

Адаптивная физическая культура

3, 4-я стр.
обложки



ФЕДЕРАЦИЯ
ЛЕСГАФТА



7, 8 и 9 июня
2018 года

Санкт-Петербург

IV ВСЕРОССИЙСКАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ

**ФИЗИЧЕСКАЯ
РЕАБИЛИТАЦИЯ
В СПОРТЕ, МЕДИЦИНЕ
И АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ
КУЛЬТУРЕ**

под эгидой Министерства спорта Российской Федерации, Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Национальный государственный университет физической культуры, спорта и здоровья имени П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург», Медицинского научно-образовательного кластера «Трансляционная медицина»

в рамках Национального медицинского инновационного форума «МЕДИЦИНА XXI ВЕКА – ИНТЕГРАЦИЯ ЗНАНИЙ НА ПЕРЕКРЕСТКЕ НАУК»

на базе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России

**АДАПТИВНОЕ
ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ
АДАПТИВНЫЙ СПОРТ**

**АДАПТИВНАЯ
ДВИГАТЕЛЬНАЯ РЕКРЕАЦИЯ**

**ФИЗИЧЕСКАЯ
РЕАБИЛИТАЦИЯ**

**ЭКСТРЕМАЛЬНАЯ
ДВИГАТЕЛЬНАЯ
АКТИВНОСТЬ**

**КРЕАТИВНАЯ
ТЕЛЕСНООРИЕНТИРОВАННАЯ
ПРАКТИКА**

Концепция Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса для инвалидов в рамках Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)

Евсеев С. П., заведующий кафедрой теории и методики адаптивной физической культуры, доктор педагогических наук, профессор, член-корреспондент Российской академии образования.

НГУ им. П. Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург.

Ключевые слова: уровень физической подготовленности инвалидов, государственные требования, комплекс «Готов к труду и обороне» (ГТО).

Аннотация. В статье рассматриваются основные установочные положения концепции Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса для инвалидов в рамках Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО).

Контакт: spevseev@gmail.com

The concept of the All-Russia physical culture and sports complex for invalids in the framework of the All-Russia physical culture and sports complex «Ready for Labor and Defense» (RLD)

Dr. Evseev S. P., head of department of theory and methodology of adaptive physical training, Doctor of Pedagogical Sciences, Professor, Corresponding Member of the Russian Academy of Education.

Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «Lesgaft National State University of Physical Education, Sport and Health, St. Petersburg»

Keywords: level of physical readiness of disabled people, state requirements, complex «Ready for Labor and Defense» (RLD).

Abstract. The article considers the basic setting provisions of the concept of the All-Russian physical culture and sports complex for the disabled in the framework of the All-Russian Physical Culture and Sports Complex «Ready for Labor and Defense» (RLD).

Разработка концепции Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса для инвалидов в рамках Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» осуществлялась в соответствии с Конвенцией Организации Объединенных Наций о правах инвалидов от 24 января 2007 года, со стандартными правилами Организации Объединенных Наций обеспечения равных возможностей для инвалидов от 24 декабря 1993 года, с Федеральным законом «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» от 04 декабря 2007 года № 329-ФЗ.

В частности, в Конвенции ООН о правах инвалидов участием инвалидов в культурной жизни, проведению досуга и отдыха и занятиям спортом посвящена Статья 30. В пункте 5 этой Статьи для государств-участников, ратифицировавших Конвенцию о правах инвалидов, сделана следующая запись: «Чтобы наделить инвалидов возможностью участво-

вать наравне с другими в проведении досуга и отдыха и в спортивных мероприятиях государства-участники принимают надлежащие меры:

а) для поощрения и пропаганды как можно более полного участия инвалидов в общепрофильных спортивных мероприятиях на всех уровнях;

б) для обеспечения того, чтобы инвалиды имели возможность организовывать спортивные и досуговые мероприятия специально для инвалидов, развивать их и участвовать в них, и для содействия в этой связи тому, чтобы им наравне с другими предоставлялись надлежащее обеспечение, подготовка и ресурсы;

в) для обеспечения того, чтобы инвалиды имели доступ к спортивным, рекреационным и туристическим объектам;

г) для обеспечения того, чтобы инвалиды имели равный с другими детьми доступ к участию в играх, в проведении досуга и отдыха и в спортивных мероприятиях в рамках школьной системы;

д) для обеспечения того, чтобы инвалиды имели доступ к услугам тех, кто занимается организацией досуга, туризма, отдыха и спортивных мероприятий;

В Стандартных правилах обеспечения равных возможностей для инвалидов отдыха и спорту посвящено Правило 11, в котором отличается, что: «Государства примут меры для обеспечения инвалидам равных возможностей для отдыха и занятий спортом». Далее в пяти пунктах этого Правила меры конкретизируются. При этом важно, что в них идет речь не только об обеспечении доступности спортивных объектов для инвалидов, но и о необходимости обеспечить для них «... также возможности обучения и тренировки, как и другим спортсменам».

И в Конвенции, и в Стандартных правилах однозначно подчеркивается, что именно государства, ратифицировавшие эти документы, «принимают» или «примут» надлежащие меры для обеспечения инвалидам равных возможностей для занятий спортом, а в соответствии в Федеральным законом № 329-ФЗ – будут содействовать развитию физической культуры и спорта инвалидов в Российской Федерации (О. Э. Евсеева, С. П. Евсеев, 2018).

Исходя из установочных положений рассмотренных нормативно-правовых документов, после вступления в силу Указа Президента Российской Федерации от 24 марта 2014 года № 172 «О Всероссийском физкультурно-спортивном комплексе «Готов к труду и обороне» (ГТО)» Правительством Российской Федерации было дано задание Министерству спорта Российской Федерации, Министерству труда и социального развития Российской Федерации, Министерству образования и науки Российской Федерации и Министерству здравоохранения Российской Федерации разработать государственные требования к уровню физической подготовленности инвалидов при выполнении ими нормативов всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО).

Продолжение на стр. 2

№2(74), 2018

Зарегистрировано Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций

Регистрационный номер: ПИ №77-3444 от 10 мая 2000 г.

Территория распространения: Российская Федерация, страны СНГ

Издатели:

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физической культуры

Национальный государственный университет физической культуры, спорта и здоровья им. П. Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург

Институт специальной педагогики и психологии

Специальный Олимпийский комитет Санкт-Петербурга

Главный редактор

Евсеев С. П.

Зам. главного редактора

Курдыбайло С. Ф.

Редколлегия:

Барабаш О. А.
Воробьев С. А.
Горелов А. А.
Гутников С. В.
Евсеева О. Э.
Курамшин Ю. Ф.
Литов Н. Л.
Лопатина Л. В.
Махов А. С.
Мосунов Д. Ф.
Николаев Ю. М.
Пономарев Г. Н.
Потапчук А. А.
Рожков П. А.
Рубцова Н. О.
Солодков А. С.
Толмачев Р. А.
Филиппов С. С.
Царик А. В.
Шевцов А. В.

Ответственный редактор

Кораблев С. В.

Контакт: (812) 714-49-13

E-mail:
SergeiKorablev@gmail.com

Для писем:

НГУ им. П. Ф. Лесгафта
(для журнала «АФК»)
ул. Декабристов, 35
Ст-Петербург, 19011, Россия

www.afkonline.ru

Подписной индекс по каталогу агентства «РОСПЕЧАТЬ»

83035

Номер подписан в печать 10.06.2018

Содержание

События, факты

IV ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В СПОРТЕ, МЕДИЦИНЕ
И АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ»

53 и 4-я стр. обложки

Образование

Барабаш О. А.

Комплексная система оценки личностных и предметных результатов в логике ФГОС образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями). Часть 2

6

Руднева Л. В., Романов В. А.

Педагогические условия развития выразительности движений средствами танца у девушек-колясочниц

10

Наш опыт

Фирилёва Ж. Е.

Скандинавская ходьба как адаптивный фитнес в системе оздоровления человека

13

Емельянов В. Ю., Чайников А. П.

Разработка раздела ЕВСК по САМБО «спорта глухих»

15

Гаврилов Д. Н., Савенко М. А., Пухов Д. Н., Малинин А. В.

Адаптивная физическая культура школьников

18

Научные исследования

Евсеев С. П.

Концепция Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса для инвалидов в рамках Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)

2-я стр. обложки и 2

Ворошин И. Н.

Педагогические принципы спортивной подготовки в легкой атлетике спорта лиц с поражением ОДА

4

Халикова И. И., Клешиев И. В., Халиков Д. М., Тверяков И. Л.

Специфические особенности годового планирования подготовки в плавании спорта слепых

20

Батыршина Г. Р., Батуева А. Э.

Сравнительный анализ результатов исследования статокINETической системы у спортсменов-единоборцев в морфологическом аспекте

22

Бегидова Т. П., Буданова Н. А., Фролова С. В., Швачун О. А.

Воспитание гуманизма у подростков средствами адаптивного спорта

24

Запольский А. В., Михалёв А. С., Андреев В. В., Коновалов И. Е.

Модель инклюзивного образовательного процесса по физическому воспитанию школьников с отклонениями в состоянии здоровья

26

Куликова М. В., Руднева Л. В.

Подготовка студентов к использованию современных физкультурно-спортивных сооружений для лиц с ОВЗ и инвалидов

28

Дьяконов М. В., Черноземов В. Г., Варенцова И. А., Стахеева О. А.

Развитие координационных способностей у детей младшего школьного возраста с патологией зрения с использованием адаптированной программы по физической культуре

30

Михайлова И. В.

Основные направления шахматного спортивного движения лиц с отклонениями в состоянии здоровья

32

Евсеев Н. Н.

Роль адаптивной физической культуры в формировании здорового образа жизни взрослого населения современной России

37

Родин А. В.

Профилактика спортивного травматизма молодых высококвалифицированных спортсменов в игровых видах спорта на основе фитнес-технологий

40

Федорова Т. Н., Троицкий Н. П.

Алгоритм применения средств и методов физической реабилитации при ограничении отведения в плечевом суставе

42

Мурзагалин Т. Ш., Ларина М. В., Никитина О. А.

Применение международной классификации функционирования в определении реабилитационного вектора у женщин пожилого возраста

45

Билылетдинов М. И.

Сравнительный анализ адаптационных состояний слабослышащих и здоровых спортсменов, занимающихся сноубордом

48

Евсеев С. П.

Концепция Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса для инвалидов в рамках Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне»

Окончание, начало на 2-й стр. обложки

Разработки специального Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, утверждению государственных требований к уровню физической подготовленности данной категории граждан предшествовало создание концепции этого комплекса.

В соответствии с данной концепцией целью Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья является формирование активной жизненной позиции, повышение качества жизни инвалидов.

Основными задачами данного комплекса являются:

- преодоление психологических стереотипов аксиологической концепции отношения общества к инвалидам (концепции «инвалидизма»);
- принятие инвалидом и обществом личностно-ориентированной гуманистической концепции отношений общества к инвалидам;
- повышение самооценки инвалида, ребенка-инвалида, качество их жизни;
- формирование активной жизненной позиции, здорового образа жизни;
- подготовка к профессиональной (трудовой) деятельности.

Цель и задачи Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья находятся в соответствии с важнейшими установочными положениями (принципами), вытекающими из содержания разработанной концепции.

Первый принцип – формирование установок на активный образ жизни, преодоление психологических комплексов неполноценности инвалидов (зависимости, агрессивности, отчужденности, снижение самооценки и др.).

Второй принцип – помогая не навреди.

Третий принцип – ориентация на нормативы и требования действующего комплекса ГТО для здоровых граждан нашей страны.

Четвертый принцип – необходимость разработки для комплекса ГТО специальной классификации инвалидов.

Пятый принцип – использование для различных классов инвалидов следующих видов алгоритмов определения для них нормативов: гиндикапный, «на ступень ниже», определение новых нормативов.

Шестой принцип – «навстречу природе» – ориентируется на развитие физических качеств с учетом генетической программы их развития инвалидов.

Для преодоления психологических стереотипов аксиологической концепции отношения общества к инвалидам (концепции инвалидизма) применительно к физкультурно-спортивной деятельности необходимо отказаться от следующих заблуждений:

- необходимость ограничения двигательной активности инвалида, назначение ему только лечебной физкультуры;
- акцент в работе с инвалидом на медицинские технологии, биологические активные добавки, различные виды помощи извне (массаж, физиотерапия, отдых и др.);
- ограниченность инвалида, потребность в помощи, меньшие способности в учебе, труде, спорте и других сферах жизни, потребность в постоянной опеке со стороны здоровых лиц;
- обеспечение инвалидам равных возможностей, равных прав не должно отягощать их соответствующими обязанностями.

Принятие обществом и инвалидом личностно-ориентированной концепции отношения общества к инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья выдвигает другие установки:

- адаптированная к инвалиду двигательная активность во много раз важнее, чем для здоровых лиц;
- главное в работе – установка на собственную активность, в том числе двигательную, в сочетании с медицинскими технологиями во всем: в лечении, в реабилитации, в жизни;
- инвалиды не менее способны во

всех сферах жизни. Здоровые лица, государство обязаны обеспечить для них доступную среду, равные возможности, чтобы они могли проявить свои способности;

– инвалиды должны быть наделены равными со здоровыми лицами правами, и иметь равные обязанности.

Повышение самооценки инвалида, ребенка-инвалида, предоставление им возможности для самоутверждения, самоактуализации самым тесным образом связано с категорией качество жизни.

Качество жизни – разносторонне целостная характеристика жизнедеятельности, включающая, прежде всего степень удовлетворенности конкретного человека осуществлением его жизненных планов и уровнем реализации его потребностей, которые соотносятся с ресурсами и возможностями социума.

Качество жизни инвалида определяется не только медицинскими аспектами, наличием той или иной патологии, сколько субъективными восприятием и самооценкой своего состояния, которые никогда не бывают одинаковыми, даже при объективно равных отклонениях в состоянии здоровья.

Работая с инвалидами необходимо обращать внимание не только на медико-биологическую реабилитацию средствами адаптивной физической культуры и адаптивного спорта, восстановление и совершенствование физических возможностей инвалидов, но, прежде всего на обеспечение социальной адаптации и интеграции их в общество, повышение качества их жизни.

Социальный аспект работы с инвалидами средствами адаптивной физической культуры и адаптивного спорта (путем внедрения ВФСК для инвалидов объективно более важен, чем собственно медицинский, который, безусловно, необходимо учитывать в данной работе (С. П. Евсеев, 2016).

Одной из важнейших проблем при разработке государственных требований к уровню физической подготовленности инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

в рамках их тестирования по программе комплекса ГТО является их классификация для участия в сдаче нормативов испытаний (тестов).

Первым, определяющим классификационным признаком или основанием для разделения всех инвалидов на две группы является наличие допуска врача по спортивной медицине. Именно врач определяет кому из инвалидов можно, а кому нельзя участвовать в процедуре сдачи нормативов испытаний (тестов). Так, например, лицам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, с сахарным диабетом, с эпилепсией и другими заболеваниями соревновательная деятельность для оценки выносливости, скоростно-силовых и ряда других физических качеств противопоказана.

Мировой опыт участия в соревнованиях инвалидов различных нозологических групп обобщен Международным паралимпийским комитетом – МПК (IPC) в Классификационном кодексе МПК (IPC), который вступил в силу в 2009 году (С. П. Евсеев, 2016). В этом документе представлено десять типов поражений, которым не противопоказаны физические нагрузки и соревновательная деятельность. К ним относятся: 1) нарушение мышечной силы (паралепсия, квадриплегия, мышечная дистрофия, последствия полиомиелита и др.); 2) нарушения диапазона пассивных движений (артрогрипоз и др.); 3) дефицит конечности (ампутации, дисмелия и др.); 4) разница длины нижних конечностей; 5) низкий рост (ахондроплазия, дисфункция гормона роста и др.); 6) гипертонус мышц; 7) атаксия; 8) атетоз; 9) нарушение зрения; 10) нарушение интеллекта.

Вторым классификационным признаком для разделения инвалидов на группы для разработки государственных требований к их физической подготовленности является сохранность или нарушение структуры и функций опорно-двигательного аппарата (1–8 тип поражений по Классификационному кодексу МПК).

Третий классификационный признак делит инвалидов с сохранной структурой и функциями опорно-двигательного аппарата на две группы: 1) имеющих опыт соревновательной деятельности в Паралимпийском, Сурдлимпийском и Специальном

Олимпийском движениях и 2) не имеющие опыт соревновательной деятельности (лица с болезнями систем кровообращения, органов дыхания, пищеварения, обмена веществ и др.).

Далее были выделены и обоснованы алгоритмы трех видов для определения нормативов испытаний (тестов) для инвалидов с целью определения их физической подготовленности с учетом специфики их заболеваний:

- определение корректировочных коэффициентов для адаптации нормативов испытаний (тестов), утвержденных для лиц без отклонений в состоянии здоровья, к возможностям инвалидов;
- на ступень ниже;
- определение новых нормативов, не используемых в традиционном комплексе ГТО.

Рассмотрим **алгоритм определения корректировочных коэффициентов:**

1. Нахождение данных о рекордах мира и показателях Единой всероссийской спортивной классификации по всем девяти спортивным званиям и спортивным разрядам для здоровых спортсменов и спортсменов-инвалидов всех нозологических видов – глухих, слепых, лиц с интеллектуальными нарушениями (ЛИН) (как мужчин, так и женщин) для конкретной спортивной дисциплины, входящей в число нормативов ВФСК ГТО.

2. Определение количественных показателей разницы между показателями рекордов мира и результатами каждого спортивного звания и спортивного разряда для здоровых спортсменов и спортсменов-инвалидов каждого вида.

3. Экстраполяция функции, отображающей зависимость уровня спортивного мастерства от спортивной категории разрядов за пределы юношеских разрядов, то есть в зону предполагаемых нормативов для здоровых лиц и инвалидов всех выделенных видов и определение количественных показателей различий между кривой для здоровых спортсменов и инвалидов.

4. Использование корректировочных коэффициентов для определения нормативов для инвалидов всех нозологических, гендерных и возрастных групп, основываясь на показателях для здоровых лиц, представленных во Всероссийском физкультурно-спортивном комплексе «Готов к труду и обороне».

Алгоритм «на ступень ниже», используемый для определения нормативов испытаний (тестов) по оценке гибкости, силы, координационных способностей и др., предполагает следующую процедуру: показатели здоровых лиц, соответствующие серебряному знаку, принимались для инвалидов за показатели, соответствующие золотому знаку; соответственно – бронзовому знаку для здоровых, серебряному знаку для инвалидов. Показатели бронзового знака для инвалидов уменьшились по сравнению с бронзовым знаком для здоровых на величину разницы между показателями серебряного и бронзового знака для здоровых лиц.

Алгоритм определения новых нормативов государственных требований Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса для инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата предполагал использование не абсолютных, а относительных показателей – индивидуальной динамики результатов измерения шести физических качеств человека, их увеличение (прироста) в соответствующих возрастных группах и угасание их в процессе естественной возрастной эволюции.

Каждому инвалиду с поражением опорно-двигательного аппарата сдать нормативы испытаний (тестов) по программе комплекса ГТО и допущенного к этой процедуре врачом по спортивной медицине, предлагается большой набор тестов для испытаний.

Выбранные испытания (тесты) должны обеспечивать возможность определения уровня развития всех физических качеств (по одному испытанию (тесту) для определения одного физического качества), в соответствии со ступенями и возрастными группами Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса для инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья (для лиц с поражением опорно-двигательного аппарата): 6 испытаний (тестов) на I–VI ступенях, 5 испытаний (тестов) на VII и VIII ступенях и 4 испытания (теста) на IX и XI ступенях.

По количеству физических качеств, получивших развитие (прирост) за определенный временной отрезок (не менее шести месяцев), в возрастной группе с I по VI ступень можно проводить оценку достижений инвалида. Например, для лиц с ампутационными поражениями верхних или нижних

конечностей, если из 6 качеств в 6 наблюдается прирост результатов, то это будет соответствовать золотому знаку отличия, если в 5 – серебряному, если в 4 – бронзовому, а для лиц с поражением спинного мозга, с церебральным параличом, с низким ростом: если из 6 качеств в 5 наблюдается прирост результатов, то это будет соответствовать золотому знаку отличия, если в 4 – серебряному, если в 3 – бронзовому.

В возрастные группы, когда происходит угасание физических качеств, результаты тестирования оцениваются по такому же принципу. Например, сохранение результатов на достигнутом уровне у лиц с ампутациями верхних или нижних конечностей на VII–VIII ступенях из 5 качеств в 5 – оцениваются золотым знаком, из 5 – в 4 – серебряным и из 5 – в 3 – бронзовым, а на IX – XI ступенях соответственно из 4 – в 4 – золотым знаком, из 4 в 3 – серебряным из 4 в 2 – бронзовым.

Для лиц с более тяжелыми поражениями (спинного мозга, с церебральными параличом, с низким ростом) используются более щадящие нормативы. На VII–VIII ступенях сохранение результатов в 4 нормативах из 5 как достижение золотого знака, в 3 из 5 – серебряного и в 2 из 5 – бронзового, а на IX–XI ступенях в 3 из 4 – золотого знака, в 2 из 4 – серебряного и в 1 из 4 – бронзового.

По мере увеличения возраста испытываемые показатели прироста физических качеств заменяются показателями сохранения достигнутого уровня их развития, а количество физических качеств, предлагаемых для тестирования, уменьшается с 6 до 4.

В завершение статьи выразим надежду, что внедрение Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса для инвалидов в рамках комплекса ГТО приведет к увеличению доли лиц с инвалидностью и с ограниченными возможностями здоровья, систематически занимающихся адаптивной физической культурой и адаптивным спортом.

Литература

1. Евсеева, О. Э. Нормативно-правовые основы развития системы подготовки спортивного резерва паралимпийцев: Монография / О. Э. Евсеева, С. П. Евсеев. – СПб: НГУ им. П. Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург, 2018. – 164 с.
2. Евсеев, С. П. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник / С. П. Евсеев. М.: Спорт, 2016. – 616 с.

Специфические принципы спортивной подготовки в спорте лиц с поражением ОДА

Ворошин И. Н., кандидат педагогических наук, доцент, заведующий сектором.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физической культуры.

Ключевые слова: Принципы учета и нивелирования нозологических особенностей, спортивная подготовка, нозологический фактор, спорт лиц с поражением ОДА.

Аннотация. В данном материале рассматривается необходимость реализации в спорте лиц с поражением ОДА специфических педагогических принципов. Это связано с наличием особенностей инвалидности, а также с использованием специфического оборудования – протезной техники, специализированных колясок и других приспособлений. Разработаны Принципы учета и нивелирования нозологических особенностей - выявления и учета возможностей выполнения движений, постоянной модернизации и максимального использования специальных технических средств.

Контакт: voroshin_igor@mail.ru

Specific principles of sports training in sports for persons with the defeat of the musculoskeletal system

Voroshin I. N., PhD, associate professor, head of department. Saint-Petersburg Research Institute of Physical Culture

Keywords: Principles of accounting and leveling of nosological features, sports training, nosological factor, athletes with musculoskeletal disorders.

Abstract. This material discusses the need for specific pedagogical principles implementation in sports for persons with the defeat of the musculoskeletal system. This is due to the presence of features of disability, as well as the use of specific equipment – prosthetic appliances, specialized wheelchairs and other devices. We created principles of accounting and leveling nosological features - identify and take into account the possibility of performing movements; constant modernization and maximum use of special technical equipment.

Система спортивной тренировки в атлетических дисциплинах спорта лиц с поражением ОДА, как структурное объединение нескольких компонентов, выстраивается на основе применения педагогических принципов – принципов спортивной тренировки. Педагогические принципы, общие для всех видов спорта, одним из первых в отечественной науке сформулировал Л. П. Матвеев [5]: **направленность на максимальный результат, углубленная специализация и индивидуализация, единство общей и специальной подготовки, постоянность тренировочного процесса, взаимосвязь тенденций постепенности и максимальных нагрузок, волнообразность динамики нагрузок, цикличность тренировочного процесса.**

К принципам, сформулированным Л. П. Матвеевым, В. Н. Платонов добавил еще три [6]: **единство и взаимосвязь структуры соревновательной деятельности и структуры подготовленности, единство и взаимосвязь тренировочного процесса и соревновательной деятельности с внутренировочными факторами, взаимообусловленность эффективности тренировочного процесса и профилактики спортивного травматизма.**

Помимо специфических принципов, спортивная тренировка как педагогический процесс должна быть выстроена с применением дидактических принципов – **научности, доступности, систематичности и последовательности, сознательности и активности, прочности, коллективности в единстве с индивидуализацией, связи с практикой** [5].

