социального развития. Вместе с тем, вне зависимости от этиологии степень нарушения (искажения) психического развития при аутизме может сильно различаться. При этом у многих детей диагностируется легкая или умеренная умственная отсталость, вместе с тем расстройства аутистического спектра обнаруживаются и у детей, чье интеллектуальное развитие оценивается как

нормальное и даже высокое. Группа РАС делится на подтипы с указанием наличия/отсутствия расстройства интеллекта и указанием способности человека использовать «функциональный язык», то есть речь, в качестве средства для выражения личных потребностей и желаний.

Для постановки диагноза РАС в России на основании МКБ (Международная Классификация Болезней) необходимо наличие шести симптомов из диагностического списка, входящего в описание трех синдромов: нарушения социального взаимодействия, изменение коммуникации, наличие ограниченных и повторяющихся стереотипных шаблонов в поведении, интересах, деятельности (как минимум два — из области социального взаимодействия, из двух других критериев — как минимум по одному). А также манифестация симптомов до трехлетнего возраста и наличие коморбидных проблем (страхов, фобий, возбуждения, нарушение сна и привычек приема пищи, ярость и агрессия, самоповреждения и т.д.) [2].

При рассмотрении диагноза РАС крайне важной является его дифференциация от детской шизофрении и от органической умственной отсталости и расстройств языка и речи. Дети с аутизмом имеют ряд характерных особенностей физического развития: нарушена координация походки, общая моторная неловкость, дети не могут построиться без посторонней помощи, не умеют ходить по кругу, бегать, прыгать, лазить, бросать мяч в цель. Чувство ритма у таких детей нарушено, под музыку они ходят с трудом, выполняют движения только с помощью взрослых. У детей отмечается снижение психического тонуса: ребенок не выдерживает напряжения, быстро истощается.

В соответствии с тяжестью аутистических проблем и степенью нарушения (искажения) психического развития выделяется четыре группы детей, различающихся целостными системными характеристиками поведения:

Первая группа (8%) Дети почти не имеют активной избирательности в контактах со средой и людьми, что проявляется в их полевом поведении. Они практически не реагируют на обращение и сами не пользуются ни речью, ни невербальными средствами коммуникации, их аутизм внешне проявляется как отрешенность от происходящего.

Вторая группа (62%) Дети имеют лишь самые простые формы активного контакта с людьми, используют стереотипные формы поведения, в том числе речевого, стремятся к скрупулёзному сохранению постоянства и порядка в окружающем. Их аутистические установки более выражаются в активном негативизме (отвержении).

Третья группа (10%) Дети имеют развёрнутые, но крайне косные формы контакта с окружающим миром и людьми – достаточно сложные, но жёсткие программы поведения (в том числе речевого), плохо адаптируемые к меняющимся обстоятельствам, и стереотипные увлечения. Это создаёт экстремальные трудности во взаимодействии с людьми и обстоятельствами, их аутизм проявляется как поглощенность собственными стереотипными интересами и неспособность выстраивать диалогическое взаимодействие.

Четвертая группа (21%). Для этих детей произвольная организация очень сложна, но в принципе доступна. Они быстро устают, могут истощаться и перевозбуждаться, имеют выраженные проблемы организации внимания, сосредоточения на речевой инструкции, ее полного понимания. Характерна задержка в психоречевом и социальном развитии. Трудности взаимодействия с людьми и меняющимися обстоятельствами проявляются в том, что, осваивая навыки взаимодействия и социальные правила поведения, дети стереотипно следуют им и теряются при неподготовленном требовании их изменения. В отношениях с людьми проявляют задержку эмоционального развития, социальную незрелость, наивность [1].

Адаптированная основная образовательная программа (АООП) дошкольного образования детей раннего и дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра (РАС) – это образовательная

программа, адаптированная для детей с РАС с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей, направленная на коррекцию и компенсацию нарушений развития и социальную адаптацию данной категории детей раннего и дошкольного возраста.

Дети с РАС представляют собой исключительно полиморфную группу, что проявляется как в клинических, так и в психолого-педагогических особенностях.

Детям с аутизмом могут быть свойственны различные уровни двигательной активности, от гиперактивности до выраженной двигательной заторможенности, неравномерность развития двигательной сферы, например, несоответствие развития тонкой и общей моторики, различия между возможностями произвольной и спонтанной двигательной активности. Это направление сопровождения включает формирование предметно-манипулятивной деятельности, развитие предметно-практической деятельности, общефизическое развитие, подвижные игры и плавание [3].

Выводы. Изучение литературы позволило выделить проблемы физического развития детей с РАС. У них имеются особенности формирования двигательной сферы. И хотя у них не наблюдается тяжелых двигательных расстройств, но вместе с тем, имеются отставания в двигательном развитии, нарушение регуляции произвольных движений и недостаточность двигательных качеств. Несовершенство мелкой моторики рук и других навыков являются препятствием к успешному обучению.

Проанализировав психолого-педагогическую и медицинскую литературу по проблеме адаптивного физического воспитания, можно сформулировать вывод, что в настоящее время отмечается тенденция к увеличению числа заболеваний аутизмом. У детей с аутизмом страдает не только ЦНС, но и нервно-мышечный аппарат конечностей, что нередко приводит к тяжелым конструктивным деформациям конечностей, тем самым усложняет адаптацию к условиям внешней среды, затрагивает эмоциональную сферу, интеллект.

Можно заметить, что аутизм характеризуется нарушением работы ОДА из-за патологии нервной системы, чаще всего головного мозга. Другими словами, у старшего дошкольника с аутизмом нарушена координация, он не может совершать определенные движения, ему трудно прямо стоять, иногда страдают речь, слух, и зрение, а также отстает умственное и психическое развитие. Дети испытывают большой дефицит в движении и вертикальном положении тела в пространстве, которые являются пусковым механизмом и формировании координации.

Психомоторный уровень развития нервно-психического реагирования становится при типичном развитии ведущим после трёх лет и остаётся таковым до 5-7 лет, однако базис его развития – и в норме, и при различных нарушениях - закладывается в раннем детстве. Именно поэтому у ребёнка с повышенным риском формирования РАС двигательная сфера должна быть в поле внимания родителей и сотрудников ДОО.

Список литературы.

1. Аутизм и расстройства аутистического спектра: диагностика и коррекционная помощь: учебник для вузов / О. С. Никольская [и др.]; ответственный редактор О. С. Никольская. — Москва: Издательство Юрайт, 2024. — 295 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-15647-8. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/544762

2. Ильина, И. В. Медицинская реабилитация: учебник для среднего профессионального образования / И. В. Ильина. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2024. — 333 с. — (Профессиональное образование). — ISBN 978-5-534-17225-6. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/537554

3. Литош, Н. Л. Адаптивная физическая культура для детей с нарушениями в развитии. Психолого-педагогическое сопровождение: учебное пособие для вузов / Н. Л. Литош. — Москва: Издательство Юрайт,

2024. — 156 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-12705-8. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/543177

4. Примерная адаптированная основная образовательная программа дошкольного образования детей раннего и дошкольного возраста с расстройством аутистического спектра. №1/22, Москва 2022.

5. Рипа, М. Д. Лечебно-оздоровительные технологии в адаптивном физическом воспитании: учебное пособие для вузов / М. Д. Рипа, И. В. Кулькова. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2024. — 158 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-07260-0. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/539496

Репина А.И., к.п.н. доцент
Лекомцев К.В., студент 4 курса кафедры ТиМ АФК
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК,г. Екатеринбург, Россия

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С РАХИТОМ

Аннотация. На сегодняшний день рахит остается актуальной проблемой. Рахит встречается во всём мире, но чаще всего его выявляют у народов, проживающих на Крайнем Севере. В таких районах недостаточно солнечного света, а 90 % образующегося в организме витамина D вырабатывается в коже под влиянием ультрафиолета. По последним данным, распространенность рахита в России колеблется от 54 до 66% [1].

Ключевые слова: рахит, нарушение фосфорно-кальциевого обмена, дети первого года жизни, недоношенные дети.

Актуальность. В настоящее время рахит продолжает занимать значительное место в структуре заболеваемости детей раннего возраста и остается актуальной проблемой. Статистические данные говорят о том, что распространенность рахита в нашей стране колеблется от 54 до 66% у

доношенных и более 80% недоношенных. Эта ситуация требует особого внимания к проблеме рахита, оказывающего негативное влияние на реактивность организма, на течение и исход соматических заболеваний, особенно у детей первого года жизни [5]. Распространенность рахита и выраженность его клинических проявлений во многом зависят от социально-экономических условий жизни и климатогеографических особенностей местности. После Великой Октябрьской социалистической революции в результате улучшения экономических и санитарно-гигиенических условий жизни снизилась частота и тяжесть рахита. В развивающихся странах Азии и Африки в связи с тяжелыми материально-бытовыми условиями, недостаточностью питания проблема рахита остается весьма актуальной [3].

Рахит чаще всего развивается в первый год жизни ребенка. Обнаружены примеры развития врожденного рахита у детей, родившихся у женщин, которые перенесли тяжелый токсикоз (гестоз) во время второй половины беременности [2].

Дефицит витамина D в организме является главной причиной развития рахита. Нехватка витамина возникает из-за недостаточного поступления с пищей или нарушения его естественного образования в коже ребенка. Чаще болезнь встречается у детей, которые проживают в местностях с недостаточной инсоляцией, в том числе и в южных странах с постоянной облачностью, повышенной влажностью воздуха и запыленностью атмосферы [6]. Плохие условия жизни и неадекватный уход за младенцами и детьми младшего возраста также способствуют распространению этого заболевания. Не менее важное значение имеет количественное соотношение кальция и фосфора в продуктах питания. В молоке женщины кальций и фосфор содержатся в наилучшем для усвоения соотношении, в то время как при искусственном вскармливании количество фосфора увеличивается, что тормозит всасывание кальция. Следовательно, питающийся грудным молоком ребенок усваивает до 75% кальция и 50% фосфора, а ребенок,

питающийся искусственным, получает лишь 30% кальция и 20-30% фосфора [4].

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

Результаты исследования: Исследование проводилось на базе двух организаций: теоретическая часть проводилась на базе кафедры теории и методики адаптивной физической культуры Екатеринбургского института физической культуры (филиал) ФГБОУ ВО «Уральского государственного университета физической культуры». Практическая часть исследования проходила на базе Поликлиники №5, ДГКБ №11, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. 8 марта, 126. Наблюдение проводилось за 4 пациентами: два мальчика и две девочки в возрасте 6-7 месяцев.

Были проведены методы исследования: анализ научно-методической литературы, метод педагогического наблюдения, анализ медицинских карт, педагогический эксперимент, беседа и опрос, тестирование физических возможностей, измерение антропометрических показателей, оценка формирования познавательных навыков, речевых задач и развития моторики, метод математической обработки данных.

Занятие проводилось в специально оборудованном помещении. Массаж и гимнастика проводились на детском пеленальном столике, купание осуществлялось в ванне с очищенной водой.

