

**Иванов Валентин Дмитриевич**

канд. пед. наук, доцент

**Казакова Наталия Андреевна**

студентка

ФГБОУ ВО «Челябинский государственный университет»

г. Челябинск, Челябинская область

## **СПОРТИВНАЯ ПОДГОТОВКА И ТРЕНИРОВОЧНЫЙ ПРОЦЕСС ПО ЛЕГКОЙ АТЛЕТИКЕ ДЛЯ ЛИЦ С ПОРАЖЕНИЕМ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

***Аннотация:** в статье рассматривается спортивная подготовка и особенности тренировки легкоатлетов с поражением опорно-двигательного аппарата. Лёгкая атлетика для лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата является уникальным и универсальным средством физической, психической и социальной реабилитации.*

***Ключевые слова:** легкая атлетика, спортивная подготовка, тренировочный процесс, атлеты, поражение ОДА, адаптивный спорт, адаптивная физическая культура.*

Подготовка легкоатлетов, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата (ОДА) – многолетний, круглогодичный процесс, он предусматривает не только занятия физическими упражнениями, но и воспитание таких необходимых спортсмену качеств, как воля, характер, трудолюбие, приобретение знаний в области тренировки, техники, тактики в отдельных видах легкой атлетики, а также знаний и навыков по гигиене и самоконтролю.

Описание технической подготовки, элементов техники большинства легкоатлетических упражнений, подробный разбор этапов обучения достаточно подробно отражены в литературе, однако недостаточное внимание уделяется практическим рекомендациям по обучению и устранению недостатков в технике лиц

с поражением опорно-двигательного аппарата (ПОДА). Зачастую тренеры вынуждены подбирать упражнения самостоятельно, опираясь на собственный опыт.

Доступность легкой атлетики заключается в том, что основой базовых дисциплин легкой атлетики являются естественные человеческие движения – ходьба, бег, прыжки, метания. Практически любой человек может «найти себя» в легкой атлетике, при этом нет необходимости покупать сложную дорогостоящую экипировку и инвентарь, строить высокотехнологичные спортивные сооружения и т. д. Легкую атлетику можно считать массовым видом спорта, особенно в циклических дисциплинах – беге и ходьбе.

С другой стороны, легкая атлетика – трудна и сложна. Добиться высоких результатов в спорте, высших достижений можно только путем систематических, тяжелых, подчас изнуряющих, тренировок. Путь к успеху длится многие годы, и наивысшие результаты спортсмены показывают в достаточно зрелом возрасте – 24–30 лет.

Легкая атлетика представляет совокупность видов спорта, включающая бег, ходьбу, прыжки и метания. Объединяет следующие дисциплины: беговые виды, спортивная ходьба, технические виды (прыжки и метания), различные виды многоборья.

### *Спорт среди инвалидов и лиц с ОВЗ*

Развитие спорта инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья должно основываться на принципах приоритетности, массового распространения и доступности занятий спортом.

При организации работы по адаптивному спорту и адаптивной физической культуре необходимо учитывать, что все объекты спорта должны отвечать установленным требованиям по обеспечению беспрепятственного доступа инвалидов. Соответственно, при формировании бюджетов учреждений, осуществляющих деятельность по адаптивному спорту необходимо предусматривать средства на обеспечение доступа инвалидов на спортивные объекты (спецтранспорт и оборудование, расходы на обустройство парапетов и подъемников и прочее).

Люди с ограниченными возможностями имеют такие же потребности, испытывают такие же эмоции, надежды, энтузиазм и соучастие, как любой другой человек. Необходимо понять и узнать его как личность. Многие из них обладают скрытыми или нераскрытыми талантами, и они сами хотят быть активными и равноправными членами общества.