Практика реализации принципов Л. П. Матвеева и В. Н. Платонова в ходе спортивной подготовки спортсменов в исследуемом виде спорта показала их недостаточность для учета нозологического фактора и возможного использования специализированного оборудования – протезной техники, специализированных колясок и других регламентированных приспособлений [1–3]. Для данного учета нами сформулированы специфические принципы спорта лиц с поражением ОДА – **Принципы учета и нивелирования нозологических особенностей: выявления и учета возможностей выполнения движений, постоянной модернизации и максимального использования специальных технических средств.**

Принцип выявления и учета возможностей выполнения движений. В спорте лиц с поражением ОДА за счет использования спортивно-функциональной классификации учтено большое количество нозологических особен-

ностей – церебральный паралич, карликовость, травмы спинного мозга, ампутация, дисмелия, атетоз, атаксия. Данные особенности опорно-двигательного аппарата могут значительно изменять типичную структуру выполнения двигательных действий и делают невозможным выполнение эталонной структуры движения с оптимальными биомеханическими параметрами, в том числе соревновательных упражнений. Например, у спортсменов с церебральным параличом происходит уменьшение амплитуды движения пораженной конечности в легкоатлетическом беге, в лыжных гонках, в плавании и других упражнениях за счет проявления спастичности. Принцип выявления и учета возможностей выполнения движений предусматривает необходимость оптимизации структуры движения на основе учета двигательных возможностей пораженных звеньев тела. Для учета данных особенностей во время долгосрочной спортивной подготовки необходимо их выявление (расчет амплитуды движения пораженной конечности, расчет разницы в парных конечностях при наличии ампутации или дисмелии и т. д.). Далее при построении тренировочного процесса необходима разработка стратегии технической подготовки, в том числе выбор способа выполнения соревновательного упражнения (например, в легкой атлетике классический или модифицированный способ метания) и преобразование структуры соревновательного действия.

При подготовке спортсменов с поражением ОДА необходимо учитывать, что реализация некоторых средств физической, технической подготовки может являться травмоопасной вследствие особенностей опорно-двигательного аппарата или накладывать определенные ограничения, которые проявляются в невозможности выполнения отдельных упражнений или возможности их выполнения в особых условиях. Необходимо отметить, что для спортсменов с различными поражениями будет отличаться перечень таких средств. Реализация данного Принципа предусматривает выбор эффективных, актуальных средств и методов тренировки, являющихся, прежде всего, относительно безопасными при выполнении спортсменом, имеющим определенное поражение.

При подготовке спортсменов с поражением ОДА необходим учет возможного снижения двигательных возможностей в конечности(ях). Вследствие

этого невозможно компенсировать полный арсенал двигательных действий, присущих относительно здоровому человеку, однако возможно за счет компенсационных двигательных действий других функционирующих конечностей выполнять определенные соревновательные паралимпийские упражнения. Данные упражнения могут значительно отличаться от аналогичных упражнений, выполняемых спортсменами с другими поражениями ОДА. Принцип выявления и учета возможностей выполнения движений предусматривает акцентированное развитие компенсаторных функций здоровых звеньев за счет формирования особой структуры соревновательного упражнения. Так, спортсмены, не имеющие физической возможности передвигаться в вертикальном положении за счет нижних конечностей, выполняют передвижение на колясках за счет вращения колес руками с активным использованием корпуса (при наличии такой возможности). При этом физическая подготовка должна быть направлена на развитие именно данных групп мышц.

Принцип постоянной модернизации и максимального использования специальных технических средств подразумевает использование специальной техники, во-первых, для достижения максимального спортивного результата, во-вторых, для снижения вероятности травматизма в тренировочной и соревновательной деятельности. Реализация данного Принципа продиктована необходимостью использования в паралимпийском спорте современных технологий, которые способны вносить значительный вклад в повышение эффективности подготовки и конкурентоспособности спортсмена за счет совершенствования материально-технической базы. Например, беговой протез стопы имеет специфическую изогнутую форму и работает по принципу пружины – при воздействии запасает потенциальную энергию сжатия, после уменьшения или прекращения воздействия данная энергия трансформируется в кинетическую и разгибает такую стопу. При работе протеза за счет амортизации снижается ударное воздействие на культулю, коленный сустав и позвоночник спортсмена, тем самым, нивелируя возможные негативные последствия при постановке протеза на опору. Такое оборудование должно быть тщательным образом настроено под выполнение разгибания с макси-

мальной амплитудой в определенный момент времени – фаза заднего шага, для способствования продвижения спортсмена вперед (бег) или вперед-вверх (отталкивание в прыжках). Для правильной работы протеза и обеспечения синхронизации начала и завершения разгибания стопы в той фазе, которая обеспечит максимальную эффективность продвижения в определенном направлении, необходима достаточная точность в выстраивании схемы крепления и расположения на данном креплении искусственной стопы. Малейшая рассинхронность при взаимодействии контактных элементов протеза и опоры приводит к увеличению времени циклов движений, дополнительным затратам сил и снижению мощности полезного действия. В легкоатлетическом беге на колясках, в лыжных гонках, биатлоне, горнолыжном спорте в дисциплинах сидячих атлетов одним из направлений повышения результативности является совершенствование оборудования (коляски, боба) за счет: снижения веса, при сохранении прочности, уменьшения трения между вращающимися элементами, улучшение аэродинамических свойств системы спортсмен-коляска.

Использование Принципов учета и нивелирования нозологических особенностей – необходимостью, обусловленная не только стремлением к демонстрации наивысшего спортивного результата, но и стремлением к сохранению здоровья спортсмена за счет снижения уровня опасности получения травмы.

Литература

1. Ворошин, И. Н. Содержание инновационной системы спортивной подготовки легкоатлетов-паралимпийцев с поражением ОДА / И. Н. Ворошин // Учёные записки университета имени П. Ф. Лесгафта. – 2015. - № 5 (123). – С. 49-52.
2. Ворошин, И. Н. Оценка развития специальных физических качеств в дисциплинах легкой атлетики спорта лиц с поражением ОДА / И. Н. Ворошин // Адаптивная физическая культура. – 2016. - № 2 (66). – С. 11-14.
3. Ворошин, И. Н. Принципы наполнения видов обследования научно-методического сопровождения паралимпийских сборных команд Российской Федерации / И. Н. Ворошин, С. А. Воробьев, А. А. Баряев // Адаптивная физическая культура, 2017, №3 (71) – С. 49-50.
4. Матвеев, Л. П. Проблема периодизации спортивной тренировки / Л. П. Матвеев – М.: Физкультура и спорт, 1964. – 248 с.
5. Платонов, В. Н. Система подготовки спортсменов в олимпийском спорте. Общая теория и ее практические приложения: учебник тренера высшей квалификации / В. Н. Платонов. – Киев: Олимпийская литература, 2004. – 808 с.

Комплексная система оценки личностных и предметных результатов в логике ФГОС образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями). Часть 2

Барабаш О. А., доктор педагогических наук, доцент, заведующая кафедрой физкультурно-оздоровительной и спортивной работы. Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Владивостокский государственный университет экономики и сервиса».

Ключевые слова: федеральный государственный образовательный стандарт, умственная отсталость, личностные результаты, предметные результаты, здоровый образ жизни, физкультурно-спортивная деятельность.

Аннотация. В статье предложена методика оценки личностных и предметных результатов обучающихся с легкой умственной отсталостью по предмету «Физическая культура», которые даны в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями).

Контакт: olga-barabash@yandex.ru

Complex grading system of personal and educational results in the logic of FSES for students with mental ineptitude (intellectual disabilities). Part 2

Dr. Barabash O. A. Doctor of Education, Associate Professor, Head of Department of Physical Education, Wellness and Athletic Performance. Vladivostok state University of Economics and service.

Keywords: Federal State Educational Standard, mental ineptitude, personal achievements, educational achievements, healthy lifestyle, physical culture and sports activities.

Abstract. The article deals with the new methodic to the grading system of personal achievements and educational achievements of students with slight mental ineptitude, given according to the demands of the Federal State Educational Standard for students with mental ineptitude (intellectual disabilities).

Как было отмечено в первой части данной статьи (Адаптивная физическая культура 2018, № 1 (73)), согласно ФГОС образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) (далее – Стандарт) развитие **жизненных компетенций** – это наиболее значимые результаты, к которым следует стремиться в течение всего периода обучения.

Содержание жизненных компетенций составляют:

1) **предметные результаты:** физическая, техническая и теоретическая подготовленность;

2) **личностные результаты:** мотивация к занятиям физической культурой, умение решать практико-ориентированные задачи в области физкультурно-спортивной деятельности и здорового образа жизни.

Комплексная оценка предметных результатов обучающихся должна включать три основных компонента: техническую, физическую и теоретическую подготовленность, при этом

очевидно, что она должна осуществляться по однозначным, понятным и лично значимым для школьника и педагога критериям. Только при этих условиях можно рассчитывать на заинтересованное участие детей в овладении способами решения различных, в том числе и двигательных задач. Поэтому, в соответствии со Стандартом оценка предметных результатов по физической культуре включает:

– **минимальный уровень**, который предполагает, что учащийся освоил содержание предмета «Физическая культура» со следующим уровнем результата: экстремально низкий – «2», начальный – «3»;

– **достаточный уровень**, который предполагает, что уровень освоения содержания предмета: средний – «4» или высокий – «5».

Такая унификация системы показателей характеризующих предметные результаты позволяет ставить перед учащимися адекватные их психофизическим возможностям задачи

и обеспечивать эффективную коррекцию имеющихся у школьников двигательных нарушений. Кроме того, Стандарт предполагает широкую индивидуализацию образовательных маршрутов: на одном и том же этапе обучения при освоении одного и того же содержания разные уровни освоения материала. Исходя из этого, оценка предметных результатов должна основываться на анализе уровней, достигнутых учащимися на определенном этапе обучения.

На рисунке представлена модель показателей, характеризующих предметные результаты обучающихся. Каждый уровень определяет конкретные требования к физической, технической и теоретической подготовленности по предмету «Физическая культура».



Рис. Соотношение показателей, характеризующих уровни предметных результатов

Характеристика достаточного уровня предметных результатов:

5 – высокие результаты предполагают, что учащийся демонстрирует:

1) высокий уровень освоения знаний по предмету «Физическая культура»;

2) высокую степень овладения двигательными умениями и навыками, составляющими основное содержание предмета «Физическая культура»;

3) «отличные» темпы прироста физических способностей.

4 – средние результаты – учащийся демонстрирует:

1) средний уровень освоения знаний по предмету «Физическая культура»;

2) среднюю степень овладения

двигательными умениями и навыками;

3) «хорошие» темпы прироста физических способностей.

Характеристика минимального уровня предметных результатов:

3 – начальные результаты – учащийся демонстрирует:

1) низкий уровень освоения знаний по предмету «Физическая культура»;

2) низкую степень овладения двигательными умениями и навыками;

3) «удовлетворительные» темпы прироста физических способностей.

2 – экстремально низкие результаты – учащийся не усваивает минимально необходимый объем содержания предмета и показывает:

1) экстремально низкий уровень знаний по предмету «Физическая культура»;

2) неудовлетворительную степень овладения двигательными умениями и навыками;

3) «низкие» темпы прироста физических способностей.

Здесь нужно заметить, что «равное» и однозначное деление учащихся (такое, как в графической интерпретации представлено на рисунке в виде равнобедренных треугольников) вряд ли возможно в педагогической реальности. Поскольку не всегда учащийся способен продемонстрировать, высокие результаты теоретической подготовленности по предмету может продемонстрировать столь же высокие темпы прироста физических способностей. Это может быть связано, например, с имеющимися у него соматическими заболеваниями и дефектами развития, которые являются лимитирующим факторами и делают в принципе невозможным высокие темпы прироста соответствующих физических способностей. Кроме того, в течение учебного года или нескольких лет школьник может переходить на более высокий уровень освоения образовательной программы или в силу разных причин на более низкий.

Ознакомление учащихся с их учебными достижениями в разных видах подготовленности должно служить формированию мотивации к занятиям физической культурой, то есть «работать» на обеспечение высоких личностных результатов (Стандарт).

Поскольку, конкретным тестам и методикам оценки технической, физической и теоретической подготовленности обучающихся с легкой умственной отсталостью было посвящено большое количество работ, опубликованных как в журнале *Адаптивная физическая культура* [2, 3, 5, 8], так и в других периодических изданиях, то нет необходимости в их подробном освещении в данной статье. Поэтому, педагог по физической культуре при подборе «батарей» тестов должен придерживаться требования п.2.9.9 Стандарта и может использовать уже разработанные тесты для оценки физических способностей и техники овладения двигательными действиями, и апробированные методики оценки знаний по предмету «Физическая культура».

Перейдем к рассмотрению относительно нового явления в физическом воспитании учащихся с умственной отсталостью, а именно необходимости оценки личностных результатов, которая включает оценку мотивации к занятиям физической культурой и умение решать практико-ориентированные задачи в области физкультурно-спортивной деятельности и здорового образа жизни.

Сформированность мотивации к занятиям физической культурой – это основной компонент личностных результатов обучающихся. Но, нужно понимать, что при определении сформированности мотивации необходимо участие школьного психолога, воспитателя и учителя физической культуры, поскольку здесь крайне важно, чтобы обучающихся понимал смысл не только того, что и в какой последовательности нужно сделать, но и содержание вопросов, и последовательность действий. Необходимо убедиться, что ребенок осознает смысл своих действий.

При подборе методик для оценки мотивации учащихся с легкой умственной отсталостью необходимо использовать только научно-обоснованные, прошедшие апробацию и научную экспертизу. Сегодня хорошо известны работы, посвященные данному вопросу, авторами которых являются Г. И. Высовень, О. Н. Толстикова, Е. Ю. Пелих, Н. Ц. Бадмаева [8, 11, 10, 1], М. В. Матюхина (1984).

Для оценки мотивации к занятиям физической культурой учащихся

1–4 классов можно использовать рисуночный тест «Что мне нравится на уроках физической культуры и занятиях спортом?», который может выполняться на уроке рисования, труда или социально-бытовой ориентировки по заданию учителя, а также беседы с использованием таких вопросов как: «Что тебя привлекает на занятиях спортом?», «Занимаешься ли ты сейчас каким-нибудь видом спорта (ходишь в спортивную секцию) или только на уроки физической культуры?», «Дома у тебя кто-нибудь занимается спортом?», «Как родители относятся к твоим занятиям физической культурой?», «Скажи, зачем вообще людям нужно заниматься физической культурой?», «Представь, что ты уже заканчиваешь школу. На уроки физической культуры ходить уже не надо. Ты будешь продолжать заниматься самостоятельно?» и т. п.

Учебную мотивацию учащихся с легкой умственной отсталостью 5–9 классов можно определить с помощью методики разработанной Н. Ц. Бадмаевой (на основе методики изучения мотивационной сферы учащихся М. В. Матюхиной). Методика была подвергнута стандартизации и показала достаточную дискриминативную и ретестовую надежность и содержательную валидность. Она была успешно использована при исследовании учебной мотивации учащихся с легкой умственной отсталостью в работе Г. И. Высовень (2015).

При работе с данной методикой проводится три серии испытаний. В каждой серии ребенку предлагаются все карточки с приведенными в таблице 1 мотивами.

Первая серия испытаний: школьнику дают карточки, на каждой из которых написано одно из суждений, приведенных в таблице 1, и предлагается выбрать те карточки, в которых обозначенные мотивы очень значимы для ребенка.

Вторая серия испытаний: ребенку вновь предлагаются все карточки, из которых теперь нужно отобрать только семь, на которых написаны, по мнению школьника, особенно важные для него суждения.

Третья серия испытаний: из всех карточек нужно вновь отобрать только три.

Таблица 1

Итоговый протокол

№	На занятиях в школе меня привлекает	Серии испытаний		
		1	2	3
1	Понимаю, что ученик должен хорошо учиться			
2	Стремлюсь быстро и точно выполнять требования учителя			
3	Хочу окончить школу и учиться дальше			
4	Хочу быть культурным и развитым человеком			
5	Хочу получать хорошие отметки			
6	Хочу получать одобрение учителей и родителей			
7	Хочу, чтобы товарищи были всегда хорошего мнения обо мне			
8	Хочу, чтобы в классе у меня было много друзей			
9	Хочу быть лучшим учеником в классе			
10	Хочу, чтобы мои ответы на уроках были всегда лучше всех			
11	Хочу, чтобы не ругали родители и учителя			
12	Не хочу получать плохие отметки			
13	Люблю узнавать новое			
14	Нравится, когда учитель рассказывает что-то интересное			
15	Люблю думать, рассуждать на уроке			
16	Люблю брать сложные задания, преодолевать трудности			
17	Мне интересно беседовать с учителем на разные темы			
18	Мне больше нравится выполнять задание в группе, чем одному			
19	Люблю решать задачи разными способами			
20	Люблю все новое и необычное			
21	Хочу учиться только на «4» и «5».			
22	Хочу добиться в будущем больших успехов			

Обработка результатов

При обработке результатов учитываются только случаи совпадения, когда в двух или трех сериях школьник выбирал одну и ту же карточку, в противном случае выбор считается случайным и не учитывается.

1) Мотивы долга и ответственности – 1–2.

2) Мотивы самоопределения и самосовершенствования – 3–4;

3) Мотивы, направленные на благополучие – 5–6;

4) Мотивы, направленные на аффилиацию – 7–8;

5) Мотивы, направленные на престиж – 9–10;

6) Мотивы, направленные на избегание неудачи – 11–12;

7) Учебно-познавательные мотивы, направленные на содержание учения – 13–14;

8) Учебно-познавательные мотивы, направленные на процесс учения – 15–16;

9) Коммуникативные мотивы – 17–18;

10) Мотивы, направленные на творческую самореализацию – 19–20;

11) Мотивы, направленные на достижения успеха – 21–22.

Интерпретация полученных результатов должна проводиться с участием школьного психолога.

Второй составляющей личностных результатов является умение решать практико-ориентированные задачи в области физкультурно-спортивной деятельности и здорового образа жизни.

Ключевыми понятиями являются «физкультурно-спортивная деятельность» и «здоровый образ жизни». Несомненно, это близкие, но не тождественные понятия. Физкультурная деятельность – это форма отношения человека к окружающей действительности, в процессе которой осуществляется создание, сохранение, усвоение, преобразование, распространение и потребление ценностей физической культуры. Успешная реализация процессов физического воспитания, физической подготовки, спортивной тренировки возможна лишь на основе организованной физкультурной деятельности [9].

Физкультурно-спортивные занятия – это занятия отдельными видами спорта, преимущественно массовыми, или разнообразными физическими упражнениями с целью укрепления здоровья, активного отдыха, снятия нервно-эмоционального напряжения, повышения работоспособности и достижения физического совершенства. Безусловно, возможность заниматься различными видами физкультурно-спортивной деятельности должна быть специально организована во внеурочное время в школе или в системе учреждений дополнительного образования детей.

Здоровый образ жизни – это способ жизнедеятельности, направленный на сохранение и улучшение здоровья людей. Здоровый образ жизни ставит своей задачей обеспечить гар-

моническое развитие, сохранение и укрепление здоровья, высокую работоспособность и продление творческого долголетия, а также позволяет в значительной мере раскрыть наиболее ценные качества личности, которые необходимы в условиях динамического развития нашего общества.

Как видим, эти понятия лежат в одной «плоскости задач» физического воспитания и направлены на приобщение к ценностям физической культуры и здорового образа жизни. Для формирования умения решать практикоориентированные задачи в области физкультурно-спортивной деятельности необходимо, прежде всего, создать условия для занятий различными видами двигательной активности во внеурочное время. К моменту завершения обучения у школьника должны быть сформированы умения не только в выполнении технических приемов в отдельных видах спорта, но и опыт участия в спортивных соревнованиях, опыт социального взаимодействия в процессе физкультурно-спортивной деятельности.

В таблице 2 приведена информация для оценки умения решать практикоориентированные задачи в области физкультурно-спортивной деятельности и здорового образа жизни, которая состоит из двух блоков: первый блок направлен на оценку восприятия основных понятий, связанных со здоровым образом жизни и практических умений в этой области. Для формирования системы понятий и представлений эти знания необходимо формировать не только во время урочной работы по физическому воспитанию, но и во внеурочное время на протяжении всего периода обучения. Второй блок – это оценка активности ребенка в отношении занятий спортом во внеурочное время. Оценка сформированности личностных результатов в области физкультурно-спортивной деятельности и здорового образа жизни можно проводить, используя лист оценки, приведенный ниже, дополнить его, или разработать собственные методики. Подсчет результатов по данному листу проводится как вычисление среднего балла по всем предложенным в левом столбце параметрам. Средний балл позволит дать оценку продвижения школьни-

Лист оценки сформированности умения решать практикоориентированные задачи в области физкультурно-спортивной деятельности и здорового образа жизни (к моменту завершения обучения)

Таблица 2

	Оценка продвижения			
	нет	мини-маленькое	среднее	значительное
(Ф. И. О)	0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла
класс				
Здоровый образ жизни				
Вопросы, утверждения, действия	Уровни результатов обучения			
I. Знание. II. Понимание (Объясняет, рассказывает...)	не знает и не понимает	частично знает и понимает	большую часть знает и понимает	отлично знает и понимает
Что такое здоровый образ жизни				
Что такое физическое здоровье				
Что такое рациональный режим питания				
Какое влияние оказывают вредные привычки на здоровье человека				
Что такое правильный режим двигательной активности				
Почему важно соблюдать режим дня				
Как выбрать оздоровительные мероприятия в режиме дня в зависимости от состояния здоровья				
Какова польза от систематических занятий физической культурой и спортом				
Почему важно соблюдать правила личной гигиены и безопасного поведения				
Что такое социальное здоровье				
Как влияют условия труда, отдыха, питания и жилищные условия на состояние здоровья человека				
Почему на состояние здоровья влияют уровни культуры, воспитания, образования				
Что такое духовное здоровье				
Почему отношение к окружающему миру влияет на духовное здоровье человека				
Как отношения с родителями, друзьями и окружающими людьми могут оказывать влияние на духовное здоровье человека				
III. Применение (Может выполнить...)	не может	со значительными ошибками	с незначительными ошибками	в полной мере
Измерить свой рост, вес, пульс				
Оценить свое физическое развитие				
Выполнить физические упражнения для коррекции своего заболевания (если имеется)				
Перечислить физические упражнения, которые нельзя выполнять при имеющемся заболевании (если имеется)				
Подобрать упражнения для утренней гигиенической гимнастики, динамической паузы				
Подобрать упражнения для различных групп мышц				
Оценить величину физической нагрузки по внешним признакам				
Физкультурно-спортивная деятельность				
III. Применение (Проявляет деятельный интерес и активность в отношении...)	нет	изредка	часто	постоянно
Занятий физической культурой и спортом во внеурочное время				
Участия в соревнованиях по выбранным видам спорта или двигательной активности				
Участия в судействе соревнований по видам спорта, входящим в программу по предмету Физическая культура и/или внеурочную деятельность				
Оказания помощи учителю/тренеру в организации соревнований по выбранным видам спорта или двигательной активности				
Новых видов спорта и двигательной активности				
Самостоятельных занятий физкультурой, спортом				

Личностные результаты, достигнутые при освоении предметной области Физическая культура. Оценка продвижения: **нет продвижения, минимальное продвижение, среднее продвижение, значительное продвижение** (нужное подчеркнуть)

Оценку проводила комиссия в составе _____

ка в умении решать практико-ориентированные задачи, а в совокупности с оценкой предметных результатов позволит комплексно оценить его личностные результаты к моменту завершения обучения.