Занятия для каждого испытуемого проводились два раза в неделю на протяжении 3 месяцев. Длительность одного занятия - 30-35 минут. Массаж и гимнастика 10-15 минут, гидрореабилитация 20 минут. Исходные положения: лежа на спине, лежа на животе. Методика физической реабилитации основана на комплексе из следующих компонентов: массаж конечностей, спины и живота, пассивная и активная гимнастика, гидрореабилитация.

Выводы: 1. Рахит является болезнью раннего возраста и характеризуется нарушением костеобразования и расстройством работы важнейших органов и систем. Его можно отнести к социальным болезням, потому что его тяжесть и частота тесно связаны с социально-экономическими и гигиеническими условиями проживания. Рахит до сих пор является довольно актуальной проблемой, которая считается одной из многих причин возникновения заболеваний органов и систем у детей первого года жизни. В настоящее время наиболее значимыми факторами риска возникновения рахита в раннем возрасте являются: несбалансированное питание матери, ее частые заболевания, отсутствие прогулок на свежем воздухе, ее вредные привычки, преждевременные роды в осенне-зимний период (недоношенность), кормление ребенка искусственными смесями, проживание в неблагоприятных условиях.

2. Особенностями физического развития детей первого года жизни с рахитом являются: выраженная гипотония мышц, задержка развития двигательных навыков, повышенная утомляемость, расхождение мышц передней брюшной стенки, что проявляется «лягушачьим животом»

3. Основными задачами физической реабилитации при рахите являются: улучшение и нормализация обменных процессов, деятельности ЦНС, функции дыхания, функций других пораженных органов и систем (сердечно-сосудистой, пищеварительной, кроветворения). А также уменьшение и ликвидация мышечной гипотонии, восстановление нарушенных двигательных навыков. К методам физической реабилитации детей первого года жизни относятся: ЛФК, массаж, ультрафиолетовое облучение (УФО), хвойные и солевые ванны, гидрореабилитация.

4. Методика физической реабилитации детей первого года жизни с рахитом включала комплекс средств и методов: массаж, пассивную и активную гимнастику, гидрореабилитацию. В начале эксперимента все исследуемые показатели у детей первого года жизни с рахитом были ниже физиологической нормы. Согласно полученным данным в конце

эксперимента можно сделать следующие выводы: антропометрические показатели детей первого года жизни с рахитом приблизились к отметке норма, результаты двигательных тестов показали, что все движения были выполнены детьми самостоятельно. По шкале КАТ-КЛАМС определено нормальное развитие по трем направлениям: речь, познание, моторика. Полученные результаты имеют достоверно значимые различия ($P<0,05$), что позволяет утверждать об эффективности разработанной методики физической реабилитации.

5. Разработанная методика лечебной гимнастики, массажа и гидрореабилитации может быть рекомендована для применения у детей первого года жизни с рахитом в условиях поликлиник.

Список используемой литературы

1. Баранов, А. А. Детские болезни. Учебник для студентов медицинских ВУЗов / А. А. Баранов. - Москва: ГЕОТАР-Мед, 2002, - 256 с. – ISBN: 146-1546-85672-7. – Текст: непосредственный.

2. Володин, Н. Н. Детская больница / Н.Н. Володин, Игнатьева Р. К., Дегтярев Д. Н. - 2001. - С. 5 -12. – ISBN: 894-5-768-13568-1. – Текст: непосредственный.

3. Даниджен, М. Д.. Нарушения обмена кальция: Пер. с англ. / М.Д. Даниджен. – Москва: АСТ, 1985. - С. 151 -181. – ISBN: 638-5-520-13568-6. – Текст: непосредственный.

4. Заблудовская, Е.Д. Рахит, его профилактика и лечение / Е.Д. Заблудовская. - Москва: Медицина, 1967. - 189 с. ISBN 5-0802277-А. -Текст: непосредственный.

5. Запруднов, А. М., Григорьев К. И. Рахит у детей / А.М. Запруднов. - Москва, 1998. – 112 с. – ISBN: 953-526488-6. – Текст: непосредственный.

6. Коровина, Н. А. Современные подходы к профилактике и лечению нарушений фосфорнокальциевого обмена у детей / Н.А. Коровина, И.Н. Закарова. - Москва, 2000. - 345 с. – ISBN: 978-5-222-13568-3. – Текст: непосредственный.

Салимов М.И., к.п.н., доцент.
Мухамадеев Л.А., студент кафедры ТиМ АФК,
Екатеринбургский колледж физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО «УралГУФК», г. Екатеринбург, Россия.

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Ключевые слова: адаптивное физическое воспитание, расстройство аутистического спектра, социализация, коррекция, двигательные навыки.

Аннотация: данная статья посвящена исследованию методов физического воспитания детей с расстройством аутистического спектра, социального взаимодействия и общих навыков. Рассматриваются особенности двигательной активности таких детей и их физическая подготовленность. Приводится пример адаптированной образовательной программы и упражнений.

Актуальность. За последние несколько лет число детей до 14 лет с диагнозом «аутизм» выросло почти в два раза: с 29 тысяч в 2018-м до 50 тысяч в 2022-м. Каждая четвертая ментальная детская инвалидность связана с расстройством аутистического спектра. Но это не значит, что детей с этим состоянием стало больше: его просто научились лучше выявлять. Диагностика и терапия РАС в России улучшаются — но ситуация может измениться в худшую сторону из-за принятия новых клинических рекомендаций. С 2010 года, по данным Росстата, в России стало на 158 тысяч детей-инвалидов больше. Только за пять лет, с 2018 года, число детей с

инвалидностью из-за РАС выросло с 24,3 до 44 тысяч — на 80%. 24% детей с инвалидностью получили ее именно из-за аутизма.

Формирование двигательных навыков у детей с ограниченными возможностями здоровья является наиболее сложной задачей, так как каждая категория детей с отклоняющимся развитием имеет специфические особенности физического развития и возможности к освоению основных движений.

Цель исследования: анализ адаптированной основной образовательной программы для детей старшего дошкольного возраста с расстройством аутистического спектра.

Результат исследования. Расстройство аутистического спектра (РАС) — это нарушение психического развития, сопровождающееся дефицитом социальной взаимодействий, затруднением взаимного контакта при общении с другими людьми, повторяющимися действиями с ограничением интересов. Аутизм обычно диагностируется в возрасте до 3 лет, первые признаки могут быть замечены уже в младенчестве. Полное выздоровление считается невозможным, однако иногда диагноз с возрастом снимают [3].

РАС являются достаточно распространенной проблемой детского возраста и характеризуются нарушением развития коммуникаций и социальных навыков. Общими являются аффективные проблемы и трудности развития активных взаимоотношений с динамично меняющейся средой, установка на сохранение постоянства в окружающем и стереотипность поведения детей. РАС связаны с особым системным нарушением психического развития ребенка, проявляющимся в становлении его аффективно-волевой сферы, в когнитивном и личностном развитии [4].

В настоящее время говорят уже не только о детском аутизме, но и о широком круге расстройств аутистического спектра. Происхождение РАС накладывает отпечаток на характер и динамику нарушения психического развития ребенка, определяет сопутствующие трудности, влияет на прогноз социального развития. Вместе с тем, вне зависимости от этиологии степень

нарушения (искажения) психического развития при аутизме может сильно различаться. При этом у многих детей диагностируется легкая или умеренная умственная отсталость, вместе с тем расстройства аутистического спектра обнаруживаются у детей, чье интеллектуальное развитие оценивается как нормальное и даже высокое. Нередки случаи, когда дети с выраженным аутизмом проявляют избирательную одаренность. В соответствии с тяжестью аутистических проблем и степенью нарушения (искажения) психического развития выделяется четыре группы детей, различающихся целостными системными характеристиками поведения: характером избирательности во взаимодействии с окружающим, возможными формами социальных контактов, способами аутостимуляции, уровнем психоречевого развития. [5].

Адаптированная основная образовательная программа (АООП) дошкольного образования детей раннего и дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра (РАС) – это образовательная программа, адаптированная для детей с РАС с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей, направленная на коррекцию и компенсацию нарушений развития и социальную адаптацию данной категории детей раннего и дошкольного возраста [1].

Модуль «Физическое развитие».

В образовательной области "физическое развитие" реализуются следующие целевые установки:

-развитие двигательной активности, в том числе связанной с выполнением упражнений, направленных на развитие таких физических качеств, как координация и гибкость;

-проведение занятий, способствующих правильному формированию опорнодвигательной системы организма, развитию равновесия, координации движения, крупной и мелкой моторики обеих рук, а также с правильным, не наносящем ущерба организму, выполнением основных движений (ходьба, бег, мягкие прыжки, повороты в обе стороны);

-формирование начальных представлений о некоторых видах спорта, овладение подвижными играми с правилами; становление целенаправленности и саморегуляции в двигательной сфере;

-становление ценностей здорового образа жизни, овладение его элементарными нормами и правилами (в питании, двигательном режиме, закаливании, при формировании полезных привычек).

Первые две задачи очень важны не только для физического развития ребёнка с аутизмом, но также являются вспомогательным фактором для коррекции аутистических расстройств. Занятия физкультурой, контролируемая двигательная активность являются важным средством профилактики, контроля и снижения гиперактивности. Основная особенность - выполнение упражнений по подражанию движениям педагогического работника и по словесной инструкции [2].

Детям с аутизмом могут быть свойственны различные уровни двигательной активности, от гиперактивности до выраженной двигательной заторможенности, неравномерность развития двигательной сферы, например, несоответствие развития тонкой и общей моторики, различия между возможностями произвольной и спонтанной двигательной активности. Это направление сопровождения включает формирование предметно-манипулятивной деятельности, развитие предметно практической деятельности, общефизическое развитие, подвижные игры и плавание.

Можно заключить, что аутизм характеризуется нарушением работы ОДА из-за патологии НС, чаще всего головного мозга. Другими словами, у старшего дошкольника с аутизмом нарушена координация, он не может совершать определенных движений, ему трудно прямо стоять, иногда страдают речь, слух, и зрение, а также отстает умственное и психическое развитие. Большинство старших дошкольников с аутизмом испытывают большой дефицит в движении и вертикальном положении тела в пространстве, которые являются пусковым механизмом и формировании координации.

Выводы. Результаты исследования подчеркивают важность включения адаптивного физического воспитания в образовательные программы для детей с расстройством аутистического спектра. Установлено, что регулярные и целенаправленные уроки по адаптивной физической культуре, помогают улучшить не только физическое состояние, но и социальные навыки, коммуникацию. Важным аспектом является интеграция подходов, учитывающих уникальные потребности каждого ребенка, что способствует эффективному обучению.

Список литературы.

1. Адаптированная образовательная программа дошкольного образования для обучающихся с расстройством аутистического спектра, 2022.