К видам ограничения двигательной деятельности, при которых возможны занятия лёгкой атлетикой, относятся:

– паралич нижних и верхних конечностей. Как средство передвижения используют коляску. Паралич нижних конечностей может быть вызван повреждением спинного мозга или болезнью. В случае поражения нижней части спины, человек может передвигаться с помощью специальных приспособлений или костылей. Чаще всего эти спортсмены пользуются инвалидной коляской;

– детский церебральный паралич (ДЦП) – одно из самых тяжелых заболеваний, сопровождающееся поражением нервной системы, опорно-двигательного аппарата и мышц. В случае поздней диагностики, несвоевременно начатого лечения и отсутствия реабилитации ДЦП неизбежно приводит к ранней инвалидности детей.

Правильно организованные занятия физической культурой и спортом являются одним из эффективных способов реабилитации и адаптации людей с инвалидностью, одним из путей социальной интеграции.

Лёгкая атлетика для лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата является уникальным и универсальным средством физической, психической и социальной реабилитации.

#### *Особенности методики подготовки к соревнованиям*

Рекомендуемая методика подготовки к соревнованиям, предложенная С.А. Воробьевым – профессором, кандидатом педагогических наук, мастером Спорта международного класса России, доцентом кафедры физического воспитания и спорта Санкт-Петербургского государственного университета Сервиса и экономики, наиболее используется при подготовке спортсменов-инвалидов к соревнованиям различного масштаба и уровня.

Одним из актуальных вопросов в педагогике спорта является проблема поиска решений, позволяющих повысить эффективность спортивной подготовки. В адаптивном спорте это особо актуально, т.к. помимо непосредственных функциональных особенностей организма у атлетов-паралимпийцев имеются особенности, связанные с их инвалидностью, поэтому выстраивание системы тренировочно-соревновательной деятельности необходимо осуществлять через призму данного аспекта.

К специальным физическим качествам в метаниях и прыжках относятся: скоростно-силовые качества, взрывная сила, абсолютная сила, силовая выносливость, координационное качество, гибкость.

В теории и практике спорта здоровых атлетов существуют основные средства и методы решения задач долгосрочной подготовки, формирующие систему или концепцию данной подготовки. Однако в Паралимпийском спорте существует масса дополнительных факторов, не позволяющих копировать существующие концепции здорового спорта и требующие новых решений для эффективного построения учебно-тренировочного процесса.

При подготовке спортсменов-инвалидов к самым ответственным стартам в методике подготовки выявлено множество специфических особенностей. Одним из основных отличий от методики подготовки здоровых спортсменов является низкая концентрация соревновательной деятельности, как на подготовительном этапе, так и во время непосредственного соревновательного этапа. Данная ситуация складывается из-за фактического отсутствия подводящих стартов. Установлено, что на соревновательном этапе «лучшая тренировка – соревнование» и до самого ответственного старта сезона высококвалифицированному спортсмену необходимо участвовать не менее чем в 4–6 подводящих соревнований. Оптимальная пауза между подводящими стартами является временной промежуток в 2–3 недели. Для полноценной подготовки к основному старту высококвалифицированных легкоатлетов в скоростно-силовых видах за год необходимо участие не менее чем в 20 соревнованиях. Годичный календарь соревнований паралимп-

пийской сборной команды России по лёгкой атлетике включает в себя 2 чемпионата и первенства России (зима, лето), 1–2 международных старта и основное международное соревнование Паралимпийские игры, Чемпионат Мира или Европы.

Исходя из вышесказанного, одной из существенных проблем в спорте инвалидов является нехватка соревновательной практики. Также необходимо использовать возможность спортсменам-инвалидам участвовать совместно со здоровыми спортсменами в соревнованиях различного ранга там, где это не противоречит правилам.

*Медицинские, возрастные и психофизические требования к лицам, проходящим спортивную подготовку*

Одной из особенностей подготовки к различным соревнованиям является организация тренировочного процесса в соответствии с функциональными возможностями спортсменов. Особенностью подходов к комплектованию групп и определения режима работы со спортсменами с поражением ОДА является влияние уровня тяжести инвалидности или поражения спортсмена и ограничения его функциональных возможностей на выполнение того или иного вида деятельности в лёгкой атлетике (функциональная классификация спортсменов).