Литература

- Бадмаева Н. Ц. Методика для диагностики учебной мотивации школьников (методика М. В. Матюхиной в модификации Н. Ц. Бадмаевой) / Влияние мотивационного фактора на развитие умственных способностей: монография. – Улан-Удэ, 2004. – С. 149–150.
- Барабаш О. А. Педагогическое тестирование знаний по предмету «Физическая культура» учащихся 1-4 класса, с легкой и умеренной степенью умственной отсталости Адаптивная физическая культура. – 2005. – № 4 (24). – С. 6–8.
- Барабаш О. А. Педагогическое тестирование знаний по предмету «Физическая культура» учащихся 5-9 класса, с умственной отсталостью Адаптивная физическая культура. – 2006. – № 1 (25). – С. 16–18.
- Барабаш О. А. Педагогическое тестирование знаний по физической культуре школьников 8–17 лет с легкой степенью умственной отсталости Физическая культура: воспитание, образование, тренировка: науч. -метод. Журнал. Рос. Акад. образования, Рос. гос. ун-та физ. культуры, спорта и туризма: Вестн. проблем. совета по физ. культуре Рос. Акад. образования. – М., 2006. – № 1. – С. 46–49.
- Барабаш О. А. Технология оценки уровня технической подготовленности школьников с умственной отсталостью (на примере оценки двигательных действий по разделу школьной программы «легкая атлетика») Адаптивная физическая культура. – 2006. – № 3 (27). – С. 23–27.
- Барабаш О. А. Оценка уровня технической подготовленности школьников с умственной отсталостью по разделу программы «подвижные и спортивные игры» (на примере оценки освоения технических приемов волейбола и баскетбола) Адаптивная физическая культура. -2006. -№ 4 (28). – С. 31–34.
- Барабаш О. А. Педагогическая технология оценивания уровня развития двигательных способностей школьников 8–17 лет с умственной отсталостью Физическая культура: воспитание, образование, тренировка: науч. -метод. Журнал. Рос. акад. образования, Рос. гос. ун-та физ. культуры, спорта и туризма: Вестн. проблем. совета по физ. культуре Рос. акад. образования. – М., 2007. – С. 2–6.
- Высовень Г. И.. Формирование рекреационной культуры школьников 12–13 лет с легкой умственной отсталостью на занятиях мини-волейболом по-японски: диссертация... кандидата Педагогических наук: 13. 00. 04 / Г. И. Высовень; [Место защиты: НГУ им. П. Ф. Лесгафта, СПб]. – СПб, 2016. – 210 с.
- Еркомашвили И. В. Основы теории физической культуры: учебное пособие / И. В. Еркомашвили. – Екатеринбург: ГОУ ВПО УГТУ, 2004. – 192 с.
- Пелих Е. Ю. Формирование мотивации к физкультурно-спортивной деятельности у школьников с нарушением интеллекта на занятиях адаптивным физическим воспитанием: дис.... канд. пед. наук: 13.00.04 / Е. Ю. Пелих; [Место защиты: НГК им. П. Ф. Лесгафта, СПб]. – СПб, 2011. – 166 с.: ил.
- Толстикова О. Н. Факторы формирования мотивации учебной деятельности умственно отсталых младших школьников: дис. ... канд. псих. наук. СПб., 2013.

Педагогические условия развития выразительности движений средствами танца у девушек-колясочниц

Руднева Л. В., кандидат педагогических наук, доцент;
Романов В. А., доктор педагогических наук, профессор.
Тульский государственный педагогический университет
им. Л. Н. Толстого.

Ключевые слова: танцы на колясках, условия, развитие, выразительность движений, адаптированная танцевальная программа, оценка эффективности.

Аннотация. В статье представлена разработанная адаптированная танцевальная программа и предложены педагогические условия развития выразительности движений у девушек-колясочниц с поражениями опорно-двигательного аппарата. Дана оценка эффективности адаптированной танцевальной программы.

Контакт: lidiarudneva@mail.ru, romanov-tula@mail.ru

Pedagogical conditions for the development of the expressiveness of movements by means of dance for wheelchair girls

Rudneva L. V., PhD, associate professor;
Dr. Romanov V. A., doctor of pedagogical sciences, professor.
Tula State Lev Tolstoy Pedagogical University

Keywords: dances on wheelchairs, conditions, development, expressiveness of movements, adapted dance program, evaluation of effectiveness.

Abstract. The article presents the developed adapted dance program and suggests the pedagogical conditions for the development of the expressiveness of movements in wheelchair girls with lesions of the musculoskeletal system. The effectiveness of the adapted dance program is assessed.

Введение

В настоящее время увеличивается количество детей с отклонениями в состоянии здоровья (ОВЗ), и в частности с поражениями опорно-двигательного аппарата (ПОДА). Такие дети испытывают сложности в самообслуживании, передвижении, в обучении, общении, в проведении досуга, в связи с чем, особую актуальность приобретает задача создания необходимых условий для данной категории детей.

В рамках реализуемой государством программы «Доступная среда» (действующая с 2011-2020 гг.) дети с различными нарушениями в развитии, в том числе с ПОДА (ампутанты, колясочники и другие) имеют возможность для занятий по интересам, в том числе и хореографией. Для «особенных детей» занятия танцами имеет терапевтическое воздействие, то есть являются танцевальной терапией, а также служат хорошим средством социальной интеграции [3].

Танцы на колясках начали развиваться в Туле в 2014 году. Инициатором явилась руководитель общества матерей с детьми-инвалидами «Свет ты мой» Раиса Лазарева. Она разработала проект «Гармония души», получивший правительственную поддержку, приобретены специаль-

ные инвалидные коляски и созданы необходимые условия для проведения занятий (первый этаж, удобные заезды, большая сцена) [4].

По нашему мнению, занятия танцами как никакое другое искусство обладает огромными возможностями для воспитания физических качеств, эстетического развития и формирования личности в целом.

Занятия танцами учат не только понимать, но и «воспроизводить прекрасное» различными движениями. Одним из компонентов передачи «языка» танца является выразительность движений. По мнению доктора психологических наук Ю. И. Родина, «выразительность представляется, как некое единство психофизиологической системы, которое включает множество одновременно существующих и саморегулирующих функциональных систем довербального и вербального уровней, отражающее значение внешних и внутренних стимулов для человека, проявляющихся в виде мышечных движений. Выразительно любое движение человека, поскольку всегда, по меньшей мере, сообщает о наличии, или отсутствии переживания (двигательная реакция), об отношении человека к происходящему (двигательное поведение). В высших своих формах

выразительное движение отражает процесс постижения человеком личностного смысла, как субъекта деятельности» [2].

Таким образом, **выразительность движений – способ в действиях передать определенное эмоциональное состояние.**

Родин Ю. И. указывает, что «выразительные движения могут иметь самостоятельное, независимое от слов, значение. Здесь речь идет о непосредственно возникающих эмоциях. Другое дело – выразительные движения в танце, они сценичны, отличны от жизненных, хотя в тоже время «игра» вызывает у исполнителя соответствующую эмоцию и может усилить прием» [2].

В результате анализа литературных источников, мы отмечаем, что выразительность движений в танце определяется с одной стороны – богатством внутренних переживаний, чувств, а с другой стороны – владением двигательной палитрой, хореографической лексикой, способностью передать эти чувства. По нашему мнению, она определяется природными задатками исполнителя, но и воспитывается той средой, в которой исполнитель, танцор живет. В частности педагог-хореограф оказывает большое влияние на формирование личности обучаемого им школьника. И то, и другое тесно связаны, но главное, несомненно, духовное начало, потому что без упорства и целеустремленности нельзя достичь высот в любой деятельности [3].

Основные выразительные средства танцевального искусства – это гармоничные движения, позы, пластика, мимика, динамика движения, темп и ритм, пространственный рисунок, композиция. Огромную роль так же играют сценический костюм и реквизит, но, самым важным в танце является музыка, усиливающая выразительность движений и жестов танцующих, эмоциональный настрой танца в целом.

Умение выражать эмоции и передавать чувства, у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, в силу первичных и вторичных дефектов затруднены. Однако в танце внешнее проявление чувства, состояния, настроения необходимо, что заставляет искать средства и методы, способствующие развитию данной способности.

В настоящее время нами не обнаружено исследований, посвященных развитию выразительности движений средствами танца у детей с ПОДА, не рассматривались педагогические условия развития данной способности. В связи с чем, тема нашей работы является актуальной и значимой.

Цель исследования – обосновать и предложить к реализации педагогические условия развития выразительности движений средствами танца у девушек-колясочниц.

Гипотеза исследования: предполагается, что выразительность движений у девушек с ПОДА улучшится, при создании следующих педагогических условий:

- подбора танцевальных упражнений, учитывающих степень поражения опорно-двигательного аппарата;
- компенсации, как первичного, так и вторичных отклонений в процессе занятий танцами;
- использования вербальных, невербальных и тактильных средств в процессе обучения девушек танцевальным элементам;
- создания коррекционно-развивающей среды в процессе занятий;
- учета личностных особенностей девушек.

Задачи исследования:

1. Проанализировать научно-методическую литературу по рассматриваемой проблеме.
2. Разработать адаптированную программу и предложить педагогические условия развития выразительности движений у детей с ПОДА.
3. Оценить эффективность адаптированной танцевальной программы.

Педагогический эксперимент был начат в сентябре 2016 и закончен в январе 2018 г. На начальном этапе исследования, до внедрения адаптированной программы, был определен уровень развития выразительности движений и у девушек-танцоров с ПОДА.

Исследование проводилось с участием двух девочек-колясочниц 14 и 16 лет, имеющих инвалидность 2 группы. Они танцовщицы ансамбля «Тулица» под руководством педагога-хореографа Ирины Ереминой. Девушки-инвалиды выступают в парах с юношами, не имеющими отклонений в состоянии здоровья, – студентами Тульского областного колледжа культуры и искусства.

Занятия танцами проводились на базе Муниципального автономного учреждения культуры «Городской концертный зал» в Центре культуры и досуга клубе «Тулица», 2 раза в неделю продолжительностью 45–75 мин.

Характеристика адаптированной экспериментальной программы

В процесс занятий танцами девушек с ПОДА, во вторую половину основной части занятий были включены упражнения разработанной нами адаптированной программы на формирование выразительности движений.

Адаптированная экспериментальная программа состоит из четырех блоков упражнений:

1. Музыкально-ритмические упражнения направленные на слуховое восприятие (различные виды хлопков, щёлчков, простукиваний).
2. Элементы хореографии (основные позиции рук, головы, туловища).
3. Танцевальные движения в зависимости от «характера» музыки, с сопровождением движениями рук (плавные, экспрессивные, тревожные).
4. Упражнения для коррекции осанки (сидя в коляске, лёжа на спине на полу, а также упражнения с предметами – лентами, веером и т. п.).

В каждом блоке программы по три упражнения:

1. Port de bras I, II, III форм

1.1. Port de bras I форма

Руки поднимаются из подготовительного положения в I позицию (далее по тексту – п.), затем в III п., из которой раскрываются во II п. и опускаются в подготовительное положение. Голова при поднимании рук в I п. поворачивается лицом к кистям и слегка наклоняется влево, взгляд на кисти. При переводе рук из I п. в III п. голова выравнивается и слегка поднимается кверху, взгляд устремлен в том же направлении, во время раскрытия рук во II п. голова поворачивается направо. Когда руки опускаются в подготовительное положение голова остается повернутой направо.

1.2. Port de bras II форма

Сначала делается подготовка: руки из подготовительного положения поднимаются в I п., затем правая отводится во II п., левая одновременно переводится в III п., корпус

удерживается прямо. Голова во время поднимания рук в I п. поворачивается лицом к кистям, и слегка наклоняется налево, взгляд на кисти. Во время перевода правой руки во II п. и левой в III п. голова переводится в исходное положение, направо.

После данной подготовки выполняется Port de bras левая рука из III п. открывается во II п. правая одновременно переводится из II п. в III п. далее левая рука из II п. опускается в подготовительное положение, затем правая и левая рука одновременно переводятся в I п. и вновь возвращаются в исходные позиции; правая рука отводится во II п. левая в III п. Из данного положения II форма port de bras повторяется сначала, без подготовки. Корпус все время удерживается прямо, голова поворачивается вслед за рукой, которая переводится из III п. во II п.

1.3. Port de bras III форма

Подготовка: руки из подготовительного положения поднимаются через I п. во II п. Корпус удерживается прямо. Голова во время поднимания рук в I п. поворачивается лицом к кистям и слегка наклоняется налево, взгляд направлен на кисти. Когда руки открываются из I п. во II п. голова поворачивается к правому плечу. После этой подготовки выполняется Port de bras: руки опускаются в подготовительное положение, корпус одновременно наклоняется вперед, далее руки поднимаются через I п. в III п. корпус одновременно выпрямляется, затем III п. рук фиксируется, а корпус в этот момент перегибается назад, после этого он выпрямляется, одновременно руки раскрываются во II п. Голова при наклоне корпуса вперед наклоняется вместе с ним, взгляд сопровождает движение кисти правой руки. При выпрямлении корпуса голова поворачивается к правому плечу. Во время перегибания корпуса назад и выпрямления, голова сохраняет тоже положение. Упражнение заканчивается опусканием рук в подготовительную позицию, корпус удерживается прямо, голова повернута направо.

2. Музыкально-ритмические упражнения на слуховое восприятие (исходное положение – сидя на коляске)

Упражнение 1

- 1–2 — хлопки над головой
- 3–4 — хлопки за спиной

- 5 — хлопок справа
- 6 — хлопок слева
- 7 — хлопок над головой
- 8 — хлопок за спиной

Упражнение 2

- 1–2 — хлопки справа
- 3–4 — хлопки слева
- 5 — хлопок над головой
- 6 — хлопок за спиной
- 7–8 — хлопки перед собой

Упражнение 3

- 1–4 — хлопок в каждый такт
- 5–8 — хлопок в такт музыке
- 1–4 — двойной хлопок
- 1–4 – двойной хлопок в такт музыке

3. Упражнения на определение характера музыки, с сопровождением движениями рук

1. Плавная спокойная музыка – 20 с.
2. Тревожная музыка – 20 с.
3. Экспрессивная, характерная музыка – 20 с.

4. Упражнения для коррекции осанки

Упражнения, выполняемые из исходного положения сидя, включающие различные движения головой руками, туловищем, выполняемые, как по отдельности, так и в комбинации.

На одном занятии проводились упражнения из двух блоков нашей программы. Которые чередовались так: на одном занятии упражнения из 1-го и 4-го блока, на следующем занятии из 2-го и 3-го.

В программу подготовки танцовщиц включались следующие танцы: русские народные, вальс, танго, кармен. Все танцы выполнялись со здоровым партнером (студентами культурпросвет училища г. Тулы).

Занятие состояло из традиционных частей. В подготовительной части проводилась разминка, в основной – изучение или совершенствование одного из танцев осваиваемого репертуара, в заключительной части – коррекционно-развивающие упражнения. Занятия проводились в индивидуальной форме.

Результаты исследования

Для оценки эффективности предложенной программы использовались тесты. Оценка качественных показателей движений производилась в баллах.

В программу тестирования вошли показатели, характеризующие уровень развития выразительности движений (табл. 1).

Таблица 1
Тесты, оценивающие выразительность движений и эмоциональное состояние детей с ПОДА

№ теста	Оцениваемые показатели	Един. измерения
1.	Port de bras I; II; III формы	баллы
2.	Оценка чувства ритма хлопки в музыку	баллы
3.	Воспроизведение характера музыки движениями рук.	баллы
4.	Тест М. Люшера	

Предварительно изученные формы – I, II и III Port de bras было предложено выполнить 2 раза: сначала в медленном темпе, по разделениям, затем слитно с музыкальным сопровождением. Трое экспертов оценивали в баллах амплитуду движения, точность позиций и переходов, и – во втором варианте – музыкальность исполнения, выдерживание темпа музыкального материала.

1. Уровень исполнения Port de bras оценивался по пятибалльной шкале:

5 баллов – полное совпадение движения рук со всеми позициями и переходами, соответствие музыкальному характеру;

4 балла – соответствие позиций и переходов, не везде музыкально, некоторая скованность в движении;

3 балла – исполнение упражнения с одной ошибкой, с музыкальным сопровождением ошибок больше;

2 балла – исполнение с большим количеством ошибок, не уверенно;

1 балл – испытывает трудности с выполнением упражнения.

2. Оценка чувства ритма производилась путем подсчета хлопков во время прослушивания ритмической фразы. Задание – повторить хлопками в ладоши задаваемый ритмический рисунок – выполнялось три раза. Время выполнения – 10 с. Критерий оценивания – точность совпадения ритмического рисунка в баллах [1]:

5 баллов – полное совпадение ритма движений с музыкой, полное воспроизведение ритмического рисунка;

4 балла – совпадение ритма с музыкой, некоторая скованность и неуверенность в хлопках;

3 балла – один сбой в ритме хлопков, неуверенность в воспроизведении ритмов;

2 балла – воспроизведение ритмического рисунка с большим количеством сбоев;

1 балл – ритмический рисунок не воспроизведен.

3. Воспроизведение характера музыки. Занимающимся было дано задание: раскрыть характер музыки движениями рук. Предложено 3 варианта музыкального материала: спокойная, плавная композиция; тревожная музыка; экспрессивная, характерная композиция.

Если участница с заданием справилась – оценка 3 балла; справилась частично – 2 балла; испытывала затруднения при выполнении задания – 1 балл.

4. Цветовой тест М. Люшера использовался для оценки эмоционального состояния девушек с ПОДА занимающихся танцами. Тест основан на предположении, что выбор конкретного цвета отражает направленность испытуемого на определенную деятельность, настроение, функциональное состояние и наиболее устойчивые черты личности. Характеристика цветов (по Люшере) включает 4 основных и 4 дополнительных цвета.

Сопоставление результатов тестирования участниц эксперимента представлено в таблице 2.

Таблица 2
Результаты исследования выразительности движений у участниц эксперимента (в баллах)

Название теста	Участница А		Участница Б	
	Начало экспер.	Оконч. экспер.	Начало экспер.	Оконч. экспер.
Port de bras	1	4	2	5
Оценка чувства ритма	2	5	4	5
Воспроизведение характера музыки движениями рук	2	3	1	3

На начало исследования по тесту «Port de bras» мы выявили, что участница А получила 1 балл, т. е. испытывает трудности с выполнением упражнения, а участница Б, все-таки, выполнив задание с большим количеством ошибок и неуверенно, получила за данный тест 2 балла.

По окончании эксперимента в данном тесте участница А выполнила упражнения на 4 балла, у нее можно было увидеть соответствие позиций и переходов, не везде музыкальность и некоторую скованность в движениях. Участница Б получила 5 баллов, продемонстрировав полное соответствие движения рук со всеми позициями и переходами, соответственно музыкальному характеру композиции.

По тесту «Оценка чувства ритма» на начало исследования участница А была оценена на 2 балла, у неё отмечалось воспроизведение ритмического рисунка с большим количеством сбоев. Участница Б заслужила оценку 4 балла, что характеризует совпадение ритма с музыкой, и некоторую скованность и неуверенность в хлопках.

По окончании экспериментально-го периода обеим участницам и А, и Б был выставлен высший балл 5, что соответствует полному совпадению ритма движений с музыкой, полному воспроизведению ритмического рисунка.

В начале эксперимента по тесту «Воспроизведение характера музыки движениями рук» участница А испытывала затруднения при выполнении задания – был выставлен 1 балл. Участница Б справилась с заданием частично – 2 балла. На конец исследования обе участницы с заданием справились и получили по 3 балла.

По результатам теста Люшера, проведенного вначале и в конце исследования, мы выявили значительные улучшения эмоционального состояния участниц. Выбираемые девушками в основном яркие цвета показывают, что занятия с использованием экспериментальной программы вызывали у них большую актив-

ность, жизнерадостность и желание заниматься.

Выводы

1. В результате анализа литературных источников и собственного опыта мы определили, что важным аспектом в процессе занятий танцами является выразительность движений. Для лиц с ПОДА, занимающихся танцами на колясках, её развитие достаточно сложный момент, так как все обусловлено имеющимся первичным дефектом (ограничение в движениях).

2. Разработана адаптированная программа для развития выразительности движений детей с ПОДА, включающая 4 блока упражнений:

1) блок «Port de bras (3 формы)»;

2) блок «Музыкально-ритмические упражнения»;

3) блок «Упражнения на определение характера музыки с практическим сопровождением движениями рук»;

4) блок «Упражнения для коррекции осанки».

3. Экспериментальная программа доказала свою эффективность, что выразилось в улучшении показателей по трем тестам. Максимальные баллы были получены по «Оценке чувства ритма» и по тесту «Воспроизведение характера музыки движе-

ниями рук». По тесту «Port de bras» одна участница получила высший балл, а другая среднюю оценку, что по нашему мнению, связано с индивидуальными особенностями участницы и первичным дефектом. В процессе исследования отмечается положительная динамика в улучшении эмоционального состояния девушек, что доказано проведенным тестом Люшера.

4. Эффективность нашей программы отмечена и зрителями при исполнении участницами нашего исследования концертных номеров.

Литература

1. Кошелева М. В. Тесты для измерения уровня ритмичности у детей дошкольного возраста (5-6 лет) / М. В. Кошелева, Л. Д. Назаренко // Актуальные проблемы физиологии физического воспитания и спорта: Сборник материалов конференции. – Ульяновск: УлГПУ, 2007. – С. 91–98.

2. Родин Ю. И. Развитие представлений о выразительности человека и его движений. Инновационные технологии в физическом воспитании и спорте / Мат. Всерос. науч. -практ. конф. / Под ред. А. Ю. Фролова. – Тула: Изд-во Тул. гос. пед. ун-та имени Л. Н. Толстого, 2015. – С. 222–229

3. Романов В. А. Педагогические условия развития выразительности движений средствами хореографии у школьников с нарушением опорно-двигательного аппарата / В. А. Романов, Л. В. Руднева, А. И. Егоров. Современный научный вестник. Белгород. Т. 3. № 4-2017. – С. 60–63

4. Яковлева Е. А., Шепеленко С. А. Танцы на колясках как паралимпийский вид спорта и его развитие в Туле. / Вестник ГОУ ДПО ТО «ИПК и ППРО ТО». – 2016. – № 2. – С. 46–47.

Скандинавская ходьба как адаптивный фитнес в системе оздоровления человека

Фирилёва Ж. Е., кандидат педагогических наук, почетный доцент
Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена

Ключевые слова: скандинавская ходьба с палками, инсульт, оздоровление человека, врачебно-педагогический контроль и рекомендации.

Аннотация. Для лиц, перенёсших инсульт, скандинавская ходьба с палками создаёт благоприятные условия для работы основных мышечных групп рук, плечевого пояса, спины, брюшного пресса, ног. Выявлены заинтересованность пациентов, улучшение их самочувствия, настроения, увеличение активности во время и после занятий. Отмечается улучшение соматических показателей общей техники ходьбы. В статье даны контрольно-педагогические рекомендации для занятий скандинавской ходьбой лицам, перенёсшим инсульт.

Контакт: firilevaze@yandex.ru

Nordic walking as an adaptive fitness in the recovery system of human

Firileva J. E., Candidate of Pedagogical Sciences, associate Professor
The Herzen State Pedagogical University of Russia, St. Petersburg.

Keywords: Nordic walking with sticks, stroke, human health improvement, medical and pedagogical control and recommendations.

Abstract. For people who have suffered a stroke, Scandinavian walking with sticks creates favorable conditions for the work of the basic muscle groups of hands, shoulder girdle, back, abdominal press, legs. Interest of patients, improvement of their state of health, mood, activity increase during and after classes are revealed. Improvement of somatic parameters of general walking technique is noted. The article gives control and pedagogical recommendations for practicing Scandinavian walking to persons who have suffered a stroke.