2.Аутизм и расстройства аутистического спектра: диагностика и коррекционная помощь: учебник для вузов / О. С. Никольская [и др.]; ответственный редактор О. С. Никольская. — Москва: Издательство Юрайт, 2024. — 295 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-15647-8. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/544762

3. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура в жизни людей с отклонениями в состоянии здоровья и инвалидов. Проблемы здоровья человека. Развитие физической культуры и спорта в современных условиях. / С.П. Евсеев. - Ставрополь: Изд-во СГУ, 2002. – С. 60-64.

4. Литош, Н.Л. Адаптивная физическая культура. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями в развитии. учеб. пособие / Н.Л. Литош.- Москва- СпортакадемПресс, 2002. – 140с.-ISBN 978-5-9595-0909-6. Текст: непосредственный

5. Рипа, М. Д. Лечебно-оздоровительные технологии в адаптивном физическом воспитании: учебное пособие для вузов / М. Д. Рипа, И. В. Кулькова. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 158 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-07260-0. —

Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/539496

Салимов М.И., к.п.н доцент
Остробородко А.С., студентка 4 курса кафедры ТиМ АФК
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК

МЕТОДИКА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ 60-65 ЛЕТ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

Аннотация. По статистическим данным, представленным ЦИТО им. Приорова, среди заболеваний опорно-двигательного аппарата у взрослого населения РФ за 2016 г., артрозы составили 24,2%, из них 15,2% лица трудоспособного возраста и 33,7% – население пенсионного возраста. Зачастую больные обращаются за помощью уже на поздних стадиях заболевания, когда консервативное лечение не эффективно, и показано выполнение оперативного лечения – эндопротезирования суставов [6].

Ключевые слова: эндопротезирование коленного сустава, лечебная гимнастика.

Актуальность. В настоящее время происходит все большее распространение дегенеративных и травматических повреждений суставов – артрозов различной этиологии, что неминуемо ведет к ограничению движений, застойным изменениям, увеличению веса и инвалидизации больных. Одной из важных причин, участвующих в развитии данных патологий, является изменение минеральной плотности костной ткани. Изменения в плотности кости могут быть вызваны старческим и постменопаузальным остеопорозом, посттравматическим артрозом, асептическим некрозом, ревматоидным артритом, переломами бедра, опухолями костей, вторичными артритами [5].

Эндопротезирование сустава – это операция по замене компонентов сустава имплантатами, которые имеют анатомическую форму здорового сустава и позволяют выполнять весь объём движений. После подобных операций пациент забывает о болях в суставах и возвращается к активной жизни.

Эндопротезирование коленного сустава является распространенным методом лечения тяжелых форм дегенеративно-дистрофических заболеваний коленного сустава. В Российской Федерации каждый десятый больной, страдающий патологией коленного сустава, нуждается в его тотальном замещении.

Реабилитация больных после эндопротезирования – это длительный, непрерывный, многосторонний и многоэтапный процесс, в который больной должен быть включен до полного восстановления функции оперированной конечности, приобретение самостоятельности в быту, способности к профессиональной деятельности, то есть полноценное функциональное, социально-бытовое и профессиональное восстановление [5]**.**

Цель исследования: улучшение функционального состояния опорно-двигательного аппарата пациентов 60-65 лет после эндопротезирования коленного сустава на стационарном этапе.

Результаты исследования

Полученные результаты функционального состояния после применения методики физической реабилитации для пациентов 60-65 лет после эндопротезирования коленного сустава показали: увеличение амплитуды сгибания коленного сустава, также наблюдается увеличение пройденного расстояния за 6 минут.

Согласно полученным данным функционального состояния пациентов после физической реабилитации видны значимые улучшения. Показатели гониометрии (сгибание) выросли на 27,8° и составляют 100,6°, что на 9,4° меньше нормы (в норме 110°), разгибание – 2,4°, что является незначительным отклонением от нормы - 0°; тест «Встань и иди» 12,3

секунды, что также является незначительным отклонением от нормы – 12; результат при прохождении 6-минутного теста ходьбы вырос до 443,6 метров (в норме 551 м).

Выводы

1. Эндопротезирование коленного сустава – операция по замене разрушенных суставных компонентов биологически совместимыми искусственными конструкциями (эндопротезами), повторяющими анатомическую форму аппарата костно-мышечной системы. Колени человека испытывают усиленную нагрузку, из-за чего часто развиваются патологические процессы. Часто надколенник и другие составляющие колена болят у пожилых людей, что связано с возрастными изменениями и уменьшением физических нагрузок. Заболевание коленных суставов делят на воспалительные, дегенеративно-дистрофические, травматические. Клинический осмотр при посещении врача является ключом для постановки правильного и точного диагноза. Наличие либо отсутствие некоторых симптомов позволяет подтвердить, либо опровергнуть наличие повреждений связок, хряща, менисков и иные патологии.

2. Методами физической реабилитации пациентов после эндопротезирования коленного сустава являются: лечебная физическая культура, массаж, механотерапия, физиотерапия. Средствами физической реабилитации являются: физические упражнения, которые нужно надо выполнять плавно, медленно, избегая резких движений и чрезмерных напряжений мышц, важное значение имеет правильное дыхание – вдох обычно совпадает с напряжением мышц, выдох с их расслаблением; массажные приемы (разминание, растирание, поглаживание, вибрирующие движения различной интенсивности); физиопроцедуры (Электромиостимуляция, электрофорез, УВЧ-терапия).

3. Разработана методика физической реабилитации для улучшения функционального состояния пациентов 60-65 лет после эндопротезирования коленного сустава. Данная методика направлена на восстановление

двигательных способностей после эндопротезирования коленного сустава. Физическая реабилитация на стационарном этапе длится 10-12 дней, которая включает лечебную гимнастику в палате и зале кинезиотерапии, пассивную разработку сустава на аппарате «Artromot», «Fisotek», разработку коленного сустава на велотренажере, отработку правильной ходьбы по ровной поверхности на костылях и отработка правильного подъема и спуска по лестнице на костылях. Согласно полученным данным функционального состояния пациентов после физической реабилитации видны значимые улучшения. Показатели гониометрии (сгибание) выросли на 27,8° и составляют 100,6° (в норме 110°), разгибание – 2,4°, что является незначительным отклонением от нормы - 0°; тест «Встань и иди» 12,3 секунды, что также является незначительным отклонением от нормы – 12; результат при прохождении 6-минутного теста ходьбы вырос до 443,6 метров (в норме 551 м).

4. Данная методика физической реабилитации может быть использована инструкторами ЛФК для пациентов после эндопротезирования коленного сустава на стационарном этапе.

Список используемой литературы

1. Джакофски, Д.Дж. Ревизионное эндопротезирование коленного сустава: Руководство для врачей / Д.Дж. Джакофски, Э.К. Хедли; перевод с английского по редакцией Н.В. Загороднего. – Москва: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»,2015. – 320 с. – ISBN 978-5-9704-3186-3. – Текст: непосредственный.

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

3. Имаметдинова, Г.Р. Методы клинического исследования опорно-двигательного аппарата в ревматологии и ревмоортопедии: учебное пособие для студентов медицинских вузов / Г.Р. Имаметдинова, Н.В. Чичасова, Е.Л. Насонов, С.В. Архипов. – Москва: ИМА-ПРЕСС, 2011. – 160 с. –

(Профессиональное образование) – ISBN 978-5-904356-10-1. – Текст: непосредственный.

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

5. Попов, С.Н Лечебная физическая культура: учебник для студентов учреждений высшего профессионального образования / С.Н. Попов, Н.М. Валеев, Т.С. Гарасева и др. – Москва: Издательский центр «Академия», 2012. – 416 с. – ISBN 978-5-7695-8766-5. Текст: непосредственный.

6. Трофимов, С. Болезни суставов: Медицина / С. Трофимов. – Харьков: Популярная медицина, 2010. – 60 с. – ISBN 978-966-03-3723-7. – Текст: непосредственный

Репина А.И., к.п.н., доцент
Перевалова А.С., студент кафедры ТиМ АФК,
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО «УрагГУФК», г. Екатеринбург, Россия.

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ

Аннотация: В статье предоставлены причины проявления нарушения зрения, характеристика нарушения зрения, особенности психического и физического развития с нарушением зрения, рассмотрен комплекс физических упражнений, направленный на ориентировку в пространстве детей на занятиях по адаптивному физическому воспитанию.

Ключевые слова: дети с нарушением зрения, физические упражнения, адаптивное физическое воспитание, ориентировка в пространстве

Актуальность: Важное место в состоянии здоровья детского населения занимают болезни органа зрения, так как нормальное

функционирование зрительного анализатора дает возможность для оптимальной адаптации ребенка к внешней среде, создает благоприятные условия для всестороннего гармоничного развития, обеспечивает жизненный комфорт.

Многие дети с нарушениями зрения (слабо выраженными), которые корригируются оптическими средствами занимаются физической культурой и спортом. Однако наличие зрительной депривации не позволяет им адекватно воспринимать учебный материал по физической культуре. В связи с этим возникает необходимость в овладении тренером-преподавателем технологией обучения таких детей. В работе с данными категориями детей используются все методы обучения, однако, учитывая особенности восприятия ими учебного материала, есть некоторые различия в приемах.

Цель исследования: Анализ адаптированной основной образовательной программы для детей старшего дошкольного возраста с нарушением зрения.

Результаты исследования. Нарушение зрения – незрячих делят на тотально слепых (VIS – 0) и людей с остаточным зрением (VIS – от 0 до 0,04) с оптической коррекцией, стеклами га лучшем глазу. К детям с нарушением зрения относятся: слепые с полным отсутствием зрения и дети с остаточным зрением, при котором его острота равна 0,05 и ниже на лучше видящем глазу; слабовидящие со снижением зрения от 0,05 до 0,2 на лучше видящем глазу с очковой коррекцией; дети с косоглазием и амблиопией.

Слепота у детей бывает врожденной и приобретенной. Врожденная слепота чаще всего является следствием повреждений или заболеваний плода в период внутриутробного развития. Причинами врожденных заболеваний и аномалий развития органа зрения могут быть различные заболевания матери во время беременности (грипп, другие вирусные заболевания, обострение хронических болезней). Причинами приобретенных, являются следствием заболеваний зрительных органов: роговицы, сетчатки. Также причиной

ухудшения или потери зрения могут быть опухоль мозга, менингит, кровоизлияние (внутриглазное или внутричерепное), низкий уровень гемоглобина.

Слабовидение возникает вследствие глазных болезней на фоне общего заболевания организма. Причиной слабовидения является атрофия сетчатки, зрительного нерва, нистагм и другие глазные заболевания.

Близорукость (миопия) характеризуется недостатком преломляющей силы глаза, в результате которого плохо видны отдаленные предметы, действия, а также то, что написано на классной доске. Часто причиной отслойки сетчатки является травма, чрезмерная физическая нагрузка, сотрясение тела.

Дальнозоркость (гиперметропия) характеризуется тем, что фокус параллельных лучей после их преломления в глазу оказывается лежащим позади сетчатки.

Косоглазие и сопровождающая его амблиопия проявляются в нарушении бинокулярного видения, в основе которого лежит поражение различных отделов зрительного анализатора и его сенсорно – двигательных связей. Косоглазие часто возникает как последствие травмы, интоксикации, кровоизлияния.

