Министерство спорта Российской Федерации
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования
«Уральский государственный университет физической культуры

Сборник материалов конференции

МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА

В рамках Всероссийской научной конференции
«Научные и образовательные основы в физической культуре и спорте»



Екатеринбург, 2026

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 2026 г., Екатеринбург) Отв. ред. Тимофеева И.В.– ЕИФК (филиал) ФГБОУ ВО УралГУФК, Екатеринбург, 2026. – 86 с.

Сборник содержит научные тезисы ученых, преподавателей и практиков кафедры естественно-научных дисциплин, а также приглашен ных 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, 2026
© Авторы тезисов, 2026

СОДЕРЖАНИЕ

Тимофеева И.В. Алиханова В.Р. МЕТОДИКА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ 30-35 ЛЕТ ПЕРЕНЕСШИХ ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ (ПОСТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ)……5

Репина А.И. Галин И.И. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С АТОНИЧЕСКИ-АСТАТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ……9

Салимов М.С. Емельянова А.С. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА…….17

Репина А.И. Зайцева У.М. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА (ДВОЙНАЯ ГЕМИПЛЕГИЯ)……20

Салимов М.И. Кониболоцкая С.О. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ГЕМИПАРЕТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПРАЛИЧА……..24

Тимофеева И.В. Мальцев Н.Д. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ АТОНИЧЕСКИ – АСТАТИЧЕСКАЯ ФОРМА ……..……..……..28

Тимофеева И.В. Михалев М.А. МЕТОДИКА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ 50-60 ЛЕТ ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ……32

Тимофеева И.В. Неверова А.С. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА……..36

Тимофеева И.В. Павлович А.П. МЕТОДИКА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ 55-60 ЛЕТ ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ (ПОЛУПОСТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ)……...42

Плющева Н.С. Петухов Д.А. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ……46

Репина А.И. Плесовских А.Ю. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА……52

Репина А.И Подузова А.В. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ФОРМОЙ СПАСТИЧЕСКОЙ ДИПЛЕГИИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА……..52

Репина А.И. Полухина Е.В. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫ ПАРАЛИЧОМ (АТОНИЧЕСКИ-АСТАТИЧЕСКАЯ ФОРМА)……..63

Салимов М.И. Русских Л.Ю. АДАПТИВОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С АТОНИЧЕСКИ-АСТАТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА……..68

Репина А.И. Садовникова Д.Д. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ……..72

Тимофеева И.В. Салова Д.М. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА……..……..77

Репина А.И. Чуракова А.А. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ У ДЕТЕЙ С АУТИСТИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ…… 83

Тимофеева И.В. Шалимова А.В. МЕТОДЫ И СРЕДСТВА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ В ВОЗРАСТЕ 40-45 ЛЕТ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ……..86

Тимофеева И.В. Яшникова Е.С. АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА……92

Тимофеева И.В. кандидат педагогических наук, доцент
Алиханова В.Р., студент кафедры ТиМ АФК,
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал) ФГБОУ ВО «УралГУФК», г. Екатеринбург, Россия

МЕТОДИКА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ 30-35 ЛЕТ ПЕРЕНЕСШИХ ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ (ПОСТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ)

Аннотация: Статья посвящена проблеме геморрагического инсульта у лиц 30-35 лет. В статье рассматривались проявления главной причины геморрагического инсульта у лиц 30-35 лет. Выявлена необходимость использования методов физического реабилитации лиц 30-35 лет при геморрагическом инсульте.

Физическая реабилитация представляет собой комплекс мероприятий, направленных на восстановление нарушенных функций организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидизации, улучшение качества жизни, социальную и психологическую адаптацию пациентов, перенесших геморрагический инсульт.

Реабилитация составляет процесс достижения оптимального уровня социальной адаптации и независимости человека, перенесшего инсульт, следующими путями:

1. Обучение новым навыкам.
2. Переучивание навыков и способностей.
3. Адаптация к физическим, эмоциональным и социальным последствиям инсульта.

Ключевые слова: ишемический инсульт, физическая реабилитация, методика, методы, физические упражнения.

Актуальность. Геморрагический инсульт является одной из наиболее тяжелых форм острого нарушения мозгового кровообращения и представляет собой серьезную медико-социальную проблему современного общества. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2019 году от

сердечно-сосудистых заболеваний умерло 17,9 млн человек, что составило 31% от общего числа причин смерти, 85% смертей связаны с инфарктами и инсультами. В 2004 году ВОЗ объявила инсульт опасной для жизни глобальной эпидемией.

Геморрагический инсульт, составляющий 20-25% всех случаев инсульта, характеризуется высоким уровнем летальности (до 33%) и значительной степенью инвалидизации выживших пациентов. Обусловливает актуальность разработки и внедрения эффективных методов лечения и реабилитации пациентов, перенесших данное заболевание.

Современный подход к реабилитации пациентов после перенесенного геморрагического инсульта базируется на принципах раннего начала восстановительных мероприятий, комплексного и индивидуализированного подхода, непрерывности и преемственности реабилитационных мероприятий. Правильно организованная и своевременно начатая реабилитация способна значительно снизить степень инвалидизации пациентов и улучшить качество их жизни.

Цель исследования – изучение методов и средств физической реабилитации при геморрагическом инсульте у лиц 30-35 лет на стационарном этапе.

Результаты исследования: Исследование проводилось на кафедре теории и методики адаптивной физической культуры Екатеринбургском институте физической культуры (филиала) ФГБОУ ВО «УралГУФК» по адресу: г. Екатеринбург, ул. Шаумяна 85 и на базе городской клинической больницы № 40 Свердловской области неврологическое отделение № 1 в городе Екатеринбург, по адресу Волгоградская 189.

Оценка двигательных способностей у лиц перенесших ишемический инсульт на занятиях по лечебной гимнастике представляется основополагающим фактором. При этом использовании разнообразных двигательных тестов, систематизированных и функционально адаптированных

по отношению к решаемым задачам позволит комплексно оценить состояние двигательной сферы у лиц перенесших ишемический инсульт [3].

Выводы.

Геморрагический инсульт представляет собой острое нарушение мозгового кровообращения, характеризующееся разрывом сосудов головного мозга и кровоизлиянием в мозговую ткань, под оболочки или в желудочки мозга. Тяжелое состояние, которое составляет 20-25% всех случаев инсульта и сопровождается высоким уровнем летальности и инвалидизации.

Физическая реабилитация представляет собой комплекс мероприятий, направленных на восстановление нарушенных функций организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидизации, улучшение качества жизни, социальную и психологическую адаптацию пациентов, перенесших геморрагический инсульт. Основными принципами реабилитации являются раннее начало, комплексность, индивидуальный подход, непрерывность и преемственность.

Реабилитационный процесс при геморрагическом инсульте включает несколько этапов: ранний (острый) период (первые 3-4 недели), ранний восстановительный период (от 21 дня до 6 месяцев), поздний восстановительный период (от 6 месяцев до 1 года) и период остаточных явлений (более 1 года от начала заболевания). На каждом этапе решаются специфические задачи, направленные на максимально возможное восстановление нарушенных функций.

Список использованных источников.

1. Белова А.Н. Реабилитация в неврологии: практическое руководство / Белова А.Н., Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаронова Н.В. – Москва: Издательство – МЕДпресс-информ – 2023 г – 496 с. – ISBN: 978-5-00030-562-8, Текст – электронный.

2. Боголюбов В.М. Клиническая физиотерапия / Боголюбов В.М. – Москва: Издательство – МЕДпресс-информ – 2023 г – 464 с. – ISBN: 978-5-9518-0512-6, Текст – электронный.

3. Белов А.Н. Реабилитация в неврологии: практическое руководство / Белов А.Н. – Москва: Издательство – МЕДпресс-информ – 2023 г – 1288 с. – ISBN: 978-5-94982-048-3, Текст – электронный.

4. Белкина Т.В. Проприоцептивная нейромышечная фасцилизация (PNF): практическое руководство / Белкина Т.В. – Москва: Издательство Советский спорт – 2022 г – 128 с. – ISBN: 978-5-00120-258-8, Текст – непосредственный.

5. Гусарова Е.И. Реабилитация в неврологии / Гусарова Е.И. – Москва: Издательство – МЕДпресс-информ – 2023 г. – 352 с. – ISBN: 5-98322-417-4, Текст – непосредственный.

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

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С АТОНИЧЕСКИ-АСТАТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Аннотация: в статье рассмотрена атонически-астатическая форма детского церебрального паралича у детей младшего школьного возраста, основные средства и методы развития двигательных функций.

Ключевые слова: атонически-астатическая форма, детский церебральный паралич, адаптивное физическое воспитание, дети младшего школьного возраста с детским церебральным параличом.

Актуальность исследования: проблемы адаптивного физического воспитания детей младшего школьного возраста с атонически-астатической формой является одной из приоритетных задач современного общества. Обеспечение равных возможностей для участия в общественной жизни, создание доступной среды и преодоление социальной изоляции – важнейшие шаги на пути к построению инклюзивного общества. Среди различных категорий лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) особое внимание требует к себе группа людей с детским церебральным параличом (ДЦП).

Цель исследования: улучшение двигательных навыков у детей 8-9 лет с нарушением опорно-двигательного аппарата (атонически-астатическая форма).

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.

Атаксический церебральный паралич является полиэтиологическим заболеванием: в настоящее время многочисленными исследованиями доказано, что более 400 факторов, способствующих оказать повреждающее действие на центральную нервную систему развивающегося плода. Вот основные причины:

1. Инфекции: инфекционные заболевания, перенесенные матерью во время беременности (например, краснуха, герпес).

2. Гипоксия плода: недостаток кислорода, поступающего к плоду.

3.Токсическое воздействие: употребление матерью алкоголя, наркотиков, некоторых лекарственных препаратов во время беременности.

4. Резус-конфликт: несовместимость резус-факторов крови матери и плода может вызвать разрушение эритроцитов плода и поражение мозга.

5. Внутриутробные кровоизлияния.

6. Травмы во время беременности.

7. Инфекции и воспалительные процессы в первые недели жизни

Для атонически-астатической формы детского церебрального паралича (ДЦП) наиболее часто поражаются области головного мозга, отвечающие за координацию движений, равновесие и тонус мышц, в частности, мозжечок и базальные ганглии. Повреждение этих областей приводит к характерным симптомам: мышечной гипотонии, нарушению координации и равновесия.

Занятия адаптивной физической культурой (АФК) имеют огромное значение для лиц с атонически-астатической формой, оказывая многогранное положительное воздействие на их физическое, психическое и социальное состояние. Учитывая специфику этого вида детского церебрального паралича (ДЦП) (мышечная гипотония, нарушение координации и равновесия), адаптивная физическая культура (АФК) становится одним из ключевых инструментов реабилитации и социальной интеграции.

Значение занятий адаптивной физической культурой для лиц с

атонически-астатической формой заключается в следующем:

- укрепление мышц: специально подобранные упражнения помогают укрепить мышцы, несмотря на гипотонию.

- развитие координации и равновесия: упражнения на балансировку, координацию рук и глаз, упражнения с мячом и другие виды активности помогают улучшить координацию движений и уменьшить атаксию.

- улучшение общей физической формы: занятия адаптивной физической культурой (АФК) способствуют развитию выносливости, силы, гибкости и улучшению общей физической подготовки.

- улучшение дыхательной функции: упражнения на дыхание и развитие грудной клетки способствуют улучшению вентиляции легких и профилактике респираторных заболеваний.

- нормализация мышечного тонуса.

- улучшение настроения и эмоционального состояния: занятия адаптивной физической культурой (АФК) помогают снять напряжение.

- расширение круга общения: участие в групповых занятиях адаптивной физической культурой (АФК) предоставляет возможность общаться с другими людьми с подобными проблемами, делиться опытом.

Выводы. 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. Атаксический церебральный паралич представляет собой сложное полиэтиологическое заболевание, вызванное множеством факторов, влияющих на развитие центральной нервной системы плода. В частности, атонически-астатическая форма ДЦП характеризуется повреждением мозжечка и базальных ганглиев, что приводит к мышечной гипотонии,

нарушению координации и равновесия. В условиях реабилитации занятия адаптивной физической культурой (АФК) играют ключевую роль в улучшении качества жизни пациентов с данной формой ДЦП.

Адаптивная физическая культура способствует укреплению мышц, развитию координации и равновесия, улучшению общей физической формы и дыхательной функции, а также нормализации мышечного тонуса. Кроме того, занятия физической культурой положительно влияют на эмоциональное состояние и способствуют социальной интеграции, позволяя пациентам общаться и обмениваться опытом с другими людьми, сталкивающимися с аналогичными проблемами.

Таким образом, внедрение адаптивной физической культуры в процесс реабилитации лиц с атонически-астатической формой ДЦП является важным шагом к улучшению их физического и психоэмоционального состояния, а также к повышению уровня их социальной активности. Необходимы дальнейшие исследования для оптимизации программ АФК с учетом индивидуальных потребностей пациентов и для оценки долгосрочных эффектов таких вмешательств.

Аннотация: Статья посвящена исследованию возможностей адаптивного физического воспитания в развитии двигательных функций у младших школьников, имеющих атонически-астатическую форму детского церебрального паралича. Определены ключевые средства и методики, применяемые в коррекционной работе.

Ключевые слова: атонически-астатическая форма ДЦП, церебральный паралич, адаптивная физкультура (АФК), младшие школьники с ДЦП, двигательные нарушения.

Актуальность исследования. Разработка эффективных подходов к адаптивному физическому воспитанию для детей младшего школьного возраста с атонически-астатической формой ДЦП представляет собой значимую социальную задачу. Создание доступной среды, обеспечение равных прав и преодоление изоляции данной категории детей являются

неотъемлемыми элементами формирования инклюзивного общества. Среди всех лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) дети с диагнозом ДЦП нуждаются в особом внимании и комплексной поддержке.

Цель исследования: повышение уровня развития двигательных навыков у детей 8-9 лет с нарушениями опорно-двигательного аппарата (атонически-астатическая форма ДЦП).

Основное содержание. Детский церебральный паралич (ДЦП) представляет собой заболевание головного мозга, которое характеризуется комплексом психомоторных расстройств. Клиническая картина включает в себя двигательные, речевые и интеллектуальные нарушения, среди которых доминируют моторные дисфункции. Они выражаются в форме парезов, параличей и насильственных движений. Особую сложность представляют расстройства регуляции мышечного тонуса, часто протекающие по спастическому типу.

Возникновение атаксической формы ДЦП связано с воздействием множества факторов. Современные исследования указывают на более 400 причин, способных негативно влиять на формирующуюся центральную нервную систему плода. К числу основных провоцирующих факторов относятся:

Инфекционные заболевания, перенесенные женщиной в период беременности (краснуха, герпес и др.).

Внутриутробная гипоксия (кислородное голодание плода).

Воздействие токсических веществ (употребление алкоголя, наркотиков, отдельных медикаментов беременной женщиной).

Иммунологическая несовместимость по резус-фактору между матерью и плодом, приводящая к гемолитической болезни и поражению мозга.

Кровоизлияния в мозг в период внутриутробного развития.

Механические травмы во время беременности.

Инфекционно-воспалительные заболевания, перенесенные ребенком в неонатальный период.

При атонически-астатической форме ДЦП патологические изменения чаще всего затрагивают структуры, ответственные за координацию движений, поддержание равновесия и мышечный тонус, — мозжечок и базальные ганглии. Поражение этих зон приводит к типичной симптоматике: снижению мышечного тонуса (гипотонии), расстройствам координации и неустойчивости.

Адаптивная физическая культура (АФК) занимает центральное место в системе реабилитации лиц с данной формой ДЦП, оказывая комплексное положительное влияние на их физический и психосоциальный статус. Учитывая ключевые симптомы — гипотонию, нарушение координации и равновесия, — занятия АФК становятся незаменимым инструментом абилитации и интеграции в общество.

Основные положительные эффекты адаптивной физической культуры заключаются в следующем:

Повышение мышечной силы: с помощью специализированных упражнений удается укрепить мышечный корсет даже в условиях исходной гипотонии.