Введение

Скандинавская (финская) ходьба с палками – доступный вид двигательной активности, особенно для лиц пожилого возраста. Скандинавскую

ходьбу можно отнести к оздоровительным видам физической культуры. При этом виде ходьбы участвуют в движении все группы основных мышц плечевого пояса, спины, брюшного пресс-

са, ног, что создаёт хорошие условия для работы сердечно-сосудистой и дыхательной системы.

Скандинавская ходьба с палками приобретает все большую популяр-



ность в нашей стране. Ряд авторов при разработке проекта государственных требований Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса ГТО для лиц с повреждением опорно-двигательного аппарата, включили в перечень нормативных требований скандинавскую ходьбу более 1 км с III по XI ступени, то есть с 11–12 лет и по 70 лет и старше [1]. Это указывает не только на доступность этого вида двигательной активности, но и возможность применения его как контроля над физической и функциональной подготовленностью инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

На адаптивном периоде реабилитации инсультных больных можно использовать скандинавскую ходьбу. При этом создаются положительные условия для более качественной работы при ходьбе.

К техническим характеристикам скандинавской ходьбы можно отнести следующие показатели [2, 3]:

1. При передвижении тело немного наклонено вперёд, что создаёт хорошие условия для работы рук и увеличивает длину шага.

2. Палки ставятся под углом назад наискосок – чтобы нижний конец не был впереди.

3. Шаг следует выполнять более длинным, чем обычно, что способствует хорошей работе тазобедренных суставов.

4. Более длинный шаг позволит увеличить амплитуду движений рук и плечевых суставов.

5. При отталкивании палки втыкаются в землю недалеко от линии бедра;

6. Палки следует держать крепко, но не жёстко, в конце отталкивания приоткрыть ладонь и завершить толчок, опираясь ладонью на темляк.

7. Начинать шаг всей ступнёй, далее завершая его толчком подушечки и пальцев стопы.

8. Движение рук и ног производить разноимённо и ритмично: правая нога – левая рука, левая нога – правая рука.

Цель исследования: выявить возможности использования скандинавской ходьбы для лиц, перенёсших инсульт, на адаптивном периоде восстановления.

Материал и методика исследования

Исследование проводилось на лицах с различными отклонениями в состоянии здоровья, в том числе, постинсультных пациентов. Общее количе-

ство наблюдаемых лиц составило 21 человек.

В исследовании применялись следующие методы: наблюдение, опрос в виде беседы, фиксировались визуальные показатели: психоэмоциональное состояние, самочувствие, соматические изменения. Анализировались показатели ходьбы с палками и без них.

Результаты исследования и их обсуждение

Как показали исследования, скандинавская ходьба положительно влияет на общее состояние здоровья занимающихся. Наблюдения свидетельствуют, что пациенты стали более заинтересованными, увлечёнными и удовлетворёнными своей деятельностью.

Опрос показал, что большинству пациентов нравятся эти занятия скандинавской ходьбой с палками. Они улучшают их самочувствие и укрепляют организм.

Показатели психоэмоционального состояния занимающихся указывают на улучшение общего состояния, увеличение активности во время и после занятий, а настроение отмечается как положительное.

К изменениям соматического состояния пациентов можно отнести укрепление мышечной системы, улучшение дыхания, осанки. При анализе показателей ходьбы можно отметить улучшение общей техники движений ходьбы с палками. Что касается ходьбы без палок, то имеет место положительный перенос и отмечаются некоторые исправления пострадавших структур движений у человека после инсульта, в том числе, шаговых движений и работы рук.

Другие исследователи также отмечают положительное влияние ходьбы с палками на оздоровление населения. По данным Марко Кантаневы (1997, 2001), систематические занятия скандинавской ходьбой уменьшают симптомы остеохондроза в шейно-плечевом отделе, увеличивается амплитуда движений позвоночника, улучшается тонус мышц и укрепляется осанка. Исследованиями, проведёнными на лицах с сердечно-сосудистыми заболеваниями, выявлено, что ходьбу с палками можно использовать как безопасный вид оздоровительной физической культуры для пациентов с этим видом заболеваний.

Скандинавская ходьба с палками приносит пользу лицам с перемежающейся хромотой. После полугода за-

нятий болезненные симптомы исчезали. Занятия скандинавской ходьбой можно рекомендовать как пожилым группам населения, так и молодёжи.

Типичными ошибками в технике скандинавской ходьбы могут быть [2, 3]:

1. Одноименная работа рук и ног.

2. Прямолнейная постановка палок.

3. Палки ставятся близко к туловищу, при этом движение руками вперёд-назад скованное.

4. Вынос вперёд не рукоятки, а наконечника палок.

5. При передвижении туловище держится слишком прямо.

6. При прямом туловище, руки тоже относительно прямые, в результате шаги становятся короткими.

7. При выведении рук вперёд отмечается их работа крест-накрест.

8. При работе рук имеет место их разведение по форме буквы V.

9. Необходимо найти свой ритм, улучшить технику работы рук и плечевых суставов.

Для лиц, перенёсших инсульт, нами были разработаны **контрольно-педагогические рекомендации** [4, 5]:

1. Заниматься ходьбой с палками можно только по разрешению лечащего врача-невролога или терапевта.

2. Приступать к занятиям можно с учётом состояния опорно-двигательного аппарата и общего самочувствия.

3. Следить за реакцией пульса и артериального давления, избегать усталости – заниматься ходьбой пока не устал или после того, как отдохнул.

4. Движение руками лучше отрабатывать без палок, стоя на месте, затем, шагая на месте, и после этого – в движении с перемещением.

5. При работе над ритмом движения можно использовать музыкальное сопровождение, для чего подойдут маршеобразные музыкальные произведения (марш «Прощание славянки», «Военный марш» и др.), мелодии типа диско с чётким ритмом и средним темпом.

6. При ограничении движений в силу нарушения нейромоторной иннервации стараться выполнять ходьбу с палками технически правильно, но в более медленном темпе со средней амплитудой движений.

7. Занятия скандинавской ходьбой должны быть регулярными с учётом состояния пациента и при врачебно-педагогическом контроле.

8. Одежда для занятий подбирается удобной и легкой, защищающей от непогоды. Обувь – удобно сидящая на

ступне, без каблучков, с эластичной подошвой, делающая возможной применение правильной техники передвижения. Палки, подбираемые с учётом длины тела, должны быть лёгкими и прочными.

9. Постинсультным пациентам необходимо заниматься ходьбой с палками под руководством тренера, инструктора или другого лица, способного оказать посильную помощь. На занятиях физическими упражнениями нельзя оставлять человека с сосудистыми заболеваниями головного мозга без присмотра.

Выводы

1. Скандинавскую (финскую) ходьбу с палками можно отнести к оздоровительным видам физической культуры и применять как адаптивный фитнес в системе оздоровления человека.

2. При занятиях скандинавской ходьбой у лиц, перенёвших инсульт, отмечается повышение интереса к этому виду физической культуры, улучшение психоэмоционального состояния, укрепление мышечной системы, общего состояния организма.

3. При улучшении общей техники ходьбы с палками отмечается положительный перенос на исправление пострадавших структур движений у человека после инсульта, в том числе, шаговых движений и работы рук.

4. На занятиях скандинавской ходьбой постинсультным пациентам необходим врачебно-педагогический контроль и руководство квалифицированного специалиста.

Литература

- Евсеев С. П. Проект государственных требований Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса для лиц с поражением опорно-двигательного аппарата / С. П. Евсеев, О. Э. Евсеева, А. В. Аксенов / / Адаптивная физическая культура. – 2018. – № 1 (73). – С. 2-я с. обложки и 2–4.
- Кантанева М. Скандинавская ходьба – оздоровительный фитнес [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://sredstva-narodnye.ru/skandinavskaya-hodba-dlya-rozhilyh/> (Дата обращения 12.04.2018).
- Скандинавская ходьба с палками, техника ходьбы для пожилых [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://sredstva-narodnye.ru/skandinavskaya-hodba-dlya-rozhilyh/> (Дата обращения 12.04.2018).
- Фирилёва Ж. Е. Педагогические технологии домашней реабилитации при инсульте: монография / Ж. Е. Фирилёва, О. В. Загрядская. – М.: Изд. дом Академии Естествознания, 2017. – 242 с.
- Фирилёва Ж. Е. Структурные компоненты педагогической системы непрерывной реабилитации при инсульте / Ж. Е. Фирилёва, Г. Н. Пономарев. Физическая реабилитация в спорте, медицине и адаптивной физической культуре: материалы третьей Всероссийской научно-практической конференции: 16–17 июня 2017 года. – СПб.: Изд-во Политехн. ун-та, 2017. – С. 27–30.

Разработка раздела ЕВСК по САМБО «спорта глухих»

Емельянов В. Ю., кандидат технических наук, доцент, вице-президент ОСОИ «Всероссийская Федерация восточных единоборств глухих», член Комиссии Международной федерации САМБО (FIAS) по делам спортсменов с ограниченными возможностями;

Чайников А. П., мастер спорта СССР по самбо, доцент кафедры физвоспитания.

МГТУ им. Н. Э. Баумана (национальный исследовательский университет), Москва

Ключевые слова: самбо, Единая всероссийская спортивная классификация, спорт глухих, критериально-ориентированный подход.

Аннотация. Используя критериально-ориентированный подход, был разработан раздел ЕВСК по самбо «спорта глухих» для мастерских и взрослых спортивных разрядов. Проводится сравнение разработанного раздела ЕВСК с аналогичными разделами родственных единоборств.

Контакт: arpo_rmaf@mail.ru

The development of URSC at Deaf SAMBO

Emelyanov V. Yu., PhD., Associate Professor, Vice-President of «Russian Martial Arts Federation of the Deaf», Member Deaf Sport of Commission for athletes with different abilities of International Sambo Federation;

Chaynikov A. P., Master of Sports of the USSR in SAMBO, Associate Professor.

Bauman Moscow State Technical University

Keywords: SAMBO, Uniform all-Russian Sports Classification, deaflympic, criterion-oriented approach

Abstract. The section of URSC at deaf SAMBO of «Sport for the Deaf» for the categories workshops and adult using criterion-based approach was developed. The developed section of URSC at deaf SAMBO with similar sections of related combat was comparison.

Введение

В 2012 г. Российская Федерация ратифицировала Конвенцию о правах инвалидов от 13 декабря 2006 г., показав тем самым готовность страны к формированию условий, направленных на соблюдение международных стандартов юридических экономических, социальных, и других прав инвалидов. Практически реализация Конвенции заключается в принятии законов и других подзаконных актов, реализующих права инвалидов на получение образования, содействие трудоустройству и другой необходимой помощи.

Как показывают исследования, средства физической культуры и спорта содействуют восстановлению и развитию физических возможностей инвалидов, осуществляя коррекцию основного дефекта, способствуют профилактике сопутствующих заболеваний и вторичных отклонений, возникающих в связи с вынужденной гиподинамией [1].

Совершенствование хорошо зарекомендовавшей себя национальной системы спортивной классификации спорта высших достижений, интегрированность адаптивного спорта в современные социально-экономические условия жизни общества составляют важную часть государственной политики в сфере социальной и физической реабилитации или адаптации инвалидов. Очевидно, что чем лучше подготовлен инвалид, чем выше уровень его квалификации и профессиональных навыков, тем больше у него шансов трудоустроиться, быть экономически обеспеченным и независимым. Считается, что полученное им образование и компетенции являются ключом к востребованности на рынке труда и служат своеобразным социальным лифтом. Но не только это служит условием благополучности профессиональной карьеры инвалидов. Наличие требуемых физических кондиций для выполнения трудовых функций также необходимо. Потребность работодателей в квалифицированном и подго-

товленном к работе персонале частично удовлетворяет существующая система дополнительного спортивного образования, формирующая и реализующая стратегии физического совершенствования лиц, занимающихся в различных секциях.

Законодательно система подготовки спортсменов в нашей стране включает такие компоненты, как: Единая Всероссийская спортивная классификация (ЕВСК), Единый календарный план международных общероссийских и региональных соревнований Минспорта России, Всероссийский реестр видов спорта (ВРВС), Федеральные стандарты спортивной подготовки (ФССП).

ЕВСК по различным видам спорта является как инструментом оценки профессионального уровня спортсмена, так и средством для привлечения граждан РФ к активным занятиям спортом и создания условий для повышения спортивного мастерства спортсменов.

С целью учета текущего уровня спортивных состязаний и динамики достигнутых результатов нормативы ЕВСК регулярно пересматриваются раз в четыре года (после завершения Олимпийских/Сурдлимпийских игр). При определении требований и условий ЕВСК для присвоения спортивных разрядов и мастерских степеней учитывается прогресс в спорте.

В нормативы ЕВСК входят все дисциплины, являющиеся как сурдлимпийскими, так и не являющиеся таковыми. К числу последних относятся, рассматриваемое в настоящей статье САМБО. История появления и официального признания САМБО среди инвалидов по слуху в России изложена в работе [2].

Создание ЕВСК по самбо глухих

Ключевым моментом при создании рассматриваемой ЕВСК является учет состояния развития борьбы САМБО в России и мире.

Наиболее значимыми событиями 2017 года в мире САМБО явились чемпионат мира по САМБО в г. Сочи (Россия) 10-12 ноября и торжественное открытие бюста основателю САМБО В. С. Ощепкову на «Алле

героев спорта» Российского государственного университета физической культуры, спорта, молодежи и туризма (РГУФКСМиТ) в г. Москве 6 декабря [6]. Перед чемпионатом мира состоялся традиционный Конгресс ФИАС, на котором был переизбран действующий Президент В. Б. Шестаков и определены составы Комиссий ФИАС. Кроме уже существующих, была создана новая «Комиссия по делам спортсменов с ограниченными возможностями». В состав этой Комиссии от России вошли два члена: В. Емельянов (спорт глухих) и Р. Новиков (спорт слепых). Это, пожалуй, единственный в мировой практике случай, когда Международная федерация официально создает структуру, ответственную за развитие адаптивного спорта. Признавая существование адаптивного САМБО, ФИАС нацеливается включить эту дисциплину в программу летних Сурдлимпийских игр. В соответствии с порядком признания новых видов спорта (дисциплин) Международного комитета спорта глухих, для этого необходимо провести чемпионат мира с числом участников не менее 15-ти стран от двух континентов.

На конец 2017 года по самбо был проведен один Международный турнир [3] (7 стран, 45 участников), 4 чемпионата России (20–22 региона, до 90 участников) и два первенства России среди юношей (до 40 участников, 7 регионов) [2].

В видах спорта, в которых уровень мастерства оценивается в единицах длины, времени или массы используют следующие принципы при разработке ЕВСК. Анализируют мировые и т. д. рекорды, определяют соотношение между лучшими достижениями олимпийцев, паралимпийцев/сурдлимпийцев, выражающееся в определении процента отставания результатов каждого следующего класса спортсменов. То есть в этом случае высшие спортивные достижения задают параметры начала «классификационной лестницы» норм и требований ЕВСК.

Особенностью ЕВСК по видам спорта, являющихся единоборствами (все виды борьбы, дзюдо, карате и т. п.) является то, что результат состязания

нельзя представить в виде единиц измерения массы, времени, длины. Результат поединка в единоборствах выражается бинарной величиной (выиграл/проиграл). При этом в итоге, не имеет значение с каким счетом (чисто или с минимальным преимуществом). Совокупность бинарных оценок, набранных спортсменом на соревнованиях, и определяет в итоге его место на пьедестале. Кроме количества набранных положительных бинарных оценок (победы), на занятое спортсменом место влияет и система проведения соревнований, которая определяется Положением о соревновании.

Спортивная классификация ЕВСК насчитывает девять ступеней (три юношеских разряда, четыре взрослых и два спортивных звания). При разработке ЕВСК по самбо среди глухих необходимо было определить параметры и условия присвоения для каждой и ступеней.

Метод разработки ЕВСК

Важнейшей методологической проблемой при создании ЕВСК по самбо глухих явилось выбор и обоснование стратегии и оценки технической подготовленности инвалидов по слуху – лиц, обладающих когнитивной депривацией [4, 5].

На основе проведенных исследований – анализа литературных источников, экспертных заключений специалистов в области самбо, был выбран критериально-ориентированный подход [6]. Критериально-ориентированный подход, нацеливающий человека на достижение определенного уровня физической подготовленности и поддержание его на заданной высоте, оптимизирует время, необходимое для достижения определенной ступени. Он способствует поддержанию своих физических кондиций на заданном уровне с минимальными временными затратами. Критериально-ориентированный подход позволяет охарактеризовать уровень развития физических качеств, владения оцениваемыми навыками и способностями. То, чем характеризуются все виды единоборств. Используемые в данном случае оценочные шкалы представляют собой допустимый уровень результа-

тов выполнения тестов в показателях, которые определяются на основании мнения специалистов, логики и практического опыта [7]. Используя критериально-ориентированный подход, нами были предложены ЕВСК для двух мастерских степеней (МСМК, МС) и четырех взрослых разрядов (КМС, I, II, III). Юношеские разряды в этом сурдлимпийском цикле не рассматривались ввиду малости участников первенств России по самбо.

В Таблицах 1–4 приведено сопоставление предлагаемой ЕВСК по самбо «спорт глухих» с уже существующими требованиями по похожим видам спорта: дзюдо и вольная борьба «спорта глухих» и САМБО.

Заключение

Используя критериально-ориентированный подход, был разработан раздел ЕВСК по самбо «спорта глухих» (табл. 1–4), утвержденный Приказом Минспорта РФ № 325 от 09.04.2018 г. [8]. Завершающей стадией формирования пакета законов регулирующих подготовку спортсменов является создание ФССП по самбо глухих, о чем будет рассказано в следующих публикациях журнала АФК.

Литература

1. Теория и организация адаптивной физической культуры / Под общ. ред. профессора С. П. Евсеева. – 3-е изд. Стереотип. – М.: Советский спорт, 2005. – 448 с.
2. В. Ю. Емельянов / Становление самбо для глухих в России // Адаптивная физическая культура №2(66), 2016 г. – С. 2–3.
3. В. Ю. Емельянов, А. П. Чайников / Анализ технической подготовленности финалистов Первого международного турнира по самбо среди инвалидов по слуху // XVI Международная научно-практическая конференция, посвященная памяти ЗМС СССР, заслуженного тренера СССР, профессора Е. М. Чумакова «Интеграция науки и практики в единоборствах» 16 февраля 2017 года / Под. ред. С. Е. Табакова, РГУФКСИТ (ГЦОЛИФК), – М. – С. 275–279.
4. А. А. Андрейкин, Д. Ю. Алексеевских, В. Ю. Емельянов, Психологические особенности обучения самбо лиц с нарушением слуха, XIII Международная научно-практическая конференция посвященная памяти ЗМС СССР, ЗТР СССР, проф. Е. М. Чумакова, «75 лет самбо. Итоги и перспективы» / Под. ред. С. Е. Табакова. – М., РГУФКСИТ, 2013 г.
5. В. Ю. Емельянов / Исследование координационных способностей у дзюдоистов с нарушением слуха / Адаптивная физическая культура №2(66), 2016 г. – С. 42–45.
6. Международная федерация САМБО. Открытие памятника Василию Ощепкову [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://sambo-fias.org/ru/news/v-moskve-sostoyalos-otkrytie-pamyatnika-vasiliyu-oshchepkovu/> (Дата обращения 9.04.2018).
7. Томилова М. В., Евсеев С. П. и др. / К вопросу о выборе стратегии тестирования

Требования и условия получения спортивного звания мастер спорта международного класса по различным видам спорта, в соответствии с утвержденной ЕВСК (с 18 лет).

Наименование соревнования	Наименование вида спорта			
	Вольная борьба (спорт глухих)	Дзюдо (спорт глухих)	САМБО (спорт глухих)	САМБО
Летние сурдлимпийские игры	1–3	1–3	1–3	---
Чемпионат мира	1–3	1–2	1–3	1–3
Кубок мира	1*	1*	1–2	1–3
Чемпионат Европы	1–2	1	1–2	1–2
Другие международные соревнования, включенные в ЕКП	1*	1*	1*	1–2*

Примечание: * спортсмен должен в предыдущем или текущем году занять 1-е место на Чемпионате России.

Требования и условия получения спортивного звания мастер спорта по различным видам спорта, в соответствии с утвержденной ЕВСК (с 16 лет).

Наименование соревнования	Наименование вида спорта			
	Вольная борьба (спорт глухих)	Дзюдо (спорт глухих)	САМБО (спорт глухих)	САМБО
Чемпионат мира	5	3–5	5	не присваивается
Кубок мира	не присваивается	не присваивается	3	не присваивается
Чемпионат Европы	3	2–3	3	не присваивается
Чемпионат России	1–2	1–2	1–2	1–6
Кубок России	1	1	1	1–5
Всемирные детские игры	–	–	1–3	–
Первенство мира	1–2	–	1–2	1–3
Другие международные соревнования, включенные в ЕКП	2	2	2–3	1–2
Другие всероссийские соревнования, включенные в ЕКП	1	1	1	1–2

Требования и условия получения спортивного разряда кандидат в мастера спорта по различным видам спорта, в соответствии с утвержденной ЕВСК (с 14 лет).

Наименование соревнования	Наименование вида спорта			
	Вольная борьба (спорт глухих)	Дзюдо (спорт глухих)	САМБО (спорт глухих)	САМБО
Чемпионат России	3	2–3	3	
Первенство России	1–3	1–2	1–2	1–5
Первенство мира	1		3	
Другие всероссийские соревнования, включенные в ЕКП	1	1–2	2–3	1–2
Чемпионат федерального округа, Москвы, Санкт-Петербурга			1	1–2
Чемпионат субъекта федерации, кроме Москвы и Санкт-Петербурга			–	1–3

Требования и условия получения первого спортивного разряда (с 14 лет).

Наименование соревнования	Наименование вида спорта			
	Вольная борьба (спорт глухих)	Дзюдо (спорт глухих)	САМБО (спорт глухих)	САМБО
Чемпионат России	не присваивается	не присваивается	5	не присваивается
Первенство России	1–2	3–4	3	не присваивается
Другие всероссийские соревнования, включенные в ЕКП	2–3	3–4	5	не присваивается
Чемпионат федерального округа, Москвы, Санкт-Петербурга	1–3	1–3	2–3	не присваивается
Чемпионат субъекта федерации, кроме Москвы и Санкт-Петербурга	1–2	1–2	1	не присваивается

уровня физической подготовленности инвалидов при выполнении ими нормативов. / Адаптивная физическая культура №1(65), 2016 г. – С. 2–5.

8. Приказ Министерства спорта РФ от 09 апреля 2018 г. № 325 О внесении изменений в приказ Минспорта России от 13 но-

ября 2017 г. № 990 «Об утверждении Единой всероссийской спортивной классификации (виды спорта не включенные в программы Игр Олимпиады, Олимпийских зимних игр, а также не являющиеся военно-прикладными или служебно-прикладными видами спорта».

Адаптивная физическая культура школьников

Гаврилов Д. Н., кандидат педагогических наук, доцент;
Савенко М. А., доктор медицинских наук, доцент;
Пухов Д. Н., научный сотрудник;
Малинин А. В., научный сотрудник.
ФГБУ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физической культуры.

Ключевые слова: адаптивная физическая культура, тестирование, оценка физического состояния, самостоятельные занятия, программы занятий адаптивной физической культурой.
Аннотация. В статье приводятся механизмы и последовательность занятий адаптивной физической культурой для школьников, имеющих ограничения по состоянию здоровья.
Контакт: health@spbniifk.ru

Adaptive Physical Training for School-Aged Children

Gavrilov D. N., PhD, Assistant Professor;
Dr. Savenko M. A., MD, Assistant Professor;
Pukhov D. N., Researcher;
Malinin A. V., Researcher.
Federal State Budget Institution «St. Petersburg Scientific-Research Institute for Physical Culture».

Keywords: adaptive physical education, testing, physical condition assessment, self-study, training programs.

Abstract. The article presents the mechanisms and sequence of adaptive physical training for students with disabilities.