Психическое развитие детей с нарушениями зрения носит специфический характер и отличается от темпа развития нормально видящих сверстников. К особенностям относятся:

Эмоциональные проблемы - неудачи в обучении, игре, овладении двигательными навыками и пространственной ориентировке вызывают сложные переживания и негативные реакции: неуверенность, пассивность, самоизоляцию, неадекватное поведение и даже агрессивность.

Внимание - из-за недостатка зрения нарушено непроизвольное внимание (узкий запас знаний и представлений). Снижение произвольного внимания ведёт к расторможенности (низкому объёму внимания,

хаотичности) или наоборот, к заторможенности, инертности, низкому уровню переключаемости внимания.

Память – у детей с нарушением зрения увеличивается роль словесно-логической памяти, проявляется слабая сохранность зрительных образов и снижение объёма долговременной памяти. Объём кратковременной слуховой памяти у таких детей достаточно высокий.

Мышление - дети с нарушением зрения не имеют возможности воспринимать окружающую ситуацию в целом, им приходится анализировать её на основании отдельных признаков, доступных их восприятию. У них сужены понятия об окружающем мире, суждения и умозаключения могут быть не вполне обоснованы.

Физическое развитие детей с нарушениями зрения направлено на: подготовку их к жизни и труду, формирование двигательных умений и навыков, достижение высокого уровня физической подготовленности, повышение работоспособности. Нарушения зрения и развития влияют на деятельность ребенка. Дети испытывают затруднения, связанные с темпом и качеством выполнения задания. У детей может быть низкий уровень развития зрительно-моторной координации, лежащей в овладении практическими навыками.

Адаптированная образовательная программа дошкольного образования детей с нарушениями зрения представляет собой образовательную программу, адаптированную для обучения детей с нарушением зрения от 2-х до 7 лет с учетом особенностей психофизического развития и специфических образовательных потребностей, обеспечивающую развитие личности слепых и слабовидящих детей раннего и дошкольного возраста в различных видах деятельности.

Программа способствует реализации прав детей дошкольного возраста на получение доступного и качественного образования, обеспечивает развитие способностей каждого ребёнка, формирование и развитие личности ребёнка в соответствии с принятыми в семье и обществе духовно-

нравственными и социокультурными ценностями в целях интеллектуального, духовно -нравственного, творческого и физического развития человека, удовлетворения его образовательных потребностей и интересов.

Занятия по адаптивной физической культуре в процессе реализации адаптированной основной образовательной программы дошкольного образования организуется не менее 3 раз в неделю. Один раз в неделю с детьми 5-7 лет образовательная деятельность по физической культуре проводится на открытом воздухе. С целью преодоления нарушений пространственной ориентировки включаются: строевые упражнения, построения и перестроения; ходьба и бег между предметами; ориентировка в физкультурном зале и на спортивной площадке по зрительным ориентирам; ориентировка с помощью слухового и тактильно-двигательного анализатора; игры и упражнения по типу схематического рисунка, содержание которых связано с движениями (прокатить, пробежать, проползти); нахождение спрятанных предметов по словесному описанию.

Выводы. Понимание структуры зрительного дефекта позволяет организовать не только соответствующую медицинскую помощь, но правильно осуществить психолого-педагогическую коррекционную работу. Замедление общего развития ребёнка с нарушением зрения связано со скудным запасом представлений, недостаточно развитой двигательной сферой, ограниченностью освоенного пространства, а главное — минимальной активностью в познании окружающего мира. образом занятия по физической культуре дошкольников с нарушением зрения должны быть разнообразными по форме и проводиться равномерно в течение дня и ежедневно в течение недели.

Список литературы

1. Авдеев, С.Н. Неотложные состояния: диагностика и лечение: справочник / С.Н. Авдеев, Е.И. Чазов, М.И. Балаболкин; под ред. Е.И. Чазова М.: Медицина, 2002. – 701 с. – ISBN 5-225-04156-6 – Текст: непосредственный.

2. Демирчоглян, Г.Г. Специальная физическая культура для слабовидящих школьников / Г.Г. Демирчоглян, А.Г. Демирчоглян – М.: Советский спорт, 2000. – 160 с., илл. – (Физическая культура и спорт инвалидов и лиц в состоянии здоровья). ISBN 5-85009-618-3. – Текст: непосредственный.

3. Евсеев С.П. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник для образовательных учреждений высшего профессионального образования, осуществляющих образовательную деятельность по направлению 49.03.02 - "Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура) / С. П. Евсеев. - Москва: Спорт, 2016. - 614, [1] с.: ил., табл.; 21 см. - (Адаптивная физическая культура и спорт).; ISBN 978-5-906839-42-8 – Текст: непосредственный.

4. Касаткин, Л.Ф. Коррекция недостатков физического развития и ориентировки в пространстве слепых детей. /Л.Ф. Касаткин - М.: Просвещение, 2007 - 232 с. – ISBN отсутствует – Текст: непосредственный.

5. Примерная адаптированная основная образовательная программа для детей с нарушением слуха. Текст: электронный. // URL: https://ds-28.dou.tomsk.ru/.

Плющева Н.С., старший преподаватель кафедры ТиМ АФК
Саушкина В.И., студент кафедры ТиМАФК.,
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО «УралГУФК», г.Екатеринбург, Россия.

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Аннотация: В статье раскрыты особенности развития детей старшего дошкольного возраста с умственной отсталостью. Рассматриваются специфика двигательной и психической сфер, необходимость индивидуального подхода, адаптированных методик и поддержки специалистов. Основное внимание уделено созданию условий для

социализации, раскрытия потенциала и адаптивного физического воспитания детей с интеллектуальными нарушениями.

Ключевые слова: дети с умственной отсталостью, адаптивное физическое воспитание, социализация, индивидуальный подход, психофизическое развитие.

Введение. Адаптивное физическое воспитание для детей старшего дошкольного возраста с умственной отсталостью играет важную роль в коррекции и развитии их физических и психофизических способностей. Дети с умственными нарушениями сталкиваются с трудностями в освоении навыков двигательной активности, что связано с особенностями их когнитивного и психомоторного развития [1,2]. Дошкольный возраст является наиболее подходящим периодом для развития двигательных навыков, необходимых для их социальной адаптации и подготовки к дальнейшему обучению. Физическое воспитание способствует укреплению здоровья, формированию двигательных и координационных способностей, развитию эмоционально-волевой сферы, что важно для полноценного функционирования ребенка с интеллектуальными нарушениями. Важно, чтобы программы адаптивного физического воспитания учитывали особенности детей с различными формами умственной отсталости, помогая им преодолевать затруднения, связанные с моторикой и психическими функциями [4].

Актуальность. В соответствии с данными Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в последние годы, мы наблюдаем увеличение числа детей с умственной отсталостью. Дети с ОВЗ в учреждениях дошкольного образования: 517 343 человека (6,8% от общего количества воспитанников). Наибольшее количество детей – дети, имеющие интеллектуальные нарушения развития. В связи с этим необходима разработка эффективных адаптивных программ физического воспитания, чтобы обеспечить детям качественную подготовку к школьной и социальной жизни.

Цель исследования. Анализ адаптированной основной образовательной программы для детей старшего дошкольного возраста с умственной отсталостью.

Методика исследований. Для изучения была выбрана адаптированная основная образовательная программа 9.1 (вариант 1) адаптивной по физической культуре, предназначенной для детей с умственной отсталостью. [3].

Данная программа адаптивного физического воспитания для детей с умственной отсталостью включает несколько компонентов, каждый из которых направлен на коррекцию определенных нарушений и способствует комплексному развитию ребенка. Основными направлениями являются развитие координации движений, укрепление мышц, формирование навыков самообслуживания, развитие умений взаимодействовать с другими детьми и взрослыми. Важное значение придается коррекции двигательных нарушений и развитию базовых навыков физической активности, таких как метание, бег, прыжки и ползание [5]. Каждый вид двигательной активности помогает формировать у ребенка устойчивость и координацию, улучшает мыслительные навыки и внимание, что является важным элементом подготовки к обучению в школе и социальной жизни. Упражнения на равновесие, ходьба и бег способствуют развитию навыков контроля над телом и улучшению координации, что необходимо для повышения самостоятельности ребенка. Прыжки и подвижные игры развивают у детей чувство ритма, пространственную ориентацию и коммуникативные навыки, что особенно важно для их социализации. Подвижные игры формируют навыки взаимодействия и кооперации, учат детей следовать правилам и работать в коллективе.

Таким образом, выполнение упражнений и игр не только улучшает физическое состояние детей, но и создает базу для формирования положительных личностных качеств, таких как уверенность, дружелюбие, стремление к достижению целей.

Исследования применения данной программы были проведены с двумя группами детей возраста 5-6 лет, находящимися в дошкольном образовательном учреждении. В контрольной группе и экспериментальной группе, численность обучающихся в каждой группе составляла 10 человек. В экспериментальной группе проводились специальные занятия с применением комплекса статодинамических упражнений на развитие способностей удерживать равновесие на гимнастической скамейке. Дети контрольной группы, в это же время занимались подвижными играми направленных на координацию и координационные способности.

С экспериментально группой комплекс упражнений, направленных на развития координации и координационных способностей, было проведено 12 занятий. Продолжительность занятий составляла 3 раза в неделю по 25 минут в утренние часы. Занятия проводились в спортивном зале (2 занятие в неделю по 25 минут) и на спортивной площадке на открытом воздухе (1 занятия в неделю по 25 минут). Подвижные игры для контрольной группы проводились с использовались предметов, так и без предметов. Изменения в показателях равновесия регистрировалось при использовании блоков тестов. Устойчивость на опоре определялась при выполнении детьми трех тестов.

Таблица 1- Виды упражнений для развития равновесия у детей 5-6 лет с легкой степенью умственной отсталостью на гимнастической скамейке

Виды упражнений на гимнастической скамейке	Условия выполнения	Дозировка
Наклон вперед на одной ноге с касанием скамейки	С открытыми и закрытыми глазами	3 раза
Стоя на одной ноге, руки в стороны	С открытыми глазами и закрытыми	4 раза
Полуприседы на двух ногах, руки вперед	С открытыми глазами и закрытыми глазами	5 раз
Подвижные игры		
Название игры	Условия выполнения	Дозировка
Прыгающая змея	Дети встают друг за другом. Каждый крепко держит впереди стоящего. Самый первый изображает голову змеи: по его команде змея начинает подпрыгивать, продвигаясь вперед, так, чтобы игроки не отрывались	2 минуты

	друг от друга. Если все-таки змея упала, то «головой» становится следующий	
Мячик вверх	Дети становятся в круг. Водящий берет мяч и становится в середину круга. Со словами: «Мяч вверх!» водящий подбрасывает мяч вверх. За это время все остальные дети должны как можно дальше отбежать от центра круга. Водящий ловит мяч и кричит: «Стоп!». Все должны остановиться. Водящий кидает мяч и старается коснутся им того ребенка, который стоит ближе всего к нему. Этот ребенок и становится новым водящим	3 минуты
Мяч с именем	Дети становятся в круг на расстоянии одного шага друг от друга Водящий выходит в центр круга, называет по имени одного из играющих и бросает вверх мяч. Тот, чье имя он назвал, должен поймать мяч и поймать его, после этого он становится водящим	2 минуты

Первый тест- ходьба по гимнастической скамейке с постановкой пятки одной ноги к носку другой.