Совершенствование координации и равновесия: применение упражнений на баланс, развитие зрительно-моторной координации, работа с мячом и другие методы способствуют снижению проявлений атаксии.

Рост общего уровня физической подготовленности: регулярные занятия развивают такие физические качества, как выносливость, сила и гибкость.

Оптимизация функции дыхания: дыхательная гимнастика и упражнения, направленные на развитие грудной клетки, улучшают легочную вентиляцию и служат профилактикой респираторных болезней.

Стабилизация мышечного тонуса.

Позитивное влияние на психоэмоциональную сферу: физическая активность помогает снизить уровень стресса и улучшить настроение.

Социализация: групповые форматы занятий создают условия для коммуникации, обмена опытом и расширения социальных контактов среди людей со схожими трудностями.

Выводы.

ДЦП — это серьезное поражение центральной нервной системы, ведущим в клинике которого являются двигательные расстройства (парезы, параличи, гиперкинезы), часто отягощенные речевыми и когнитивными нарушениями. Атонически-астатический вариант заболевания, обусловленный повреждением мозжечка и базальных ядер, проявляется мышечной гипотонией и грубым нарушением координации. В связи с этим, адаптивная физическая культура утвердилась как ключевой компонент реабилитационных программ для данной категории пациентов.

Методики АФК направлены на укрепление мышц, развитие моторной координации, улучшение физической формы и стабилизацию тонуса. Наряду с физическими улучшениями, они оказывают положительное психологическое воздействие и способствуют социальной адаптации, предоставляя возможности для общения.

Следовательно, интеграция адаптивной физической культуры в реабилитационный процесс детей с атонически-астатической формой ДЦП является необходимым условием для улучшения их физического и психического здоровья, а также повышения социальной вовлеченности. Перспективным направлением для дальнейших научных изысканий является разработка персонализированных программ АФК и изучение их долгосрочной эффективности.

Список использованных источников.

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 школаинтернат "Эверест"

.

Салимов М.И., к. п. н., доцент,
Емельянова А.С., студент кафедры ТиМ АФК
Екатеринбургский институт
физической культуры (филиал). ФГБОУ ВО «УралГУФК», г.
Екатеринбург.

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА

Аннотация: В статье рассматриваются теоретические и практические аспекты адаптивного физического воспитания (АПФ) детей младшего школьного возраста с нарушением интеллекта. Анализируются особенности физического развития, мотивации к физической активности и специализированные педагогические подходы. Автор подчеркивает, что физическая культура в данном контексте выступает не только как средство укрепления здоровья, но и как мощный инструмент стимуляции познавательной деятельности. Подчеркивается значимость систематической адаптации упражнений с учетом индивидуальных возможностей ребенка для повышения уровня его физической подготовленности и коррекции вторичных отклонений.

Ключевые слова: дети с нарушением интеллекта, адаптивное физическое воспитание, младший школьный возраст, индивидуализация, моторные навыки, социальная адаптация.

Актуальность: адаптивное физическое воспитание является специализированной формой коррекционной деятельности, направленной на развитие физических качеств и социальную адаптацию детей с ограниченными возможностями здоровья. Дети младшего школьного возраста с нарушением интеллекта характеризуются сниженным уровнем развития познавательных функций, низкой координацией и трудностями в выполнении сложных двигательных действий. Это требует применения принципов индивидуализации, доступности и поэтапной работы для обеспечения эффективности образовательного процесса.

Цель исследования: теоретически и методически обосновать особенности организации адаптивного физического воспитания детей младшего школьного возраста с нарушением интеллекта. Исследование также направлено на выявление роли вовлечения родителей и разработки персонализированных двигательных программ как ключевых факторов успешной коррекции моторных нарушений.

Результат исследования: на основе теоретического анализа и педагогических подходов к работе с детьми младшего школьного возраста были выделены следующие ключевые аспекты эффективности АПФ:

1. Индивидуализация и дифференциация. Учет функционального уровня, порога утомляемости и эмоционального состояния ребенка позволяет гибко корректировать объем нагрузки в ходе одного занятия. Использование упрощенных речевых команд и визуальных алгоритмов выполнения движений значительно повышает осознанность действий обучающихся.

2. Оптимизация содержания занятий. Включение в программу элементов игротерапии и упражнений с использованием нестандартного оборудования (фитболы, балансиры) стимулирует вестибулярный аппарат. Это способствует не только развитию общей моторики, но и коррекции пространственной ориентации, которая часто нарушена у данной категории детей.

3. Активное участие родителей. Создание единого коррекционного пространства между школой и семьей обеспечивает непрерывность физического воспитания и закрепление навыков в быту. Домашние игровые задания под контролем родителей повышают уровень доверия ребенка к физической активности и укрепляют его эмоциональную устойчивость.

4. Рост физических показателей. Анализ динамики состояния обучающихся подтверждает, что долгосрочные программы ведут к существенному приросту показателей силы, координации и общей выносливости. Кроме того, наблюдается снижение уровня моторной

напряженности и улучшение качества выполнения базовых локомоторных актов.

Выводы: адаптивное физическое воспитание признается фундаментальной составляющей коррекционного обучения младших школьников с интеллектуальными нарушениями. Его успешная реализация требует интеграции медико-биологических знаний, применения игровых технологий и высокого уровня профессиональной компетенции педагога. Результаты проведенного анализа свидетельствуют о том, что системное применение адаптированных упражнений не только укрепляет физический статус, но и создает базу для успешной коммуникации в коллективе сверстников. Дальнейшие исследования в этой области могут быть связаны с разработкой цифровых инструментов мониторинга физического прогресса детей с особыми образовательными потребностями.

Список использованных источников.

1. Федотова, И. В. Адаптивное физическое воспитание детей с ментальной патологией / И. В. Федотова, В. В. Скворцов, И. С. Таможникова. — Текст : электронный // Медицинская сестра. — 2019. — № 4. — С. 44–47. — URL: https://cyberleninka.ru/article/n/adaptivnoe-fizicheskoe-vospitanie-detey-s-mentalnoy-patologiey (дата обращения: 09.04.2026).

2. Парфенова, Л. А. Адаптивное физическое воспитание детей с нарушением интеллекта на основе программы «Молодые атлеты» / Л. А. Парфенова, А. Р. Ахмеров, С. М. Хасанова. — Текст : электронный // Педагогико-психологические и медико-биологические проблемы физической культуры и спорта. — 2018. — Т. 13, № 4. — URL: https://cyberleninka.ru/article/n/adaptivnoe-fizicheskoe-vospitanie-detey-s-narusheniem-intellekta-na-osnove-programmy-molodye-atlety (дата обращения: 10.04.2026).

Репина А.И, к.п.н, доцент
Зайцева У.М. студентка кафедры ТиМ АФК,
Екатеринбургский колледж физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО “УралГУФК”, г. Екатеринбург

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА (ДВОЙНАЯ ГЕМИПЛЕГИЯ)

Аннотация. В статье проанализированы основные трудности, возникающие при организации адаптивного физического воспитания (АФВ) дошкольников, страдающих детским церебральным параличом (ДЦП) в форме двойной гемиплегии. Обоснована необходимость разработки специализированных коррекционных подходов, направленных на стимуляцию двигательной активности и формирование базовых навыков самообслуживания. В рамках экспериментального исследования апробирована авторская методика с включением упражнений на фитболе и дополнительных адаптивных средств. Выявлена положительная динамика в развитии координационных возможностей и основных моторных паттернов у детей экспериментальной группы, что доказывает результативность предложенной программы.

Ключевые слова: адаптивное физическое воспитание, детский церебральный паралич, двойная гемиплегия, моторные функции, фитбол-гимнастика.

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения, частота встречаемости ДЦП среди новорождённых варьируется от 2 до 3,6 случая на 1000. В Российской Федерации, как подчёркивает К.А. Семенова, число таких детей остаётся стабильно высоким [15]. Двойная гемиплегия - наиболее тяжёлая разновидность ДЦП, при которой наблюдается тотальное поражение полушарий головного мозга. Клиническая картина включает тетрапарез с доминирующим нарушением функций рук, грубые речевые расстройства и значительное снижение интеллекта. Дети данной категории не

способны самостоятельно сидеть, стоять или передвигаться, что обусловливает их полную зависимость от окружения и крайне низкое качество жизни. В связи с этим поиск эффективных технологий АФВ, позволяющих улучшить двигательный статус, развить элементы самообслуживания и повысить уровень социальной адаптации дошкольников с двойной гемиплегией, является приоритетным направлением современной специальной педагогики. Как отмечает С.П. Евсеев, фундаментальное значение имеют принципы гуманизации, социализации и интеграции [7]. Е.М. Мастюкова и К.А. Семенова настаивают на необходимости поэтапного онтогенетического становления двигательных актов - от контроля положения головы до сидения и опоры на ноги [10, 14]. Л.В. Шапкова и коллеги подчёркивают эффективность методов Бобат и Войта для коррекции патологических рефлексов и активации физиологических движений [11, 21].

Цель исследования: улучшение моторных функций у дошкольников с двойной гемиплегией в процессе адаптивного физического воспитания.

Результаты исследования: нарушения опорно-двигательного аппарата объединяют большую группу заболеваний, сопровождающихся дисфункцией мышечной ткани, суставов и костных структур, что неизбежно ограничивает подвижность и ведёт к инвалидизации.

Детский церебральный паралич представляет собой органическую патологию головного мозга, возникающую внутриутробно, во время родов или в раннем неонатальном периоде. В структуре ДЦП выделяют пять основных форм: двойная гемиплегия, гиперкинетическая, спастическая диплегия, гемипаретическая и атонически-астатическая.

Двойная гемиплегия является самой тяжёлой формой, характеризующейся билатеральным поражением полушарий. Фиксируется тетрапарез с преимущественным вовлечением верхних конечностей, которые страдают в большей степени, чем нижние. Цепные выпрямительные рефлексы часто не формируются вовсе. Произвольная активность грубо нарушена: дети не сидят, не стоят, не ходят, манипулятивная функция рук отсутствует. В 90%

случаев диагностируется умственная отсталость, в 60% - эпилептиформные приступы. Речевые расстройства достигают степени анартрии. Эмоционально-волевая сфера характеризуется повышенной возбудимостью, вегетативной лабильностью и быстрой истощаемостью нервной системы. Прогноз в отношении двигательного, речевого и психического развития неблагоприятный.

К этиологическим факторам двойной гемиплегии относят: преждевременные роды (при массе тела 1,5-2,5 кг риск составляет 5-15%, при весе менее 1,5 кг – 25-30%); родовые внутричерепные травмы; асфиксию в родах; патологии беременности (аномалии плаценты, резус-конфликт); наследственную отягощённость (прогрессирующие спастические синдромы); постнатальные инсульты, менингиты, энцефалиты, а также синдром тряски младенца. Более редкие причины - интоксикации, гипоксические эпизоды и ядерная желтуха [2, 17].

Ключевая задача АФВ при двойной гемиплегии - создание условий для развития двигательных паттернов, бытовых навыков, физических и психологических качеств, обеспечивающих приспособление ребёнка к своему заболеванию, окружающей среде и социуму. Физическое воспитание включает комплекс мер, направленных на стимуляцию моторики, снижение спастичности, улучшение суставной подвижности и повышение общей выносливости.

Выводы. Детский церебральный паралич - это мультифакторное неврологическое расстройство, обусловленное повреждением мозга на ранних этапах развития. При двойной гемиплегии у дошкольников фиксируются выраженные отклонения психофизического развития: задержка физического становления, грубые моторные и речевые нарушения, дефицит познавательной активности. Психическая сфера проявляется расстройствами эмоционально-волевого звена и личностной незрелостью.

В дошкольном возрасте ключевое значение приобретают развитие игровой деятельности, сенсорных процессов, коммуникативных навыков,

мелкой моторики и самообслуживания. Оценка эффективности коррекционной работы проводилась по пяти пробам: «Удержание головы», «Поворот со спины на бок/живот», «Дотягивание и захват предмета», «Поза сидя с опорой», «Ползание или передвижение».

Адаптивное физическое воспитание выступает ведущим средством воздействия на детей с двойной гемиплегией. Комплексный характер АФВ способствует расширению функциональных резервов (дыхательная функция, контроль головы, положение рук, стабилизация туловища, координация), повышению физической активности и улучшению психоэмоционального фона, что в итоге облегчает социальную интеграцию данной категории детей.

Салимов М.И., к.п.н, доцент
Коniболоцкая С.О. студентка кафедры ТиМ АФК,
Екатеринбургский колледж физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО “УралГУФК”, г. Екатеринбург

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ГЕМИПАРЕТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПРАЛИЧА

Аннотация. В статье рассматривается адаптивное физическое воспитания детей младшего дошкольного возраста с гемипаретической формой детского церебрального паралича. В статье рассматриваются патогенез, этиология, психофизическое развитие, средства и методы адаптивного физического воспитания детей с детским церебральным параличом.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, ДЦП, адаптивное физическое воспитание, гемипаретическая форма, двигательные нарушения.

Актуальность. В условиях современного общества проблема адаптивного физического воспитания лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата гемипаретической формы приобретает всё большее значение. Это связано с увеличением числа людей, страдающих такими нарушениями, а также с необходимостью обеспечения им равных возможностей для развития и интеграции в общество. Распространенность детского церебрального паралича в мире остается достаточно высокой и составляет 1,6-2,8 случая на 1000 живорожденных детей. Свердловской области детским церебральным параличом страдают более 2,8 тыс. больных, в целом гемипаретическая форма детского церебрального паралича встречается с частотой 15–18%**,** как правило, у доношенных и переношенных детей, часто с родовой травмой.

Цель исследования. Анализ средств и методов адаптивного физического воспитания детей с гемипаретической формой детского церебрального паралича

Результат исследования. Детский церебральный паралич (ДЦП) - повреждение головного, а иногда и спинного мозга, возникающих во время внутриутробного развития плода, во время родов или в раннем послеродовом периоде. Его основной характерной чертой (ДЦП) является нарушение развития психомоторных функций ребенка. Двигательные расстройства проявляются в виде параличей, парезов, насильственных движений, нарушения координации движений. Эти симптомы нередко сопровождаются задержкой психоречевого развития [1].

Гемипаретическая форма детского церебрального паралича - поражаются руки и ноги с одной стороны. Связано это с поражением полушария мозга. Прогноз двигательного развития при адекватном лечении благоприятный. Дети ходят сами, обучаемость зависит от психических и речевых нарушений [4,2].

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 [5].

При ДЦП двигательные расстройства проявляются в патологическом перераспределении мышечного тонуса, снижении силы мышц, нарушении взаимодействия между мышцами агонистами и синергистами.

Психическое развитие нарушается меньше, чем при других формах ДЦП. Прогноз зависит от степени поражения нервной системы. Обычно в 60—70% случаев дети могут самостоятельно передвигаться, хотя тонкие движения, как правило, существенно нарушены. Вместе с тем можно выделить общие для всех форм ДЦП нарушенные звенья, которые составляют

структуру двигательного дефекта при ДЦП: наличие параличей и парезов; нарушение мышечного тонуса.

Адаптивное физическое воспитание детей с гемипаретической формой ДЦП. Ведущую роль в развитии движений у детей с церебральным параличом играет адаптивная физическая культура. Это связано с тем, что в силу специфики двигательных нарушений многие статические и локомоторные функции у детей с церебральным параличом не могут развиваться спонтанно или развиваются неправильно. В процессе адаптивного физического воспитания нормализуются позы и положения конечностей, снижается мышечный тонус, уменьшаются или преодолеваются насильственные движения. Ребенок начинает правильно ощущать положение различных звеньев тела и свои движения, что является мощным стимулом к развитию и совершенствованию двигательных функций и навыков. Особое внимание в занятиях адаптивного физического воспитания уделяется тем двигательным навыкам, которые более всего необходимы в жизни, обеспечивающим ребенку ходьбу, предметно-практическую деятельность, самообслуживание [4].

Выводы. Детский церебральный паралич (ДЦП) - повреждение головного, а иногда и спинного мозга, возникающих во время внутриутробного развития плода, во время родов или в раннем послеродовом периоде. Гемипаретическая форма детского церебрального паралича - поражаются руки и ноги с одной стороны. Связано это с поражением полушария мозга.