Введение

Достаточно большое количество школьников, освобожденных от плановых занятий физической культурой по состоянию здоровья, на длительное время исключаются из процесса физического воспитания. Некоторые из них не используют никакие виды двигательной активности годами, что сказывается на состоянии их физического здоровья и успешности освоения своей будущей профессии. Проведение занятий адаптивной физической культурой (АФК) со школьниками, освобожденными от плановых занятий со своим классом, затруднено тем, что собрать «освобожденных» из разных классов в одну группу организационно очень трудно. По расписанию занятий разные классы занимаются физической культурой в разные дни недели и часы. Кроме того, занятия АФК могут проводить только специалисты, прошедшие обучение на специальных курсах повышения квалификации. В школах таких специалистов крайне мало.

Организация и методы исследования

Сотрудниками ФГБУ СПбНИИФК разработана технология и последовательность организации заня-

тий АФК, основанные на самостоятельных занятиях школьников при активном участии педагогов и родителей.

Организация занятий АФК состоит из нескольких этапов. Вначале «освобожденные» школьники выполняют тесты для оценки физического состояния с помощью компьютерной программы «КОСМОС». Программа не предлагает тяжелых двигательных заданий и состоит из четырех блоков. Первый блок включает измерение показателей функци-

онального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем: ЧСС, АД, ЖЕЛ. Второй блок определяет показатели физического развития: рост стоя, массу тела, окружности грудной клетки, талии, бедер, запястья. Третий блок ориентирован на показатели двигательной подготовленности: гибкости, быстроты, координации, силы. Четвертый блок оценивает показатели уровня тревожности и психоэмоционального состояния.

По результатам тестирования формируется протокол результатов с оценками каждого измеряемого



Компьютерная система «КоСМОС». Индивидуальный протокол

РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕСТИРОВАНИЯ	
Фамилия, имя, отчество:	Никитина Алена
Пол:	женский
Возраст, лет:	14
Дата и время:	27.02.2018 14:14
Характер труда:	умственный
Профессия:	учащийся
Образовательное учреждение и класс:	
Рост, см:	158 (средний)
Вес, кг:	43 (ниже среднего)
ЧСС в покое, уд./мин.:	84
АДсист. в покое, мм. рт. ст.:	106
АДдиаст. в покое, мм. рт. ст.:	71
Окружность груди в паузе, см:	80 (средняя)
ЖЕЛ, мл:	2300
Окружность талии, см:	62,0
Окружность запястья, см:	13
ЧСС в ортопробе, уд./мин.:	88
Телосложение:	астеническое
Весо-ростовое соотношение (индекс Кетле):	272 (норма)
Индекс Эрисмана, см:	1
Гармоничность развития, усл. ед.	1 (гармоничное)
Соматотип:	Мезосоматический («среднекостный»)
Жизненный индекс:	53
Силовой индекс:	49
Весо-ростовой индекс (BMI), усл. ед.:	17,22
Ситуативная тревожность:	59 (высокая)
Функциональное состояние ССС:	Высокая оценка
Уровень гибкости, см:	0 (низкий)
Уровень координации, с:	10 (низкий)
Уровень физической подготовленности, усл. ед.:	12 (средний)
Оценка физического здоровья, усл. ед.:	13 (выше среднего)
РЕКОМЕНДАЦИИ	
Вы можете заниматься физическими упражнениями по рекомендуемой программе.	
Интенсивность нагрузки по ЧСС: 169±10 уд./мин.	
Продолжительность 1 занятия: 40–50 мин.	
Число занятий: 3–4 в неделю	
Занятия избранным видом двигательной активности (видом спорта) или:	
– упражнения на гибкость: наклоны, повороты, вращения, суставная и аэробная гимнастика (5–6 упражнений по 12–15 раз, 3–4 раза в неделю по 10–15 минут);	
– упражнения на выносливость: быстрая ходьба, медленный бег, велосипед, плавание, гребля (равномерный темп 3–4 раза в неделю по 15 минут);	
– упражнения на быстроту и скоростную выносливость: прыжки, ускорения, игры (2–4 упражнения в 2–4-х сериях, 1–2 раза в неделю по 10 минут).	
Рекомендуются занятия по дополнительным программам (брошюра): для улучшения координации, повышения гибкости.	
Рекомендуются занятия релаксационной гимнастикой и закаливанием (брошюра).	
После 10–15 занятий рекомендуем пройти повторное тестирование для определения характера произошедших изменений и дополнения Вашей программы занятий.	

Рис. Протокол результатов тестирования физического состояния

показателя. Пример такого протокола представлен на рисунке.

По результатам тестирования и с учетом характера заболевания формируются подгруппы. Преподаватель, которому поручено организовать занятия АФК,



во внеурочное время собирает всех «освобожденных» школьников и на общем занятии подробно объясняет и показывает упражнения для каждого вида заболеваний. Потом эти упражнения выполняют ученики. Каждому ученику выдается методическое пособие с комплексами упражнений АФК [1].

На родительском собрании преподаватель подробно рассказывает о необходимости выполнять упражнения АФК «освобожденными» учениками дома. Далее на экране показывается урок с использованием специальных упражнений. Затем каждому родителю выдаются диски с записью различных уроков АФК. В домашних условиях ученики могут выполнять комплекс упражнений с использованием записанного на диске урока под контролем родителей.

Преподаватель, которому поручена организация АФК, периодически опрашивает учеников и их родителей о самостоятельных занятиях.

Через два-три месяца самостоятельных занятий проводится повторное тестирование. По результатам тестирования вносятся коррективы в программы занятий. Организация занятий АФК проводится при обязательном участии школьного врача и медицинской сестры.

Подобная практика организации занятий АФК проводится в одной из школ Санкт-Петербурга при участии преподавателя физической культуры О. В. Ивановой.

Заключение

Исключение большого количества учащихся из процесса физического воспитания по состоянию здоровья заставляет искать пути решения данной проблемы. Одним из способов решения является организация самостоятельных занятий учащимися при обязательном контроле со стороны преподавателей физической культуры, медицинских работников и родителей. Практика организации и проведения таких занятий дает положительные результаты. Серьезным препятствием для организации и проведения занятий АФК в школах является недостаточное количество педагогов, прошедших специальное обучение на курсах повышения квалификации.

Литература

1. Евсеев С. П. Адаптивное физическое воспитание учащихся общеобразовательных школ: методическое пособие [Текст] / С. П. Евсеев, Е. Е. Романова, О. Э. Аксенова, А. Г. Комков. – СПб: СПбНИИФК, 2006. – 96 с.
2. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 т. Т. 2: Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов [Текст] / Под общей ред. проф. С. П. Евсеева. Москва. – Советский спорт, – 2005. – 448 с.
3. Гаврилов Д. Н. Использование компьютерной программы для оценки физического состояния детей школьного возраста [Текст] / Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Урок физической культуры в XXI веке» / Д. Н. Гаврилов, А. В. Малинин, Д. Н. Пухов – Сургут, 2014. – С. 45–48
4. Инновационные технологии адаптивной физической культуры, физической культуры и спорта в практике работы с инвалидами и другими маломобильными группами населения: учебное пособие; [под ред. С. П. Евсеева]. – СПб.: Галлея принт, 2011. – 256 с.

Специфические особенности годового планирования подготовки в плавании спорта слепых

Халикова И. И., аспирант;

Клешнев И. В., кандидат педагогических наук, доцент, ведущий научный сотрудник;

Халиков Д. М., аспирант.

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физической культуры».

Тверяков И. Л., заслуженный тренер России, старший тренер спортивной сборной команды России по плаванию спорта слепых.

ФГБУ «Центр спортивной подготовки сборных команд России», Москва.

Ключевые слова: паралимпийский спорт, паралимпийское плавание, спорт слепых, годовой план подготовки, периодизация, тренировочный процесс, централизованная подготовка, макроцикл подготовки, тренировочные мероприятия, тренировочные занятия.

Аннотация. В статье рассматриваются особенности годового планирования спортсменов-пловцов с нарушением зрения. Определена структура годового планирования в подготовке спортсменов с нарушением зрения. Выявлены основные отличия в подготовке спортсменов-инвалидов с нарушением зрения.

Контакт: irina.khalikova.92@mail.ru; kx92@bk.ru; igor12klv@rambler.ru; tver.swim.ru@mail.ru; danil.khalikov.92@mail.ru

Features of the annual planning in blind sports on the example of swimming

Halikova I. I., postgraduate student;

Kleshnev I. V., PhD, Associate Professor;

Halikov D. M., postgraduate student.

Federal State Budget Institution «St. Petersburg Scientific Research Institute of Physical Culture».

Tveryakov I. L., Honored coach of the Russian Federation, Senior coach of the Russian national team in swimming (Blind sport).

Federal State Institution «Center of Sports preparation of combined teams of Russia», Moscow.

Keywords: Paralympic sport, Paralympic swimming, blind sports, acuity, annual training plan, periodization, training process, centralized training, training events, training sessions.

Abstract. In the article show the features of the annual planning of athletes with visual impairment. The structure of the annual planning in the preparation of athletes with visual impairment is defined. The main differences in the training of disabled athletes from healthy swimmers are revealed.

Введение

Принципиальная особенность годичной подготовки состоит в том, что она строится на основе относительно самостоятельных структурных образований, все элементы которых объединены общей педагогической задачей – достижение состояния наивысшей готовности спортсмена, обеспечивающего успешное выступление в основных спортивных соревнованиях [7-10].

Основной построения эффективного плана годичной подготовки спортсмена является представление о периодизации тренировочного процесса, закономерности набора поддержания и временной утраты «спортивной формы» (состояния максимальной готовности к достижению высокого спортивного результата).

В этой связи, Главной целью тренировок спортсмена является достижение максимальной результативности во время основных соревнований

года. На этом основании можно выделить следующее положение: для того, чтобы спортсмен достиг наивысшего уровня результативности, должна быть обеспечена соответствующая периодизация и планирование годовой программы, за счет чего осуществляется последовательное и методическое развитие умений и навыков спортсмена на протяжении года [1-13]. Специфика построения индивидуального плана годичной подготовки во многом определяется индивидуальными особенностями спортсмена, в том числе и врожденными генетическими [13].

Современная система периодизации спортивной тренировки определяет, что годовой тренировочный цикл (макроцикл) делится на три основных этапа тренировок: подготовительный этап (период перед соревнованием), соревновательный этап (период соревнований) и переходный этап (период отсутствия регулярных соревнований) [1, 6]. Каждый из этих

этапов макроцикла подготовки имеет свои, особенные цели и соответствующие задачи подготовки, свою структуру тренировочного процесса, которая определяется преимущественной направленностью подготовки, соотношением объема и интенсивности, средств и методов подготовки.

Анализ макроцикла подготовки высококвалифицированных спортсменов в плавании спорта слепых очень часто зависит от организации и реализации централизованной подготовки спортсменов по программе подготовки паралимпийской сборной команды России.

Под централизованной подготовкой понимается проведение тренировочных мероприятий (ТМ) в рамках календарного плана утвержденного Министерством спорта Российской Федерации.

Тренировочные мероприятия включают в себя: тренировочные занятия, научное и медицинское обеспечение, которые направлены на мониторинг, корректировку тренировочного процесса, а также оказание необходимой помощи спортсменам для достижения запланированных спортивных задач.

Тренировочные занятия являются самыми малыми завершёнными структурными компонентами системы спортивной подготовки. Объединённые в определённую последовательность, тренировки образуют более крупные циклы и этапы подготовки [3, 13].

В плавании спорта слепых есть специфические ограничения, не позволяющие в полной мере использовать такие параметры подготовки, которые применяются в практике здоровых пловцов. В связи с этим необходим учет физической нагрузки, которая может отрицательно повлиять на функцию зрения и состояние здоровья спортсмена-инвалида [2, 4, 5, 11].

Методика

Для анализа технологии планирования годичной подготовки высококвалифицированных спортсменов в плавании спорта слепых был проведен опрос ведущих тренеров сборной команды России, которые в своей карьере многократно готовили победителей и призеров международных соревнований, чемпионатов Европы, мира, Паралимпийских игр. Проведено также ретроспективное исследование документов планиро-

вания процесса подготовки сильнейших спортсменов в плавании спорта слепых. Важную информацию для понимания построения годичного цикла дает календарь соревнований в различных, ведущих в данном виде спорта, странах. В этом аспекте соотношение отборочных соревнований и основных стартов сезона показывают границы основных этапов годичного цикла.

При планировании годичной подготовки в плавании спорта слепых учитывается время восстановительного периода (переходного периода) после окончания предыдущего цикла подготовки, то есть основного старта года.

Таким образом, последние 3–4 месяца года вливается в календарный год каждого макроцикла подготовки. Поэтому фактически планируется 16 месяцев в подготовке годового плана.

В годовом планировании приходится учитывать отсутствие централизованной подготовки до проведения Кубка России (декабрь) и Чемпионата России (апрель), так как Министерство спорта не предоставляет возможность централизованной подготовки для более сильных спортсменов, так как все спортсмены должны готовиться к этим стартам в равных условиях.

Поэтому годовой цикл имеет трехцикловую структуру, каждый из которых длится 16–18 недель:

1) первый цикл осуществляется без централизованной подготовки и заканчивается Кубком России, который проходит в декабре месяце;

2) второй цикл осуществляется без централизованной подготовки и заканчивается Чемпионатом России, который проходит в апреле-мае;

3) третий цикл заканчивается официальными международными стартами (август-сентябрь месяцы).

В календаре международных соревнований в осенний период практически не проводятся соревнования для инвалидов, а все старты и классификация спортсменов с нарушением зрения, как правило, выпадают на весенний период. Получается, что в течение сентября-февраля месяцев сильнейшие спортсмены мира готовятся к весенне-летним стартам. Так, например, по информации о проведении внутренних Чемпионатов отдельных стран мира, которые являются отборочными к основным стартам сезона, их последний цикл под-

готовки составляет от 12 до 18 недель. Например, Чемпионат Германии всегда заканчивался за 12 недель до основного старта.

Если здоровые спортсмены в году имеют возможность участвовать в большом количестве соревнований (от 10-ти и более), то в плавании спорта слепых таких стартов бывает не более пяти. Это связано, прежде всего, с особенностью международного календаря паралимпийцев, который в свою очередь учитывает ограниченные возможности спортсменов-инвалидов, так как каждый старт или соревнование, является для них стрессовыми, их большое количество может привести к осложнению основных заболеваний.

Надо учитывать, что на основании стандартов объем нагрузки в часах у спортсменов-инвалидов уступает объемам нагрузки здоровых пловцов, в среднем на 20 %.

Особенность в программах соревнований заключается, в том, что официально медали разыгрываются по 7 видам программы, в каждом классе среди мужчин и женщин, а в здоровом плавании количество разыгрываемых видов в 2–3 раза больше, в зависимости от уровня соревнований.

Также можно отметить большое отличие в объемах тренировочных нагрузок и в интенсивности тренировочной работы у спортсменов-инвалидов с различной тяжестью поражения зрения.

Заболевания, связанные с внутриглазным давлением, не позволяют многим спортсменам выполнять упражнения прыжкового характера и многие силовые упражнения. В этой связи необходимо констатировать, что особенности основного заболевания спортсмена-инвалида определяют, как подбор специальных упражнений, так и дозирование, и распределение нагрузки на различных этапах подготовки.

Всё же, иногда, пловцы первой группы – тотально слепые – способны выполнять упражнения, имеющие ограничения для спортсменов с остатком зрения, например, прыжки и силовые упражнения с большими весами, т. е. такие, которые по основному заболеванию им не противопоказаны.

Заключение

Таким образом, особенностью подготовки спортсменов инвалидов по зрению, являются ограничения:

по времени нагрузки, по объему и интенсивности, которые связаны с особенностями заболеваний данной категории людей. Дальнейшее совершенствование системы планирования подготовки спортсменов, связано с оптимизацией и распределением тренировочных нагрузок, что является целью наших исследований – повышение качества тренировочного процесса.

Литература

1. Бомпа Т., Буццичелли К. Периодизация спортивной тренировки. – М.: Спорт, 2016. – 384 с.
2. Глушков С. И. Периодизация спортивной тренировки в паралимпийском спорте / С. И. Глушков, И. В. Клешнев // Инновационные технологии в системе подготовки спортсменов-паралимпийцев: Сборник материалов Всерос. научн.-практ. конф. с международ. участием (10-11.12.2015, Санкт-Петербург). – СПб, 2015. – С. 65-70.
3. Иссурин В. Б. Подготовка спортсменов XXI века: научные основы и построение тренировки / В. Б. Иссурин. – М.: Спорт, 2016. – 464 с.
4. Клешнев И. В., Клешнев В. В., Мосунов Д. Ф., Белоусов С. И. Основные направления совершенствования специальной подготовленности высококвалифицированных спортсменов в паралимпийском плавании. Методические рекомендации. – СПб.: ФГБУ СПбНИИФК, 2016. – 44 с.
5. Клешнев И. В. Структура тренировочного процесса высококвалифицированных пловцов-паралимпийцев / И. В. Клешнев, Д. Ф. Мосунов, Ю. А. Назаренко, И. Л. Тверяков // Паралимпийское плавание. Гидрореабилитация / ФГОУ ВПО НГУ им. П. Ф. Лесгафта. – СПб: Плавин, 2009. – С. 18–23
6. Новикова Н. Б., Гольберг Н. Д., Иванова И. Г., Котелевская Н. Б., Злыднев А. А., Захаров Г. Г., Муравьев-Андрейчук В. В. Планирование годичной подготовки паралимпийцев в циклических видах спорта. Методические рекомендации. – СПб.: ФГБУ СПбНИИФК, 2016. – 44 с.
7. Платонов В. Н. Система подготовки спортсменов в олимпийском спорте. Общая теория и ее практические приложения / В. Н. Платонов. – К.: Олимпийская литература, 2004. – 808 с.
8. Мосунов Д. Ф., Мосунова М. Д., Назаренко Ю. А., Клешнев И. В., Павлукевич К. Н., Макеев А. С. Технология реализации резерва совершенствования Спортивно-технической подготовки паралимпийского пловца. / Ученые записки университета имени П. Ф. Лесгафта №8 (150), 2017. – С. 75-80.
9. Мосунов Д. Ф. Оценка кинетической энергии цикла перемещения системы пловца-вода. / Ученые записки университета имени П. Ф. Лесгафта №4 (146), 2017. – С. 138-142.
10. Клешнев И. В., Халиков Д. М., Тверяков И. Л., Тверякова И. И. Специфика двигательных функций спортсменов в плавании спорта слепых. / Адаптивная физическая культура. №2 (70), 2017. – С. 20-21.
11. Клешнев И. В., Клешнев И. В., Мосунов Д. Ф., Белоусов С. И. Основные направления совершенствования специальной подготовленности высококвалифицированных спортсменов в паралимпийском плавании. Методические рекомендации: Минспорт РФ, СПбНИИФК. – СПб. 2016. 44 с.
12. Клешнев И. В. Анализ тренировочного процесса пловцов – паралимпийцев // Адаптивная физическая культура. №1 (37), 2009. – С. 9-12.
13. Клешнев И. В., Тверяков И. Л. Типологические особенности в аспекте планирования процесса подготовки высококвалифицированных пловцов // Теория и практика физической культуры. №3, 2008. – С. 62-66

Сравнительный анализ результатов исследования статокINETической системы у спортсменов-единоборцев в морфологическом аспекте

Батыршина Г. Р., аспирантка;
Батуева А. Э., доктор медицинских наук, профессор.
Южно-Уральский государственный университет,
г. Челябинск

Ключевые слова: спортсмены-единоборцы, соматотип, соединительно-тканная дисплазия, стабилметрия, постуральные мышцы, фазические мышцы, мышечные цепи, нейромускульный контроль, подвесные системы.

Аннотация. В статье представлены результаты исследования статокINETической системы спортсменов-единоборцев в возрасте 19–22 лет. Согласно соматотипу спортсменов выделены подгруппы – астеническая и нормостеническая. Результаты обследования свидетельствуют о положительном влиянии тренировочного процесса на проприоцептивное звено в сохранении равновесия тела в вертикальном положении. Проведено тестирование мышечных лент с помощью кинезиотерапевтической установки по диагностическому протоколу «Экзарта». Выявлены особенности спортсменов астенического телосложения в виде нарушений последовательности включения позных и фазических мышц. Предложены рекомендации по оптимизации тренировочного процесса в зависимости от соматотипа единоборцев.

Контакт: gulsira1600@mail.ru, batueva_ae@mail.ru



Comparative analysis of the results of the study of the statokinetic system in martial arts athletes in the morphological aspect

Batyrshina G. R., postgraduate student;
Dr. Batueva A. E., MD, Professor.
South Ural State University, Chelyabinsk.

Keywords: single combat athletes, somatotype, connective tissue dysplasia, stabilometry, postural muscles, phasic muscles, muscle chains, neuromuscular control, suspension systems.

Abstract. The article presents the results of the study of the stato-kinetic system of martial arts athletes at the age of 19-22. According to the somatotypes of the athletes, subgroups are distinguished - asthenic and normosthenic. The results of the survey indicate a positive effect of the training process on the proprioceptive link in maintaining the body's equilibrium in an upright position. The testing of muscle bands was carried out with the help of a kinesiotherapy unit using the diagnostic protocol of Exart. Features of athletes of asthenic physique in the form of violations of the sequence of inclusion of pozie and phasic muscles are revealed. Recommendations for optimization of the training process are suggested depending on the somatotype of the martial artists.

Введение

Постоянные тренировочные и соревновательные нагрузки, низкая эффективность профилактических, восстановительных и лечебных мероприятий, проводимых для спортсменов, являются причинами увеличения травм позвоночника и крупных суставов атлетов [1]. Возможно, именно этим обусловлено то, что в последнее время подвесные системы («Экзарта», Redcord, Go Flo, TRX и др.) привлекают все большее внимание, как спортсменов, так и тренеров [3, 7, 9]. Подвесные технологии позволяют выявлять слабые звенья мышечных цепей и тренироваться в более сложном, но, одновременно, безопасном режиме, уделяя больше внимания тем мышцам, в которых выявлена слабость, что позволяет улучшить контроль тела в экстремальных положениях тела [8].

В то же время результаты многочисленных исследований показывают, что тренировочный процесс должен соответствовать морфологическим особенностям атлетов. Особенности строения тела оказывают существенное влияние на проявление силы, скорости, выносливости, на реактивность организма и его адаптацию к факторам внешней среды. Соматотип спортсмена согласно результатам исследования группы ученых под руководством Э. Г. Мартиросова (1985–2017 гг.) необходимо учитывать при выборе интенсивности тренировочной нагрузки, их частоты и процедур восстановления.

Экспериментальная часть

С целью комплексной оценки функциональной подготовленности мо-

торных структур ЦНС в зависимости от соматотипа и спортивного стажа были обследованы две группы спортсменов-единоборцев смешанного стиля (рукопашный бой, самбо, грэпплинг): первая группа – занимающиеся более трех лет (20 чел.), вторая группа – новички, стаж занятий не более шести месяцев (18 чел.). Тип телосложения нами определялся по методике В. М. Черноуцкого (1938). У лиц астенического телосложения при осмотре были выявлены стигмы соединительно-тканной дисплазии в количестве от 4 до 6, что соответствует легкой степени ее выраженности [2]. Для изучения статокINETической системы, а значит и функциональной подготовленности спортсменов-единоборцев, мы использовали два метода исследования: стабилметрия с помощью аппарата Стабилан-01 и тестирование мышечных лент на кинезиотерапевтической установке по диагностическому протоколу «Экзарта».

Стабилметрия эффективно оценивает биомеханические показатели вертикальной позы человека, являющейся динамическим процессом [1]. Нами анализировались следующие показатели: коэффициент Ромберга и площадь статокИНЕЗИОграммы. Коэффициент Ромберга позволяет количественно определить соотношение между зрительной и проприоцептивной системами для баланса в основной стойке [4].

Результаты и их обсуждение

Получены следующие результаты обследования: коэффициент Ромберга в процентах в 1-й группе: астеники ($n = 9$) — $180,44 \pm 35,20$, нормостеники ($n = 11$) — $172,18 \pm 8,83$; а во 2-й группе: астеники ($n = 12$) — $175,29 \pm 11,85$, нормостеники ($n = 8$) — $168,91 \pm 8,52$. Достоверной разницы между показателями спортсменов 1-й и 2-й групп не выявлено, как и по показателям данного коэффициента в зависимости от соматотипа спортсмена. В то же время отмечается тенденция к повышенным значениям коэффициента Ромберга у астеников в обеих группах. По нашему мнению, это свидетельствует о снижении активности проприоцептивного звена статического равновесия.