Второй тест- стоя на одной ноге, руки в стороны.

Третий тест- полуприседы на двух ногах, руки вперед.

Тест выполнялся с опорой, как на правой, так и на левой ноге по 5 раз.

Выполнения каждого теста оценивалось по времени.

Результаты исследования сравнивались с начальными результатами исследованиями и окончательными.

Таблица 2- Показатели статического и динамического равновесия у детей с легкой степенью умственной отсталостью 5-6 лет в начале и по окончанию педагогического эксперимента (количество, время)

Контрольные	Условия выполнения	ЭГ	КГ

испытания		начало	конец	начало	конец
Наклон вперед на одной ноге с касанием скамейки	Со зрительным контролем	2 раза	5 раз	2 раза	3 раза
	Без зрительного контроля	1 раз	3 раза	1 раз	2 раза
Стоя на одной ноге, руки в стороны	Со зрительным контролем	10 сек	19 сек	10 сек	15 сек
	Без зрительного контроля	5 сек	9 сек	5 сек	7 сек
Полуприседы на двух ногах, руки вперед	Со зрительным контролем	8 раз	12 раз	8 раз	10 раз
	Без зрительного контроля	5 раз	8 раз	5 раз	7 раз

Результаты исследования. Результативностью адаптивного физического воспитания для детей с умственной отсталостью была подтверждена практическими наблюдениями.

Дети становились более активными, общительными, что подтверждает значимость физической активности для их социальной адаптации.

Анализ результатов по выполнению детьми комплекса упражнений, направленных на координацию и координационные способности, показал, что существует сложность при выполнении упражнений на баланс на одной ноге, без зрительного контроля. С большим успехом справлялись с упражнением на двух ногах, как со зрительным контролем, так и без зрительного контроля.

Вывод. Таким образом, применение программы 9.1 (1 вариант) адаптивного физического воспитания показало положительные изменения в физическом и психическом развитии детей, которое позволяет повысить качество их жизни и образовательных результатов, помогают детям не только развивать моторные и координационные навыки, но и учат их взаимодействовать со сверстниками, выражать свои эмоции и стремления. Проявилось наиболее ярко у группы детей, выполняющих упражнения на

координацию и координационные способности, состоящие в экспериментальной группе. Адаптивные методы физического воспитания доказывают свою высокую эффективность, делая жизнь детей с умственной отсталостью более насыщенной и качественной.

Список литературы.

1. Давлетшина Ф. Н. Подвижные игры как средство коррекции координационных способностей детей 3-5 лет с умственной отсталостью /Ф. Н. Давлетшина, Л. Е. Касмакова // Проблемы и перспективы физического воспитания, спортивной тренировки и адаптивной физической культуры: мат. Всерос. с межд. уч. науч.-прак. конф./ Поволжская государственная академия физической культуры, спорта и туризма. – Казань, 2018. – С. 843–847.

2. Демирчоглян Г. Г. Специальная физическая культура для слабовидящих школьников / Г.Г. Демирчоглян, А.Г. Демирчоглян. – М.: Сов. Спорт, 2000. – 160 с.

3. Масленникова Т.В. Психолого-педагогический практикум по общей и специальной дошкольной педагогике: учебное пособие / Т.В. Масленникова, Н.И. Колупаева. – М.: Директ-Медиа, 2014. – 138 с.

4. Основы специальной психологии: учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л.В. Кузнецова, Л.И. Переслени, Л.И. Солнцева [и др.]; под ред. Л.В. Кузнецовой. – М.: Академия, 2002. – 480 с.

5. Примерная адаптированная основная образовательная программа дошкольного образования для детей дошкольного возраста с умственной отсталостью. Текст: электронный // URL: https://fgosreestr.ru/uploads/files/968f101186318d58a472eb7085a85b48.pdf

Репина А.И., к. п. н., доцент.
Смирнов В.Е., студент кафедры ТиМ АФК,
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО «УралГУФК», г. Екатеринбург.

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СТРАШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ

Ключевые слова: нарушение зрения, адаптивное физическое воспитание, близорукость, социализация, координационные способности, коррекция.

Аннотация: дети с нарушением зрения нуждаются в осторожном подходе к занятиям физическими упражнениями. Учитывая трудности восприятия учебного материала, ребенок с нарушением зрения нуждается в особом подходе в процессе обучения в подборе упражнений, который вызывают доверие у учащихся, ощущение безопасности, комфортности и надежной страховки. При правильном руководстве дети со зрительной депривацией овладевают различными двигательными умениями, формирующими эмоциональное восприятие движений, особенно в игровой деятельности, развитие волевых качеств, смелости и решительности, уверенности в себе.

Актуальность. В настоящее время заболеваемость детей с патологией органа зрения имеет устойчивую тенденцию к росту. По данным Федеральной службы государственной статистики РФ первичная заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет на 100 тыс. населения в 2018 г. с болезнями глаза и его придаточного аппарата составляет 5713,3 (2017 г. – 5731,3). Приобретенные аномалии зрения распространены больше, чем врожденные. Многие дети с нарушением зрения имеют низкий уровень развития осязательной действительности, моторики пальцев и кистей рук, общей моторики. Происходит это потому, что дети с частичной потери зрения полагаются только на визуальную ориентировку. Отсутствие или резкое снижение зрения дети не могут подражать окружающим, чтобы овладеть различными предметно - практическими действиями. АФВ должно строится с учетом индивидуального и дифференцированного подхода к регулированию физической нагрузки, физической подготовленности и сенсорных возможностей детей, а также с учетом эмоциональной

насыщенности. Целенаправленные и дозированные физические упражнения являются мощным средством коррекции и компенсации недостатков в физическом развитии.

Цель исследования: анализ адаптированной основной образовательной программы для детей старшего дошкольного возраста с нарушением зрения.

Результат исследования. Зрение — самый мощный источник информации о внешнем мире. 85—90% информации поступает в мозг через зрительный анализатор, и частичное или глубокое нарушение его функций вызывает ряд отклонений в физическом и психическом развитии ребенка. Нарушения зрения бывают врожденные и приобретенные. К возникновению приобретённых форм зрительных расстройств приводят не только игры в компьютеры, но и острые инфекции (грипп, корь, дифтерия). Причины врожденной зрительной патологии также многообразны. Наследственные факторы являются причиной возникновения врожденной катаракты, гидрофтальма, близорукости, микрофтальма. Врожденные изменения глаз у детей могут быть следствием перенесенных матерью во время беременности вирусных и инфекционных заболеваний [4].

Своевременное обращение к врачу может сохранить зрение ребенку и избежать больших проблем. Приобретенная слепота, как правило, является следствием заболеваний зрительных органов: роговицы, сетчатки [3]. Также причиной ухудшения/потери зрения может быть опухоль мозга, менингит, кровоизлияние (внутриглазное или внутричерепное), низкий уровень гемоглобина. Подобная проблема часто развивается на фоне таких перенесенных заболеваний, как грипп, корь, скарлатина. Иногда причиной приобретенного недуга является травма глаза или мозга. Отдельным пунктом идут причины потери зрения, вызванные социальными и бытовыми условиями. Речь идет о скудном питании, бедном витаминами, о неблагоприятных климатических и природных условиях. И, конечно, причиной нарушения зрения у детей может быть пагубное влияние гаджетов

(к примеру, ребенок много смотрит телевизор, играет в игры на телефоне), несоблюдение правил оснащения рабочего места (если школьник делает уроки при недостаточном освещении) или основ безопасности (допустим, малыш долго смотрит на лампочку, гуляет без солнечных очков под ярким солнцем, играет с острыми предметами). Наиболее распространенные виды нарушений зрения: близорукость, дальнозоркость, косоглазие, амблиопия.

Если ребенок жалуется на боль в глазах или головную боль после интенсивной зрительной нагрузки, это может свидетельствовать о том, что он вынужден перенапрягать глаза, пытаясь сфокусироваться на нечетко видимых предметах. Такие проблемы характерны для близорукости, дальнозоркости или астигматизма [5]. Нарушение зрения определяет слабое развитие психомоторной сферы, запаздывает формирование целенаправленных предметно-игровых действий, возможны появления навязчивых стереотипных движений: раскачивание головы, туловища, размахивание руками. Все это объясняется обеднением чувственного опыта, разрывом связи между ребенком и окружающей действительностью [2].

На уроках АФВ учащиеся чаще пользуются наглядно образным и словесно-логическим мышлением, когда задача решается в словесной (вербальной) форме. Используется также практически действенный тип мышления, когда мыслительные операции осуществляются в процессе манипулирования с предметами (спортивный инвентарь) и выполнения физических упражнений. С возрастом показатели физического развития у детей со зрительной депривацией увеличиваются, но более медленно по сравнению с нормально видящими. У незрячих и слабовидящих отмечаются наиболее выраженные отклонения в деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем на всех возрастных этапах развития. Возрастная динамика физического развития у этих детей сохраняется такой же, как и в норме, но уровень физического развития значительно ниже [1]. Целевые ориентиры на этапе завершения освоения адаптированной основной образовательной программы дошкольного образования. К концу обучения по

образовательным программам дошкольного образования на основании адаптационно-компенсаторных механизмов у слабовидящего ребенка появляется способность к воображению, которое реализуется в разных видах деятельности: познавательной, продуктивной, двигательной, в игре. Ребенок владеет разными формами и видами игры, различает условную и реальную ситуации, следует игровым правилам, использует компенсаторные возможности для организации и поддержания игровой ситуации, умеет регулировать и контролировать игровые действия. Обладает опытом инициатора в организации игр с другими детьми.

Выводы. Зрительный анализатор обеспечивает выполнение сложнейших зрительных функций. Нарушение зрения определяет слабое развитие психомоторной сферы, запаздывает формирование целенаправленных предметно-игровых действий, возможны появления навязчивых стереотипных движений: раскачивание головы, туловища, размахивание руками. Все это объясняется обеднением чувственного опыта, разрывом связи между ребенком и окружающей действительностью. Нарушение зрения затрудняет пространственную ориентировку, задерживает формирование двигательных навыков, ведет к снижению двигательной и познавательной активности. У некоторых детей отмечается значительное отставание в физическом развитии. Предметная область и учебный предмет «Физическая культура» проводится по 2 часа в неделю. Основные задачи реализации содержания АФВ: воспитание интереса к физической культуре и спорту, формирование потребности в систематических занятиях физической культурой и доступных видах спорта. Таким образом, для детей старшего дошкольного возраста (подготовительного класса), уроки по АФК проводятся 2 часа в неделю.

Список литературы.

1. Адаптированная основная образовательная программа дошкольного образования слабовидящих детей. Москва, 2017.