Атлеты с ограниченными возможностями используют общепринятую систему классификации на основе остаточных функций тела. Эта система позволяет придать дух состязательности в спортивной борьбе. Далее приводится три категории классов для лёгкоатлетических дисциплин. При этом в каждой категории, чем меньше цифра класса, тем больше ограничены возможности тела (большая инвалидность) спортсмена.

Объединение в группы спортсменов с поражением опорно-двигательного аппарата для занятий лёгкой атлетикой в соответствии с функциональными классами представлены в таблице 1.

Группы спортсменов с поражением опорно-двигательного аппарата для занятий лёгкой атлетикой в соответствии с функциональными классами

Функциональная группа III	Функциональная группа II	Функциональная группа I
T40, T41, T44, T46, T38, F40, F41, F44, F46, F38	T42, T43, T45, T35, T36, T37, F42, F43, F45, F35, F36, F37	T51, T52, T53, T54, T33, T34, F51, F52, F53, F54 F55, F56, F57, F31, F32, F33, F34

В случае объединения в одну группу спортивной подготовки разных по возрасту, функциональному классу или уровню спортивной подготовленности, разницу в степени функциональных возможностей не рекомендуется превышать трех функциональных классов, а разницу в уровне спортивной подготовленности-двух спортивных разрядов (званий). При наличии в одной группе спортсменов различных функциональных групп группа должна «числиться» по спортсмену с наименьшей функциональной группой.

*Организационно-методические особенности построения тренировочного процесса со спортсменами, имеющими поражения опорно-двигательного аппарата*

При организации систематических тренировочных занятий со спортсменами, имеющими поражения ОДА учитываются следующие обстоятельства:

- обязательное выяснение точного диагноза поражения опорно-двигательного аппарата, сопутствующие заболевания, этиопатогенез, время травмы или заболевания, реабилитационные мероприятия, наследственные заболевания;
- наличие показаний и противопоказаний к занятиям лёгкой атлетикой для лиц с поражением опорно-двигательного аппарата;
- необходимость проведения спортивно-оздоровительной работы в тесном контакте с врачом;
- специалистом и осуществления постоянного врачебно-педагогического контроля;

– выбранный вид адаптивного спорта должен соответствовать уровню и степени поражения опорно-двигательного аппарата, физической подготовленности, желанию самих занимающихся и реализовываться в строгом соответствии со спортивно-медицинской классификации;

– обязательное знание и выполнение требований международной спортивно-медицинской комиссии для профессионального ориентирования спортсмена-инвалида;

– проведение тренировочного процесса следует строить, опираясь на методические особенности адаптивного спорта для лиц с поражением опорно-двигательного аппарата, требования к спортивным сооружениям, инвентарю, экипировке, технике безопасности;

*Практическая работа предполагает:*

– обязательное знание существующих законодательных нормативных правовых документов по проблемам инвалидов, основы медицины и психологии, касающиеся заболеваний детей;

– применение дополнительной страховки и помощи;

– строгое соблюдение правил техники безопасности занятий лёгкой атлетикой.

Следует учитывать и другие особенности работы с лицами с ограниченными возможностями здоровья. Среди противопоказаний для занятий лёгкой атлетикой следует выделить наличие открытых ран, кожные и острые воспалительные заболевания, острые вирусные инфекции и некоторые другие.

От преподавателя (тренера) требуется знание особенностей патологии тренируемого, методик тренировок и средств восстановления. Поскольку инвалид, занимающийся спортом, быстро утомляется, у него быстрее наступает дискоординация движений, мышечный дисбаланс, гипертонус мышц, а значит, травмы и заболевания.

Тренировки инвалидов-спортсменов имеют свои особенности: интенсивность и продолжительность занятий снижается, делаются более длительные па-

узы после выполнения того или иного вида физической деятельности, дифференцируются методы восстановления физической работоспособности с учетом физических нагрузок, характера и длительности заболевания (времени получения травмы) и др.

Инвалиды-спортсмены быстрее устают из-за нарушения координации движений и выполнения упражнений в неестественной биомеханике. У них происходят значительные биохимические изменения в тканях, крови, гипоксия тканей, гипертонус мышц, нарушается микроциркуляция мышечного кровотока и т. п., что в большей степени угнетает функцию движения, то есть их моторика страдает в большей степени, чем у здоровых людей.