Таблица

Площадь статокинезиограммы спортсменов-единоборцев, мм²

Тип телосложения	ОС ГО	Л ГО	П ГО	ОС ГЗ	Л ГЗ	П ГЗ
Группа 1						
Астеники, n=9	87,27±41,87	90,58±35,38	84,92±27,54	122,99±52,92	109,21±37,06	128,74±45,24
Нормостеники, n=11	75,96±34,49	85,50±44,75	84,52±50,13	94,05±38,62	92,54±45,96	82,72±23,08
Группа 2						
Астеники, n=9	61,34±24,73	97,78±78,92	103,89±65,07	119,95±62,91	154,43±96,79	132,43±51,83
Нормостеники, n=9	83,02±32,86	92,55±45,31	110,14±63,08	109,79±54,88	141,21±81,31	143,58±78,34

Примечание: ОС ГО – основная стойка глаза открыты, Л ГО – поворот головы влево глаза открыты, П ГО – поворот головы вправо глаза открыты; ОС ГЗ – основная стойка глаза закрыты; Л ГЗ – поворот головы влево глаза закрыты; П ГЗ – поворот головы вправо глаза закрыты.

Другим показателем стабилотрафии, характеризующим поверхность, занимаемую статокинезиограммой, является ее площадь (Sst), измеряемая в мм² (табл.). В 1-й группе у спортсменов астенического телосложения в пробе с поворотом головы выявлено при открытых глазах уменьшение Sst при повороте вправо, при закрытых глазах – при повороте влево. Возможно, это обусловлено особенностями упругости соединительной ткани лиц астенического телосложения, что способствует нестабильности позвонков в горизонтальной плоскости. У нормостеников выявлено снижение Sst при закрытых глазах при повороте в обе стороны; это, по нашему мнению, обусловлено с хорошо развитым у них проприоцептивным звеном в сохранении равновесия тела в вертикальном положении. Во 2-й группе отмечено увеличение Sst при повороте головы в обе стороны в пробе с открытыми глазами и особенно увеличивается в пробе с закрытыми глазами, что свидетельствует о том, проприоцептивное звено статического равновесия, как и окуловестибулярный рефлекс спортсменов с меньшим стажем спортивно-тренировочного процесса недостаточно развиты. Особенно выражены такие изменения в группе астеников, что, по нашему мнению, также обусловлено проявлением соединительно-тканной дисплазии.

На втором этапе нашего исследования спортсмены-единоборцы были протестированы на статическую и динамическую выносливость позных мышц и оптимальность последовательности включения позной подпрограммы различных мышечных лент [5, 8, 9]. Для этого мы использовали кинезиотерапевтическую установку по диагностическому протоколу «Экзарта», представленному

в виде двенадцати тестов [6]. Анализ данных исследования выявил слабые мышечные звенья в обеих группах спортсменов. Результаты тестирования мышечных лент свидетельствуют о том, что у спортсменов астенического телосложения ниже результаты при нагрузке на приводящие и отводящие мышцы бедра (3,44±1,01), межлопаточную группу мышц (4,33±0,67) в 1-й группе и во 2-й группе спортсменов соответственно: (3,34±1,01) и (3,39±0,82). У спортсменов нормостенического телосложения 1-й группы выявлено снижение показателей тестов межлопаточной группы (3,85±0,80), как и во 2-й группе (3,39±0,55). Понижение функциональной стабильности бедер в подгруппе астеников свидетельствует о том, что у них чаще отмечается нарушение последовательности включения позных и физических мышц на пояснично-крестцовом уровне. По-видимому, это обусловлено тем, что у данной группы спортсменов чаще выявляется нестабильность на уровне пояснично-крестцового перехода, что способствует снижению нейромоторного контроля мышц нижних конечностей. Более низкие результаты тестирования межлопаточной группы мышц у спортсменов астенического и нормостенического телосложения, вероятно, обусловлены особенностями тренировочного процесса. Хотя, результаты тестирования мышц данной зоны у спортсменов с большим стажем тренировок, выше, чем у единоборцев 2-й группы.

Выводы

1. Результаты исследования площади статокинезиограммы свидетельствуют о том, что более длительный тренировочный процесс спортсменов-единоборцев способствует развитию у них проприоцептивного

звена в сохранении равновесия тела в вертикальном положении; у спортсменов астенического телосложения проприоцептивное звено тренируется медленнее, чем у нормостеников.

2. Тестирование мышечных лент с помощью кинезиотерапевтической установки по диагностическому протоколу «Экзарта» позволил выявить особенности спортсменов астенического телосложения и виде более часто встречающихся нарушений последовательности включения позных и физических мышц на уровне тазового пояса.

3. Спортсменам-единоборцам астенического телосложения рекомендуем включить в тренировочный процесс дополнительно упражнения на позные мышцы тазового пояса;

4. Спортсменам-единоборцам независимо от типа телосложения необходимо сделать акцент в тренировочном процессе на гармоничное развитие мышц грудной клетки.

Литература

1. Гаже П. -М. Постурология. Регуляция и нарушения равновесия тела человека / П. -М. Гаже Б. Вебер. – СПб: МАПО, 2008. – 314 с.
2. Кадурина Т. И. Дисплазия соединительной ткани / Т. И. Кадурина, В. Н. Горбунова. – СПб: ЭЛБИ, 2009. – 704 с.
3. Люн К. Тренировки с подвесными ремнями / К. Люн, Л. Чоу. – Минск: Поппури, 2016. – 144 с.
4. Скворцов Д. В. Стабилометрическое исследование. Краткое руководство / Д. В. Скворцов – М.: Маска, 2010. – 176 с.
5. Холмогорова Н. В. Связь позных компонентов и локального произвольного движения у взрослых и детей 4-5-6- лет: автореферат дисс...канд. биол. наук. – Москва, 1985. – 24 с.
6. Экзарта Silver // Справочное руководство. – Н. Новгород: МАДИН. – 135 с.
7. Horak F. B. Central Programming of postural movements: adaptation to altered support-surface configuration / F. B. Horak, L. M. Nashner // J. Neurophysiol. – 1986. – № 55. – P. 1369–1381.
8. Seiler S. Effects of Sling Exercise Training on maximal clubhead velocity in junior golfers / S. Seiler, P. T. Skaanes, G. Kirkesola // Medicine & Science in Sports & Exercise. – 2006. – 38(5): S286.
9. Tsao H., Hodges P. W. Immediate changes in feedforward postural adjustments following voluntary motor training. Exp Brain Res 2007; 181 (4):537-46.

Воспитание гуманизма у подростков средствами адаптивного спорта

Бегидова Т. П., кандидат педагогических наук, профессор;

Буданова Н. А., студентка.

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный институт физической культуры».

Фролова С. В., доцент;

Швачун О. А., кандидат педагогических наук, доцент.

ФГБОУ ВО «Центральный филиал Российского государственного университета правосудия», г. Воронеж.

Ключевые слова: движение Специальной Олимпиады, толерантное отношение к лицам с ограниченными возможностями здоровья, сельская школа, колледж.

Аннотация. В статье рассматриваются вопросы гуманистического воспитания сельских и городских учащихся на основе формирования толерантного отношения к лицам с ограниченными возможностями здоровья. Предлагаются технологии применения программ Специальной Олимпиады в массовых физкультурно-спортивных мероприятиях.

Контакт: begidova@yandex.ru

Humanism education in teenagers by means of adaptive sports

Begidova T. P., PhD., Professor;

Budanova N. A., student.

Federal State Educational Institution of Higher Education Voronezh State Institute of Physical Culture.

Frolova S. V., docent;

Shvachun O. A., PhD., associate professor

Central Branch of the Russian State University of Justice, Voronezh

Keywords: Special Olympics movement, tolerant attitude towards persons with disabilities, rural school, college.

Abstract. The article deals with the issues of humanistic education of rural and urban students on the basis of the formation of tolerant attitudes towards people with disabilities. The authors propose application technologies of the Special Olympics programs in mass sports and sports events.

Введение

В настоящее время вопросы гуманизации физкультурного образования в России ни у кого не вызывают сомнения. Государственная политика переориентировалась на индивидуализацию в подготовке к жизни каждого гражданина, что означает приоритет интересов развития личности над обществом, то есть, бережное отношение к людям. Данное положение в первую очередь касается спорта.

Спорт должен нести в современное общество идеалы гуманизма, что подтверждается появлением похожих проектов в разных странах мира: «Честная игра» или «Справедливость» – в мировом олимпийском движении, «Спартианские игры» – в России, «Всемирные игры для школьников» – в США, «Федеральные игры молодежи» – в Германии и др. Все эти мероприятия основываются на взаимопомощи, творчестве, гуманном отношении к соперникам, и направлены, в первую очередь, на детей, подростков и молодежь.

Адаптивная физическая культура, используя естественную потреб-

ность человека в движениях, играх, проявлениях эмоций, общении, имеет большой потенциал воздействия на сферы жизнедеятельности. Она предлагает претворение в жизнь гуманного отношения к лицам с ограниченными возможностями здоровья [1]. В последние годы в российском обществе Паралимпийскому и Сурдлимпийскому движениям уделяют все больше внимания. Но сведения о самом массовом социальном движении – Специальной Олимпиаде (для лиц с нарушением интеллекта или прочих адаптационных способностей) распространены недостаточно.

Проведенный анализ и практические наблюдения показали, что, создавая у молодежи представления об адаптивном спорте и спортивных движениях лиц с инвалидностью, можно решать задачи не только физического, но и гуманистического воспитания. Таким образом можно сформировать толерантное отношение подростков к лицам с ограниченными возможностями здоровья на примере адаптивного спорта, что особенно актуально в период разви-

тия инклюзивного образования в России и мире.

Цель исследования состоит в воспитании гуманизма у подростков путем формирования толерантного отношения к лицам с ограниченными возможностями здоровья средствами физической культуры и спорта.

Гипотеза: внедрение проекта «Спорт без границ» по гуманистическому воспитанию учащихся средствами физической культуры и спорта будет способствовать формированию толерантного отношения к людям с ограниченными возможностями здоровья и здорового образа жизни.

Задачи исследования:

1. Предоставить учащимся информацию о гуманистических ценностях, адаптивном спорте и движении Специальной Олимпиады.

2. Выявить эффективные средства, формы и методы физической культуры в нравственном и гуманистическом воспитании учащихся образовательных учреждений.

3. Разработать и экспериментально обосновать методику применения организационно-методических подходов для воспитания гуманизма у подростков путем формирования у них толерантного отношения к лицам с ограниченными возможностями здоровья и привлечения к занятиям физической культурой и спортом.

Для решения поставленных задач использовались общепринятые **методы исследования:** анализ и изучение научной литературы и интернет-ресурсов; анкетирование; беседы; педагогический эксперимент; методы математической статистики.

Научная новизна исследования состоит в теоретическом и практическом обосновании эффективности применения методики, направленной на формирование у подростков толерантного отношения к лицам с ограниченными возможностями здоровья и мотивации к физкультурно-оздоровительным занятиям. Методика содержит предоставление учащимся материала по вопросам гуманистического образования и адаптивного спорта (на примере движения Специальной Олимпиады).

Теоретическая значимость изыскания заключается в разработке эффективных форм воспитательной работы с подрастающим поколением на основе ценностей гуманистического образования. Полученные результаты исследования способствуют модернизации и гуманизации воспитательного процесса и внедрению инклюзивного образования в образовательных учреждениях.

Результаты и их обсуждение

Нами был разработан проект «Спорт без границ» с проведением спортивно-массовых мероприятий на базе сельского и городского образовательных учреждений. Использовалась гуманистическая функция адаптивной физической культуры и подпрограммы Специальной Олимпиады: «Спортсмен-Лидер» «Объединенный спорт» и «Присоединяйтесь!» [2, 3, 4, 5, 6].

Первым этапом проектной деятельности стало проведение анкетирования для определения:

а) уровня осведомленности по вопросам адаптивной физической культуры и спортивных движений лиц с ограниченными возможностями здоровья (в том числе движения Специальной Олимпиады),

б) отношения к лицам с инвалидностью среди 32 учащихся Ермоловской СОШ Лискинского района Воронежской области и 36 учащихся колледжа Центрального филиала Российского государственного университета правосудия (г. Воронеж).

Опрос подрастающего поколения показал, что лишь 3 человека (9,4 %) среди сельской молодежи и 2 человека (5,6 %) среди городских подростков смогли вспомнить о существовании Специальной Олимпиады и участвующих в этом движении воронежских спортсменов. Результаты анкетирования подтвердили, что молодежь практически не знает о спортсменах с ограниченными возможностями здоровья и, порой, не воспринимает их, как равноправных членов общества. Это свидетельствует о недостатках в работе образовательных учреждений по нравственному воспитанию подростков.

Затем с молодежью 2 раза в неделю в течение двух месяцев проводились факультативные занятия по вопросам гуманистических ценностей, истории развития адаптивного спорта, акцентируя внимание на достижениях спортсменов с инвалидностью.

Вторым этапом работы, который состоял из двух блоков, стало проведение в образовательных учреждениях встречи с членом правления Специальной Олимпиады России, членом Совета Лидеров Специальной Олимпиады Европы/Евразии, профессором ВГИФК Т. П. Бегидовой и с гимнастом, многократным чемпионом Всемирных и Европейских игр Специальной Олимпиады С. Аллабердыевым. В процессе беседы большое внимание уделялось социальному спортивному движению – Специальной Олимпиаде, демонстрировались медали, завоеванные атлетом на соревнованиях.

Во втором блоке этого же этапа был проведен практический мастер-класс с учащимися, включавший:

а) разминку;

б) гимнастические упражнения, входящие в соревновательную программу движения Специальной Олимпиады,

в) комплекс упражнений ОФП для развития физических качеств. На практике подростки убедились, что спортсмен с интеллектуальными нарушениями выполнял не всегда доступные им упражнения, более сложные, чем требования образовательной программы по физическому воспитанию.

На третьем этапе было проведено повторное анкетирование, результаты которого показали значительное повышение уровня осведомленности молодого поколения по вопросам гуманистических ценностей, адаптивной физической культуры и спорта, в частности, движения Специальной Олимпиады. Данное положение подтверждено тем, что 23 сельских (71,9 %) и 25 городских (69,4 %) учащихся показали отличные результаты в тестировании.

Использование необычных форм, методов и средств (проведение спортивного мероприятия «Спорт без границ») вызвало познаватель-

ный интерес у учащихся, которые приобрели новые знания, способствующие формированию нравственных качеств, а также основ толерантного отношения к лицам с ограниченными возможностями здоровья. По отзывам родителей и преподавателей, после участия в проекте подростки активно заинтересовались здоровым образом жизни, физической культурой и спортом.

Выводы

1. В процессе осуществления проекта «Спорт без границ» учащимся была предоставлена информация о гуманистических ценностях, адаптивном спорте и движении Специальной Олимпиады.

2. Выбранные нами средства, формы и методы воспитания у учащихся образовательных учреждений толерантного отношения к лицам с ограниченными возможностями здоровья позволили осуществлять их нравственное и гуманистическое воспитание.

3. В результате исследования были выявлены наиболее эффективные формы и методы воспитания гуманизма у подростков с использованием средств физической культуры и спорта.

4. Внедрение в практику работы с молодежью проекта «Спорт без границ» позволило сформировать у них толерантное отношение к лицам с ограниченными возможностями здоровья, что особенно важно в развитии инклюзивного образования, и способствовало привлечению к занятиям физической культурой и спортом.

5. Вследствие проведенного эксперимента произошли достоверные изменения в оценке эффективности применяемой методики по повышению мотивации и интереса к занятиям ФК и спортом, а также возрос уровень осведомленности сельских и городских учащихся.

Практическая значимость состоит в том, что результаты исследования могут применяться в образовательных и физкультурно-спортивных учреждениях различного уровня. Прежде всего, для воспитания толерантного отношения к людям с ограниченными возможностями здоровья, пропаганды здорового образа

жизни и гуманизации общества.

Результаты исследования введены в практику воспитательной и физкультурно-оздоровительной работы Ермоловской школы Лискинского района Воронежской области и колледжа Центрального филиала Российского университета правосудия, а также используются при обучении слушателей факультета дополнительного профессионального образования, студентов высшего и среднего образования Воронежского ГИФК, что удостоверено актами внедрения.

То, что подростки, после проведения воспитательной работы, принимают людей с ограниченными возможностями здоровья на равных, свидетельствует об «исцелении» нашего общества и позволяет надеяться, что в государственные структуры в будущем придут люди, для которых

соблюдение законов – юридических и общечеловеческих станет нормой жизни, а инвалиды найдут достойное место в обществе.

Таким образом, подтверждена необходимость уделять особое внимание развитию здорового образа жизни подрастающего поколения, его гуманистическому воспитанию путем формирования толерантного отношения к лицам с ограниченными возможностями здоровья с использованием физической культуры и спорта.

Литература

1. Бегидова Т. П. Основы адаптивной физической культуры: учеб. пособие для вузов / Т. П. Бегидова. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Издательство Юрайт, 2017. – 188 с.
2. Бегидова Т. П. Патриотическое воспитание молодежи в проекте «Спорт без границ» / Т. П. Бегидова, Н. А. Буданова // Физическая культура, спорт и здоровье в современном обществе: сб. статей Всерос. с меж. участием очно-заочн. научно-практ. конф. / Воронеж: ИПЦ «Научная книга»,

2017. – С. 415 – 418.

3. Бегидова Т. П. Мультидисциплинарный подход к формированию толерантного отношения школьников к лицам с ограниченными возможностями здоровья / Т. П. Бегидова, Н. А. Буданова // материалы III Всерос. научно-практ. конф. «Физическая реабилитация в спорте, медицине и адаптивной физической культуре» (16-17 июня 2017 года) / НГУ им. П. Ф. Лесгафта, СПб., 2017. – С. 77 – 79.

4. Буданова Н. А. Историко-патриотическое воспитание школьников в проекте «Спорт без границ» / Н. А. Буданова, Т. П. Бегидова // Технологии историко-патриотического воспитания населения России: материалы Всерос. конкурса студентов и аспирантов. – Сочи: РИЦ ФГБОУ ВО «СГУ», 2017. – С. 2017 – 219.

5. Дверь в мир [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://www.doorinworld.ru/stati/851-speczialnaya-olimpiada-rossii-polegkoj-atletike> (Дата обращения 11.05.2017).

6. Совершенствование системы управления адаптивной физической культурой и контроля спортивной подготовки для комплексной реабилитации и социальной интеграции инвалидов, лиц с ограниченными возможностями здоровья [Текст]: коллект. моногр. / Под общ. ред. проф. Т. П. Бегидовой. – Воронеж: ООО «ПТ», 2017. – 272 с.

Модель инклюзивного образовательного процесса по физическому воспитанию школьников с отклонениями в состоянии здоровья

Запольский А. В., педагог по физической культуре. МБОУ «СОШ №26», г. Абакан.

Михалёв А. С., педагог по физической культуре. МБОУ «СОШ №5» г. Абаза.

Андреев В. В., кандидат педагогических наук. Отдел по делам образования Администрации г. Абаза.

Коновалов И. Е., доктор педагогических наук, доцент. ФГБОУ ВПО «Поволжская государственная академия физической культуры, спорта и туризма», г. Казань.

Ключевые слова: отклонения в состоянии здоровья, модель инклюзивного образовательного процесса, специальная медицинская группа, карточки-задания, интеграция, нозологические группы, принципы АФК.

Аннотация. В статье представлена модель инклюзивного образовательного процесса по физическому воспитанию школьников с отклонениями в состоянии здоровья, отнесенных к специальной медицинской группе. Содержит в себе методические рекомендации по организации уроков физической культуры совместно детей отнесенных к СМГ и здоровых школьников.

Контакт: andreev2010-62@mail.ru

The model is inclusive of the educational process in physical education students with deviations in health status

Zapolskiy A. V., the teacher of physical culture, School. №26, Abakan;

Mikhalev A. S., the teacher of physical culture, School. №5, Abaza;

Andreev V. V., candidate of pedagogical Sciences. The Department for education of Administration of Abaza;

Konovalev I. E., doctor of pedagogical Sciences, associate Professor;

FGBOU VPO «Povolzhskaya state Academy of physical culture, sport and tourism», Kazan.

Keywords: deviations in health status, the inclusive education model, special medical group, the task cards, integration, nosological groups, AFC principles.

Abstract. The article presents the model of inclusive educational process on physical education of pupils with deviations in health status assigned to a special medical group. Contains methodical recommendations on the organization of lessons of physical culture together of the children carried to SMG and healthy schoolboys.

Актуальность

В соответствии с требованиями ФГОС нового поколения, главной целью программы по формированию здорового образа жизни является сохранение и укрепление физического и психического здоровья школьников как одной из ценностных составляющих, способствующих познавательному и эмоциональному развитию [1].

При выборе стратегии по реализации программы существует необходимость

учитывать возрастные психологические и психофизические характеристики детей, индивидуально-психологические особенности их личности и физического состояния. Это является существенным и обязательным компонентом здоровьесберегающей работы образовательного учреждения, наравне с созданием благоприятного психологического климата, обеспечивающего организацию инклюзивного учебного процесса в системе физкультурно-оздоровительной работы [2].

Проблема физического воспитания в рамках инклюзивного образовательного процесса школьников с отклонениями в состоянии здоровья, отнесенных к специальной медицинской группе (СМГ), по настоящее время в полном объеме не решена на территории Российской Федерации. Дети, отнесенные к СМГ, чаще всего освобождается от занятий физической культурой, что уменьшает и без того их ограниченную двигательную активность. И, как следствие, в результате гиподинамии происходит

замедленное развитие функциональных возможностей сердечно-сосудистой и дыхательной систем организма, понижена сопротивляемость воздействию неблагоприятных факторов внешней среды, невозможны адекватное лечение, профилактика заболеваний и коррекция вторичных отклонений с использованием специальных физических упражнений направленного характера.

На основании вышеизложенного существует объективное противоречие между необходимостью проведения профилактики и лечения заболеваний, коррекции физических отклонений обучающихся, отнесенных к СМГ, с одной стороны, и отсутствием разработанной специальной модели организации занятий на уроках физкультуры с применением средств адаптивной и лечебной физической культуры (АФК и ЛФК) совместно со здоровыми сверстниками, с другой.

Отсюда необходимость поиска и разработки специальной модели физической реабилитации школьников, отнесенных к СМГ, с применением современных, эффективных методов и средств АФК/ЛФК на стандартных уроках физической культуры в условиях средней общеобразовательной школы (СОШ).

Цель исследования: на основе индивидуально-дифференцированного подхода разработать теоретически и экспериментально обосновать отдельную модель инклюзивного образовательного процесса по физическому воспитанию школьников с отклонениями в состоянии здоровья отнесенных к СМГ.

Организация и методика занятий

Для определения уровня состояния здоровья обучающихся и его оценке нами с участием медработников были изучены медицинские карты учащихся СОШ №4, 26 г. Абакана и СОШ №5, 50 г. Абады Республики Хакасия. Среди выявленных отклонений на первом месте по распространенности находятся нарушения опорно-двигательного аппарата – 21 % (нарушение осанки, сколиозы, плоскостопие, деформация грудной клетки), на втором месте – заболевания офтальмологического спектра 18 % (миопия, гиперметрия, косоглазие, афакия, нистагм, атрофия зрительного нерва), на третьем месте – заболевания органов дыхания 14 % (бронхиальная астма, хронические бронхиты и пневмония). Кроме этого у обучающихся выявлены эндокринная патология, заболевания сердечно-сосудистой системы, функциональные нарушения работы органов

пищеварения. У 11 % учащихся перечисленные расстройства и отклонения являются комплексными.