2. Дружинина, Л.А. Психолого-педагогическое сопровождение дошкольников с нарушениями зрения в условиях инклюзивного образования: учебно-методич. пособие / Л.Б. Осипова, Л.И. Плаксина. – Челябинск: Издательство Южный-Урал. 2017. – 254 с. ISBN 978-5-906908-68-1 Текст: посредственный.

3. Микляева, Н. В. Воспитание и обучение детей дошкольного возраста с задержкой психического развития: учебник и практикум для вузов / Н. В. Микляева. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2024. — 328 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-15318-7. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/542621

4. Мозговой В. М. Уроки физической культуры в начальных классах: пособие для учителя специальных (коррекционных) образовательных учреждений VIII вида -Москва: Издательство Просвещение, 2009. - 267, ISBN 978-5-09-017963-8 Текст: посредственный.

5. Харченко Л.В. Теория и методика адаптивной физической культуры для лиц с сенсорными нарушениями / Т. В. Синельникова, В. Г. Турманидзе - Омск: Издательство Омского гос. ун-та, 2016. - 110, с. ISBN 978-5-7779-2016-4 Текст: посредственный.

Тимофеева И.В., к.п.н., доцент
Сторчеус Ю.Н., студентка 4 курса кафедры ТиМ АФК,
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФБГОУ ВО УралГУФК

МЕТОДИКА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ 40-45 ЛЕТ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

Аннотация. Бронхиальная астма – самый распространенный хронический недуг. От нее страдает 5% взрослого населения. На сегодняшний день на планете зафиксировано почти 300 миллионов больных бронхиальной астмой. В России, по разным данным, распространённость среди взрослого населения колеблется от 2,2 до 5-7 %, а в детской популяции этот показатель составляет около 10% [5, 6].

Ключевые слова: Бронхиальная астма, лечебная гимнастика, физическая реабилитация.

Актуальность. Бронхиальная астма распространенное во всем мире заболевание, представляющее значительную социальную проблему, как для детей, так и для взрослых. Бронхиальная астма распространена во всех странах, независимо от уровня развития, но ее распространённость различается между популяциями даже внутри одной страны**.** Заболевание может возникнуть в любом возрасте у людей любой национальности; примерно у половины больных бронхиальная астма развивается до 10 лет, ещё у трети – до 40 лет. Как отмечают российские специалисты, в первые десять лет жизни чаще болеют мальчики, с десяти до шестидесяти лет – несколько чаще женщины, а с шестидесяти лет – мужчины. Бронхиальную астму чаще наблюдают у городских жителей, чем у сельских (7,1% и 5,7% соответственно). За последние 20 лет распространенность этого заболевания заметно возросла, особенно среди детей. Это заболевание, начавшись у детей, в большинстве случаев продолжается у взрослых, являясь причиной профессиональных ограничений, инвалидности, а в ряде случаев и смертельных исходов. Поэтому бронхиальная астма не только клиническая, но и социальная проблема. Одним из важнейших средств физической реабилитации больных с бронхиальной астмой являются физические упражнения. Применение физических упражнений при бронхиальной астме позволяет улучшить функцию всех органов и систем, оказывает активизирующее влияние на дыхание, укрепляет дыхательную мускулатуру, увеличивает подвижность грудной клетки и диафрагмы, способствуют

растягиванию плевральных спаек, выведению мокроты, уменьшению застойных явлений в легких, совершенствует механизм дыхания. Проблема заболевания показывает высокую значимость внедрения в практику эффективных методов реабилитации и профилактики бронхиальной астмы. Как показывают результаты отечественного исследования, в России также весьма актуальна проблема контроля астмы, ведь только 23% пациентов достигают полного контроля заболевания. Среди причин недостаточного контроля бронхиальной астмы выделяют низкую приверженность терапии (43%), экспозицию триггеров (29%), плохую коммуникацию с врачом (21%), неадекватную терапию (20%), наличие сопутствующих заболеваний (15%), курение (15%), неадекватную технику ингаляции (6%). Именно поэтому основными мерами по профилактике обострений астмы и контролирования симптомов, выделенными авторами Global Strategy for Asthma Management and Prevention (GINA) 2019 г., считаются применение базовой терапии ингаляционными ГКС (ИГКС) в низких дозах, терапии модифицируемых факторов риска и сопутствующих заболеваний и при необходимости нефармакологических методов [1, 2, 3, 4].

Цель исследования: улучшение функционального состояния дыхательной системы у пациентов 40-45 лет при бронхиальной астме.

Результаты исследования. Для определения результатов, полученных в ходе проведения контрольных тестов, мы решили оценить и рассмотреть подробно результаты всех контрольных тестов, предложенных для выполнения в виде динамики показателей функциональной характеристики дыхательной системы при бронхиальной астме у лиц 40-45 лет. У пациентов экспериментальной группы в сравнении с контрольной к концу курса физической реабилитации наблюдается улучшение результатов у всех пациентов. По шести тестам - жизненная емкость легких, ортостатическая проба, пульс, проба Штанге, экскурсия грудной клетки, утомляемость дыхательных мышц, произошли достоверные изменения [5, 6].

Выводы.

1. Проведенный анализ изученной литературы свидетельствует о том, что бронхиальная астма сопровождается нарушением в системе внешнего и внутреннего дыхания, хронической интоксикацией, нарушением обмена веществ и снижением иммунобиологических свойств организма. Начинаясь преимущественно в детском возрасте, это заболевание вызывает тяжелые поражения жизненно важных органов и систем (дыхательной, сердечно-сосудистой, нервной, пищеварительной и др.). К методам оценки эффективности средств физической реабилитации с бронхиальной астмой можно отнести следующие: частота дыхательных движений, проба Генчи, устойчивость к гипоксии (пр. Штанге), пикфлоуметрия, пневмотонометрия, экскурсия грудной клетки. Систематическое применение физических упражнений, массажа в сочетании с дыхательной гимнастикой способствуют восстановлению нарушенных функций различных систем и органов. Применение массажа в совокупности с лечебной физической культурой и физиотерапевтическими методами дает более быстрый результат реабилитационных мероприятий.

2. Для определения функционального состояния дыхательной системы при хронических заболеваниях легких у людей среднего возраста мы провели ряд медицинских тестов: с помощью спирометра определили жизненную емкость легких, ортостатическая проба показала состояние вегетососудистой системы, экскурсия грудной клетки позволила отметить развитие органов дыхания, с помощью пробы Штанге с задержкой дыхания мы определили выносливость легких, при определении экскурсии брюшной стенки мы выявили функциональное состояние диафрагмы и с помощью спирометра провели функциональную пробу на утомляемость дыхательных мышц. Результаты тестов позволили сделать вывод, что функциональное состояние дыхательной системы у людей среднего возраста с бронхиальной астмой снижено по сравнению со здоровыми людьми этого же возраста. По результатам исследовательской работы можно сделать вывод, что

подобранная методика физической реабилитации существенно расширяет арсенал средств в комплексном лечении бронхиальной астмы и при грамотном применении обладает значительной клинической эффективностью. У пациентов экспериментальной группы в сравнении с контрольной к концу курса физической реабилитации наблюдается улучшение всех результатов. По шести тестам - жизненная емкость легких, ортостатическая проба, пульс, проба Штанге, экскурсия грудной клетки, утомляемость дыхательных мышц, произошли достоверные изменения.

3. Предложенная методика физической реабилитации может быть рекомендована специалистам, работающим с больными бронхиальной астмой в поликлинических условиях, реабилитационных центрах, профилакториях, санаториях и других лечебно-профилактических учреждениях. Таким образом, возможности реабилитации больных с бронхиальной астмой позволяют повлиять на течение заболевания, повысив уровень контроля и изменив функциональный потенциал пациентов.

Список используемой литературы

1. Жилин Ю.Н. Методы респираторной терапии дыхательной недостаточности у больных с бронхиальной патологией /Ю.Н.Жилин// Здоровье нации: сб. материалов регион. науч.- метод. конф. – М., 1993. – С 157-160.

2. Дидур, М.Д. Лечебная физкультура при бронхиальной астме /М.Д.Дидур, Е.Н.Главдецкая, И.В.Юрков. – Методическое пособие для специалистов ЛФК., СПб., 2006. – 215 с.

3. Лечение и реабилитация детей, страдающих бронхиальной астмой. Традиционная медицина и питание: Теория и практика аспекты.сб. мат. 1-ой Межд. науч. конф. /под ред. Н.Н.Беспалько, В.А.Ревякина, О.П.Блиновской. – М., 1994. – 95 с.

4. Чукавин, Р.Б. Лечебная физкультура в реабилитации бронхолегочных заболеваний /Р.Б.Чукавин, С.А.Бердышев/Вопр. курортол. – 2007. – №2. – с. 17-21.

5. Бронхиальная астма. Глобальная стратегия. Основные направления лечения и профилактики астмы сб. материалов Нац. Ин-т сердца, лёгких и крови /под ред. А.С.Кольцова — 2012. – 37 с.

6. Александров, Р.А. Анализ результатов лечения акупунктурой больных бронхиальной астмой / Р.А.Александров, В.И. Немцов, Пан Лю Лань// Вопр. курортол. – 1995. – №3. – с. 10-12.

Репина А.И., к.п.н. доцент
Тоскунина Ю.Э., студент 4 курса кафедры ТиМ АФК,
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК, г. Екатеринбург, Россия

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

Аннотация. Среди большого количества остеохондропатий самой парадоксальной является болезнь Осгуда-Шляттера, которая встречается у 15,9% подростков, активно занимающихся спортом. Болезнь связана с чрезмерными физическими нагрузками. В большинстве случаев патология разрешается спонтанно, по окончанию роста костей, но до этого времени ребенку необходимо обеспечить грамотную реабилитационную помощь [4].

Ключевые слова: остеохондропатия, патологии опорно-двигательного аппарата, юноши, синдром бугристости большеберцовой кости.

Актуальность. В структуре заболеваемости опорно-двигательной системы дегенеративно-дистрофические поражения суставов занимают 3 место. Среди дегенеративно-дистрофических процессов в суставах значительное место по тяжести поражения и распространенности занимают различные виды асептических остеонекрозов. Остеохондропатия чаще встречается в детском и подростковом возрасте, имеет хроническое доброкачественное клиническое течение и, в большинстве случаев, благоприятный исход [6].

Изучение патологии опорно-двигательного аппарата в настоящее время является актуальным, что объясняется ее высокой распространенностью как среди людей среднего и старшего возраста, так и среди детей и подростков, хроническим прогрессирующим течением, ростом показателей первичной заболеваемости и инвалидности, снижением качества жизни и сокращением ее продолжительности, значительными экономическими потерями семьи, больного и общества в целом [5].

Остеохондропатия бугристости большеберцовой кости – синдром перегрузки колена и большеберцовой кости, часто являющийся причиной болезненности коленного сустава у подростков [1].