Для нормализации тонуса мышц инвалидов-спортсменов, метаболизма тканей, ликвидации гипоксии тканей, нормализации функции мотонейронов, координации движений необходим комплексный подход к системе реабилитации (восстановление) инвалидов-спортсменов. В него входит фармакологическая коррекция (миорелаксанты, витамины, антиоксиданты и др.), физиотерапия, иглорефлексотерапия, УФО-облучение общее и локальное (в водных видах спорта – стоп), различные спиртные напитки и др.

Большое значение имеет питание, фитотерапия и различные виды массажа, кислородные коктейли, нормализация сна с помощью фармакологических препаратов растительного происхождения и др.

*Методические принципы реабилитационной работы  
с опорой на потенциал спорта*

При построении работы с лицами с ограниченными возможностями методологически важно учитывать тот факт, что ценностные ориентации личности формируются путем наложения на индивидуально-психологическую основу, индивидуально-психологический фон данного индивидуума социальной информации, идущей по двум основным каналам:

– один из них – первичная социализация в определенной среде, вследствие чего осваивается преимущественно социальный опыт предшествующих поколений, преломленный через специфическую призму социального слоя, социальной группы, в которой протекает социализация;



– второй канал социальной информации – собственный социальный опыт данного индивида, под непосредственным воздействием которого происходит порой и совсем не фиксируемый самосознанием процесс включения индивида в социум. По преимуществу именно благодаря этому каналу социальная информация обуславливает навыки ориентации личности в обществе, отражающие специфические черты лица с ограниченными возможностями в контексте обретенного им социального статуса.

Спортивному педагогу следует учитывать именно второй путь.

Человек вне экстремальных для своего биологического существования условий выступает именно как человек, как член социума, а не как биологический организм, всегда выступает носителем потребностей окультуренных, социально обусловленных.

Для построения продуктивной работы с контингентом с ограниченными возможностями особенно важно, чтобы во время занятий -инвалид находил удовлетворение просто в проявлении своей активности, даже если эта активность на первый взгляд не приводит к определенному результату, ибо мотивы действий могут отделиться от цели. В таком случае целью является сама активность субъекта, его участие в определенной деятельности, причем безотносительно к ее внешне определяемому телесному, физическому результату. Ведь на самоощущение результатов физической активности необходимо до полугода тренировок. Человек же с ограниченными возможностями ждет немедленного результата, хотя бы минимального. Причем этот прогресс должен выражаться в социально значимых для него бытовых достижениях. Хотя бы в небольшой степени и в конкретном отношении, но всегда социально для него лично значимых.

Этот методический принцип приоритетности целей социального компонента над компонентом физическим, т.е. решения проблем чисто физического и психического совершенствования должно совершаться в контексте решения вопросов достижения социального благополучия; ибо в таких случаях само участие в освоении конкретных двигательных действий определяется не меркантиль-

ными или престижными соображениями, а социальной необходимостью продвижения по пути вхождения в социум, продвижения по пути самостоятельного освоения жизнедеятельности, характерной для лиц без ограничения возможностей. Как раз такая направленность должна не только предполагаться спортивным педагогом, но и прямо декларироваться как цель занятий.

Важный методический принцип реабилитационной работы с лицами с ограниченными возможностями – принцип направленности на психоэмоциональную эффективность занятий, т.е. необходима общая направленность занятий на достижение отдаленных целей реабилитационного процесса на базе создания перспективного психоэмоционального фона, что делает реальное поведение менее зависимым от ситуативных побуждений и придает позитивную эмоциональную окраску даже рутинным моментам деятельности.

Среди мотивов двигательной активности можно выделить три главных:

- функциональный мотив, отражающий ориентацию на процесс, на получение удовольствия от получаемых двигательных упражнений;
- мотив физического обучения, выражающий направленность на овладение новыми формами и способами физической активности, освоение новых упражнений, движений – ориентация на способ;
- мотив достижения, отражающий ориентацию на результат, на достижение определенного уровня двигательной активности и двигательных умений.