Исследование по разработке и формированию инновационной модели инклюзивного образовательного процесса в отношении детей с отклонениями в состоянии здоровья проводилось на базе МБОУ СОШ №26 г. Абакана. Было организовано сотрудничество и взаимодействие по внедрению инклюзивного образовательного процесса с Поволжской государственной академией физической культуры, спорта и туризма, г. Казань. Педагоги, реализующие программу осуществления профессиональной деятельности в условиях инновационного образовательного процесса, прошли переподготовку по направлению «Адаптивная физическая культура» (профиль «Физическая реабилитация и ЛФК») и курсы повышения квалификации. Участники эксперимента осмыслили социальную значимость инклюзивного образовательного процесса и получили хороший мотивационный заряд к выполнению поставленных задач.

Специалистам по физической культуре в реализации инклюзивного образовательного процесса отведена одна из ведущих ролей, поскольку физическое воспитание имеет приоритетное значение в социальной адаптации учащихся, отнесенных к СМГ, стимулируя их к решению двигательных задач, подавая пример для подражания и формируя способность к преодолению физических и психологических барьеров.

Участники, реализующие программу, определили направления деятельности:

- информировать и подкрепить доводами родителей о сущности и содержании программы,
- участвовать в родительских собраниях по обсуждению изучаемой проблемы,
- проводить практическую работу с контингентом обучающихся.

Активное социально-педагогическое обучение родителей, воспитывающих детей с отклонениями в состоянии здоровья, умение обеспечения обратной связи при организации их двигательного режима, повышение их компетентности в вопросах использования средств ЛФК для эффективности формирования двигательной сферы является фундаментом инновационного проекта.

Различия в этиологии и патогенезе заболеваний, многообразные локализации, характер и выраженность развивающихся под влиянием патологического процесса нарушений требуют на заня-

тиях и при их планировании применения индивидуально-дифференцированного подхода. Так как использование специальных средств в форме физических упражнений направленного характера представляет собой факторы терапевтического и воспитательного характера широкого комплексного медико-педагогического воздействия.

При реализации инновационного проекта занятия планируются с учетом педагогического принципа АФК – специфики основного и сопутствующего заболеваний, вторичных отклонений; показаний и противопоказаний к физическим нагрузкам и отдельным видам двигательных действий. Физические нагрузки производятся с учётом следующих рекомендаций:

- применять, как стандартные, одинаковые по интенсивности, темпу и весу, так и изменяющиеся в течение урока виды нагрузок;
- использовать вариативные формы и условия выполнения физических упражнений;
- физические нагрузки чередовать с восстановительными паузами;
- учитывать чувствительные возрастные периоды развития двигательных качеств;
- учитывать уровень физического состояния обучающихся.

Организация физкультурных занятий в общеобразовательном классе в отношении здоровых школьников строится стандартным способом. Учащиеся, отнесенные к СМГ, получают задания в форме разработанных педагогами индивидуальных карточек:

- карточки-задания со специальными упражнениями направленного характера с учетом основного, сопутствующего заболевания и вторичного отклонения;
- карточки-информации по изучению техники выполнения упражнений;
- карточки-методички общеразвивающих упражнений.

Карточки-задания рассчитаны на серию уроков. Некоторые карточки содержат только изображения, без текста, но с указанием дозировки. Выбираются доступные варианты решения двигательных задач.

В процессе занятий применяются методические подходы ЛФК, имеющие существенные различия, обусловленные состоянием развития физической и психической сферы школьника. Они учитывают медико-физиологические и психологические особенности разных нозологических и соматических направлений,

специфических нарушений двигательной сферы индивида.

Модель инклюзивного образовательного процесса по физическому воспитанию школьников с отклонениями в состоянии здоровья отнесенных к СМГ предусматривает:

- обеспечение школьников четкой программой действий;
- проведение дублирования содержания занятий;
- объяснение двигательного действия столько раз, сколько это необходимо для усвоения;
- восприятие преподавателем душевных проблем учащегося как своих личных.

Подлинный инклюзивный образовательный процесс по физическому воспитанию предполагает организацию оптимальных условий для каждого обучающегося. Поэтому при подготовке к учебному процессу производится подбор подходящего инвентаря, определение мест занятий, выбор учебного материала в соответствии с индивидуальным планированием и учётом требований обеспечения безопасности занятий для всех участников. Наряду с этим осуществляется постоянное медицинское наблюдение за влиянием физических упражнений на динамику лечения, профилактики и коррекции отклонений в состоянии здоровья.

Выводы

Внедрение отдельной модели инклюзивного образовательного процесса по физическому воспитанию, учащихся с отклонениями в состоянии здоровья совместно со здоровыми сверстниками, в систему уроков физической культуры – это решение важнейшей государственной задачи в области оздоровления населения. Разработанная форма модели соответствует высокому уровню теоретической и практической значимости в области интегративного подхода к организации образования, соответствующего возможностям и особым потребностям школьников.

Литература

1. Андреев В. В. Физическая реабилитация обучающихся с отклонениями в состоянии здоровья средствами ЛФК на занятиях физической культурой: методическое пособие / В. В. Андреев, А. И. Морозов – Набережные Челны: Изд-во НГПУ, 2017. – 95 с.
2. Коновалов И. Е. Формирование психологической готовности лиц с отклонением состояния здоровья к интеграции в образовательную среду Поволжской ГАФКСИТ / Д. И. Осенкова, И. Е. Коновалов // Физиологические и биохимические основы и педагогические технологии адаптации к разным по величине физическим нагрузкам: мат. межд. науч.-практ. конф. посвященной 40-летию Поволжской ГАФКСИТ. – Казань: ПовГАФКСИТ, 2014. – С. 458–460.

Подготовка студентов к использованию современных физкультурно-спортивных сооружений для лиц с ОВЗ и инвалидов

Куликова М. В., кандидат педагогических наук, доцент;
Руднева Л. В., кандидат педагогических наук, доцент.
Тулский государственный педагогический университет им. Л. Н. Толстого

Ключевые слова: физкультурно-спортивные сооружения, лица с ОВЗ и инвалиды; компетентность студентов.

Аннотация. В статье представлен опыт работы по подготовке студентов педагогического ВУЗа к осуществлению физкультурно-спортивной деятельности с инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья на современных спортивных объектах.

Контакт: mv_kulikova2010@mail.ru, lidiarudneva@mail.ru

Preparation of students for the use of modern sports facilities for persons with disabilities

Kulikova M. V., PhD, associate Professor;
Rudneva L. V., PhD, associate Professor.
Tula State Lev Tolstoy Pedagogical University

Keywords: sports facilities, persons with disabilities; competence of students.

Abstract. The article presents the experience of training students of pedagogical University to exercise sports activities with disabled people at modern sports facilities.

В настоящее время политика нашего государства направлена на реконструкцию и строительство объектов физкультурно-спортивного значения для лиц с ОВЗ и инвалидов. Целью данной политики является доступность данных объектов и вовлечение большего количества лиц с ограниченными возможностями здоровья в физкультурно-спортивную деятельность и в целом интеграцию в общество нормально развивающихся людей.

Для формирования определенного уровня компетентности студентов Педагогических направлений с профилями подготовки «Физическая культура» изучаются такие дисциплины как: адаптивная физическая культура и физкультурно-спортивные сооружения.

В учебной программе дисциплины «Физкультурно-спортивные сооружения» выделен целый модуль для изучения спортивных объектов Тульской области, адаптированных для лиц с ОВЗ и других маломобильных групп населения.

В процессе освоения дисциплины студенты знакомятся с нормативно-технической документацией физкультурно-спортивных сооружений; изучают основные требования к спортивным сооружениям и специализированное оборудование для занятий с инвалидами, имеющими различные степени и формы ограничений; проводят оценку спортивных сооружений с позиции требований и норм безопасности.

По данным мониторинга на сегодняшний день в Тульской области в спортивную деятельность вовлечено 422 спортсмена-инвалида, из них 202 дети-инвалиды (97 человек из сельской местности) [2].

В пяти муниципальных образованиях региона (Новомосковский, Дубенский, Суворовский, Щекинский и Алексинский) имеются филиалы Центра адаптивного спорта г. Тулы (ранее спортивно-реабилитационный центр инвалидов), с которым тесно сотрудничает факультет физической культуры ТГПУ им. Л. Н. Толстого, в том числе и в части подготовки студентов к работе на современных спортивных объектах.

Деятельность Центра адаптивного спорта осуществляется по следующим программам спортивной подготовки (таблица 1):

Студенты активно посещают спортивные объекты города Тулы и области (таблица 2), в том числе такие как «Республиканская учебно-тренировочная база «Ока», которая является уникальным по спортивному оснащению объектом. Вся инфраструктура в нем создана с учетом использования спортсменами с ограниченными возможностями. База оборудована различ-

Таблица 1
Программы спортивной подготовки
Центра адаптивного спорта г. Тулы

Программа спортивной подготовки	Количество занимающихся
– по спорту слепых	75
– по спорту лиц с ПОДА	99
– по спорту глухих	126
– по спорту ЛИН	94
– на спортивно-оздоровительном этапе	28

ными средствами, позволяющими беспрепятственно совершать тренировки, учебно-тренировочные сборы и спортивные соревнования по волейболу, волейболу сидя, баскетболу, баскетболу на колясках, танцам на колясках, голболу, бочче, торболу, пауэрлифтингу, настольному теннису и др.

Ледовая арена «Тропик» оснащена всем необходимым оборудованием для беспрепятственного доступа спортсменов, занимающихся следж-хоккеем; бассейн Физкультурно-оздоровительного комплекса Ленинского района оборудован для занятий плаванием лиц с ограниченными возможностями здоровья. Это лишь небольшая часть спортивных объектов, предназначенных для занятий адаптивной физической культурой и спортом, которые посещают наши студенты в рамках освоения дисциплины «Физкультурно-спортивные сооружения».

В процессе занятий студенты проводят оценку соответствия спортивных сооружений требованиям безопасности, комфортности, доступности для маломобильных групп населения, для чего активно осваивают следующие методы:

– визуальный метод позволяет проверить состояние физкультурно-оздоровительных и спортивных сооруже-

ний в целом, спортивного оборудования, снаряжения, инвентаря и пр. (наличие специальных парковочных мест, мест для зрителей в креслах-колясках, наличие пандусов, контрастных информационных знаков и указателей, стендов с рельефным изображением, тревожных кнопок и т. д.);

– измерительный метод направлен на проверку с использованием средств измерений и испытаний технического состояния спортивного оборудования, снаряжения и инвентаря, санитарно-гигиенических параметров спортивного сооружения (измерение освещенности и влажности, температуры внутри спортивного объекта; измерение ширины калиток борта для выхода на лед; измерения размера желоба и специальных подъемников для безопасного спуска в воду инвалидов; измерение высоты расположения баскетбольных колец и т. д.);

– аналитический метод предусматривает изучение документации спортивных объектов (наличие технического освидетельствования и разрешения на ввод в эксплуатацию спортивного оборудования, снаряжения и инвентаря; паспорта спортивного сооружения, акта готовности спортивного сооружения, всех его служб к проведению спортивных мероприятий и т. д.);

– экспертный метод (опрос тренеров, преподавателей и других специалистов в области адаптивной физкультуры и спорта о качестве и безопасности оказываемых инвалидам спортивных услуг; интервьюирование занимающихся и т. д.) [1].

Результаты изучения спортивного сооружения с использованием различ-

ных методов представляются студентами в виде проектного задания – презентации, в которой отмечаются положительные моменты деятельности спортивного сооружения, их доступность для занятий с инвалидами и маломобильными группами населения и выявленные недостатки с предложениями по их исправлению.

Формированию у студентов умений в работе на спортивных объектах помогает также и их участие в качестве волонтеров в региональных соревнованиях по плаванию для лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата (ПОДА), голболу – спорту слепых. А также работа в качестве волонтеров на летней и зимней Спартакиаде инвалидов Тульской области, Спартакиаде среди детей с ОВЗ ко Дню защиты детей, областных соревнованиях по плаванию среди детей-инвалидов «Тульская волна», областных соревнованиях для лиц с нарушением интеллекта, областных соревнованиях для детей-инвалидов «Веселые старты», областных соревнованиях по настольным играм для лиц с нарушением зрения и др. Такая практика способствует осознанию студентами тех проблем, которые могут быть решены только за счет создания доступной безбарьерной среды для лиц ограниченными возможностями здоровья и их активного участия в качестве помощников и специалистов в области физической культуры и спорта.

Подводя итоги, следует отметить важность дисциплины «Физкультурно-спортивные сооружения» для подготовки студентов к практической деятельности на современных спортивных объектах, предназначенных для лиц с ОВЗ и других маломобильных групп, и формированию у будущих педагогов толерантного отношения к лицам, имеющим различные отклонения в состоянии здоровья.

Литература

1. Методические рекомендации по обеспечению соблюдения требований доступности при предоставлении услуг инвалидам и другим маломобильным группам населения, с учетом факторов, препятствующих доступности услуг в сфере спорта и туризма // разработаны Министерством спорта, туризма и молодежной политики Российской Федерации, 2011.
2. Руднева Л. В. Мониторинг эффективности работы спортивно-реабилитационного центра инвалидов г. Тулы // Адаптивная физическая культура. – 2016. -№ 2(66). – С. 40-42.

Таблица 2
Современные спортивные объекты Тульской области, приспособленные для лиц с ОВЗ

Спортивный объект	Виды адаптивного спорта
ГУ ТО «Центр адаптивного спорта»	шашки, лыжные гонки, плавание, мини-футбол, голбол, футзал, настольный теннис, пауэрлифтинг, легкая атлетика, волейбол, армрестлинг и др.
Центральный стадион «Арсенал» (бассейн, манеж, велотрек)	велоспорт-тандем, легкая атлетика, плавание
Республиканская учебно-тренировочная база «Ока»	волейбол, волейбол сидя, баскетбол, баскетбол на колясках, танцы на колясках, голбол, бочче, торбол, пауэрлифтинг, настольный теннис
Ледовая арена «Тропик»	следж-хоккей
Физкультурно-оздоровительный комплекс Ленинского района ТО	плавание для лиц с ПОДА, ЛИН
УСК «Новое Поколение»	танцы на колясках, голбол, бочче
ГОУ ТО «Тульский областной центр образования»	шашки, лыжные гонки, мини-футбол, настольный теннис, волейбол
ГПОУ ТО «Тульский техникум социальных технологий»	футбол для лиц с нарушением слуха, флор-болл
«Культурно-спортивный комплекс «Тяжпромартатура»	шашки, лыжные гонки, мини-футбол, настольный теннис, волейбол

Развитие координационных способностей у детей младшего школьного возраста с патологией зрения с использованием адаптированной программы по физической культуре

Дьяконов М. В., аспирант.

НГУ им. П. Ф. Лесгафта, Санкт Петербург.

Черноземов В. Г., доктор медицинских наук, профессор;

Варенцова И. А., кандидат биологических наук, доцент;

Стахеева О. А., студентка.

Северный (Арктический) федеральный университет имени М. В. Ломоносова, г. Архангельск.

Ключевые слова: адаптированная программа по физической культуре, дети, нарушение зрения, координационные способности.

Аннотация. Адаптивное физическое воспитание должно строиться с учетом индивидуального и дифференцированного подхода к регулированию физической нагрузки, физической подготовленности и сенсорных возможностей детей, а также с учетом эмоциональной насыщенности. Целенаправленные и дозированные физические упражнения являются мощным средством коррекции и компенсации недостатков в физическом и функциональном развитии детей с нарушением зрения, если процесс коррекции начинается с раннего детства. В статье рассматривается влияние адаптивного физического воспитания на развитие координационных способностей, обучающихся младшего школьного возраста с нарушением зрения с использованием средств скандинавской ходьбы. Показано, что скандинавская ходьба является хорошим средством для развития статического равновесия. Но чтобы развить динамическое равновесие, улучшить ориентацию в пространстве в программу урока по физической культуре с элементами скандинавской ходьбы необходимо включить специальные упражнения для развития именно координационных способностей, которые могут быть использованы в условиях открытого пространства.

Контакт: 79115926388@mail.ru, v.chernozemov@narfu.ru, i.varencova@narfu.ru, ostakheeva@bk.ru

Development of coordination abilities in children of primary school age with vision pathology using an adapted program on physical culture

Dyakonov M. V., postgraduate student.

Lesgagt National State University of Physical Education, Sport and Health, St. Petersburg

Dr. Chernozemov V. G., MD, Professor;

Varentsova I. A., Candidate of Biological Sciences, Associate Professor;

Stakheeva O. A. student/

Northern (Arctic) Federal University named after M. V. Lomonosov, Arkhangelsk

Keywords: adaptive physical education, children, visual impairment, coordination abilities.

Abstract. Adaptive physical education should be based on an individual and differentiated approach to the regulation of physical activity, physical fitness and sensory capabilities of children, as well as emotional saturation. Targeted and graduated physical exercises are a powerful means of correction and compensation of deficiencies in physical and functional development of children with visual impairment if the process of correction begins to take place in early childhood this article discusses the effect of adaptive physical education on the development of coordination abilities of students of primary school age with disabilities using funds Nordic walking. It is shown that Nordic walking is a good tool for the development of static equilibrium. But to develop a dynamic balance, to improve orientation in space in the program of the lesson on physical culture with elements of Nordic walking it is necessary to include special exercises for the development of coordination abilities that can be used in an open space.

Введение

Адаптивное физическое воспитание детей в школах предусматривает овладение школьниками программным материалом в соответствии с государственным образовательным стандартом. Адаптивное физическое воспитание должно

строиться с учетом индивидуально-го и дифференцированного подхода к регулированию физической нагрузки, физической подготовленности и сенсорных возможностей детей, а также с учетом эмоциональной насыщенности. При обучении незрячих двигательным действиям могут ис-

пользоваться альбомы с рельефным изображением различных поз и движений. К нетрадиционному спортивному инвентарю относятся озвученные мячи; мячи с веревочкой, которая крепится к поясу, когда ребенок, потерявший мяч, имеет возможность без посторонней помощи его поднять; мяч с запахом ванилина, который используется как обонятельный ориентир и многое другое. Большинство детей с нарушением зрения (слабо выраженным), которое корригируется оптическими средствами, обучаются в массовых школах. Как правило, эти дети справляются с программным материалом. Однако наличие зрительной депривации не позволяет им адекватно воспринимать учебный материал по физической культуре [3]. Вместе с тем, заниматься физической культурой необходимо, так как заболевание зрительного анализатора и малоподвижный образ жизни обуславливает вторичные отклонения, такие как нарушение осанки, плоскостопие, искривление позвоночника (лордозы, сколиозы) [5]. Тогда как целенаправленные и дозированные физические упражнения являются мощным средством коррекции и компенсации недостатков в физическом и функциональном развитии таких детей, если процесс коррекции начинается с раннего детства [4].

Цель работы: изучить динамику уровня координационных способностей у детей младшего школьного возраста с патологией зрения, обучающихся в специальных классах по адаптированной программе по физической культуре и занимающихся физической культурой по обычной программе.

На подготовительном этапе при отработке техники передвижения без палок было использовано авторское упражнение для механического исполнения ходьбы (марш), с целью синхронизации движения рук и ног. Так как слепому и слабовидящему ребенку сложно на примере показать правильную постановку стопы при передвижении, использовалась армейская техника марширования. Данное упражнение показало свою эффективность за короткое время.

Методика

На основании анализа научно-методической литературы был разработан план комплексной оценки координационных способностей обучающихся 1–4 классов с нарушениями зрения, который включал оценку способностей к ориентации в пространстве на основе локализации звукового сигнала. Порядок проведения тестирования: занимающийся встает в углу зала (глаза закрыты), учитель предъявляет поочередно два кратковременных звуковых сигнала (звон колокольчика) из любых точек зала. Ученик с закрытыми глазами должен определить (указать рукой) направление, откуда прозвучали сигналы (спереди, сзади, справа, слева, по диагонали направо, и т. п.), затем выбрать одно из направлений и дойти до звукового сигнала по прямой (дистанция – 10 м). Оценивается степень отклонения (в сантиметрах) от маршрута при ходьбе по прямой линии [6].

Контроль стойкости к равновесию: статическое равновесие определяли с помощью пробы Ромберга – удержание равновесия, стоя на одной ноге, другая нога согнута так, что тыльная сторона стопы касалась подколенной ямки опорной конечности. При оценке пробы принимают во внимание: степень устойчивости (стоит неподвижно, покачивается); дрожание (тремор) век и пальцев; длительность сохранения равновесия [6]; динамическое равновесие – выполнении поворотов на гимнастической скамейке: стоя на узкой поверхности гимнастической скамейки за 20 секунд выполнить как можно больше поворотов влево и вправо, не падая со скамейки. Результат – количество выполненных поворотов с точностью до пол-оборота [6].

В исследовании принимали участие обучающиеся специализированных классов – 33 мальчика и 19 девочек в возрасте 6–11 лет, обучающиеся 1–4 классов специализированных классов МБОУ СШ № 5 г. Архангельска и МБОУ СШ № 19 г. Северодвинска. Дети были распределены на группы – экспериментальную (ЭГ), в которую вошли мальчики и девочки, обучающиеся МБОУ СШ № 5 г. Архангельска. На занятиях по фи-

зической культуре в ЭГ использовали адаптированную программу с элементами скандинавской ходьбы. В контрольную группу (КГ) вошли обучающиеся МБОУ СШ № 19 г. Северодвинска, которые занимались физической культурой по обычной программе.

Статистическая обработка данных выполнена с использованием Microsoft Excel, пакета прикладных статистических программ «StatSoft Statistica v6.0 Rus». Результаты представлены в статье в виде среднего арифметического (M) и ошибки среднего значения (m). Количественные различия между средними значениями оценивались с применением t-критерия Стьюдента. Различия между средними величинами считались достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Дети с депривацией зрения полностью или частично полагаются на визуальную ориентировку, но, вследствие значительных трудностей с ориентировкой в пространстве, их двигательная активность минимизируется, поэтому тренировки, развивающие координацию очень важны. Данное предположение подтверждается результатами сравнительного анализа показателей, полученных у детей до и после эксперимента. Результаты показывают улучшение ряда показателей, характеризующих координационные способности. Отмечено увеличение статического равновесия на 66 % у мальчиков и динамического равновесия на 13 % у девочек (табл.).

Как известно, занятия скандинавской ходьбой эффективно влияют на развитие координационных способностей, формируют правильную осанку, содействуют развитию и функциональному совершенствованию органов дыхательной, сердечно-со-

судистой и нервной систем организма [1].

На рис. 1 представлена информация по изменению статических координационных способностей под влиянием занятий физической культурой у ЭГ и КГ. Полученные результаты свидетельствуют, что у 55 % мальчиков ЭГ статическое равновесие соответствует оценке «отлично», у 9 % – «хорошо», у 5 % – удовлетворительно и у 32 % соответствовали результату «достаточно». Соответственно у мальчиков КГ оценки распределились следующим образом: у 10 % оценка была «отлично», у 9 % – «удовлетворительно», у 73 % «достаточно». Таким образом, у детей из ЭГ показатели статического равновесия были значительно выше. Тем не менее, отмечается такая особенность – дети практически разделились на 2 группы – с высокими показателями и с минимальными показателями. Результатов, соответствующих уровню «хорошо» и «удовлетворительно», было незначительное количество.

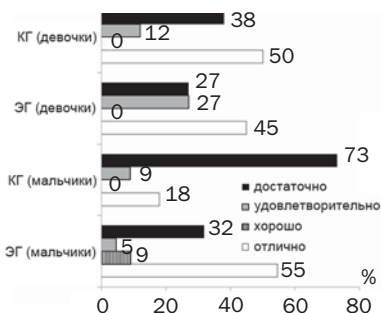


Рис. 1 Распределение оценки пробы Ромберга (%)

Оценка динамического равновесия, согласно полученным в тесте результатам, также оказалась выше у мальчиков из ЭГ (рис. 2). Результат «отлично» был зафиксирован у 18 %, «хорошо» – у 36 %, «удовлетворительно» – у 27 % и у 18 % соответствовал значениям «достаточно».