При ДЦП двигательные расстройства проявляются в патологическом перераспределении мышечного тонуса, снижении силы мышц. Психическое развитие нарушается меньше, чем при других формах ДЦП. Прогноз зависит от степени поражения нервной системы.

В процессе адаптивного физического воспитания нормализуются позы и положения конечностей, снижается мышечный тонус, уменьшаются или преодолеваются насильственные движения. Ребенок начинает правильно ощущать положение различных звеньев тела и свои движения, что является

мощным стимулом к развитию и совершенствованию двигательных функций и навыков.

Список использованных источников.

1. Бегидова, Т. П.Основы адаптивной физической культуры: учебное пособие для вузов / Т. П. Бегидова. -2-е изд., испр. и доп. - Москва: Издательство Юрайт, 2020. - 191 с. - (Высшее образование). - ISBN: 978-5-534-07190-0. -Текст: непосредственный.

2. Барановская, Е. Н. Формирование статических и статокинетических установочных рефлексов у детей с детским церебральным параличом с учетом погашения тонических рефлексов в вертикальном положении / Е. Н. Барановская // Вестник спортивной науки. - 2011. - №3. - С. 61- 64. 5. ISBN: отсутствует. Текст: непосредственный.

3. Барановская, Е. Н. Анализ психомоторного развития у детей дошкольного и младшего школьного возраста с детским церебральным параличом / Е. Н. Барановская // Адаптивная физическая культура. - 2011. - №4(48). - С. 12-13. 6. ISBN: отсутствует. Текст: непосредственный.

4. Детский церебральный паралич /Авторы: Шипицына, Л.М. - СПб. Изд-во "Дидактика Плюс", - 2011, 272 с. ISBN 5-89239-029-2 - Текст непосредственный.

5. Левченко, И.Ю., Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учеб.пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. - Москва: Издательский центр «Академия», 2016. - 192 с. - ISBN 5-7695-0564-8. - Текст: непосредственный.

Тимофеева И.В., к.п.н., доцент
Мальцев Н.Д., студент кафедры ТиМ АФК,
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал)
ФГБОУ ВО «УрагГУФК», г. Екатеринбург, Россия.

РАЗВИТИЕ ПРОСТРАНСТВЕННОЙ ОРИЕНТИРОВКИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ

Аннотация. в статье предоставлены причины 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. на сегодняшний день проблема, связанная с нарушением зрения занимает одно из первых мест в ряду наиболее распространённых болезней, как среди детей, так и среди взрослых в нашей стране. Быстрый ритм жизни современного общества, большая информационная нагрузка ведут к тому, что люди забываются о необходимости заботиться, о здоровье своем и своих детей. Однако не стоит забывать, что 90% информации об окружающем нас мире мы получаем через органы зрения-глаза.

Цель исследования. улучшение пространственной ориентировки и сохранение остаточного зрения у детей старшего дошкольного возраста с нарушением зрения

Результаты исследования. Нарушение зрения - это снижение способности видеть до такой степени, что вызывает проблемы, не поддающиеся лечению обычными средствами, такими как очки. Некоторые также включают тех, кто имеет пониженную способность видеть, потому что у них нет доступа к очкам или контактным линзам. Нарушение зрения часто определяется как наилучшим образом скорректированная острота

зрения. Нарушения зрения могут проявляться в различных формах и иметь различные причины.

Классификация лиц с нарушением зрения делится на две большие категории**:**

-слепые (незрячие)**.** Лица с полным отсутствием зри тельных ощущений, сохранившимся светоощущением либо остаточным зрением (с максимальной остротой зрения 0,04 на лучше видящем глазу с применением очков).

- слабовидящие**.** Лица с остротой зрения от 0,05 до 0,4, а также с другими нарушениями: сужение поля зрения, патология цветоощущения, косоглазие.

Кроме того, выделяют детей с пониженным зрением (частично зрячие дети, дети с остаточным зрением) — это дети с остротой зрения от 0,5 (50%) до 0,8 (80%) на лучше видящем глазу с коррекцией.

Слепые дети сталкиваются с трудностями в ориентировке, взаимодействии с окружающей средой и формировании речевых навыков, что требует от них активного использования других сенсорных систем для восприятия мира. Их психическое развитие может быть замедлено из-за недостатка чувственного опыта, что сказывается на формировании воображения, внимания и речи.

Слабовидящие дети, хотя и имеют некоторую степень зрительного восприятия, также испытывают значительные затруднения в восприятии окружающего мира. Их мышление и внимание подвержены негативным влияниям, связанным с ограничениями в зрительном восприятии, что может затруднять обучение и социализацию.

Адаптивное физическое воспитание детей с нарушением зрения в старшем дошкольном возрасте представляет собой важный и многогранный процесс, который требует особого внимания и подхода. Цели и задачи данного направления направлены на всестороннее развитие детей, включая физическое, социальное и психологическое аспекты. Физическое развитие

обеспечивает создание условий для формирования основных физических качеств, что является основой для дальнейшей активности и здоровья ребенка. Социальная адаптация играет ключевую роль в формировании коммуникативных навыков, что позволяет детям успешно взаимодействовать с окружающим миром. Психологическое развитие, в свою очередь, способствует укреплению уверенности и снижению тревожности, что особенно важно для детей с нарушениями зрения. Методы и формы работы должны быть адаптированы к индивидуальным особенностям каждого ребенка, что требует глубокого понимания их потребностей и возможностей. Игровые методы и моделирование движений помогают сделать занятия более увлекательными и эффективными, развивая не только физические качества, но и тактильные и слуховые навыки.

Заключение. В заключение, нарушение зрения представляет собой серьезное препятствие для полноценного развития детей, требующее комплексного и индивидуализированного подхода. Классификация слепых и слабовидящих детей подчеркивает различные уровни зрительных способностей и соответствующие потребности в обучении и социализации. Адаптивное физическое воспитание играет ключевую роль в их развитии, обеспечивая не только физическую активность, но и социальную адаптацию, психологическую поддержку и развитие сенсорных навыков. Использование игровых методов и моделей движений позволяет сделать занятия более интересными и эффективными, способствуя формированию уверенности у детей и улучшению их взаимодействия с окружающим миром. Таким образом, создание благоприятной образовательной среды и применение адаптированных методов обучения являются необходимыми условиями для успешного развития детей с нарушениями зрения.

Список использованных источников.

1. Абенова, А. К. Развитие ориентировки в пространстве у детей снарушениями зрения / А. К. Абенова, Б. Е. Тайлак // Молодой учёный. – 2014. – №6. – С. 669-671.

2. Ананьев, Б. Г. Особенности восприятия пространства у детей / Б. Г. Ананьев, Е. Ф. Рыбалко. – Москва. : Просвещение. – 302 с.

3. Большая Медицинская Энциклопедия (БМЭ) / под ред.Б. В. Петровского. 3-е изд. – Москва. : Советская энциклопедия. – 205с.

4. Вархотова, Е. К. Экспресс – диагностика готовности к школе: практическое руководство для педагогов и школьных психологов/Е. К. Вархотова, Н. В. Дятко, Е. В Сазонова. – Москва. : Генезис, 2005. – 66 с.

5. Выготский, Л. С. Игра и ее роль в психическом развитии ребёнка/ Л. С. Выготский // Вопросы психологии. – № 6. – С. 62-68.

Тимофеева И.В. кандидат педагогических наук, доцент
Михалев М. А., студент кафедры ТиМ АФК,
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал) ФГБОУ ВО «УралГУФК», г. Екатеринбург, Россия

МЕТОДИКА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ 50-60 ЛЕТ ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Аннотация: Статья посвящена вопросам ишемического инсульта у пациентов возрастной группы 50–60 лет. В статье анализируются основные последствия ишемического инсульта у лиц 50–60 лет. Обоснована целесообразность применения методов физической реабилитации для данной категории пациентов.

Физическая реабилитация представляет собой систему мероприятий, направленных на восстановление утраченных функций организма, предотвращение и уменьшение вероятности инвалидизации, повышение качества жизни, а также психологическую и социальную адаптацию людей, перенесших ишемический инсульт.

Реабилитационный процесс обеспечивает достижение оптимального уровня социальной независимости и адаптации пациента, пережившего инсульт, через: освоение новых навыков; восстановление ранее утраченных умений; приспособление к физическим, эмоциональным и социальным изменениям, вызванным инсультом.

Ключевые слова: ишемический инсульт, физическая реабилитация, методика, методы, лечебная гимнастика, пациенты 50–60 лет.

Актуальность. Ишемический инсульт занимает ведущее место среди причин стойкой утраты трудоспособности и летальности в структуре сосудистых заболеваний головного мозга [2]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2019 году смертность от сердечно-сосудистых патологий достигла 17,9 млн случаев, что составило 31% от общего числа летальных исходов, при этом 85% из них приходятся на

инфаркты и инсульты [1]. Ещё в 2004 году ВОЗ признала инсульт глобальной эпидемией, угрожающей жизни населения.

Ишемический инсульт диагностируется в 75–80% всех случаев острого нарушения мозгового кровообращения [5]. Наиболее уязвимой группой являются лица 50–60 лет: у них заболевание часто сопровождается тяжелыми двигательными, речевыми и когнитивными расстройствами, что приводит к высокой степени инвалидизации и снижению социальной активности [6]. Данный факт определяет актуальность разработки и внедрения научно обоснованных методик физической реабилитации для пациентов этого возраста.

Современная система реабилитации после ишемического инсульта строится на принципах раннего начала восстановительных мероприятий, комплексности, персонализированного подхода, непрерывности и этапности [3]. Грамотно организованная и своевременно начатая физическая реабилитация позволяет существенно снизить риск инвалидизации у пациентов 50–60 лет и улучшить их качество жизни [4].

Цель исследования – изучение методов и средств физической реабилитации при ишемическом инсульте у лиц 50–60 лет [7].

Результаты исследования: Исследование проводилось на кафедре теории и методики адаптивной физической культуры Екатеринбургского института физической культуры (филиала) ФГБОУ ВО «УралГУФК» по адресу: г. Екатеринбург, ул. Шаумяна 85 и на базе городской клинической больницы № 40 Свердловской области неврологическое отделение № 1 в городе Екатеринбург, по адресу Волгоградская 189к3.

Оценка двигательных возможностей у пациентов 50–60 лет, перенесших ишемический инсульт, в процессе занятий лечебной гимнастикой является ключевым элементом реабилитации [2, 5]. Применение стандартизированных и функционально обоснованных двигательных тестов, адаптированных к задачам конкретного этапа восстановления, позволяет получить комплексную характеристику состояния моторной сферы у лиц данной возрастной группы

после ишемического инсульта [6]. Обязательным является учёт возрастных физиологических изменений (снижение толерантности к нагрузкам, наличие сопутствующей патологии — гипертонической болезни, атеросклероза, остеопороза), что требует строгой индивидуализации реабилитационных программ [3, 7].

Выводы.

Ишемический инсульт представляет собой острое нарушение мозгового кровообращения, обусловленное прекращением или критическим снижением кровотока в определённом сосудистом бассейне головного мозга вследствие тромбоза, эмболии или атеросклеротического стеноза [2, 5]. Данное патологическое состояние составляет 75–80% от всех инсультов и характеризуется высокими показателями летальности и инвалидизации, особенно у лиц 50–60 лет [1, 6].

Физическая реабилитация понимается как комплекс лечебно-восстановительных мероприятий, направленных на максимально возможное восстановление нарушенных функций, предупреждение осложнений, снижение степени инвалидности, повышение качества жизни, а также социальную и психологическую реинтеграцию пациентов после ишемического инсульта [3, 4]. Основополагающими принципами реабилитации являются раннее начало, мультидисциплинарность, индивидуальный подход, непрерывность и преемственность на всех этапах [4, 7].

Реабилитационный процесс при ишемическом инсульте включает несколько последовательных этапов: ранний (острый) период (первые 3–4 недели), ранний восстановительный период (от 21 дня до 6 месяцев), поздний восстановительный период (от 6 месяцев до 1 года) и период остаточных явлений (более 1 года) [3, 5]. На каждом этапе решаются специфические задачи, направленные на оптимальное восстановление утраченных функций с учётом возрастных особенностей пациентов 50–60 лет (контроль

гемодинамики, профилактика ортостатических реакций, предупреждение падений и повторных сосудистых событий) [6, 7].

Список использованных источников.

1. Белова А.Н. Реабилитация в неврологии: практическое руководство / Белова А.Н., Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаронова Н.В. – Москва: Издательство МЕДпресс-информ, 2023. – 496 с. – ISBN: 978-5-00030-562-8. – Текст: электронный.

2. Гусев Е.И. Ишемический инсульт: современное состояние проблемы / Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. // Неврологический журнал. – 2021. – Т. 26, № 3. – С. 4–12. – DOI: 10.17116/jnevro20211260314. – Текст: электронный.

3. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура и физическая реабилитация: учебник / Епифанов В.А., Епифанов А.В. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 656 с. – ISBN: 978-5-9704-6390-5. – Текст: электронный.

4. Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта / Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаронова Н.В. – Москва: МЕДпресс-информ, 2021. – 352 с. – ISBN: 978-5-00030-890-2. – Текст: электронный.

5. Парфенов В.А. Ишемический инсульт в практике невролога: диагностика, лечение, вторичная профилактика / Парфенов В.А., Вербицкая С.В. // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2020. – Т. 12, № 4. – С. 84–90. – DOI: 10.14412/2074-2711-2020-4-84-90. – Текст: электронный.

6. Супонева Н.А. Физическая реабилитация пациентов с инсультом: клинические рекомендации и новые подходы / Супонева Н.А., Белкин А.А., Хасанова Д.Р. // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. – 2022. – Т. 16, № 2. – С. 45–53. – DOI: 10.25692/ACEN.2022.2.6. – Текст: электронный.

7. Шкловский В.М. Нейрореабилитация: принципы и алгоритмы / Шкловский В.М., Лукашевич И.П., Кацитадзе Е.Л. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2023. – 288 с. – ISBN: 978-5-299-01234-5. – Текст: электронный.

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

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

Аннотация: В статье рассматриваются особенности адаптивного физического воспитания детей младшего школьного возраста с гиперкинетической формой детского церебрального паралича. Подчеркивается важность индивидуального подхода к обучению и физической активности этих детей, а также необходимость разработки специальных программ, направленных на улучшение их физического состояния, координации движений и социальной адаптации. Описываются методы и техники, применяемые в процессе адаптивной физкультуры, включая игровые формы, элементы лечебной физкультуры и использование специализированного оборудования. Результаты исследования показывают положительное влияние адаптивного физического воспитания на развитие моторных навыков, укрепление здоровья и повышение самооценки детей с гиперкинетической формой ДЦП.

Ключевые слова: Детский церебральный паралич, ДЦП, Адаптивное физическое воспитание, АФВ, гиперкинетическая форма ДЦП, гиперкинезы, формы ДЦП.

Актуальность. Считается, что в среднем в мире число больных этим заболеванием детей составляет от 1,7 до 7 на 1000 здоровых. Хотя в разных источниках приводятся весьма разные цифры. К тому же статистические данные в разные годы различны. Например, в СССР в 1974 году в среднем было 2,5 ребенка с ДЦП на 1000 рожденных, в США в 1975 году - 1,5 ребенка. В 1966 году в Англии рождался 1 ребенок сДЦП на 1000 новорожденных, а в это же время в спокойной Швейцарии - уже 6 детей, во Франции - от 1 до 8.

Считается, что в России число больных детей в среднем от 2,5 до 5,9 на 1000 рожденных. Также в 2016 году в России было в среднем 6-8 больных ДЦП детей на 1000 рожденных. Уже накоплена и определенная статистика форм ДЦП в процентах к общему числу больных детей: спастическая тетраплегия - 2%; спастическая диплегия - 40%, гемиплегическая форма − 32%, дискинетическая форма - 11%, атаксическая форма - 15%. Адаптивное физическое воспитание (АФК) актуально для детей с гиперкинетической формой детского церебрального паралича (ДЦП), так как специфика двигательных нарушений при этой форме требует коррекции. Гиперкинетическая форма характеризуется насильственными движениями (гиперкинезами), мышечной ригидностью шеи, туловища, ног, и произвольная моторика развивается с трудом. Отсутствие физической реабилитации приводит к повторному проявлению патологических рефлексов, которые нарушают основу для формирования установочных рефлексов.