Из трех компонентов мотивационной сферы имеет важное значение последняя. И это вполне справедливо подчеркивают эксперты, выделяя как основной итоговый момент физкультурно-спортивных занятий достижение психического равновесия, чувство уверенности и уважения к себе, восстановление утраченных контактов с окружающим миром, создание психических установок, необходимых для успешного воссоединения инвалида с обществом.

Физическая культура и спорт рассматривается в полной мере как средство для социальной реинтеграции инвалидов в общество. Оздоровительная физическая культура и спорт являются мощным стимулом, помогающим восстановлению или вообще установлению контакта с окружающим миром. Однако в нашей

стране наблюдается недооценка того обстоятельства, что физкультура и спорт очень важны для человека с ограниченными возможностями. В связи с этим главной задачей остается вовлечение в интенсивные занятия физкультурой и спортом как можно большего числа инвалидов с целью успешной интеграции их в общество.

#### *Требования к организации медицинского контроля*

Дважды в год спортсмены должны проходить диспансеризацию на базе врачебно-физкультурного диспансера. Врач при посещении тренировочных занятий должен заполнять карты врачебно-педагогического наблюдения. В них отражаются объем и интенсивность нагрузки спортсмена, степень утомляемости, длительность интервалов отдыха. Фиксируются характер сна, время последнего приема пищи, соблюдение правил личной гигиены, соответствие места проведения занятий санитарно-гигиеническим нормам. Рекомендуются посещение тренировочных занятий спортивным врачом с целью оценки состояния здоровья занимающихся, определения возможности занятия избранным видом спорта и выбора тренировочной нагрузки. Дополнительно обследуются характер питания спортсменов, острота зрения, умственная работоспособность, утомляемость, функциональные возможности сердечно-сосудистой системы, рост, вес. Все это значительно помогает осуществлять контроль за соответствием тренировочного режима, нагрузок, физическим возможностям занимающихся.

#### *Особенности соревновательной деятельности спортсменов с поражением опорно-двигательного аппарата при метании и толкании со станка*

В спорте инвалидов метание диска, копья, а также толкание ядра – виды лёгкой атлетики, входящие в программу всех крупнейших международных форумов, таких как чемпионаты, первенства, кубки Европы, мира, Паралимпийские игры.

Толкание ядра – легкоатлетический вид, единственный из метательной группы, включённый в программу зимних чемпионатов России, проводимых среди спортсменов-инвалидов с поражением ОДА.

При подготовке спортсменов-инвалидов к самым ответственным стартам, в том числе в метаниях и толкании со станка, в методике подготовки выявлено множество специфических особенностей.

До недавнего времени, в лёгкой атлетике среди спортсменов каждого из спортивно-медицинских классов разыгрывался отдельный комплект медалей. В 2006 году IPC (международный паралимпийский комитет) принял решение в ряде видов лёгкой атлетики объединить спортсменов-инвалидов некоторых классов, распределяя итоговые места с учётом деления результата на установленный в каждом классе для каждого легкоатлетического метательного вида коэффициент.

Необходимо отметить, что коэффициенты идентичны для мужчин и женщин. Данная система объединения нескольких классов, в том числе, использовались на Паралимпийских играх.

В зависимости от патологии, у спортсменов-инвалидов с поражением ОДА выделяются три категории: спортсмены с ДЦП (спортивно-медицинские классы 32–38), спортсмены с ампутациями, также с прочими двигательными нарушениями (классы 42–46) и спортсмены «на колясках» (классы 51–58). В первой и третьей категории есть определённые классы, спортсмены которых метают и толкают не из классических секторов, а со специализированного станка. Так, среди спортсменов-инвалидов с ДЦП со станка метают и толкают спортсмены классов F32–34. В категории спортсменов «на колясках» участники всех классов (F51–58) метают и толкают со станка.

Для проведения соревнований в метаниях и толкании ядра со станка IPC и IAAF (международная федерация лёгкой атлетики) создали свод правил, учитывающих особенности спортсменов, а также специфичность оборудования.