Основная причина патологического состояния – чрезмерное растяжение и надрыв сухожилия коленной чашечки в области эпифиза большеберцовой кости. Подобную травму может спровоцировать падение или часто повторяющаяся микротравматизация, связанная с физическими нагрузками [2]. Любая травма коленного сустава или постоянное ударное воздействие на его костно-мышечную структуру может стать причиной трещин и микропереломов, которые растущий организм пытается быстро компенсировать нарастанием новой соединительной тканью. В результате у ребенка и появляется типичный для остеохондропатии Осгуд-Шляттера костный нарост – «шишка», образующаяся чуть ниже колена [3].

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

Результаты исследования. Исследование проводилось на базе двух организаций: теоретическая часть исследования проводилась на базе кафедры теории и методики адаптивной физической культуры Екатеринбургского института физической культуры ФГБОУ ВО «УралГУФК». Практическая часть проводилось на базе детской поликлиники ООО «Европейский медицинский центр УГМК-Здоровье» города Екатеринбурга. Наблюдение проводилось за тремя подростками в возрасте 11-13 лет, имеющие диагноз остеохондропатия бугристости большеберцовой

кости (болезнь Осгуда-Шляттера). При написании работы мы использовали метод анализа научно-методической литературы, метод педагогического наблюдения, метод беседы и опроса, метод педагогического эксперимента, функциональные тестирования опорно-двигательного аппарата и методы математической статистики.

Методика физической реабилитации основана на комплексе из следующих компонентов: физические упражнения (статические, динамические, специальные, общеразвивающие), массажные приемы (лечебный массаж нижних конечностей), тейпирование коленного сустава.

Анализируя результат гониометрического тестирования, выполняемого стоя, можно сделать следующие выводы:

1) среднее арифметическое значение сгибания коленного сустава 2,3 балла – это свидетельствует о том, что сгибание происходит в диапазоне 60-89^{o}. Данный показатель не является нормой;

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

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

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

Выводы:

1. Болезнь Осгуда-Шляттера – это асептическое разрушение бугристости и ядра большеберцовой кости, возникающее на фоне их хронического травмирования в период интенсивного роста скелета. Проявляется болями в нижней части коленного сустава, возникающими при его сгибании (приседания, ходьба, бег, прыжки), и припухлостью в области

бугристости большеберцовой кости. В результате перегрузок, частых микротравм коленного сустава и чрезмерного натяжения собственной связки надколенника, происходящего при сокращениях четырехглавой мышцы бедра, возникает расстройство кровоснабжения в области бугристости большеберцовой кости. Могут отмечаться мелкие кровоизлияния, разрыв волокон связки надколенника, асептическое воспаление в области сумок, некротические изменения бугристости большеберцовой кости. Общее самочувствие пациента, несмотря на сопровождающие его болевые ощущения и патологические процессы в колене, существенно не изменяется. Кожные покровы над пораженным суставом не краснеют, температурные показатели остаются в норме.

2. Средствами физической реабилитации пациентов с болезнью Осгуда-Шляттера являются физические упражнения и массажные приемы. Методами физической реабилитации являются лечебная физическая культура, массаж, тейпирование, физиолечение, методика Бубновского, постизометрическая релаксация. Возможно применение различных фиксирующих средств.

3. Методика физической реабилитации у подростков с болезнью Осгуда-Шляттера основана на комплексе из следующих средств: физические упражнения (статические, динамические, специальные, общеразвивающие), лечебный массаж нижних конечностей и тейпирование коленного сустава. Полученные результаты оценки функционального состояния пациентов 11-13 лет с остеохондропатией бугристости большеберцовой кости (болезнь Осгуда-Шляттера), после применения методики физической реабилитации показали достоверно значимое улучшение исследуемых показателей ($P<0,05$) подвижности коленного сустава на 18%, повышение силовой выносливости мышц нижних конечностей 40%, а также снижение болевого синдрома 81%, что позволяют утверждать об эффективности разработанной методики.

4. Разработанная методика физической реабилитации может быть рекомендована и использована другими специалистами, работающими с

данной категорией подростков, имеющих диагноз: остеохондропатия бугристости большеберцовой кости (болезнь Осгуда-Шляттера) на базе медицинских центров и поликлиник. Практические рекомендации составлены.

Список используемой литературы

1. Абальмасова, Е.А. Остеохондропатии: детская артрология / Е.А. Абальмасова. – Москва: ЦНИИ травматологии и ортопедии, 1981. – 284-294 с. – ISBN 356-4-6895-5572-7. – Текст: электронный;

2. Абальмасова, Е.А. Остеохондропатии: ортопедия и травматология детского возраста / Е.А. Абальмасова. – Москва: ЦНИИ травматологии и ортопедии, 1983. – 385-393 с. – ISBN 125-6-6587-9073-3. – Текст: электронный;

3. Барыкина, Н.В. Частная хирургия: учебное пособие для студентов образовательных учреждений среднего профессионального образования / Н. Б. Барыкина. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2008. – 349 с. – ISBN 978-5-222-13568-6. – Текст: электронный;

4. Берман, Р.Э. Педиатрия по Нельсону: учебное пособие для врачей / Р.Э. Берман. – Москва: Рид Элсивер, 2009. – 822 с. – ISBN 978-5-91713-006-4. – Текст: электронный;

5. Блинова, Н. Г. Физиология детей и подростков: учебное пособие / Н. Г. Блинова. – Москва: Медицина, 2008. – 91 с. – ISBN 978-5-8353-0686-2. – Текст: электронный;

6. Быковская, Т.Ю. Виды реабилитации: физиотерапия, лечебная физкультура, массаж: учебное пособие / Т.Ю. Быковская, А.Б. Кабарухин, Л.А. Семененко, Л.В. Козлова, С.А. Козлов, Т.В. Бесараб; под общей редакцией Б.В. Кабарухина . – Ростов на Дону: Феникс, 2010. – 557 с. – ISBN 978-3-5681-5691-8 –Текст: непосредственный;

Салимов М. И. к. п. н., доцент
Трапезников Р. А. студент 4 курса кафедры ТиМ АФК,

Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ СТАРЕШГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Аннотация: В данной статье представлены результаты педагогического исследования по адаптивному физическому воспитанию детей старшего дошкольного возраста с умственной отсталостью, учащихся в екатеринбургской школе-интернат №12, рассмотрены методы и средства адаптивного физического воспитания.

Ключевые слова: дети с умственной отсталостью, коррекция двигательных нарушений, физическое развитие, двигательное нарушение, упражнения на развитие координационных способностей

Актуальность. По последним доступным данным на 2019 год, в России зарегистрировано около 700 тысяч детей с умственной отсталостью. Это составляет примерно 1% от общего числа детей в стране. Адаптивная физическое воспитание 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.

Цель исследования: Анализ адаптированной основной образовательной программы для детей старшего дошкольного возраста с умственной отсталостью.

Результаты исследования. Умственная отсталость, ранее известная как малоумие или олигофрения, является патологией головного мозга, которая приводит к задержке или неполному развитию психики. Она проявляется в нарушении интеллекта и ведет к социальной дезадаптации. Это состояние влияет не только на разум, что отражено в названии, но также на эмоции, волю, речь и моторику.

Термин "олигофрения" был предложен Эмилем Крепелином и во многом синонимичен современному понятию умственной отсталости. Однако последнее понятие более широкое, так как включает не только задержку психического развития, вызванную органической патологией, но и социально-педагогическую запущенность. Диагноз устанавливается в основном на основе определения степени недоразвития интеллекта и социальной дезадаптации, без указания этиологического и патогенетического механизма, которые могут быть разнообразными [2].

Умственная отсталость является одной из основных причин обращения в генетическую консультацию. Генетическими причинами обусловлено до половины случаев тяжёлой умственной недостаточности. Основные типы генетических нарушений, ведущих к умственной недостаточности, включают:

1. Хромосомные аномалии, нарушающие дозовый баланс генов, такие как анеуплоидия, делеции , дупликации. Примерами могут служить трисомия хромосомы 21 (синдром Дауна), частичная делеция короткого плеча хромосомы 4, микроделеция участка хромосомы 7q11.23 (синдром Вильямса) и др.

2. Дисфункция отдельных генов. Число генов, мутации в которых вызывают ту или иную степень умственной отсталости, превышает 1000. В их число входят, например, ген NLGN4, находящийся на хромосоме X, мутации в котором обнаружены у некоторых пациентов, страдающих аутизмом; ген FMR1, сцепленный с хромосомой X, дерегуляция экспрессии которого вызывает синдром хрупкой X-хромосомы; ген MECP2, также находящийся на хромосоме X, мутации в котором вызывают синдром Ретта у девочек.

Исторически было предложено несколько классификаций умственной отсталости (ранее — олигофрении). В настоящее время наиболее распространена, используется на практике и имеет юридическое значение классификация умственной отсталости по степени тяжести. Именно эта

классификация была включена в DSM-IV и МКБ-10, а теперь используется в DSM-5 и МКБ-11. Классификации, основанные на других принципах, могут использоваться в дополнение к основной, однако в настоящее время их значение очень мало из-за слабой доказательной базы. В качестве таких классификаций в России упоминаются качественная классификация М. С. Певзнер, клинико-физиологическая классификация С. С. Мнухина и Д. Н. Исаева и этиопатогенетическая классификация Г. Е. Сухаревой.

Низкий уровень познавательной активности. Ребёнок не понимает, зачем ему что-то нужно узнавать, а значит, и не хочет прилагать усилия в этом направлении.

Все требования ФГОС для детей-инвалидов должны быть отражены в адаптированной образовательной программе образовательного учреждения.

Адаптированная образовательная программа представляет собой эффективный педагогический инструмент, позволяющий обеспечить индивидуальный подход в обучении детей с особенностями развития.

Все программы ОВЗ делятся на четыре варианта, каждый из которых предполагает оптимальные условия для получения образования с учетом конкретных особенностей здоровья:

1. Предназначен для детей, развитие которых близко к нормотипичному, но с некоторыми особенностями. Ребенок учится в классе, в одинаковые с одноклассниками сроки, по общему для всех учебному плану. Однако такому школьнику организовано специальное сопровождение и дополнительные внеурочные мероприятия, а при необходимости ему предоставляется специальное оборудование. Промежуточная и итоговая аттестация при таком варианте уточняется отдельно для каждой категории учащихся с особенностями. По окончании обучения школьнику выдается такой же документ об образовании, что и выпускникам без особенностей.

2. Имеет более низкий уровень сложности или осуществляется по индивидуальному учебному плану исходя из конкретных особенностей

развития. Сроки обучения, как правило, продлеваются, а учебный план включает в себя коррекционно-развивающие занятия. Внимание уделяется не только получению знаний, но и формированию навыков, которые будут необходимы учащемуся в жизни. Аттестация выбирается учащимся самостоятельно в зависимости от нарушений здоровья, возможны особые условия. По завершении выдается стандартный аттестат.