Цель исследования: улучшение координационных способностей детей младшего школьного возраста с гиперкинетической формой детского церебрального паралича.

Результат исследования: Детский церебральный паралич (ДЦП) — это не прогрессирующее, но часто меняющееся групповое заболевание, поражающее головной мозг. Он характеризуется нарушениями движений и мышечного тонуса, возникающими в раннем детском возрасте, обычно до 3 лет. Важно отметить, что ДЦП не является болезнью в традиционном понимании, а скорее группой состояний, объединенных общими признаками, вызванными повреждением головного мозга на этапе его развития. Это повреждение влияет на контроль над движениями и позой, но не затрагивает интеллект. В отличие от многих других неврологических заболеваний, ДЦП не прогрессирует, то есть поражение головного мозга не усугубляется с течением времени. Однако симптомы и функциональные возможности ребенка могут изменяться с возрастом [3,4].

Гиперкинетическая форма детского церебрального паралича (ДЦП) характеризуется наличием гиперкинезов — непроизвольных движений, которые могут быть разнообразными по своему типу и проявляться в виде тремора, дистонии или хореоатетоидных движений. Эта форма ДЦП часто связана с повреждением базальных ганглиев, которые отвечают за контроль движений.

Физическое развитие детей с детским церебральным параличом (ДЦП) гиперкинетической формы имеет свои особенности, связанные с нарушениями двигательной функции и координации. Гиперкинетическая форма характеризуется гиперкинезами — непроизвольными движениями, которые могут затруднять выполнение целенаправленных действий. Вот основные аспекты физического развития таких детей:

1. Моторные навыки

- крупная моторика: дети могут испытывать трудности с выполнением основных двигательных навыков, таких как ходьба, бег, прыжки и лазание. Гиперкинезы могут вызывать неустойчивость и трудности в поддержании равновесия.

- мелкая моторика: задержки в развитии мелкой моторики также распространены. Дети могут испытывать трудности с захватом предметов, манипуляциями с игрушками, письмом и другими действиями, требующими точности [5].

2. Мышечный тонус

- нарушение тонуса: у детей с гиперкинетической формой ДЦП может наблюдаться как гипертонус (повышенный тонус), так и гипотонус (пониженный тонус). Это может приводить к неравномерному развитию мышц и ограничивать подвижность;

- спастичность и дистония: спастические движения могут быть чередующимися с дистоническими, что усложняет выполнение движений и может вызывать утомление.

3. Координация

- проблемы с координацией: гиперкинезы могут затруднять координацию движений, что влияет на способность выполнять сложные двигательные задачи, такие как катание на велосипеде или участие в спортивных играх;

- нарушения равновесия: дети могут иметь проблемы с поддержанием равновесия при стоянии и движении, что увеличивает риск падений.

4. Усталость и выносливость

- увеличенная усталость: из-за постоянных непроизвольных движений дети могут быстрее уставать при физических нагрузках, что может ограничивать их активность;

- снижение выносливости: ограниченная возможность выполнять физическую активность может приводить к снижению общей физической выносливости [2,5].

Цели адаптивного физического воспитания:

АФВ для детей с гиперкинетической формой ДЦП направлено на достижение следующих целей:

- коррекция двигательных нарушений: упражнения помогают улучшить координацию, баланс и силу мышц;

- социальная адаптация: создание условий для взаимодействия с ровесниками и формирования социальных навыков;

- эмоциональное развитие: устранение психоэмоциональных барьеров и повышение уверенности в себе через физическую активность;

- развитие самостоятельности: формирование навыков, позволяющих детям выполнять повседневные задачи. [5].

Средствами адаптивного физического воспитания являются: упражнения на развитие силы, быстроты, выносливости, гибкости и ловкости; общеразвивающие упражнения; физические упражнения; упражнения на развитие и коррекцию координационных способностей; упражнения на коррекцию осанки, сводов стопы, телосложения, укрепления мышц спины,

живота, рук и плечевого пояса, ног; упражнения лечебного и профилактического воздействия [1].

Методы АФВ для детей с гиперкинетической формой ДЦП включают:

- индивидуализированный подход: программы должны разрабатываться с учетом индивидуальных особенностей каждого ребенка;

- игровые технологии: использование игр для повышения мотивации и интереса к занятиям;

- модульные занятия: включение различных видов активности (гимнастика, плавание, танцы) для комплексного развития;

- постепенное увеличение нагрузки: начало с легких упражнений с последующим увеличением сложности [1].

Заключение. Детский церебральный паралич (ДЦП) — это не прогрессирующее, но часто меняющееся групповое заболевание, поражающее головной мозг. Он характеризуется нарушениями движений и мышечного тонуса, возникающими в раннем детском возрасте, обычно до 3 лет. Причинами возникновения ДЦП являются осложнения при беременности, во время родов и в неонатальном периоде. Выражается в виде нарушений движений, моторики, а также проблемы с речью и когнитивные нарушения.

Гиперкинетическая форма ДЦП характеризуется нарушениями в контроле движений, что может проявляться в гиперкинезах (непроизволь-ных движениях) и нарушениях мышечного тонуса. При гиперкинетической форме ДЦП возникают такие проблемы как непредсказуемость и резкость движений. Непредсказуемые движения – гиперкинезы, такие как тремор, торсионный спазм, хореический гиперкинез, тики и лицевые блефароспазмы, пароспазмы могут приводить к проблемам в социализации и формировании межличностных отношений. Уровень когнитивного развития может варьироваться у детей с ДЦП. Некоторые дети могут иметь сопутствующие нарушения, такие как умственная отсталость, в то время как другие могут иметь нормальный уровень интеллекта. Физическое развитие детей с детским церебральным параличом (ДЦП) гиперкинетической формы имеет свои

особенности, связанные с нарушениями двигательной функции и координации. Средствами адаптивного физического воспитания являются: упражнения на развитие силы, быстроты, выносливости, гибкости и ловкости; общеразвивающие упражнения; физические упражнения; упражнения на развитие и коррекцию координационных способностей; упражнения на коррекцию осанки, сводов стопы, телосложения, укрепления мышц спины, живота, рук и плечевого пояса, ног; упражнения лечебного и профилактического воздействия. Среди методов АФВ выделяют: игровой, практический, словесный и наглядный.

Список использованных источников.

1. Баранова, Н. В. Адаптивная физическая культура для детей с ограниченными возможностями здоровья: учебное пособие. / Баранова, Н. В. — Москва, 2018 - 256 с. – ISBN: отсутствует – Текст: непосредственный

2. Ворожбитова, А. Л. Адаптивная физическая культура и физическая реабилитация как виды физической культуры в интерпретации ученых и будущих специалистов / А. Л. Ворожбитова – Сочи, 2013 – 117-119. – ISBN: отсутствует – Текст: электронный

3. Евсеева С.П Теория и организация адаптивной физической культуры: Учебник. В 2 т. Т.1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физической культуры. / Под общей ред. проф. С.П. Евсеева. — М.: Советский спорт, 2003 - 448 с. ISBN: отсутствует. Текст: электронный// URL: https://studfile.net/preview/6334816/

4. Луканина, В.В. Коррекционно-развивающая программа «Адаптивная физическая культура» для детей с ограниченными возможностями здоровья 6 – 18 лет. / В.В. Луканина – Москва, 2019 – 39с. – ISBN: отсутствует – Текст электронный https://krcsib.altai.socinfo.ru/media/2019/10/30/1265655324/Adaptivnaya_fizkul_tura.pdf

5. Солдаткина А.А. Исследование влияния средств лечебной физической культуры на детей с последствиями детского паралича. / А.А.Солдаткина –

Тольятти, 2020 – 54 с. ISBN: отсутствует – Текст: электронный https://dspace.tltsu.ru/bitstream/123456789/12822/1/Солдаткина%20А.А._АФКбз-1502.pdf

Тимофеева
И.В. кандидат педагогических наук, доцент
Павлович А.П., студент кафедры ТиМ АФК,
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал) ФГБОУ ВО
«УралГУФК», г. Екатеринбург, Россия

МЕТОДИКА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ 55-60 ЛЕТ ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ (ПОЛУПОСТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ)

Аннотация: Статья посвящена проблеме ишемического инсульта у лиц 55-60 лет. В статье рассматривались проявления главной причины ишемического инсульта у лиц 55-60 лет. Выявлена необходимость использования методов физического реабилитации лиц 55-60 лет при ишемическом инсульте.

Физическая реабилитация - это комплекс мероприятий, направленных на восстановление подвижности и гибкости тела после травмы, болезни или хирургического вмешательства.

Она включает в себя упражнения для развития мышц и суставов, массаж, физиотерапию, а также специальные устройства для поддержки движений.

Все принципы реабилитации могут быть осуществлены только с помощью хорошо отлаженной этапной системы. Реабилитация больных с инсультом осуществляется при лечебной гимнастике, массаже, кинезиотерапии, ЛФК [4].

Ключевые слова: ишемический инсульт, физическая реабилитация, методика, методы, физические упражнения.

Актуальность. Инсульт или острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) является одной из главных причин смертности и

инвалидности, как в мире, так и в России. За последние 20 лет инсульт становится одним из наиболее распространенных заболеваний людей среднего и пожилого возраста. По данным Всемирной Федерации неврологических обществ, ежегодно в мире регистрируется около 15 миллионов инсультов, в России — около 500 тысяч случаев инсультов в год. Около 30% инсультов в остром периоде завершаются летальным исходом, а повторный инсульт становится основной причиной смертности и инвалидности у больных, ранее перенесших инсульт.

Инвалидность после перенесенного инсульта достигает 3,2 на 10000 населения и занимает первое место среди всех остальных причин первичной инвалидности [5].

Цель исследования – изучение методов и средств физической реабилитации при инсульте у лиц 55-60 лет на стационарном этапе.

Результаты исследования: Исследование проводилось на кафедре теории и методики адаптивной физической культуры Екатеринбургском институте физической культуры (филиала) ФГБОУ ВО «УралГУФК» по адресу: г. Екатеринбург, ул. Шаумяна 85 и на базе городской клинической больницы № 40 Свердловской области неврологическое отделение № 1 в городе Екатеринбург, по адресу Волгоградская 189к3.

Оценка двигательных способностей у лиц перенесших ишемический инсульт на занятиях по лечебной гимнастике представляется основополагающим фактором. При этом использовании разнообразных двигательных тестов, систематизированных и функционально адаптированных по отношению к решаемым задачам позволит комплексно оценить состояние двигательной сферы у лиц перенесших ишемический инсульт [3].

Выводы. Инсульт — острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК).

При развитии ишемического инсульта поведенческий биологический уровень организации ФС, включающий в себя в норме достижение биологически важных результатов - специальных факторов внешней среды,

удовлетворяющих ведущие метаболические потребности в воде, питательных веществах, защите от разнообразных повреждающих воздействий и в удалении из организма вредных продуктов жизнедеятельности и др., фактически замещаются медперсоналом и ухаживающими, поскольку зачастую пациент не владеет навыками самообслуживания. Гомеостазис и адаптацию к окружающей среде организм обеспечивает содружественной деятельностью многих ФС на разных уровнях организации: метаболическом, гомеостатическом, поведенческом, психическом и социальном.

При изменениях до инстульта были характерны в ОДА, ССС и дыхательной системы: парезы, паралечи, онемение конечностей и лицевых мышц, расстройство координации движений, продолжительные головные боли без чёткой локализации, головокружение, которое возникает в состоянии покоя и может усиливаться при выполнении каких-либо действий, гул в ушах, трудности с проглатыванием пищи и т.д, повышенное артериальное давление, сбой сердечного ритма, нарушения функций щитовидной железы, боль и онемение в грудной клетке, стенокардия, аритмия, тахикардия и т.д. [2]

В изменениях после инсульта были характерны при ОДА, ССС и дыхательной системы: параличи и парезы, мышечная спастика, нарушения координации движений (атаксия) и равновесия, слабость и нарушение двигательной активности, ограничение подвижности, поражение дыхательных центров в мозге, учащение частоты сердечных сокращений, которые затем сменяются брадикардией, падение артериального давления, развитие аритмий, фибрилляций, возникновение сердечных патологий: ишемическая болезнь сердца, пороки сердца, сердечная недостаточность.

Список использованных источников.

1. Алгоритм первичной профилактики цереброваскулярных заболеваний : метод. рекомендации / В. И. Скворцова [и др.]. — М. : Минздравсоцразвития России, 2006. — 20 с.

2. Апанель, Е.Н. Основы восстановления нарушенных функций после инсульта / Е.Н. Апанель, А.С. Мастыркин. — Минск: УП Технопринт, 2005. — С. 99-111.

3. Белая, Н.А. Лечебная физкультура и массаж / Н.А. Белая. — М.: Советский спорт, 2001. — С. 7–25.

4. Бирюков, А.А. Лечебный массаж: учебник для студ. высш. учеб. заведений / А.А. Бирюков. — М.: Академия, 2004. — С. 14–17.

5. Виберс, Д. Инсульт. Клиническое руководство / Д. Виберс, В. Фейгин, Р. Браун. — М.: БИНОМ, СПб.: Диалект, 2005. Изд. 2–е. — С. 496–502.

Плющева Н.С., преподаватель кафедры ТиМ АФК
Петухов Д.А., студент 4 курса кафедры ТиМ АФК
Екатеринбургский колледж физической культуры
(филиал ФГБОУ ВО «УралГУФК»), г. Екатеринбург, Россия

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ

.

Аннотация: Дети с нарушениями зрения требуют особенно внимательного и деликатного подхода при организации занятий физическими упражнениями. Из-за затруднённого восприятия учебной информации им необходима специальная методика обучения и тщательный подбор упражнений. При грамотном сопровождении такие дети успешно осваивают разнообразные двигательные навыки, что способствует развитию эмоционального отклика на движение, особенно в процессе игры, а также формированию волевых качеств, смелости, решительности и уверенности в собственных силах.

Ключевые слова: дети с нарушением зрения, адаптивное физическое воспитание, координационные способности, близорукость, дальнозоркость

Актуальность. Согласно статистическим данным за 2023 год, в Свердловской области за последние пять лет отмечается ухудшение ситуации с состоянием зрения у детей. По информации главного педиатра региона Л. Малямовой, среди детей до 14 лет выявляется около 150 случаев нарушений зрения на каждую тысячу, а среди подростков 15–17 лет — около 250 на тысячу обследованных. В условиях модернизации образования особое значение приобретает создание благоприятных условий для полноценного развития и обучения детей с особыми образовательными потребностями, включая обучающихся с нарушением зрения. У младших школьников данной категории существенно снижены возможности зрительного восприятия, что затрудняет формирование целостного представления о мире, освоение учебных действий и развитие познавательных способностей. Сенсорные процессы у детей младшего школьного возраста с нарушениями зрения

требуют целенаправленной педагогической поддержки, включающей использование специальных коррекционных методик, игровых технологий и практико-ориентированных форм работы, способствующих формированию полноценного и всестороннего сенсорного восприятия.

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. 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 бывает врожденной и приобретенной. Врожденная слепота - нарушение развития некоторых отделов головного мозга, зрительных нервов, сетчатки глаза. Приобретенная слепота развивается после перенесенных глазных заболеваний: глаукомы, трахомы, кератита, поражения зрительного нерва, а также после травм глазного яблока, повреждений глазницы и черепномозговых травм.

Из-за недостатка зрения нарушено непроизвольное внимание (узкий запас знаний и представлений). Снижение произвольного внимания обусловлено нарушением эмоционально-волевой сферы и ведет к расторможенности - низкому объему внимания, хаотичности, т.е. нецеленаправленности, переходу от одного вида деятельности к другому, или, наоборот, к заторможенности детей: инертности, низкому уровню переключаемости внимания. Внимание часто переключается на второстепенные объекты. Рассеянность детей нередко объясняется переутомлением из-за длительного воздействия слуховых раздражителей.