С января 2010 г. в силу вступили новые дополнения и поправки в правила, которые затронули практически всех атлетов, метających или толкающих со станка. Основные изменения связаны с увеличением уровня регламентации параметров метательных станков.

Ранее, до 2010 г., допускалось метание и толкание со станка с использованием поддерживающе-амортизирующей спинки, а также вертикального амортизирующего шеста. Данные элементы за счёт своей эластичности и упругих свойств материалов позволяли спортсмену добиваться значительной прибавки в результате соревновательного упражнения. Иными словами данные конструкции, оказывающие эффективное воздействие на систему «спортсмен-снаряд» по направлению движения снаряда, можно назвать «техническим допингом».

#### *Восстановительные средства и мероприятия. Пассивный отдых*

Прежде всего – ночной сон продолжительностью не менее 8 часов в условиях чистого воздуха и тишины. В периодах с большими нагрузками рекомендуется дополнительно отдыхать 1–1,5 часа в послеобеденное время (желательно не сразу, а после прогулки 20–30 мин).

При очень напряженных двух- и трехразовых тренировках возможен и трехразовый сон продолжительностью примерно по 1 часу после завтрака (первая тренировка до завтрака) и обеда. Ночной сон увеличивается до 9 часов.

#### *Активный отдых*

После упражнений с большой нагрузкой бывает полезен активный отдых (компенсаторные упражнения), которые ускоряют процессы восстановления и снижают нагрузку на психическую сферу спортсмена. Однако необходимо иметь в виду, что общий объем нагрузки при этом увеличивается и утомление от всей суммы тренировочной работы на занятии в целом не уменьшается. Во многих случаях на следующий день после занятий с большой нагрузкой эффективна 30–40 – минутная нагрузка в виде малоинтенсивных упражнений (очень легкий бег или ходьба по лесу, езда на велосипеде, ходьба на лыжах). Частота пульса при этом, как правило, не должна превышать 120 уд/мин.

Специальные средства восстановления, используемые в подготовке лёгкоатлетов, можно подразделить на три группы: педагогические, психологические и медико-биологические.

*Педагогические средства* предполагают управление величиной и направленностью тренировочной нагрузки. Они являются неотъемлемой частью рационально построенного тренировочного процесса.

*Психологические средства* наиболее действенны для снижения уровня нервно-психической напряженности во время ответственных соревнований и напряженных тренировок. Кроме того, они оказывают положительное влияние на характер и течение восстановительных процессов.

*Медико-биологические средства восстановления*, к которым относятся рациональное питание, физические (физиотерапевтические) средства, фармакологические препараты.

*К физическим средствам восстановления относят* массаж, суховоздушную (сауну) и парную бани, гидропроцедуры (различные виды душей и ванн), электропроцедуры, облучения электромагнитными волнами различной длины, магнитотерапию, гипероксию.

Оптимальной формой использования восстановительных средств является последовательное или параллельное применение нескольких из них в одной стандартной процедуре. Не всегда целесообразно ускорять процессы восстановления после занятий, направленных на повышение энергетических возможностей организма спортсмена, поскольку именно глубина и продолжительность восстановления в значительной мере обуславливают протекание адаптационных процессов. И, наоборот, рекомендуется применение средств, избирательно стимулирующих восстановление тех компонентов работоспособности, которые не подвергались основному воздействию в проведенном занятии, но будут мобилизованы в очередной тренировке. Эффективность средств во многом зависит от профессионального уровня тренера и активности самого спортсмена.

### ***Список литературы***

1. Правила соревнований по паралимпийским видам спорта: Сборник / Сост. Л.В. Царик. – М.: Советский спорт, 2009. – 248 с.
2. Шапкова Л.В. Частные методики адаптивной физической культуры: Учебник / Л.В. Шапкова. – М., 2007. – 464 с.

3. Программа спортивной подготовки по лёгкой атлетике для лиц с поражением ОДА ГАУ ДОД ТО «ОСДЮСШОР», разработанная на основе Федерального стандарта спортивной подготовки по виду спорта лиц с поражением ОДА, утверждённого приказом Минспорта России от 27 января 2014 г. №32.

