

МЕТОДИКА АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

***Аннотация:** в статье рассматриваются методические аспекты организации двигательной активности детей с ампутированными и врожденными дефектами конечностей, рекомендуются средства двигательной реабилитации детей.*

При возрастающих требованиях к освоению учебной дисциплины «Физическая культура» не учитывается тот факт, что количество учащихся с ограниченными возможностями здоровья с каждым годом возрастает, что вызывает затруднения у преподавателей.

При врожденном недоразвитии или после ампутации конечности частично или полностью происходит нарушение ее функции, физического и психического развития ребенка, являются различные двигательные компенсации и вторичные деформации, которые усугубляют неблагоприятное влияние недоразвития или ампутации [5, с. 196]. В настоящее время в системе медицинской реабилитации детей-инвалидов одно из ведущих мест занимает протезирование. При врожденной патологии опорно-двигательной системы протезирование должно начинаться в конце первого или в начале второго года жизни. Протезирование этих детей преследует не только задачу замещения нарушенных функций, но и способствует коррекции отклонений от нормального возрастного развития, опорно-двигательной и нервной систем, профилактике формирования вторичных деформаций органов опоры и движения и т.д.

Методические аспекты организации двигательной активности детей с ампутированными и врожденными дефектами конечностей определяются, во-первых, возрастом ребенка и особенностями дефекта, а во-вторых, целями и задачами этапа реабилитации. На ранних этапах реабилитационного процесса применение физических упражнений в основном связано с оперативным вмешательством и протезированием. На более поздних этапах – с профилактикой вторичных нарушений со стороны различных систем и органов, оптимизацией психомоторного развития ребенка, повышением его двигательных возможностей. В реабилитации детей, перенесших ампутацию или имеющих врожденные дефекты конечностей, выделяют несколько возрастных периодов, в соответствии с которыми разработаны методические особенности применения физических упражнений [4, с. 366].

В целом применение физических упражнений направлено на решение следующих задач:

- 1) уменьшение выраженности и предупреждение прогрессирования вторичных деформаций и атрофии со стороны опорно-двигательной системы;
- 2) уменьшение отставания в психомоторном развитии по сравнению со здоровыми детьми соответствующего возраста;
- 3) формирование фонда двигательных умений и навыков в соответствии с возрастными нормами;
- 4) подготовка к протезированию и обучение пользованию протезно-ортопедическими изделиями.

Средствами двигательной реабилитации, применяемыми для детей, являются:

- 1) специальные упражнения для подготовки к протезированию, обучения пользованию протезом, коррекции деформаций опорно-двигательной системы и предупреждения их прогрессирования;
- 2) лечебно-восстановительные, коррекционные и профилактические упражнения;
- 3) игровые упражнения и подвижные игры;
- 4) основные локомоции – ходьба, бег, ползание, лазанье, прыжки, метания, передвижения.

В раннем возрасте при врожденных или ампутированных дефектах нижних конечностей рекомендуется использование упражнений, стимулирующих переход детей в положение сидя, стоя на коленях. Применяются упражнения для предупреждения или коррекции контрактур в тазобедренных суставах при культих бедер (особенно коротких) или в коленных суставах при культих голей. Занятия с детьми раннего возраста должны проводиться на специальном столе. Занятия проводятся три-четыре раза в день. Используются пассивные, рефлекторные, пассивно-активные и активные движения [2, с. 183].

Для развития моторики здоровых детей старшего дошкольного возраста наиболее характерно совершенствование основных движений – ходьбы, бега, прыжков, метаний, лазания и овладение простейшими спортивными навыками – катанием на санях, на коньках, на лыжах, игрой в волейбол, настольный теннис.

В старшем возрасте в первичном протезировании нуждаются дети, перенесшие посттравматические ампутации конечностей. Методические приемы применения средств двигательной реабилитации практически не отличаются от таковых, применяемых у взрослых [3, с. 306].

Индивидуально-групповые занятия проводятся с детьми одной возрастной группы в количестве трех-четырех человек с неоднородными дефектами. Первая половина основной части занятия проводится групповым методом, во второй половине каждый ребенок выполняет индивидуально подобранные упражнения и задания, осваивает новые или совершенствует разученные ранее упражнения.

В послеоперационном периоде после ампутации верхних конечностей, главной задачей

является профилактика застойных явлений в легких, развития бронхитов, пневмоний, улучшение деятельности сердечно-сосудистой системы и др. Основной формой занятий в этом периоде является лечебная гимнастика. Она проводится в виде дыхательных упражнений, которые применяются с первого дня после операции, продолжительностью 5 – 8 мин. 2 – 3 раза в день. Со 2 – 3-го дня дыхательные упражнения сопровождаются движениями конечностей, исключая оперированную. С 35-го дня применяются общеразвивающие упражнения, которые выполняются в медленном темпе, без статического напряжения. При неосложненном послеоперационном течении допустимы осторожные движения в суставах оперированной конечности. На 8 – 10-й день общеразвивающие упражнения выполняются с участием культи [1, с. 62].

Процесс обучения начинается с освоения навыков надевания протезов. Следует помнить, что после вычленения конечностей в плечевых суставах для этого требуется посторонняя помощь. В остальных случаях надевание производится самостоятельно, различными способами. При дефектах обеих верхних конечностей протезы можно надевать поочередно, при этом сначала надевается протез на более длинную культю, затем на более короткую. Можно надевать оба протеза одновременно.

Родители инвалидов с детства поставлены в неравные с другими условия. Исключительность ситуации приводит к изоляции в обществе или, напротив, заставляет родителей почти насильно требовать понимания к себе и ребенку. Страдает родительское самлюбие, под угрозой жизненная перспектива, а это очень важно для семьи. В этой ситуации и детям, и родителям надо говорить об их возможностях, а не о том, что им недоступно. Многие родители могут помочь своим детям, если начнут применять систему коррекционного воспитания как можно раньше, уже с первых месяцев жизни ребенка, так как именно первые 2—3 года жизни являются критическими периодами развития, этапом формирования «функциональных ансамблей» нервно-психической деятельности. Необходимо убедить родителей, что ребенок отличается от нас и внешне, и внутренне. Он не болен, он просто другой. У него другой язык, другая система восприятия, отличные от наших ценности и мотивы. Самым важным в работе с «особым» ребенком является принятие его самого. Как только мы отойдем от понятия «болезни» и сформируем восприятие ребенка как особого, отличающегося от нас человека, мы сможем наиболее эффективно работать с ним.

Список литературы

1. Вернер К.Д. Реабилитация детей-инвалидов / К.Д. Вернер. – М. : Медицина, 1995. – С. 62–68.
2. Евсеев П.С. Адаптивная физическая культура: учеб. пособие / П.С. Евсеев, Л.В. Шапкова – М. : Советский спорт, 2000. – С. 183–204.
3. Епифанов В.А. Лечебная физкультура и спортивная медицина: учеб. для вузов / В.А. Епифанов – М. : ГЭ-ОТАР-Медиа, 2007. – С. 306–308.
4. Левченко Ю.И. Технология обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: учебное пособие для студентов средних педагогических учебных заведений / Ю.И. Левченко, О.Г. Приходько. – М. : Академия, 2001. – С. 366–372.
5. Медицинская реабилитация: рук. для врачей / под ред. В.А. Епифанова. – М. : Медпрессинформ, 2005. – С. 196–202.