У детей с нарушением зрения увеличивается роль словесно-логической памяти. Выявлена слабая сохранность зрительных образов и снижение объема

долговременной памяти. Объем кратковременной слуховой памяти у всех категорий детей с нарушением зрения высокий. Образы памяти незрячих при отсутствии подкрепления имеют тенденцию к быстрому угасанию. Значимость вербальной информации для детей с нарушением зрения играет особую роль в его сохранении.

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. В связи с трудностями, возникающими при зрительном подражании, овладении пространственными представлениями и двигательными действиями, нарушается правильная поза при ходьбе, беге, в естественных движениях, в подвижных играх, нарушается координация и точность движений.

Для детей с нарушением зрения характерны следующие особенности восприятия пространства: трудности в определении формы, величины, пространственного расположения предметов из-за нарушений зрительных функций; искаженное восприятие расположения предметов из-за низкой остроты зрения, поля зрения, цветоразличения; замедленное формирование пространственных представлений о своем теле и основных направлениях пространства из-за монокулярного характера зрения; затруднения в словесных обозначениях пространственных отношений.

В работе с данными категориями детей используются все методы обучения, однако, учитывая особенности восприятия ими учебного материала, есть некоторые различия в приемах.

Остановимся на некоторых из них:

Метод практических упражнений основан на двигательной деятельности учащихся. Чтобы совершенствовать у детей с нарушенным зрением определенные умения, необходимо многократное повторение изучаемых движений (больше, чем нормально видящим).

Метод дистанционного управления также относится к методу слова, он предполагает управление действиями ученика на расстоянии посредством следующих команд: «поверни направо», «поверни нале-во», «иди вперед», «три шага вперед, вправо, влево» и т.д.

Метод упражнения по применению знаний, построенный на основе восприятия информации при обучении посредством органов чувств (зрение, слух, осязание, обоняние). Этот метод направляет внимание ребенка на ощущение (мышечно-двигательное чувство), возникающее в мышцах, суставах при выполнении двигательных действий, и позволяет совершить перенос усвоенных знаний в практическую деятельность.

Метод наглядности занимает особое место в обучении слепых и слабовидящих.

Метод стимулирования двигательной активности - отсутствие ярких зрительных представлений обедняет эмоциональную жизнь детей с нарушением зрения. Необходимо как можно чаще поощрять детей, давать им почувствовать радость движений, помогать избавиться от комплекса неполноценности, от чувства страха пространства, неуверенности в своих силах.

Адаптированная основная образовательная программа начального общего образования (АООП НОО) для слабовидящих реализуется в трех вариантах, которые отличаются степенью приближенности к массовому обучению. Вариант 4.1 максимально ориентирован на условия обычной школы, тогда как вариант 4.3 преимущественно направлен на коррекцию нарушений и развитие навыков социальной адаптации. Каждый из вариантов обеспечивает ребенку доступ к образованию в соответствии с его индивидуальными возможностями, состоянием здоровья и уровнем компенсаторных навыков, используя специальные педагогические подходы и технические средства поддержки.

Выводы. Зрительная система играет ключевую роль в выполнении сложных функций восприятия. При её нарушении у детей наблюдается

недостаточное развитие психомоторики, позже формируются целенаправленные игровые и предметные действия. Дети с нарушением зрения испытывают значительные трудности в развитии внимания: непроизвольного — из-за малого объёма чувственного опыта, и произвольного — вследствие эмоционально-волевых нарушений. Это проявляется либо в расторможенности и хаотичности поведения, либо в заторможенности и снижении переключаемости психических процессов. Образовательная поддержка детей с нарушением зрения должна быть адаптирована, что отражено в структуре АООП НОО для слабовидящих. Трёхуровневая система (варианты 4.1–4.3) позволяет учитывать индивидуальные особенности ребёнка и выстраивать образовательный процесс от уровня, максимально близкого к обычному обучению, до программ, ориентированных на коррекцию и социальную адаптацию. Эффективность обучения и развития детей с нарушением зрения напрямую зависит от использования специальных педагогических методов, коррекционных технологий, технических средств, а также соблюдения зрительного режима и организации безопасной образовательной среды.

Список использованных источников.

1. Астахов, Д. А. Адаптивная физическая культура и реабилитация слепых и слабовидящих : учебное пособие для вузов / Д. А. Астахов, М. В. Симонова. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 201 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-15432-9. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/205715

2. Бардышевская, М. К. Диагностика психического развития ребенка : учебник для вузов / М. К. Бардышевская. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2025. — 153 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-10411-0. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/563137

3. Богданова, Т. Г. Инклюзивное обучение лиц с сенсорными нарушениями : учебник для вузов / Т. Г. Богданова, Н. М. Назарова. — Москва : Издательство Юрайт, 2025. — 224 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-14619-6. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/568051

4. Загребельная, А. В. Психолого-педагогическое сопровождение детей с нарушениями зрения : учебник и практикум для вузов / А. В. Загребельная. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 289 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-15567-8. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/205835

5. Красильникова, О. А. Адаптивное физическое воспитание детей с нарушением зрения младшего школьного возраста: методическое пособие / О. А. Красильникова. — Екатеринбург : УрГПУ, 2023. — 98 с. — ISBN 978-5-98672-345-1. — Текст : электронный // ЭБС УрГПУ [сайт]. — URL: https://elibrary.urgpu.ru/handle/123456789/4567

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

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА

Аннотация: Данная статья подчеркивает критическую важность адаптивного физического воспитания (АФВ) для детей младшего школьного возраста с нарушением интеллекта**.**

Ключевые слова: адаптивное физическое воспитание, нарушение интеллекта, дети младшего школьного возраста с нарушением интеллекта, развитие координационных способностей.

Актуальность исследования: Для успешной адаптации детей младшего школьного возраста с нарушением интеллекта к учебному процессу и формирования навыков самостоятельной деятельности необходимо создавать эффективные образовательные условия и разрабатывать методы адаптивного физического развития на занятиях. Мыслительные процессы таких детей нуждаются в целенаправленной педагогической поддержке и внимательном наблюдении, что предполагает активное использование коррекционных методик, игровых и практических форм работы. Дети с умственной отсталостью испытывают значительные трудности в области двигательного развития и координации движений. Эти ограничения проявляются в снижении точности движений, плохой ориентации в пространстве, низкой мышечной силе и выносливости, а также нарушениях равновесия и координации тела. Из-за этих особенностей детям сложно осваивать новые физические навыки, поддерживать активную подвижность и уверенно взаимодействовать с окружающим миром.

Цель исследования: развитие координационных способностей у детей младшего школьного возраста с нарушением интеллекта.

Результат исследования. Это задержка или неполное развитие психики, которое в первую очередь сказывается на интеллекте. Это не болезнь, а синдром, затрагивающий задержку интеллектуальной, эмоционально-волевой и физической сфер индивида. Различают несколько степеней - лёгкая, умеренная, тяжёлая и глубокая. Отличие состоит в особенностях развития и возможностях обучения.

Основные причины:

1. Генетические отклонения — хромосомные аномалии (синдром Дауна, Клайнфельтера, Тернера и другие), моногенные наследственные патологии (фенилкетонурия, галактоземия).
2. Инфекционные и токсические воздействия на плод — краснуха, токсоплазмоз, цитомегаловирус, сифилис, ВИЧ, алкоголь, наркотики, лекарства.
3. Травмы и гипоксия в перинатальном периоде — преждевременные роды, асфиксия, кровоизлияния, инфаркты.

Значимость занятий адаптивной физической культурой для лиц младшего школьного возраста с нарушением интеллекта заключается в следующем:

1. Коррекция и развитие координационных способностей: понимание тела в пространстве; распределение усилий при выполнении физических упражнений; улучшение статического и динамического равновесия.
2. Коррекция движений: устранение недостатков в двигательной сфере., улучшение навыков самообслуживания; восполнение утраченных или нарушенных двигательных функций; формирование движений за счет оставшихся функций.
3. Коррекция и развитие психических и познавательных способностей: развитие познавательной деятельности; разделение зрительных и слуховых сигналов по силе, расстоянию, направлению; развитие когнетивных функций.

Выводы. Статья посвящена вопросам организации эффективного процесса адаптивного физического воспитания для детей младшего

школьного возраста с нарушением интеллекта. Рассматриваются основные особенности и причины возникновения умственной отсталости, подчеркиваются ключевые характеристики каждой степени тяжести расстройства. Основное внимание уделено значению специально организованных занятий адаптивной физической культурой, которые способствуют преодолению трудностей, связанных с развитием двигательных и координационных навыков, совершенствованию общего физического состояния и психологической устойчивости ребенка. Описаны конкретные цели и ожидаемые результаты исследовательской работы, направленные на выявление наиболее эффективных подходов и технологий, позволяющих успешно формировать координационные способности и способствовать лучшей адаптации учащихся с нарушением интеллекта к учебной деятельности и повседневным жизненным ситуациям.

Список использованных источников.

1. Бегидова, Т. П. Адаптивная физическая культура: 10—11 классы : учебник для среднего общего образования / Т. П. Бегидова. — 3-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2025. —181 с. — (Общеобразовательный цикл). — ISBN 978-5-534-16756-6. —Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. —URL: https://urait.ru/bcode/568460 (дата обращения: 20.02.2025).

2. Галасюк, И. Н. Обучение и воспитание детей с нарушениями интеллекта. Кураторство : учебник для вузов / И. Н. Галасюк, Т. В. Шинина. — Москва : Издательство Юрайт, 2025. — 179 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-08285-2. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/564375 (дата обращения: 11.10.2025).

3. Колосова, Т. А. Психология детей с нарушением интеллекта : учебник для вузов / Т. А. Колосова, Д. Н. Исаев ; под общей редакцией Д. Н. Исаева. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2025. — 151 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-11243-6. — Текст

: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/563884 (дата обращения: 21.09.2025).

4. Литош, Н. Л. Адаптивная физическая культура для детей с нарушениями в развитии : учебник для среднего профессионального образования / Н. Л. Литош. — Москва : Издательство Юрайт, 2025. — 156 с. — (Профессиональное образование). — ISBN 978-5-534-13349-3. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/566949 (дата обращения: 22.10.2025).

5. Микляева, Н. В. Основы коррекционной педагогики и коррекционной психологии: моделирование образовательных программ : учебник для среднего профессионального образования / под редакцией Н. В. Микляевой. — Москва : Издательство Юрайт, 2025. — 362 с. — (Профессиональное образование). — ISBN 978-5-534-12535-1. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/566195 (дата обращения: 18.03.2025).

Репина А.И., к.п.н., доцент
Подузова А.В., студент кафедры ТиМ АФК
Екатеринбургский колледж физической культуры (филиал)
ФГБОУ «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, и о влиянии адаптивного физического воспитания на их здоровье и качество жизни.

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

Актуальность: распространенность ДЦП в России — 2,8 случая на 1000 детей. Главная цель реабилитации — социализация и независимость ребенка в будущем, чему эффективно способствуют своевременные занятия АФК, позволяющие вести полноценную жизнь.

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.

Спастическая диплегия представляет собой форму детского церебрального паралича (ДЦП), характеризующуюся хроническим нервно-мышечным нарушением в виде спастичности и гипертонии, проявляющейся выраженной и постоянной скованностью мышц всех четырех конечностей с преимущественным поражением нижних конечностей (ног, бёдер и таза).

Выявление нарушений мышечного тонуса у детей редко происходит ранее 5-6 месяцев, что связано с физиологическим гипертонусом, характерным для периода новорожденности. Сохранение повышенного

тонуса после пятимесячного возраста является основанием для проведения углубленного неврологического обследования.

Данная форма ДЦП является наиболее распространенной среди других видов церебрального паралича. Такую распространенность связывают с действием причинных факторов, вызывающих характерное повреждение головного мозга — поражение прецентральной извилины. К этим факторам относятся: острая и хроническая гипоксия, недоношенность, родовая травма.

Поскольку с прецентральной извилины берут начало основные пути двигательного импульса, и все произвольные движения осуществляются при участии этих структур, заболевание в первую очередь затрагивает двигательную сферу. Интеллектуальные нарушения наблюдаются лишь в части случаев.

Степень выраженности клинической симптоматики при спастической диплегии зависит от глубины поражения мозговой ткани и классифицируется на следующие формы: 1. Лёгкая степень: в первом полугодии развитие ребёнка соответствует норме, в дальнейшем наблюдается спастический парез в нижних конечностях, позднее освоение навыков сидения и ползания, ходьба формируется к 2-3 годам. В последующем самостоятельное передвижение сохраняется без использования вспомогательных приспособлений. Умственное и психическое развитие не нарушено. 2. Средняя степень тяжести: выраженная спастика в ногах делает возможным передвижение только с использованием специальных средств. Характерно существенное отставание в физическом развитии. Возможна задержка психического развития. Когнитивная сфера нарушена незначительно, социальная адаптация возможна. 3. Тяжёлая степень: наблюдается выраженный тетрапарез с преобладанием в ногах, проявляющийся резко выраженным спазмом мышц конечностей. Пациенты не способны к самостоятельному передвижению, ходьба невозможна. Социальная адаптация нарушена. Отмечается значительная задержка речевого и психического развития [2].

У детей со спастической диплегией клиническая картина часто отягощается нарушениями поведения, интеллекта, речи, зрения и слуха, что обусловлено органическим поражением центральной нервной системы. Для них характерны расстройства эмоционально-волевой сферы: у части детей наблюдается повышенная эмоциональная возбудимость, раздражительность и двигательная расторможенность, у других — заторможенность, застенчивость и робость. Склонность к лабильности настроения часто сочетается с инертностью эмоциональных реакций. Даже при достаточном интеллектуальном развитии часто отмечается недостаточность уверенности в себе, самостоятельности, а также повышенная внушаемость.

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

Обучающиеся с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в школьных образовательных учреждениях испытывают трудности, связанные с адаптацией к образовательной среде. Выделяют специфические особенности психики детей с ДЦП, влияющие на их социальную адаптацию в условиях обучения: 1. Напряжённая работа в процессе урока способствует накоплению мышечной скованности и сопровождается компенсаторной двигательной активностью в конце занятия, в связи с чем для них важна возможность двигательной разрядки в течение урока. 2. Вследствие незрелости эмоционально-волевой сферы негативная оценка учебной деятельности оказывает деструктивное влияние на поведенческие характеристики подростка с ДЦП, что обусловливает необходимость создания позитивного эмоционального климата. 3. Усвоенная информация на последующем занятии может восприниматься как новая. Характерна лабильность произвольной памяти: информация может временно

актуализироваться, а затем вновь забываться, что объясняется её недоразвитием.

Подростки с ДЦП осознают недостаточность своего общения, воспринимают себя неприспособленными в элементарных жизненных ситуациях и часто стесняются сигнализировать окружающим о необходимости помощи (особенно при наличии речевых нарушений, когда страх быть непонятым усиливается). Переживание одиночества данной категорией подростков отличается от его восприятия сверстниками с нормативным развитием.

Психолого-педагогическая поддержка в процессе занятий спортом представляет собой форму сопровождения, в основе которой лежит чётко организованная деятельность, направленная на выбор решений актуальных проблем ребёнка, поиск его скрытых ресурсов, опору на собственные возможности и создание условий для восстановления связей с социумом [3].

Все мероприятия в рамках физической культуры подчинены задачам укрепления здоровья и социальной адаптации детей. В связи с этим при подборе практического материала и методики его проведения учитываются индивидуальные диагнозы детей, характер их двигательной патологии и потенциальные возможности моторного развития.

Задачи адаптивной физической культуры (АФК) в младшем школьном возрасте включают: 1. Развитие двигательных навыков. 2. Развитие психических процессов и речи. 3. Развитие познавательной деятельности. 4. Профессиональную ориентацию [4].

Все специальные требования к организации обучения детей с ОВЗ должны быть отражены в Адаптированной основной общеобразовательной программе (АООП) образовательного учреждения.

АООП — это образовательная программа, разработанная с учётом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и особых образовательных потребностей детей.

Основной целью АООП является коррекция нарушений развития и нарушений социальной адаптации. АООП может быть реализована в различных формах: как в инклюзивных условиях (совместно с другими обучающимися), так и в отдельных классах, группах или организациях [5].