4. Диамант И.И. Особенности проведения соревнований по легкой атлетике среди лиц с поражением опорно-двигательного аппарата / И.И. Диамант, С.А. Легостин // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2015. – №1 (154). – С. 103–107.

5. Полищук В.Д. Исторические аспекты, структура и содержание спортивного движения инвалидов (Легкая атлетика) / Полищук В.Д. // Физическое воспитание студентов творческих специальностей. – 2006. – №3. – С. 77–79.

6. Евсеев С.П. Новые горизонты развития адаптивного спорта в России / С.П. Евсеев, О.Э. Евсеева // Адаптивная физическая культура. – 2014. – №2 (58). – С. 2–7.

7. Никифорова О.Н. Развитие адаптивного спорта в Российской Федерации на современном этапе (статистический анализ) / О.Н. Никифорова, В.В. Чешихина // Физическая культура, спорт – наука и практика. – 2016. – №2. – С. 48–54.

8. Воробьев С.А. Анализ Федеральных стандартов спортивной подготовки адаптивного спорта в спортивных дисциплинах, представленных в нормативах Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» / С.А. Воробьев, А.А. Баряев, И.Н. Ворошин // Адаптивная физическая культура. – 2016. – №1 (65). – С. 32–33.

9. Идрисова Г.З. Организационная структура классификации спортсменов Всероссийской Федерации спорта лиц с поражением опорно-двигательного аппарата / Г.З. Идрисова // Адаптивная физическая культура. – 2015. – №1 (61). – С. 2–5.

10. Исаков Э.В. Инвалиды, спорт, развитие человеческого потенциала / Э.В. Исаков // Социология власти. – 2010. – №4. – С. 58–66.

11. Лысенко И.А. Историко-организационные аспекты развития спорта инвалидов / И.А. Лысенко // Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. – 2009. – №2. – С. 87–91.

12. Никифорова О.Н. Анализ развития адаптивного спорта в Российской Федерации на современном этапе / О.Н. Никифорова, В.В. Чешихина // Педагогический опыт: теория, методика, практика. – 2015. – №4 (5). – С. 499–504.

13. Евсеев С.П. Допустимые типы поражений лиц с ограниченными возможностями здоровья в паралимпийском движении / С.П. Евсеев, Г.З. Идрисова // Адаптивная физическая культура. – 2014. – №3 (59). – С. 2–5.

14. Евсеев С.П. Классификации спортсменов в адаптивном спорте / С.П. Евсеев, О.Э. Евсеева, Ю.Ю. Вишнякова // Адаптивная физическая культура. – 2011. – Т. 48. – №4. – С. 2–5.

15. Спортивная подготовка – основа интеграции инвалидов / Т.П. Бегидова, М.В. Бегидов, С.А. Пушкин, Б.А. Плеханов // Культура физическая и здоровье. – 2009. – №3. – С. 71–74.

16. Ворошин И.Н. Оценка уровня специальной физической подготовленности в легкоатлетических метаниях сидячих атлетов спорта лиц с поражением ОДА / И.Н. Ворошин, А.В. Ашапатов // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2016. – №1 (131). – С. 48–51.

17. Степыко Д.Г. Особенности обеспечения подготовки спортсменов-паралимпийцев в различных дисциплинах легкой атлетики в четырехлетнем цикле подготовки / Д.Г. Степыко // Адаптивная физическая культура. – 2015. – №2 (62). – С. 7–9.

18. Степыко Д.Г. Особенности подготовки и участия в соревнованиях спортсменов с поражением опорно-двигательного аппарата спортивной сборной команды России по легкой атлетике / Д.Г. Степыко // Наука и спорт: современные тенденции. – 2016. – №1 (10). – С. 68–72.

19. Борзов В. Подготовка легкоатлета-спринтера: стратегия, планирование, технологии / В. Борзов // Наука в олимпийском спорте. – 2014. – №1. – С. 60–74.