3. Используется при наличии у ребенка интеллектуальных отклонений легкой степени. Применяется индивидуальный учебный план, особое внимание уделяется развитию жизненных навыков, а академическая составляющая обучения отходит на второй план. Уровень образования при данном варианте несопоставим с таковым у нормотипичных школьников, а сроки обучения более длительные. Итоговая аттестация требует особых условий, по окончании выдается свидетельство об обучении.

4. Предназначен для учащихся с умеренной или выраженной умственной отсталостью. Обучение осуществляется по специальной индивидуальной программе развития (СИПР), но оно возможно как в обычных классах, так и в специализированных. Допустимы домашний и семейный форматы обучения. Аттестация на данном варианте не проводится, а по окончании выдается свидетельство об обучении [1].

Выводы. Исходя из всего вышеперечисленного: у детей старшего дошкольного возраста с умственной отсталостью как правило проявляется задержка в развитии мышления, ограниченные способности к абстрактному мышлению и решению проблем. Возможны задержки в развитии крупной и мелкой моторики. Они могут иметь трудности с координацией движений и выполнением сложных действий. Обучение требует более длительного времени и специализированных методов, адаптированных к их возможностям, основывающихся на принципе вознаграждения.

Эти особенности требуют индивидуального подхода в воспитании и обучении, направленного на развитие сильных сторон и поддержку в преодолении трудностей.

Крайне необходимо заботиться о развитии двигательной активности детей: нужно проводить различные корректирующие подвижные игры, спортивные развлечения, походы, а также прогулки. Большое внимание надо уделять обучению новым видам разнообразных движений, так как их освоение может благоприятно повлиять на развитие внимания, памяти, мышления. С другой стороны, чтобы ребенок с нарушениями интеллекта освоил определенное движение зачастую нужно длительное время, даже после его освоения необходимо в последствии его повторять, чтобы не угасли «временные связи», его обеспечивающие.

Занятия для детей с нарушением интеллекта должны проводиться с учетом индивидуальных особенностей. При подборе игр и физических упражнений необходимо строго дозировать физическую нагрузку.

Список литературы.

1. Примерная адаптированная основная общеобразовательная программа образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) URL: https://fgos-ovz.herzen.spb.ru/wp-content/uploads/2015/10/1-и-2-варианты-АООП-УО-11-декабря-2015.pdf

2. Айзман Р.И. Адаптивная физическая культура : учебное пособие / Р. И. Айзман, Ю. С. Филиппова, О. Я. Бойко [и др.] ; под ред. Р. И. Айзмана, Ю. С. Филипповой. — Москва: КноРус, 2022. — 341 с. — ISBN 978-5-406-08420-5. — URL: https://book.ru/book/942798 (дата обращения: 24.10.2024). — Текст: электронный.

3. Алхасов, Д. С. Методика обучения предмету «Физическая культура» в 2 ч. Часть 2: учебное пособие для среднего профессионального образования / Д. С. Алхасов. — Москва: Издательство Юрайт, 2024. — 441 с. — (Профессиональное образование). — ISBN 978-5-534-05757-7. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/539506 (дата обращения: 14.05.2024).

4. Бегидова Т. П. Адаптивная физическая культура в комплексной реабилитации лиц с отклонениями в состоянии здоровья: учебное пособие

для вузов / Т. П. Бегидова. — 2-е изд. — Москва: Издательство Юрайт, 2024. — 210 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-14815-2. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/544542 (дата обращения: 18.05.2024).

5. Бегидова, Т. П. Основы адаптивной физической культуры: учебное пособие для вузов / Т. П. Бегидова. — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2024. — 181 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-16768-9. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/539639 (дата обращения: 18.05.2024).

6. Бегидова, Т. П. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебное пособие для среднего профессионального образования / Т. П. Бегидова. — 3-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2024. — 181 с. — (Профессиональное образование). — ISBN 978-5-534-16755-9. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/539702 (дата обращения: 18.05.2024).

Репина А.И., к.п.н., доцент
Шпанькова С. Д., студентка кафедры ТиМ АФК
Екатеринбургский колледж физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО «УралГУФК».

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Аннотация. Адаптивное физическое воспитание детей школьного возраста с умственной отсталостью 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: умственная отсталость, 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 материалам ВОЗ середины прошлого столетия, распространенность умственной отсталости в мире составляла 1-3%. В зависимости от тяжести процесса распространенность умственной отсталости внутри данной нозологии выглядит следующим образом: легкая степень - 88%, умеренная - 10%, тяжелая -2%. Актуальность проблемы образования детей с интеллектуальными нарушениями обусловлена тем, что ещё нет продуктивного научно-методического обеспечения процесса его реализации. Нейропсихологическое обоснование олигофренопедагогики состоит в том, что изолирующие социальные условия при умственной отсталости ведут к ограничениям в освоении социального опыта, то есть к сокращению возможностей развития, как на биологическом, так и на психологическом и социальном уровнях.

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 младшего школьного возраста с умственной отсталостью.

Результаты исследования. Умственная отсталость у детей имеют разнообразные причины, характеристики и проявления. К основным симптомам относятся низкие способности к решению задач, возникающих в повседневной жизни и учебе, сложности при адаптации к новому окружению, нехватка знаний и навыков, ограниченный словарный запас и слабое развитие абстрактно-логического мышления. Процесс диагностики

осуществляется специалистами, такими как психиатр, невролог и психолог, и включает клинические интервью, наблюдение за поведением и патопсихологические тесты. В дополнение к этому могут проводиться инструментальные обследования мозга. Индивидуальный план терапии разрабатывается для каждого пациента и может включать медикаментозное лечение, психокоррекционные методы и социальную реабилитацию.

Умственная отсталость формируется под воздействием как эндогенных, так и экзогенных факторов. Можно выделить несколько ключевых причин:

Генетические изменения. Отклонения в умственном развитии могут наблюдаться при хромосомных заболеваниях, таких как трисомии (например, синдром Дауна), перинатальные повреждения ЦНС. Негативные факторы, такие как гипоксия, возникающая из-за заболеваний матери (например, сердечно-сосудистые или эндокринные болезни), несовместимость по резус-фактору, внутриутробные инфекции и другие стрессы, могут оказать вредное влияние на развитие нервной системы плода. натальные травмы, постнатальные повреждения нервной системы, психические и неврологические расстройства, социальные факторы также оказывают влияние на отклонения в умственном развитии, в частности, в условиях неблагополучной семейной обстановки и длительного проживания в стационарах [3].

Затруднения в психическом развитии детей с умственной отсталостью, интеллектуальными нарушениями, обусловлены особенностями их высшей нервной деятельности, слабостью процессов возбуждения и торможения, замедленным формированием условных связей, тугоподвижностью нервных процессов, нарушением взаимодействия первой и второй сигнальных систем.

В большинстве случаев интеллектуальные нарушения, имеющиеся у обучающихся с умственной отсталостью, являются следствием органического поражения ЦНС на ранних этапах онтогенеза. Негативное влияние органического поражения ЦНС имеет системный характер, когда в

патологический процесс оказываются вовлеченными все стороны психофизического развития ребенка: мотивационно-потребностная, социально-личностная, моторно-двигательная; эмоционально-волевая сферы, а также когнитивные процессы - восприятие, мышление, деятельность, речь и поведение [1].

Физические упражнения. Коррекция и развитие двигательных функций у детей с умственной отсталостью 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 умственной отсталостью часто возникают трудности с выполнением тех или иных двигательных движений, необходимые для выполнения бытовых или предметных действий [5].

Основными задачами ФУ для детей с умственной отсталостью являются: формирования знаний, обучения двигательным действиям, развития физических способностей, воспитания личности, организации взаимодействия педагога и занимающихся, регулирования психического состояния детей.

Методы обучения двигательным действиям: 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. Обучение целостному упражнению, если оно не сложно по своей структуре или не делится на части.

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

Программа по физической культуре учитывая особенности психических, физических и двигательных данных обучающихся, способствует физическому развитию, формирует основы изучаемых двигательных умений и навыков, определяет оптимальный объем знаний и умений по физической культуре, который доступен большинству обучающихся.

В раздел «гимнастика» включены специально подобранные физические упражнения, которые позволяют воздействовать на разные звенья опорно-двигательного аппарата, мышечные группы и системы, корригировать недостатки развития.

На занятиях обучающиеся должны овладеть доступными им навыками в простейших видах построений. Построения и перестроения трудны для детей потому, что они быстро забывают части зала, место в строю, направление движений, теряются при новом построении.

В связи с затруднениями в пространственно-временной дифференцировке и значительными нарушениями точности движения детей в программу включены также упражнения, направленные на коррекцию и развитие этих способностей и упражнения с предметами: гимнастические палки, флажки, малые и большие обручи, мячи, скакалки.

Раздел «легкая атлетика» включает ходьбу, бег, прыжки и метания. Занятия легкой атлетикой помогают учителю обучать обучающихся такими жизненно важными двигательным навыкам, как ходьба, бег, прыжки и метания.

Одним из важнейших разделов программы является раздел «подвижные игры, элементы спортивных игр». В программу включены подвижные игры, направленные на развитие двигательных навыков и физических качеств детей [5].

Вывод: Особенностями физического развития детей с нарушением интеллекта является: неточность движений в пространстве и времени, грубые ошибки при дифференцировании мышечных усилий, отсутствие ловкости и плавности движений, излишняя скованность и напряженность, ограничение амплитуды движений в ходьбе, беге, прыжках, метаниях. Психическое развитие детей с умственной отсталостью характеризуется тем, что стойкое нарушение познавательной деятельности, восприятие характеризуется замедленным темпом и объемом, речевая деятельность развита недостаточно, память характеризуется слабым развитием и низким уровнем запоминания, внимание характеризуется малой устойчивостью, трудностью его распределения, существенно страдают волевые процессы, неустойчивость эмоций, отсутствие оттенков переживаний, слабость собственных намерений, стереотипность реакций.

Адаптивная физическая культура является необходимым методом в коррекции личности детей с нарушениями интеллекта, а это, в свою очередь, является наиболее значимой задачей в реабилитации. Правильная организация и использование физического воспитания способствует исправлению многих недостатков детей с нарушениями интеллекта.

Список литературы

1. Акатова, А.А. Врачебный контроль в лечебной физической культуре и адаптивной физической культуре / А.А. Акатова, Т.В. Абызова. – Пермь:

Пермский государственный гуманитарно-педагогический университет, 2015. – 102 с. – ISBN: 2227-8397.Текст: непосредственный.

2. Астафьев, Н.В. Дополнительное физкультурно-спортивное образование умственно отсталых школьников / Н.В. Астафьев. – Омск: Физкультура и спорт, 2007. – 43 с. - ISBN: отсутствует — Текст: непосредственный.

3. Ванюшкин, В.А. Коррекция координационных способностей учащихся с недостатками интеллектуального развития / В.А. Ванюшкин. – Екатеринбург, Екатеринбургский институт физической культуры, 2009. – 276 с. - ISBN: отсутствует — Текст: непосредственный.

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

5. Федеральный государственный образовательный стандарт образования детей младшего школьного возраста с нарушением интеллекта протокол от 19 декабря 2014 г. № 1599. Текст: непосредственный.