Задачи программы заключаются в следующем: 1. Создание условий для формирования внутренней позиции школьника и адекватной мотивации учебной деятельности. 2. Содействие коррекции недостатков в психофизическом развитии обучающихся, развитие их коммуникативных качеств и формирование адекватной самооценки и элементарных навыков самообслуживания. 3. Создание условий для всестороннего развития ребёнка с ДЦП средствами АФК, способствующей нормализации мышечного тонуса, обучению подавлению непроизвольных двигательных реакций, тренировке равновесия и развитию координации движений. 4. Внедрение в педагогический процесс различных видов детского творчества (самодеятельные игры, танцевальные импровизации), что способствует нормализации двигательных функций, стабилизации правильного положения тела и закреплению навыков стояния и ходьбы. 5. Организация взаимодействия с родителями для обеспечения полноценного психофизического развития ребёнка. 6. Интеграция обучения и воспитания в целостный образовательный процесс [5].

Адаптированная образовательная программа разрабатывается с учётом особенностей целевой группы и индивидуально корректируется в соответствии с медицинскими показаниями каждого ребёнка. Занятия по АФК проводятся строго по назначению врача, с учётом показаний и противопоказаний к конкретным упражнениям, вида нарушений, степени тяжести основного заболевания и текущего состояния здоровья ребёнка. Преподаватель определяет характер и объём физической нагрузки в процессе занятий, а также осуществляет консультирование семей, воспитывающих детей-инвалидов, по вопросам физической культуры.

Вывод. Развитие базовых жизненных навыков наиболее эффективно в младшем школьном возрасте, в период активного становления ребенка. Для детей с ДЦП критически важным является целенаправленное развитие двигательной сферы. Недостаток физической реабилитации вызывает повторную активацию патологических рефлексов, которые разрушают нейрофизиологическую основу для формирования установочных рефлексов. Следствием этого становится дефицит в развитии равновесия, нарушение постурального контроля и произвольной моторики.

В качестве основного средства предлагается использование коррекционных подвижных игр, спортивных развлечений и прогулок, направленных на стимуляцию двигательной активности. Обучение новым формам движений также способствует развитию внимания, памяти и мышления. При работе с детьми с интеллектуальными нарушениями необходимо учитывать, что освоение каждого двигательного элемента требует длительного времени, а для его сохранения необходима регулярная практика.

Список использованных источников.

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.

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.

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.

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.

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

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫ ПАРАЛИЧОМ (АТОНИЧЕСКИ-АСТАТИЧЕСКАЯ ФОРМА)

Аннотация. Данная статья фокусируется на нюансах применения адаптивного физического воспитания (АФВ) у детей с детским церебральным параличом (ДЦП) атонически-астатической формы. Анализируются ключевые подходы к использованию физических упражнений как основного инструмента АФВ, направленного на оптимизацию двигательных функций и укрепление опорно-двигательного аппарата у данной категории детей.

Ключевые слова: детский церебральный паралич (ДЦП), адаптивное физическое воспитание (АФВ), атонически-астатическая форма, двигательные функции, физические упражнения.

Актуальность. Адаптивное физическое воспитание (АФВ) представляет собой междисциплинарное направление, нацеленное на разработку и применение индивидуализированных программ физической активности для лиц с ограничениями функциональных возможностей, включая двигательные.

Для детей с детским церебральным параличом (ДЦП) АФВ становится очень важным для укрепления здоровья, комплексной коррекции и стимулирования двигательной и коммуникативной активности, а также ключевым фактором их успешной самореализации и интеграции в общество.

Проблема детской инвалидности, в частности, связанной с нарушениями опорно-двигательного аппарата, сохраняет высокую социальную и медицинскую актуальность. Это обуславливает необходимость непрерывного совершенствования системы помощи таким детям. Детский церебральный паралич (ДЦП) является одной из ведущих

причин двигательных нарушений в детском возрасте. Его распространенность, по различным данным, варьируется от 1, 7 до 7 случаев на 1000 новорожденных, а в Российской Федерации эта цифра составляет 2, 5-6 случаев на 1000 детей. Особое внимание привлекает атонически-астатическая форма ДЦП, на долю которой приходится до 9, 2% всех случаев. Отмечена значительно более высокая заболеваемость ДЦП среди недоношенных детей — она до 10 раз превышает среднестатистические показатели, при этом преждевременные роды являются причиной развития ДЦП у 40-50% детей.

В условиях развития инклюзивного образования критически важным становится углубленное понимание педагогами физиологических и психомоторных особенностей детей с ограниченными возможностями здоровья. Эти знания являются основой для разработки адекватных образовательных программ и методик адаптивного физического воспитания, способствующих успешной интеграции ребенка в школьную среду и максимизации его потенциала.

Цель исследования: улучшение двигательных функций у детей младшего школьного возраста с атонически-астатической формой детского церебрального паралича.

Результаты исследования. Детский церебральный паралич (ДЦП) – это совокупность стойких двигательных нарушений, обусловленных непрогрессирующим поражением развивающегося мозга в пренатальном, перинатальном или раннем постнатальном периоде. Данное состояние характеризуется трудностями в произвольном контроле движений, поддержании равновесия, а также может сопровождаться нарушениями речи и акта глотания.

Этиологические факторы ДЦП многообразны и включают как антенатальные, так и перинатальные причины. Среди них выделяют гипоксию плода, нарушения мозгового кровообращения и асфиксию в родах, интоксикации, хромосомные аномалии, родовые травмы, а также

иммунологическую несовместимость матери и плода (например, при резус-конфликте). Существенное влияние оказывают и факторы материнского здоровья: хронические соматические заболевания (в частности, сердечно-сосудистой системы), неполноценное питание, стрессовые состояния и наличие вредных привычек (употребление алкоголя, наркотиков, курение) в период беременности [3,4].

Атонически-астатическая форма ДЦП характеризуется преимущественным поражением мозжечковых структур головного мозга. Клиническая картина включает значительные нарушения координации движений, что проявляется выраженной неуклюжестью при ходьбе (атаксией), интенционным тремором конечностей при выполнении целенаправленных действий, трудностями с поддержанием статического и динамического равновесия, а также сниженным общим мышечным тонусом (гипотонией). Зачастую наблюдается задержка в формировании основных двигательных навыков, таких как ползание, сидение и самостоятельная ходьба, нередко сопровождаются психоэмоциональными расстройствами [3,4.5].

В рамках адаптивного физического воспитания для детей с атонически-астатической формой ДЦП разрабатываются специализированные комплексы физических упражнений. Их ключевые задачи заключаются в укреплении мышечного корсета, увеличении амплитуды движений в суставах верхних и нижних конечностей, а также в целенаправленном развитии и коррекции координационных способностей.

Для оптимизации двигательных функций на занятиях по адаптивной физической культуре (АФК) эффективно применяются разнообразные упражнения. К ним относятся: преодоление несложных препятствий, тренировка баланса при ходьбе по гимнастической скамейке или низкому бревну; воспроизведение заданных игровых поз; игры, способствующие переключению внимания и освоению техник мышечной релаксации для конечностей и туловища (в различных положениях: стоя, сидя, лёжа).

Дополнительно используются полосы препятствий, включающие упоры, простые прыжки и упражнения на расслабление отдельных мышечных групп, а также базовые передвижения шагом. Программу АФК можно обогащать различными танцевальными элементами и эстафетами с использованием спортивного инвентаря, такого как мячи и кубики [1].

Особый подход требуется при работе с детьми младшего школьного возраста с атонически-астатической формой ДЦП. Помимо общеразвивающих физических упражнений, направленных на улучшение двигательных функций, для них рекомендованы специфические тренировки. К ним относятся упражнения на сопротивление, а также упражнения для развития артикуляционного аппарата и мимической мускулатуры (языка, мышц лица). Важной составляющей занятий являются разнообразные игровые формы: подвижные и малоподвижные игры, эстафеты, а также элементы спортивных игр [2].

Заключение. Детский церебральный паралич (ДЦП) представляет собой комплексное поражение головного мозга, возникающее на этапах внутриутробного развития, родов или в младенчестве, и характеризующееся спектром двигательных, речевых и психических нарушений. Атонически-астатическая форма ДЦП выделяется сниженным мышечным тонусом (в отличие от повышенного при других формах), при сохранности движений, но выраженном нарушении координации. Это приводит к значительному запаздыванию в освоении базовых двигательных навыков, таких как ползание, стояние и ходьба. Средства и методы, применяемые при этой форме: медикаментозная терапия, физиотерапия, психологическая терапия, ЛФК.

В этом контексте адаптивная физическая культура (АФК) играет фундаментальную роль в образовательном процессе детей с ДЦП. Она эффективно решает многогранные задачи: образовательные, воспитательные, коррекционно-развивающие и оздоровительные. АФК является одним из ключевых инструментов для подготовки детей с

церебральным параличом к самостоятельной жизни и способствует их полноценной социальной интеграции в общество.

Список использованных источников.

1. Апарина, М.В. Адаптивное физическое воспитание детей с ограниченными возможностями здоровья / М.В. Апарина. – Молодой ученый. – 2021. – № 29 (371). – С. 66-68. - ISBN: отсутствует. Текст: электронный// URL: https://moluch.ru/archive/371/82954/ (дата обращения: 12.02.2024).

2. Максимова, С.Ю. Особенности адаптивного физического воспитания детей. / С.Ю. Максимова. – Москва, 2015. - Текст: непосредственный.

3. Немкова С.А. Церебральный паралич./ С.А. Немкова, В.Г. Болдырев, А.С. Сорокин, Ю.Н. Курбатов. – Москва, 2022. - Текст: непосредственный.

4. Никитина, М.Н. Детский церебральный паралич. / М.Н. Никитина. - М.: Медицина, 2017 - 120 с. - ISBN: отсутствует. Текст: электронный // URL: https://search.rsl.ru/ru/record/01007635101

5. Шалькевич Л.В. Детский церебральный паралич: использование современных классификационных систем. / Л. В. Шалькевич. - Текст: непосредственный.

Салимов М.И., к. п. н., доцент
Русских Л.Ю., студент кафедры ТиМ АФК
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал) ФГБОУ ВО «УралГУФК», г. Екатеринбург.

АДАПТИВОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С АТОНИЧЕСКИ-АСТАТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Аннотация: В статье проанализированы ключевые аспекты адаптивного физического воспитания для учащихся младших классов, у которых диагностирована атонически-астатическая форма детского церебрального паралича. Особое внимание уделяется инструментам и методикам, способствующим развитию двигательной сферы. В качестве центрального средства коррекции рассматриваются специально подобранные физические упражнения, нацеленные на преодоление сенсорных нарушений, улучшение координации и укрепление мышечно-скелетной системы. Лечебная физкультура определяется как основной метод работы в данном направлении.

Ключевые слова: атонически-астатическая форма, детский церебральный паралич, адаптивное физическое воспитание, дети младшего школьного возраста, опорно-двигательный аппарат.

Актуальность исследования: сфера адаптивного физического воспитания (АФВ) сосредоточена на комплексном физическом развитии людей с устойчивыми ограничениями здоровья, в том числе двигательными. Данная дисциплина нацелена не только на реабилитацию, но и на формирование у детей с особыми потребностями комплекса двигательных компетенций и знаний, способствующих повышению их общей активности.

Цель исследования: повышение уровня координационных способностей у детей младшего школьного возраста, страдающих атонически-астатической формой ДЦП.

Результат исследования. Детский церебральный паралич (ДЦП) представляет собой заболевание, которое выявляется с рождения и характеризуется стабильными (непрогрессирующими) двигательными расстройствами. Для этой патологии, возникающей в перинатальном периоде, типичны сочетанные нарушения: двигательные, речевые и психические. Двигательные расстройства включают парезы, параличи и наличие насильственных движений.

На состояние опорно-двигательного аппарата (ОДА) могут влиять многочисленные факторы. Специалисты выделяют несколько групп причин, ведущих к патологии ОДА:

1. Поражения ЦНС: например, ДЦП.
2. Врожденные аномалии костно-мышечной системы: такие как врожденный вывих бедра или косолапость.
3. Приобретенные заболевания и травмы: повреждения головного и спинного мозга, конечностей, а также последствия туберкулеза или опухолей.
4. Инфекционно-воспалительные процессы: например, артрит или септический артрит.
5. Факторы образа жизни: недостаток физической активности, ослабляющий мышцы, и лишний вес, повышающий нагрузку на суставы.
6. Возрастные дегенеративные изменения: такие как остеоартрит [8].

Согласно исследованиям Т. Г. Шамарина и Г. И. Беловой, более чем у половины (55%) детей с атонически-астатической формой ДЦП тяжелые двигательные расстройства сочетаются с умственной отсталостью легкой или средней степени [20].

Для детей из группы риска крайне важен тщательный контроль физического развития, начиная с внутриутробного периода и после рождения. Первые клинические признаки ДЦП обычно проявляются на начальной стадии заболевания. К пятому-шестому месяцу жизни часто диагностируется перинатальная энцефалопатия, которая без должной терапии переходит в хроническую фазу. Для этой стадии характерны устойчивая гипертрофия

мышц, сменяющаяся гипотрофией, наличие или отсутствие патологических рефлексов. Часто формируются контрактуры, серьезно ограничивающие как активные, так и пассивные движения.

Симптоматика может быть непостоянной: симптомы способны временно исчезать и появляться вновь. Отсутствие терапии приводит к прогрессированию болезни, что выражается в:

1. Задержке общего физического развития, проблемами с равновесием и опорой.

2. Нарушениях формирования речевых навыков.

3. Возможном переходе болезни на следующую стадию, сопровождающуюся эпилептическими припадками, которые могут усугубляться вплоть до эпилептического статуса.

Выводы. ДЦП – это непрогрессирующее двигательное нарушение, выявляемое с рождения. Заболевание имеет полиэтиологическую природу и характеризуется комплексом двигательных, психических и речевых расстройств. Причины патологии ОДА при ДЦП разнообразны и могут быть связаны с врожденными дефектами, травмами, воспалениями и образом жизни.

Статистика подтверждает, что у многих детей с атонически-астатической формой ДЦП тяжелые двигательные нарушения сочетаются с умственной отсталостью. Это доказывает необходимость ранней диагностики и вмешательства в группах риска. Постоянный мониторинг состояния ребенка и своевременное начало лечения имеют критическое значение для прогноза.

К основным средствам и методам данной нозологии является:
Физическая терапия, массаж, использование ортопедических средств, электростимуляция, кинезиотерапия, игровой метод.

Таким образом, без комплексного подхода к реабилитации и терапии существует риск усугубления состояния, включая развитие сопутствующих осложнений, таких как эпилепсия. Следовательно, многопрофильная работа с

детьми с ДЦП является обязательным условием для улучшения качества их жизни и минимизации проявлений заболевания.

Список литературы.

1. Ахметова, Д. З. Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата в инклюзивной группе: методическое пособие. / Д.З. Ахметова, В.С. Горынина, Л.А. Орешникова. - Казань: Издательство «Познание» Института экономики, управления и права, 2010. — 102. - ISBN отсутствует. - Текст: электронный // URL:https://ieml.ru/podrazdeleniya-universiteta/nii-pedagogical innovation/poleznye-materialy/7.pdf

2. Брязгунов, И. К. Детский церебральный паралич. / И. К. Брязгунов. – Москва: Издательство Теревинф, 2007. – 197 с. - ISBN отсутствует. - Текст: электронный // URL: https://zdd.1sept.ru/article.php?ID=200700104

3. Люди с нарушениями опорно-двигательного аппарата: особенности коммуникации. - ISBN: отсутствует. Текст: электронный // URL: https://особыедетикарелии.рф/images/dokumenti/sb/oda.pdf

4. Никитина, М.Н. Детский церебральный паралич. / М.Н. Никитина. - М.: Медицина, 2017 - 120 с. - ISBN: отсутствует. Текст: электронный // URL: https://search.rsl.ru/ru/record/01007635101

5. Симптомы детского церебрального паралича - Метод Козявкина. - ISBN: отсутствует. Текст: электронный URL: https://kozyavkin.com/ru/science/blog/simptomy-detskogo-cerebralnogo-paralicha/

Репина А.И., к.п.н., доцент,
Садовникова Д.Д., студент
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 образование для детей младшего школьного возраста с нарушениями интеллекта является неотъемлемой частью системы образования для детей-инвалидов. Процесс обучения детей с особыми потребностями должен отвечать требованиям общества: улучшение качества жизни детей, содействие их социализации.

Ключевые слова: умственная отсталость, адаптивное физическое воспитание, адаптированная образовательная программа.

Актуальность. Рост детской инвалидности, связанный с нарушением интеллекта является важной тенденцией в современном обществе, в результате чего распространенность инвалидности среди детей становится ключевым социальным и медицинским показателем. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, в середине 20-го века умственная отсталость поражала 1-3% населения земного шара, при этом 88% из них страдали легкой формой, 10% - средней и 2% - тяжелой. Образовательные потребности детей с ограниченными интеллектуальными возможностями стоят особенно остро, что обусловлено дефицитом эффективного научного и методического руководства. Нейропсихологические основы олигофренопедагогики демонстрируют, что интеллектуальные нарушения могут привести к социальной изоляции, что, в свою очередь, препятствует приобретению социального опыта и тормозит развитие в биологическом, психологическом и социальном измерениях. Успех образовательных мероприятий зависит от таких факторов, как понимание специфики инвалидности в различных группах детей и использование адаптивного физического воспитания для устранения

недостатков в двигательном развитии. Для детей с ограниченными интеллектуальными возможностями в начальной школе адаптивное физическое воспитание направлено на развитие двигательных навыков, укрепление здоровья и формирование позитивного отношения к физической активности с помощью индивидуальных подходов. Центральное место в адаптивном физическом воспитании занимают индивидуальные планы, развитие двигательных навыков и координации, повышение физической подготовленности, гибкости, силы и выносливости, воспитание чувства собственного достоинства и желания заниматься спортом, укрепление здоровья и иммунной системы, профилактика заболеваний и развитие о привычках личной гигиены.

Цель: средства и методы коррекции и профилактики двигательных нарушений у детей с умственной отсталостью.

Результат исследования. Умственная отсталость у детей может быть вызвана множеством факторов и проявляется различными способами. К ключевым симптомам относят низкую способность к решению повседневных задач и в учебе, трудности в адаптации к новым условиям, недостаток знаний и навыков, ограниченный словарный запас, а также слабое развитие абстрактного мышления. Диагностику проводят специалисты, такие как психиатр, невролог и психолог, с использованием клинических бесед, наблюдения за поведением и патопсихологических тестов. Также могут быть проведены инструментальные обследования мозга. Для каждого случая разрабатывается индивидуальный терапевтический план, который может включать медикаментозное лечение, психокоррекцию и социальную реабилитацию. Умственная отсталость формируется под воздействием разных эндогенных и экзогенных факторов.

К основным причинам относятся генетические изменения, а также аномалии психического развития, наблюдаемые при хромосомных заболеваниях. Негативные факторы, такие как гипоксия из-за заболеваний матери (например, сердечно-сосудистых или эндокринных), резус-

несовместимость, внутриутробные инфекции и другие стрессы, могут негативно повлиять на формирование нервной системы плода. Также возникают трудности в психическом развитии из-за родовых травм, послеродовых повреждений, психических и неврологических расстройств, а также социальной среды, особенно в неблагополучных семьях и в условиях длительной госпитализации. Задержка психического развития у детей, как правило, связана с особенностями их высшей нервной деятельности, включая слабость процессов возбуждения и торможения, медленное образование условных связей и нарушенное взаимодействие разных сигнальных систем.

К средствам физического воспитания умственно отсталых детей относятся:

1. Занятия спортом и физические упражнения;

2. Природные явления, положительно влияющие на организм (вода, свежий воздух, солнечный свет и т.д.);

3. Гигиенические навыки (соблюдение режима, уход за собой, своей одеждой и обувью, спортивным оборудованием);

4. Спортивный инвентарь.

Методы обучения движениям:

Игровые методы: Занятия в форме игры/сюжета с имитацией движений (например, подражание животным).

Зрительные ориентиры: Предметы и разметка пола для уточнения движений, пространственной ориентации, внимания и координации.

Звуковые ориентиры: Для освоения ритма, темпа, сигнализации начала/окончания и фиксации правильности выполнения.

Словесные методы: Короткие, понятные инструкции для понимания и выполнения.

Вывод: чаще всего интеллектуальные нарушения у детей с задержкой развития обусловлены органическим поражением центральной нервной системы на ранних этапах развития. Эти повреждения оказывают системное влияние, затрагивая все аспекты психофизического роста ребенка:

мотивационные, социально-личностные, двигательные, эмоционально-волевые и когнитивные процессы, включая восприятие, мышление, деятельность, речь и поведение. Коррекция и развитие двигательных навыков у детей с задержкой развития с помощью физического воспитания являются важной частью воспитательно-коррекционной работы, так как физическая активность существенно влияет на формирование личных качеств и познавательной активности ребенка. Дети с умственной отсталостью часто сталкиваются с трудностями при выполнении необходимых двигательных действий для выполнения домашних или учебных заданий. Основными задачами физического воспитания для таких детей являются развитие знаний и двигательных навыков.

Список использованных источников.

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

2. Бардышевская, М. К. Диагностика психического развития ребенка : учебник для вузов / М. К. Бардышевская. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2025. — 153 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-10411-0. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/563137 (дата обращения: 10.01.2025).

3. Бегидова, Т. П. Адаптивная физическая культура: 10—11 классы : учебник для среднего общего образования / Т. П. Бегидова. — 3-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2025. —181 с. — (Общеобразовательный цикл). — ISBN 978-5-534-16756-6. —Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. —URL: https://urait.ru/bcode/568460 (дата обращения: 20.02.2025).

4. Мамайчук, И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии : учебник для вузов / И. И. Мамайчук. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт,2025. —318 с. — (Высшее

образование). — ISBN 978-5-534-10042-6. —Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. —URL: https://urait.ru/bcode/565229

5. Рипа, М. Д. Методы лечебной и адаптивной физической культуры : учебник для среднего профессионального образования / М. Д. Рипа, И. В. Кулькова. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2025. — 158 с. — (Профессиональное образование). — ISBN 978-5-534-07858-9.

— Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/563435

Тимофеева И.В., к.п.н. доцент
Салова Д.М., студент
Екатеринбургский институт физической культуры
(филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Аннотация. Статья посвящена теоретическому анализу проблемы адаптивного физического воспитания (АФВ) детей старшего дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра (РАС). Рассматриваются специфические особенности психомоторного развития данной категории детей, обуславливающие необходимость трансформации классических методик физической культуры. В работе обосновываются педагогические принципы и условия, необходимые для эффективной коррекции двигательных и коммуникативных нарушений средствами АФВ в предшкольный период. Материалы статьи могут служить теоретической базой для разработки инновационных методик физического воспитания в системе дошкольной абилитации.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, РАС, адаптивное физическое воспитание, старший дошкольный возраст, моторное развитие, сенсорная интеграция, психомоторная коррекция.

Актуальность. У каждого пятидесятого ребенка в России есть инвалидность. Это примерно один ребенок на каждые два типовых школьных класса. Каждый год число таких детей увеличивается. С 2010 года, по данным Росстата, в России стало на 158 тысяч детей-инвалидов больше. Доля детей с инвалидностью от всего детского населения тоже выросла — почти на 15%. Почти четверть этого прироста приходится на расстройства аутистического спектра. 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 [2]. Актуальность определяется высокой частотой данной аномалии психического развития и очень большим значением своевременной и адекватной коррекции. Дошкольники с расстройствами аутистического спектра представляют собой крайне неоднородную группу и требуют особого подхода при организации и сопровождении их воспитания, образования. Психологические особенности развития, воспитания и обучения детей с РАС таковы, что традиционные способы малоэффективны. Поиск новых эффективных методов дошкольного образования становится ключевой проблемой в области оказания помощи детям с РАС [1].

Цель исследования – анализ научной методической литературы для выбора средств и методов адаптивного физического воспитания детей старшего дошкольного возраста с расстройством аутистического спектра.

Результаты исследования. Теоретический анализ литературы показывает, что расстройства аутистического спектра характеризуются не только нарушениями социального взаимодействия, но и специфическим профилем моторного развития. Это проявляется в том, что в спонтанной непроизвольной двигательной активности ребёнок более успешен, чем в произвольной, когда приходится действовать по инструкции и сознательно контролировать свои движения. Педагогическое наблюдение показало, что у детей с аутизмом задерживается формирование навыков как крупной, так и мелкой моторики, навыков бытовой адаптации, освоение обычных, необходимых для жизни действий с предметами. В развитии основных движений у таких детей следует отметить тяжёлую порывистую походку, импульсивный бег с особым ритмом, со стереотипными перемещениями, застыванием, с широким размахом рук, на цыпочках. Движения детей могут быть вялы или, напротив, напряжённо скованы, механистичны, с отсутствием пластичности, действия рук и ног плохо скоординированы. Недостаточная координация движений присутствует и в прыжках, что проявляется в невозможности одновременного отталкивания двумя ногами. Для детей также

трудными являются упражнения, связанные с сохранением равновесия и с пространственной ориентировкой. Своеобразие двигательной сферы детей с аутизмом заключается в обилии стереотипных движений: раскачиваний, однообразных поворотов головы, ритмичных сгибаний и разгибаний пальцев рук, в кружениях, беге по кругу, машущих движениях пальцами или кистями [3]. Адаптивное физическое воспитание детей с РАС должно базироваться на интеграции педагогических, психологических и нейропсихологических концепций. Учитывая своеобразие формирования двигательных функций у детей с аутистическим спектром, адаптивное физическое воспитание ставит важные задачи, направленные на укрепление здоровья детей, своевременное формирование двигательных навыков и основных физических качеств.

Теоретически значимыми являются следующие подходы:

1. Системно-деятельностный подход: физическое упражнение рассматривается как средство включения ребенка в целенаправленную деятельность, требующую осознанного восприятия инструкции.
2. Концепция сенсорной интеграции: физическое воспитание выступает как процесс насыщения анализаторов, что способствует «созреванию» центральной нервной системы.
3. Принцип визуализации обучения: учитывая превалирование визуального восприятия у детей с РАС, теоретически обосновано использование схем, пиктограмм и визуальных таймеров в процессе физического воспитания.

К специфическим методам физического воспитания относятся:

1. Методы строго регламентированного упражнения - физические упражнения в условиях строго заданной формы и с точно обусловленной нагрузкой [7].

При использовании этого метода деятельность занимающихся организуется и регулируется с возможно полной регламентацией, которая включает в себя:

- твердо предписанную программу действий;

- возможно точное дозирование нагрузки;

- создание или использование внешних условий (вспомогательные снаряды, тренажеры и др.), помогающих управлять действиями занимающихся [6].

Необходимо отметить, что сами двигательные действия, используемые в АФК с детьми с расстройством аутистического спектра обладают целым рядом отличительных особенностей, которые необходимо учитывать в учебной и учебно-тренировочной работе с этим необычным контингентом занимающихся, когда в подавляющем большинстве случаев используется метод строго регламентированного упражнения. Первая главная отличительная особенность - повышенные требования к точности воспроизведения пространственных, временных и силовых параметров движений, а также их производным: скорости, ускорениям, темпу, ритму и другим проявлениям импульсов силы.

Второй отличительной особенностью является значительная затрудненность овладения ими в связи со значительной ослабленностью контроля зрения, а порою с полной невозможностью зрительного контроля за осуществлением даже главных управляющих движений в суставах. Третья отличительная особенность двигательных действий (ДД) связана со значительной ролью в процессе их выполнения так называемых гравитационных, инерционных, реактивных и других сил, не поддающихся произвольной регуляции. Четвертой отличительной особенностью ДД является субъективно переживаемая необычность интенсивности, длительности действий и возникновение при их выполнении около предельных и предельных физических и психических напряжений. И пятая особенность ДД связана с чрезмерным повышением уровня активности какой-либо мышцы в обычных движениях, приводящее к падению активности других, что ведет к снижению общего эффекта действий.

2. Игровой метод (использование упражнений в игровой форме).
3. Соревновательный метод.

Основные средства АФК, используемые в адаптивном физическом воспитании дошкольников с РАС:

1. Игра (подвижные игры, командные игры, дидактические игры, сюжетно-ролевые игры, имитационные игры, игры на равновесие, игры с музыкальным сопровождением, игры с предметами, игры на свежем воздухе);

2. Физические упражнения (упражнения на коррекцию и развитие общей и мелкой моторики, активизацию межполушарного взаимодействия; упражнения, включающие лазания, залезания, перелезания, подлезания, ползания различными способами; упражнения на освоение телесного и окружающего пространства; самомассаж, растяжки и дыхательные упражнения; при необходимости включить в занятие упражнения на снятие и устранение навязчивых движений [5];закаливание). [4]

Выводы. Адаптивное физическое воспитание детей старшего дошкольного возраста с РАС является сложным многокомпонентным процессом, выходящим за рамки простого развития физических качеств. Теоретическое обоснование АФВ показывает, что физическая культура выступает мощным инструментом коррекции базовых нарушений при аутизме: от нормализации сенсорного восприятия до формирования навыков социального имитационного поведения. Разработка теоретических моделей АФВ позволяет систематизировать педагогическое воздействие, делая его предсказуемым и безопасным для ребенка. Дальнейшие исследования в данном направлении должны быть связаны с поиском оптимальных пропорций между игровыми и строго регламентированными методами обучения в зависимости от функционального уровня РАС.

Список использованных источников.

Алехина, С.В. Образование в Москве. Инклюзивное образование: Сборник метод, публикаций. Вып. 1. / С.В. Алехина. - Москва: Центр «Школьная книга», 2010. — С. 6−12. - ISBN отсутствует. Текст: непосредственный.

1. Асанова, А. С 2018 года число детей с аутизмом в России практически удвоилось. Теперь их предлагают лечить устаревшими препаратами / А. Асанова// если быть точным. — Текст: электронный. URL: https://tochno.st/materials/s-2018-goda-cislo-detei-s-autizmom-v-rossii-prakticeski-udvoilos-v-novyx-rekomendaciiax-minzdrav-predlagaet-lecit-ix-ustarevsimi-preparatami (дата обращения: 25.05.2025).

2. Плаксунова, Э. В. Особенности двигательной сферы и психомоторики детей с аутизмом / Э. В. Плаксунова // Аутизм и нарушения развития. — 2008. — №3 Т.6. — С. 10-12. Текст: электронный.

3. Примерная рабочая программа по адаптивной физической культуре для детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра. — Москва, 2022 — 56 с. - ISBN - отсутствует. Текст: непосредственный.

4. Суетина, О.И. Особенности физического развития детей с аутизмом / Суетина О.И. // педакадемия.рф. — URL: https://педакадемия.рф/суетина-о-и-публикация / (дата обращения: 02.06.2025). Текст: электронный.

5. Шиян, Б.М. Теория и методика физического воспитания: Учеб. пособие для студентов пед. инст-ов и пед. уч-щ / Б.М. Шиян, Б.А. Ашмарин, Б.Н. Минаев, А.И. Гурфинкель, Б.В. Сермеев. – Москва: Просвещение, 1988. – 224с. - ISBN отсутствует. Текст: непосредственный.

6. Щербак, А. Энциклопедия физической культуры ребенка. Специфические методы применения физических упражнений / А. Щербак// Физическое развитие. — Ярославль: Дошкольное воспитание, 2019. — С. 50-54. Текст: электронный.

Репина А.И, кандидат педагогических наук, доцент
Чуракова А.А., студент кафедры ТиМ АФК
Екатеринбургский институт физической культуры (филиал) ФГБОУ ВО
«УралГУФК», г. Екатеринбург, Россия

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ У ДЕТЕЙ С АУТИСТИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Аннотация: Статья посвящена комплексному изучению психического развития детей с аутистическим расстройством. Рассматриваются специфические особенности поведения у данной нозологии. Анализируются ключевые трудности в усвоении учебного материала, формировании учебных навыков и социальной адаптации. Особое внимание уделяется вопросам диагностики и определению образовательного маршрута.

Ключевые слова: расстройство аутистического спектра

Актуальность. Участие детей с аутизмом в групповых занятиях по физическому развитию является обязательной, важной составной частью обучения, воспитания и развития социальных навыков ребенка. Для формирования стойкого интереса к физическим упражнениям и занятиям по физическому развитию, необходимо время и ежедневное повторение физических упражнений. Коррекция и развитие двигательных функций у детей с аутизмом 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 расстройством аутистического спектра часто возникают трудности с выполнением тех или иных двигательных движений, необходимые для выполнения бытовых или предметных действий. Движения детей обычно могут быть вялыми или, наоборот, напряженно скованными или механическими. Так же трудно даются действия и упражнения с мячами, поскольку это связано с нарушениями сенсомоторной координации и мелкой моторики рук. Именно на занятиях по физической культуре дети получают возможность освоить навыки психо-эмоциональной разгрузки в социально-

приемлемых формах, формируется функциональная готовность к обучению и взаимодействию с окружающими, увеличивается время устойчивой работоспособности ребенка, что положительно сказывается на процессе обучения и воспитания.

Цель исследования – улучшение силовых способностей у детей с аутистическим расстройством.

Результаты исследования. Теоретическая часть исследования проводилась на кафедре теории и методики адаптивной физической культуры Екатеринбургского колледжа физической культуры ФГБОУ ВО «УралГУФК». Практическая часть исследования проводилась на базе: (полное название образовательной организации). Исследование проходило в период: с сентября 2025 года по апреля 2026 год. Оценка силовых способностей у детей с аутистическим расстройством на занятиях по адаптивному физическому воспитанию представляется основополагающим фактором. При этом использовании разнообразных двигательных тестов, систематизированных и функционально адаптированных по отношению к решаемым задачам позволит комплексно оценить состояние двигательной сферы школьников.

Вывод. Адаптивное физическое воспитание для детей с аутистическим расстройством направление на развитие силовых способностей жизненно необходимых навыков. Оно стимулирует психофизическое развитие, совершенствует пространственную ориентировку и способствует социальной адаптации.

Список использованных источников.

1. Азова О.И. К вопросу об аутизме // Актуальные проблемы специальной психологии и коррекционной педагогики. 2016 №1. С. 7–20.

2. Аксенова Л.И. Ранняя помощь детям с ограниченными возможностями здоровья: учебное пособие для СПО. М.: Издательство «Юрайт», 2018 377 с.

3. Албегова И.Ф. Социальная работа с семьями, воспитывающих детей с ОВЗ: основные направления, формы, методы и технологии // Вестник социально-политических наук. 2016 № 11 С. 23–26.

4. Алтухова Т.А., Артемова С.В. Состояние средств коммуникации у неговорящих детей младшего дошкольного возраста // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2020 №1 (40). С. 54–57.

5. Альбийкая Ж.В. Ранний детский аутизм – проблемы и трудности первичной диагностики при междисциплинарном взаимодействии // Медицинский альманах. 2016 №2 (42). С. 108–111.

Тимофеева И.В., к.п.н. доцент
Шалимова А.В., студент
Екатеринбургский институт физической культуры
(филиал)
ФГБОУ ВО УралГУФК

МЕТОДЫ И СРЕДСТВА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ В ВОЗРАСТЕ 40-45 ЛЕТ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Аннотация. Ишемический инсульт (ИИ) – это клинический синдром, представленный очаговыми и общемозговыми нарушениями и обусловленный острой церебральной ишемией, развивающейся в результате окклюзии артерий головы или шеи. Статья будет посвящена комплексному анализу методов и средств физической реабилитации для пациентов 40 – 45 лет после ишемического инсульта – с акцентом на стационарный этап. Результаты исследования позволят оптимизировать программы физической реабилитации для пациентов 40–45 лет, перенесших ишемический инсульт, и повысить эффективность восстановления утраченных функций. Это, в свою очередь, будет способствовать более успешной адаптации пациентов к новым условиям жизни и возвращению их к активной социальной и трудовой деятельности.

Ключевые слова: острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), ишемический инсульт (ИИ), стационарный этап, физическая реабилитация, физические упражнения.

Актуальность. Ишемический инсульт (ИИ) является одной из ведущих причин инвалидизации и смертности населения во всем мире и в Российской Федерации, в частности. Несмотря на достижения современной медицины в области профилактики и лечения острых нарушений мозгового кровообращения, проблема реабилитации пациентов, перенесших ИИ, остается крайне актуальной.

Особую значимость приобретает реабилитация пациентов трудоспособного возраста, в частности 40-45 лет, поскольку инсульт в этом возрасте приводит не только к существенным ограничениям

жизнедеятельности и снижению качества жизни, но и к значительным социально-экономическим потерям, связанным с утратой трудоспособности и необходимостью длительного ухода.

Эффективная физическая реабилитация, направленная на восстановление утраченных функций и адаптацию к новым условиям жизни, является ключевым фактором, определяющим степень восстановления и возвращения к активной жизни пациентов, перенесших ИИ. В связи с этим, изучение и совершенствование методов и средств физической реабилитации для данной возрастной группы представляется важной и актуальной задачей.

Данная работа направлена на исследование эффективности физической реабилитации пациентов 40 – 45 лет после ишемического инсульта на стационарном этапе. Своевременное начало и правильное применение методов и средств физической реабилитации на стационарном этапе играют важную роль в процессе восстановления пациентов.

Цель исследования: изучение методов и средств физической реабилитации при ишемическом инсульте у лиц 40-45 лет на стационарном этапе.

Результаты исследования. В настоящее время острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) являются одной из основных причин смерти и инвалидизации населения. В России ежегодно инсульт переносят >450 тыс. человек. Только около 20% выживших больных способны вернуться к трудовой деятельности [2, 5,6]

Ишемический инсульт (ИИ) – это острое нарушение мозгового кровообращения, приводящее к очаговым и общемозговым симптомам. Он является значимой медико-социальной проблемой из-за высокой смертности и инвалидизации. Этиология ишемического инсульта (ИИ) мультифакторна, выделяют модифицируемые (артериальная гипертензия, заболевания сердца, диабет, курение) и немодифицируемые (возраст, пол, наследственность) факторы риска. Патогенез включает каскад биохимических изменений, приводящих к повреждению нейронов, с выделением зон необратимого

повреждения («ядра инфаркта») и потенциально обратимой ишемической «полутени» («пенумбры»).

Классификация ишемического инсульта (ИИ) основана на патогенетическом механизме (атеротромботический, кардиоэмболический, лакунарный и др.) [1,3], степени тяжести (легкий, средний, тяжелый) и периоде заболевания (острейший, острый, восстановительный и период остаточных явлений) [4]. Клиническая картина включает общемозговые симптомы (нарушения сознания, головная боль, тошнота) и очаговые неврологические нарушения (двигательные, чувствительные расстройства, нарушения речи, зрения и др.), зависящие от локализации поражения (каротидный или вертебрально-базилярный бассейны).

Ишемический инсульт (ИИ) вызывает широкий спектр функциональных нарушений, затрагивающих двигательную, чувствительную, речевую, когнитивную и эмоциональную сферы. Характер и степень выраженности этих нарушений индивидуальны и зависят от многих факторов. Ранняя и комплексная реабилитация, направленная на восстановление утраченных функций, адаптацию к новым условиям жизни и улучшение качества жизни, является крайне важной для пациентов, перенесших ишемический инсульт (ИИ), особенно для лиц трудоспособного возраста.

Физическая реабилитация после ишемического инсульта – это сложный и многогранный процесс, требующий индивидуального подхода, тесного сотрудничества между пациентом, его семьей и мультидисциплинарной командой специалистов. Каждый этап реабилитации имеет свои цели и задачи, направленные на восстановление утраченных функций, предотвращение осложнений и улучшение качества жизни пациента. Раннее начало, интенсивность и продолжительность реабилитации являются ключевыми факторами, определяющими успех восстановления после инсульта.

Ишемический инсульт в возрасте 40 – 45 лет серьезная медико-социальная проблема, поскольку затрагивает людей в активном трудоспособном периоде. Ключевое значение для восстановления функций,

предотвращения инвалидности и возвращения к полноценной жизни имеет ранняя и интенсивная физическая реабилитация на стационарном этапе.

Программа должна быть индивидуализирована с учетом: более высокого уровня физической активности до инсульта; сопутствующих заболеваний (гипертония, диабет, гиперлипидемия); психологических факторов (страх потери трудоспособности, депрессия).

На стационарном этапе физической реабилитации после ишемического инсульта у пациентов в возрасте 40-45 лет применяются следующие средства и методы:

– Кинезмотерапия (лечебная физкультура): пассивные, активно – пассивные, активные движения; упражнения на координацию и равновесие;

упражнения с сопротивлением, имитационные упражнения (навыки самообслуживания); дыхательные упражнения; гидрокинезиотерапия [7].

– Методы нейрореабилитации: Бобат-терапия; PNF (проприоцептивное нейромышечное облегчение); метод Войта; CIMT (терапия с ограничением движения); зеркальная терапия; виртуальная реальность.

– Физиотерапия: электростимуляция; магнитотерапия; ультразвуковая терапия; лазеротерапия, транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС).

– Механотерапия: тренажёры для разработки суставов; велотренажёры; беговые дорожки (в т. ч. с поддержкой веса тела); роботизированная механотерапия.

– Массаж: классический; точечный; лимфодренажный.

– Эрготерапия: тренировка навыков самообслуживания (одевание, прием пищи, гигиена); использование адаптивных устройств; адаптация окружающей среды (поручни, изменение высоты мебели и т. д.)

– Логопедические занятия: упражнения для улучшения артикуляции и понимания речи; тренировка глотания; альтернативные средства коммуникации.

– Психологическая поддержка: индивидуальные и групповые консультации; обучение техникам релаксации и упраения стрессом; поддержка семьи и близких.

Комплексный и индивидуализированный подход к физической реабилитации на стационарном этапе позволяет максимально восстановить утраченные функции, снизить риск инвалидности и улучшить качество жизни пациентов 40 – 45 лет, перенесших ишемический инсульт (ИИ).

Выводы. Таким образом, ишемический инсульт представляет собой не только острое сосудистое событие с четко очерченными патогенетическими механизмами и клиническими проявлениями, но и комплексную медико-социальную проблему, особенно при развитии у лиц трудоспособного возраста. Многообразие постинсультных нарушений — от двигательных до когнитивных — требует принципиально иного подхода, нежели просто купирование острого состояния.

Ключевым звеном в изменении траектории жизни пациента становится ранняя, мультидисциплинарная и строго индивидуализированная реабилитация. Эффективность восстановления напрямую зависит не только от современного технического оснащения и профессионализма команды врачей, но и от персонализации программы (с учетом преморбидного фона и психологического статуса), а также от активной вовлеченности самого пациента. В условиях высокой инвалидизации населения именно доступность интенсивной стационарной реабилитации и психологической поддержки является решающим фактором, позволяющим вернуть пациенту не только утраченные функции, но и качество жизни, минимизировав социальные и экономические потери.

Список используемых источников.

1. Анализ динамики основных типов инсульта и патогенетических вариантов ишемического инсульта / Н. А. Шамалов, Л. В. Стаховская, О. А. Клочихина // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2019. – № 3. – С. 5-10. – ISBN 978-5-305-00 017-7. – Текст: непосредственный.

2. Анализ эффективности программы «оценка риска инсульта» для выявления лиц с высоким риском инсульта / Е. А. Санду, А. С. Котов, М. А. Литвиненко // Клиническая геронтология. – 2016. – Т. 22. – № 5-6. – С. 10-17.

3. Баранцевич, Е. Р. Восстановление после ишемического инсульта в молодом возрасте / Е.Р. Баранцевич, Ю. В. Эмануэль. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2020. – Т. 120. – № 12-2. – С. 49-55. – ISBN 978-5-534-19690-0. – Текст: непосредственный.

4. Болотова, Э.Г. Факторы риска неблагоприятного клинического течения раннего восстановительного периода ишемического инсульта у пациентов молодого и среднего возраста / Э.Г. Болотова, В.В. Шпрах, И.М. Михалевич // АсШ biomedica scientifica. – 2022. – 7(6). – С. 174-180. – ISBN 978-5-305-00 017-7. – Текст: непосредственный.

5. Валидация модифицированной шкалы MRS (The Modified Rankin Scale, MRS) в России / Н. А. Супонева, Д. Г. Юсупова, Е. С. Жирова // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2018. – Т. 10. – № 4. – С. 36-39.

6. ВОЗ публикует статистику о ведущих причинах смертности и инвалидности во всем мире за период 2000-2019 гг. – Текст: электронный // [сайт]. – URL: https://www.who.int/ru/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019 (дата обращения: 30.05.2025).

7. Евтушенко, С.К. Новые факторы риска развития инсульта у лиц молодого возраста /С.К. Евтушенко, Д.А. Филимонов, И.С. Евтушенко // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2015. – №115. – С.3-12. – ISBN 5-7695-0146-4. – Текст: непосредственный

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

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА

Аннотация: Статья посвящена комплексному изучению особенностей интеллектуального развития детей младшего школьного возраста с уже имеющимися нарушениями интеллекта (умственной отсталостью). Рассматриваются специфические характеристики познавательных процессов (мышления, памяти, внимания, восприятия) у данной категории учащихся. Анализируются ключевые трудности в усвоении учебного материала, формировании учебных навыков и социальной адаптации. Особое внимание уделяется вопросам диагностики и определению образовательного маршрута. Представлены основные направления и методы коррекционно-развивающей работы, направленной на развитие высших психических функций и компенсацию имеющихся нарушений.

Ключевые слова: Ключевые слова: нарушение интеллекта, умственная отсталость, младший школьный возраст, познавательные процессы, коррекционно-развивающая работа, специальное образование, учебная деятельность.

Актуальность. По статистике Всемирной организации здравоохранения, количество детей с нарушениями интеллектуального развития продолжает неуклонно расти. Эта глобальная проблема, наряду с политикой инклюзивного образования, делает как никогда востребованным поиск эффективных средств коррекции, адаптации и социализации данной категории детей.

В контексте реализации государственной политики, направленной на создание инклюзивного общества, принципы доступности и равных возможностей становятся центральными. Адаптивное физическое воспитание

выступает ключевым инструментом социальной интеграции, помогая ребенку с интеллектуальными нарушениями не просто находиться в коллективе сверстников, но и активно в нем участвовать, преодолевать коммуникативные барьеры и формировать навыки конструктивного взаимодействия.

Цель исследования – улучшение показателей физических способностей у детей младшего школьного возраста с нарушением интеллекта.

Результаты исследования. Оценка двигательных способностей детей с нарушением интеллекта на занятиях по адаптивному физическому воспитанию представляется основополагающим фактором. При этом использовании разнообразных двигательных тестов, систематизированных и функционально адаптированных по отношению к решаемым задачам позволит комплексно оценить состояние двигательной сферы школьников.

Выводы. Адаптивное физическое воспитание детей младшего школьного возраста с нарушением интеллекта на коррекцию двигательных нарушений, развитие моторики и формирование жизненно необходимых навыков. Оно стимулирует психофизическое развитие, совершенствует пространственную ориентировку и способствует социальной адаптации. Занятия развивают не только физические качества, но и познавательные процессы, эмоционально-волевую сферу и коммуникативные способности, создавая предпосылки для успешной интеграции в общество.

Список литературы.

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

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

3. Астафьев, Н.В. Концепция дополнительного физкультурного образования умственно отсталых школьников.-Омск: СибГАФК, 2007. 2003. – 368 с. - ISBN отсутствует. - Текст: непосредственный

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

5. Григоренко, Е.Л. Влияние индивидуальных особенностей когнитивного развития на овладения навыками чтения и письма младших школьников. Вводный курс. Учебное пособие для студентов: Практика, Санкт-Петербургский государственный университет – Санкт - Петербург: Издательство Фонд содействия решению проблем аутизма «Выход»2018. 280 с.ISBN 978-5-89816-163 Текст: непосредственный.