Таблица

Результаты состояния координационных способностей детей младшего школьного возраста с нарушением зрения, M±m

Тест	Экспериментальная группа		Контрольная группа	
	Мальчики (n = 22)	Девочки (n = 11)	Мальчики (n = 11)	Девочки (n = 8)
Ориентация в пространстве, см	6,81 ± 1,45	6,50 ± 1,54	5,73 ± 0,38	5,41 ± 0,50
Статическое равновесие, с	28,41*** ± 4,58	29,09 ± 7,64	9,85*** ± 2,40	21,44 ± 4,79
Динамическое равновесие, кол-во раз	4,23 ± 0,19	4,30* ± 0,21	4,27 ± 0,30	3,75* ± 0,25

Примечание: Различия достоверны: *** при P ≤ 0,001; ** при P ≤ 0,01; * при P ≤ 0,05.

В КГ у мальчиков отличных результатов отмечено не было, у 55 % оценка соответствовала значениям «хорошо», у 36 % – «удовлетворительно» и 9 % были отнесены в группу «достаточно».

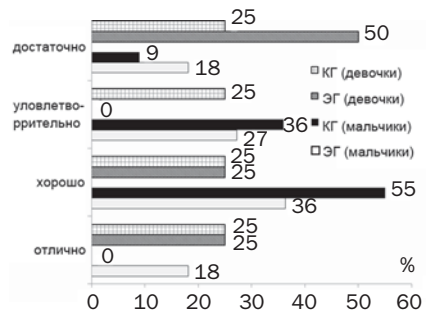


Рис. 2 Распределение оценки динамического равновесия (%)

У девочек ЭГ на «отлично» было оценено 25 %, на «хорошо» тоже – 25 %. 50 % были отнесены в группу с оценкой «достаточно». В КГ результат распределился равномерно – во все четыре оценочные группы были отнесены по 25 % девочек. Анализ динамики полученных результатов и у мальчиков, и у девочек показал, что значительных внутригрупповых отличий в данном тесте между ЭГ и КГ не наблюдается. Причем, значительное количество девочек из ЭГ (50 %) показали низкий результат, так как были отнесены в группу с оценкой развития дина-

мического равновесия «достаточно».

Таким образом, результаты исследования показали, что скандинавская ходьба является хорошим средством для развития статического равновесия. Но чтобы развить динамическое равновесие, улучшить ориентацию в пространстве в программу урока по физической культуре с элементами скандинавской ходьбы необходимо включать специальные упражнения для развития именно координационных способностей, которые могут быть использованы в условиях открытого пространства. Это могут быть простые упражнения, такие как: ходьба на носках палки для скандинавской ходьбы за спиной; ходьба на передней части стопы с различными положениями палок (за спиной, в руках и т. д.); фиксация стойки на носках; ходьба с поворотами, наклонами, круговыми движениями головы; чередование ходьбы вперед и назад с поворотами на 180 и 360°; танцевальные шаги; выполнение упражнений с закрытыми глазами; сохранение равновесия при наклонах назад, вперед, в стороны, стоя на одной ноге с опорой о палки; прыжки на одной, двух ногах, с продвижением, поворотами с опорой о палки и без опоры; выпрыгивание вверх

с устойчивым фиксированным приземлением с опорой о палки и без опоры; подвижные игры с ускорениями, остановками, сменой направления, фиксированными позами с опорой о палки и без опоры [2, 7].

Литература

1. Алёшина Е. И., Подосёнов А. Л., Шивринская С. Е. Скандинавская ходьба как средство физического воспитания студентов специальной медицинской группы: научно-методические основы / Е. И. Алёшина, А. Л. Подосёнов, С. Е. Шивринская // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 9-8. – С. 1732-1736.
2. Евсеев С. П. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 т. Т. 1: Введение в специальность. История, организация и общая характеристика адаптивной физической культуры. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.
3. Кононова Е. Э. Адаптивная физическая культура для детей с поражением зрения / Е. Э. Кононова // Материалы ежегодной межрегиональной научно-практической конференции, отв. ред. В. В. Федоров, Р. И. Паровик; Камчатский государственный университет имени Витуса Беринга. 2016. – С. 117-120.
4. Лабутина Н. О. Физическое развитие и физическая подготовленность младших школьников с нарушением зрения / Н. О. Лабутина // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 6. – С. 315.
5. Ростомашвили Л. Н. Коррекция двигательных нарушений детей с депривацией зрения средствами адаптивного физического воспитания / дисс ... канд. пед. наук: 13. 00. 04 / Ростомашвили Л. Н. – С. – Петербург, 1999. – 24 с.
6. Сековец Л. С. Коррекционно-педагогическая работа по физическому воспитанию детей дошкольного возраста с нарушением зрения / Л. С. Сековец. – Нижний Новгород, 2001. – 168 с.
7. Евсеев С. П. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник / С. П. Евсеев. – СПб.: «Спорт», 2016. – 615 с.

Основные направления шахматного спортивного движения лиц с отклонениями в состоянии здоровья

Михайлова И. В., кандидат педагогических наук, доцент кафедры теории и методики физической культуры и спорта, международный гроссмейстер по шахматам.

Российский государственный социальный университет, Москва

Ключевые слова: шахматы, адаптивный спорт, интегральная спортивная подготовка, массовый спорт, спорт высших достижений

Аннотация. Проведен ретроспективный анализ и аргументированно обоснована классификация основных направлений шахматного спортивного движения лиц с отклонениями в состоянии здоровья. Выявлена динамика числа участников и развития инфраструктуры и кадрового корпуса в спорте глухих, слепых, лиц с поражениями опорно-двигательного аппарата. Установлено отсутствие во Всероссийском реестре видов спорта инвалидов спортивной дисциплины «Шахматы» спорта лиц с нарушениями интеллектуального развития.

Контакт: Chessy07@mail.ru

The main directions of the chess sport movement of the people with disabilities in health

Mikhaylova I. V., PhD., Assistant Professor at the Department of theory and technique of physical culture and sports, International Woman Grandmaster. Russian State Social University, Moscow

Keywords: chess, adaptive sports, integral sport training, mass sports; sports of the higher achievements

Abstract. A retrospective analysis was carried out and the classification of the main directions of the chess sport movement of persons with disabilities in health was substantiated reasonably. The dynamics of the number of participants and the development of the infrastructure and personnel corps in the sports of the deaf, blind persons and the persons with lesions of the musculoskeletal system has been revealed. The lack of the sport discipline «Chess» of the sports people with intellectual disabilities has been established in the All-Russian Register of Sports of the disabled people.

Введение

При сравнении социального, экономического и эмоционального благополучия жителей различных стран

и регионов Организация Объединенных наций (188 стран-участников) приоритетной методикой измерения качества жизни мирового сообще-

ства в последние десятилетия является использование Индекса человеческого развития (ИЧР). Данная дефиниция учитывает три основных

группы интегральных показателей, базирующихся на многих картелирующихся индикаторах каждого кластера, а именно: оценки ожидаемой продолжительности жизни, достигнутого уровня образования и величины материального дохода населения в отдельном регионе. Россия, являющаяся в последние десятилетия страной с развивающейся экономикой, занимает 49-е место. По данным 2017 г., представленным Министерством статистики, инвалидами являются 12 млн. 259 тыс. человек, относительный показатель инвалидизации составляет 8,3 % от всего населения страны [10]. Численность детей-инвалидов превышает 636 тыс. человек, при этом увеличение этого показателя за 2009–2017 гг. составляет около 20 % и восходящий тренд устойчив. Анализ качественной и количественной динамики ИЧР с 1990 года по настоящее время в России выявил тот факт, что полученный дисбаланс во многом обусловлен высокими относительными и абсолютными показателями инвалидизации населения, а также отсутствием реального равенства лиц с отклонениями в состоянии здоровья (ОСЗ) в области получения образования. Одним из эффективных путей повышения жизнеспособности лиц с ОСЗ, эффективной самореализации их в качестве социально-значимых членов общества может являться интеграция научного знания и практических достижений смежных областей адаптивной физической культуры и видов адаптивного спорта, позволяющая гармонизировать физические, интеллектуальные, эмоционально-волевые, эстетические, этические стороны и свойства индивида. При определении средств развития и способов совершенствования лиц с ОСЗ, ученые Национального государственного университета физической культуры, спорта и здоровья имени П. Ф. Лесгафта использовали исторически сложившиеся подходы, рассматривая в качестве основных физические упражнения, естественно-средовые и гигиенические факторы [3, С. 16]. Однако по данным годовой статистической отчетности «3-АФК» Министерства спорта по состоянию на 2017 г., лишь

12,1 % лиц с отклонениями в состоянии здоровья были включены в систему адаптивной физической культуры и спорта [14]. Необходимо принять во внимание, что целевой показатель развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2020 года определяет долю лиц с ОСЗ физкультурно-спортивном движении до 20 % [17].

Методика

Целостное осмысление динамики занимающихся, материально-технической базы, подготовки кадрового состава в области адаптивной физической культуры и спорта, приводит к необходимости эффективной реализации социально-педагогической ресурсности «умственных» (по определению Международного Олимпийского комитета) видов спорта, использующих преимущественно умственные навыки, действия и абстрактно-логические упражнения для актуализации интеллекта, и не требующих значительной физической активности индивида. В Российской Федерации таким видом спорта являются, несомненно, шахматы. Благодаря системной поддержке В. В. Путина, сформулировавшего суть этого общественного и социального явления следующим образом: «Шахматы – это не просто спорт. Они делают человека мудрее и дальновиднее, помогают объективно оценить сложившуюся ситуацию, просчитать поступки на несколько «ходов» вперед, а, главное, – воспитывать характер», шахматы становятся не только приоритетным видом адаптивного спорта, но и востребованной инновационной моделью системы инклюзивной спортивной подготовки [8, С. 8]. Ученые Российского государственного социального университета (РГСУ) определили сущность шахматного спорта «как соревновательную деятельность, направленную на создание шахматных партий, в которой посредством отбора выявляются максимальные показатели интеллектуальных возможностей индивидов» [8, С. 11]. Было установлено, что основными средствами и способами шахматной спортивной подготовки являются умственные, абстрактно-логические

действия и упражнения. Эту позицию косвенно поддержали Ж. К. Холодов и В. С. Кузнецов, заметив, что шахматы не связаны с использованием физических упражнений, как основного средства тренировки [18, С. 314]. Не можем полностью разделить эту точку зрения, так как в спортивной шахматной тренировке в полной мере используется доступная по форме нозологии физическая подготовка, осуществляемая двигательными действиями и упражнениями, что позволяет целостно оптимизировать психофизическое состояние лиц с ОСЗ. Выявленная особенность шахмат не противоречит ни в какой мере созданному методологическому знанию адаптивной физической культуры и адаптивного спорта. В теории и практике физической культуры и спорта ранее были такие прецеденты. Обратимся к историческому опыту использования теории поэтапного формирования умственных действий П. Я. Гальперина, интегральные понятия которой синтезировались в принципиально новую концепцию обучения двигательным действиям [3, С. 164].

Не вызывает сомнения тот факт, что шахматный спорт, являясь крупным компонентом физической культуры, тем не менее выходит за ее рамки, являясь самостоятельным социальным явлением. «Умственный» инвариант (умственные действия и упражнения шахматного спорта) постулирует историческую преемственность компонентов, видов адаптивной физической культуры и адаптивного спорта, дополняя фундамент научного поля.

Цель исследования – анализ эволюции, выделение и классификация основных направлений шахматного спортивного движения лиц с ОСЗ, выявление динамики численности участников, развития инфраструктуры, аргументированная оценка перспектив развития.

Объект исследования – основные направления шахматного спортивного движения лиц с ОСЗ, а именно массовый спорт и спорт высших достижений.

Предмет исследования – особенности развития и интеграции массового спорта и спорта высших дости-

жений, подготовки спортивного резерва и кадрового обеспечения шахматного спортивного движения лиц с ОСЗ.

Экспериментальная часть

Для достижения поставленной цели были проанализированы нормативно-правовые документы социально-экономического развития стран мирового сообщества [11]; программно-нормативные акты и Федеральные законы Министерства спорта, а именно: Концепция Федеральных целевых программ развития образования и развития физической культуры и спорта в РФ на 2016–2020 гг., Федеральная целевая программа «Развитие дополнительного образования детей в Российской Федерации до 2020 года», государственная программа «Доступная среда» на 2011–2020 гг. Дополнительно был проведен контент-анализ исследований по повышению уровня жизни населения, развитию качества человеческого потенциала, выполненных экспертами Центра стратегических разработок (ЦСР). Были обобщены программные документы шахматного массового спорта и спорта высших достижений [12], архивные материалы и научные работы по проблематике адаптивной физической культуры и спорта [5, 6, 16, 18]. Подчеркнем, что основными целевыми показателями и индикаторами эффективности развития шахматного спорта являются уровень международных достижений, включая завоевание мирового первенства в личном и командном зачете; масштаб развития спортивного резерва и массового спорта; рост численности спортсменов и штатных тренеров-преподавателей. Был систематизирован собственный преподавательский и тренерский опыт на базе Дома шахмат РГСУ, на интернет-порталах «Шахматная Планета» и «Международный шахматный клуб», территориальных центров социального обслуживания населения г. Москвы (в форме кружковой работы) [7, 8, 15]. Стало очевидным, что необходимо формирование доступной среды для осуществления качественной спортивной подготовки лиц с ОСЗ, организация федеральных и региональных центров

подготовки, положительная динамика спортивно-массовых соревнований в регионах.

Обратимся к детализации основных направлений шахматного спортивного движения лиц с ОСЗ в Российской Федерации. Основными направлениями в развитии шахматного спортивного движения лиц с ОСЗ являются массовый спорт и спорт высших достижений (СВД). Эволюция признания видов спорта лиц с ОСЗ была подробно рассмотрена в трудах С. П. Евсеева [3], А. Г. Абаляна,

Д. Г. Степью, Ю. Е. Асташенко. Исследователями было отмечено, что официально признанным в Российской Федерации считается вид спорта, включенный во Всероссийский реестр видов спорта (ВРВС) [1].

Результаты и их обсуждение

В 1993 году шахматный спорт был включен в перечень видов спорта для введения в государственные программы физического воспитания населения, двумя годами позже шахматы были утверждены как вид спорта среди лиц с нарушениями зрения и слуха, в 1997 году – среди лиц с поражением опорно-двигательного аппарата (ПОДА) [14]. В действующем реестре шахматы, с учетом форм нозологии, представлены в спорте глухих, спорте слепых, спорте лиц с поражением опорно-двигательного аппарата (таб. 1).

Таблица 1
Перечень признанных видов спорта дисциплины «Шахматы»

Критерии	Спорт глухих	Спорт слепых	Спорт лиц с ПОДА	Спорт ЛИН
Номер кода вида в ВРВС	1140007417Я	1150007417Я	1160007417Я	–
ЕВСК	Три спортивных звания и семь разрядов			
ФССП	–			
Статус вида спорта	Не сурдлимпийский	Не паралимпийский		–

Отметим деструктивные факторы развития шахматного спортивного движения лиц с ОСЗ:

– В ВРВС в спорте лиц с интеллектуальными нарушениями (ЛИН)

шахматы как спортивная дисциплина не включены;

– Федеральные стандарты спортивной подготовки (ФССП) по всем формам нозологии не разработаны даже в проекте;

– Признанные в ВРВС виды спорта не имеют сурдлимпийского/паралимпийского статуса.

Таблица 2
Динамика целевых показателей в шахматном спорте высших достижений лиц с ОСЗ

Год	Число отделений	Тренеры (чел.)	Дети до 18 лет (чел.)	Разрядники (чел.)	МС, ММ, МГ (чел.)
2012	109	79	3920	487	15
2013	247	71	4244	588	17
2014	407	65	3789	536	18
2015	269	61	5137	645	14
2016	456	57	5192	708	23
2017	215	48	4815	641	14

В таблице 2 представлено развитие кадрового обеспечения, подготовки спортивного резерва. Отметим положительный тренд в динамике численности спортивного резерва по возрастному критерию и уровню развития мастерства. В отличие от других видов спорта лиц с ОСЗ [3, С. 366], российская квалификационная «лестница» – Единая Всероссийская спортивная классификация (ЕВСК) – насчитывает не девять, а десять ступенек. В спорте высших спортивных достижений иерархия званий «мастер спорта России» (МС) и «мастер спорта России международного класса» (ММ) дополнена званием «Гроссмейстер России» (МГ). На рисунке 1 отчетливо виден устойчивый отрицательный тренд динамики количества штатных тренеров-преподавателей, осуществляющих шахматную спортивную подготовку лиц с ОСЗ. Это, несомненно, обуслов-

лено «рваной» динамикой численности шахматных отделений, осуществляющих спортивную подготовку лиц с ОСЗ. Содержательный анализ данных

таблицы 2 позволяет аргументированно выделить две основные тенденции в шахматном спортивном движении лиц с нарушениями зрения, слуха и интеллектуальной недостаточностью.



Рис. 1. Динамика количества отделений спортивной подготовки и штатных тренеров (2012–2017 гг.).

Это рост численности занимающихся в массовом спорте и «плато» числа шахматистов в спорте высших достижений.

В 2016–2017 гг. исследователями РГСУ была осуществлена спортивная подготовка пользователей социальных услуг ГБУ Психоневрологического интерната №22. Дважды были проведены Московские лично-командные турниры с участием ПНИ №2, №3, №4, №11, №12, №16, №18, №22. Однако в таблице 3 статисти-

ческий тренд, и представлена в качестве примера на рисунке 2. Подчеркнем, что при спортивной подготовке в спорте глухих, используя инфокоммуникационные технологии, можно развить билингвизм (двуязычие как синтез словесного и жестового языка). Данная технология, к сожалению, не нашла широкого применения в России.

В последние годы наметился отрицательный тренд в динамике развития спорта лиц с ПОДА, представленной на рисунке 3.



Рис. 3. Динамика занимающихся в спорте лиц с ПОДА (2012–2017 гг.).

Таблица 3

Динамика спортивного шахматного движения (2012–2017 гг.)

Год	Общая сумма (чел.)	Спорт ЛИН, чел.		Спорт слепых, чел.		Спорт глухих, чел.		Спорт лиц с ПОДА, чел.	
		Массовый спорт	СВД	Массовый спорт	СВД	Массовый спорт	СВД	Массовый спорт	СВД
2012	12718	429	18	1918	256	1808	573	2735	374
2013	14161	747	41	2091	356	1725	494	3148	365
2014	13708	941	60	1922	366	1669	409	3402	540
2015	11330	1195	59	2542	348	2168	449	3991	578
2016	13951	–	–	3344	488	3586	642	5319	572
2017	13436	–	–	3760	405	3687	642	4552	390

ческие данные по спорту ЛИН в указанном интервале времени отсутствуют [8, С. 100].

Динамика численности шахматистов, занимающихся в спорте слепых, спорте глухих имеет восходя-



Рис. 2. Динамика занимающихся в спорте слепых (2012–2017 гг.).

Обратимся к динамике развития шахматного спортивного движения лиц с ОСЗ за рубежом.

Интересным является тот факт, что зарождение мирового развития шахмат как адаптивного вида спорта было связано с образованием в 1896 г. шахматных кружков лиц с нарушениями зрения именно в России [8, С. 68]. В послевоенные годы были созданы «Международная ассоциация незрячих шахматистов» (IBSA, 1948 г.), «Международный шахматный комитет глухих» (ICSD, 1949), значительно позже появилась «Международная ассоциация шахматистов с поражением опорно-двигательного аппарата» (IPCA, 1992 г.). Эти организации являются аффилированными членами

Международной шахматной федерации (ФИДЕ) [19].

Отметим, что основной формой развития шахматного спортивного движения лиц с ОСЗ за рубежом является школьно-студенческий и оздоровительно-рекреативный спорт [8, С. 57]. Спорт высших достижений не поддерживается государственными программами финансирования, и выступления спортсменов из стран с «высоким» или «сверхвысоким» ИЧР на чемпионатах мира, Европы, Олимпиад по шахматам оплачиваются самостоятельно. Исключение составляет государственная политика финансирования в постсоветском пространстве – Казахстане, Армении, Республике Беларусь, Молдове, при этом социально-экономическое положение и государственная поддержка шахмат носит амбивалентный характер [4].

Спортивная «лестница» ФИДЕ имеет рейтинговую систему в массовом спорте и насчитывает 6 ступенек, учитывающих отдельный зачет нормативных требований среди мужчин и женщин – национальный мастер (NM), кандидат в мастера ФИДЕ (CM), мастер ФИДЕ (FM), международный мастер ФИДЕ (ММ), международный гроссмейстер ФИДЕ (GM).

Выделим тенденции дифференциации и интеграции [3, С. 480] в мировом массовом шахматном движении.

Тенденциями интеграции являются проведение в 2013 г. первого официального чемпионата мира среди лиц с инвалидностью в общем зачете, независимо от нозологических форм, в Дрездене, а также выступление на Всемирных шахматных Олимпиадах (среди здоровых шахматистов!) международных команд, сформированных из спортсменов по различным формам нозологии.

Тенденцией дифференциации является то, что шахматная деятельность аффилированных членов ФИДЕ, представляющих интересы лиц с ОСЗ, зачастую носит обособленный характер. Деструкцией является также отсутствие в структуре ФИДЕ «Международной ассоциации лиц с нарушениями интеллектуального развития».

Выводы

Участие в шахматном спортивном движении может являться для лиц с некоторыми формами нозологии единственным путем достижения не столько физического, сколько полного душевного и социального благополучия [13].

Шахматное спортивное движение лиц с отклонениями в состоянии здоровья, используя синергию и эмерджентность физических и умственных упражнений, обладает не только специфическими, но и социально-общественными функциями:

1. личностно-направленного воспитания, практико-ориентированного обучения и развития, преимущественно в контексте формирования спортивного резерва в школьно-студенческом спорте;

2. оздоровительно-рекреативной, заключающейся в увеличении когнитивных запасов мозга посредством развития логического мышления, оперативной и долговременной памяти, а также объема и устойчивости внимания;

3. социальной реабилитации, интеграции и социализации личности, развития общих и специальных компетенций (лингвистических и инфокоммуникативных);

4. образования глобальных межкультурных коммуникаций;

5. развития человеческого потенциала и повышения уровня жизни.

Практическая значимость эволюции мирового шахматного спортивного движения лиц с ОСЗ, тесно связанного с политикой и экономикой, состоит в том, что шахматы как вид адаптивного спорта переместились с периферии адаптивного спорта в его центр. Высокие спортивные результаты, новации в системе спортивной подготовки лиц с ОСЗ, формирующаяся философия самосовершенствования личности в рамках спортивной деятельности будут способствовать принятию вызовов современности, в том числе:

1. преодолению технологического отставания в странах и регионах, имеющих «не высокий» или «средний» Индекс человеческого развития;

2. решению крупной народнохозяйственной задачи – посильного

вклада в развитие человеческого капитала путем эффективной реализации системной социально-педагогической ресурсности шахматного спорта, развивающей человеческий потенциал и способствующей повышению уровня жизни;

3. реформированию государственного управления, модернизации и большей технологичности образования в сфере адаптивной физической культуры и спорта.

Литература

1. Абалян А. Г. Ретроспективный анализ становления спорта лиц с ограниченными возможностями в Российской Федерации / А. Г. Абалян // Адаптивная физическая культура. – 2010. – № 1 (41). – С. 5-8.
2. Адаптивная физическая культура и спорт [Электронный ресурс] // Министерство спорта Российской Федерации [Официальный сайт]. Режим доступа: <http://www.minsport.gov.ru/sport/paralympic> (Дата обращения: 15.04.2018).
3. Евсеев С. П. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник / С. П. Евсеев. – М.: Спорт, 2016. – 616 с.: ил.
4. Единая спортивная классификация Республики Беларусь 2013–2016 гг. / И. И. Сержанин. – Минск: ГУ «РУМЦ ФВН», 2013. – 336 с.
5. Лубышева Л. И. Спортсизация в системе физического воспитания: от научной идеи к инновационной практике: монография / Л. И. Лубышева, А. И. Загребская, А. А. Перельский, И. В. Манжелей, С. Н. Литвиненко, Е. А. Черепов, Н. В. Пешкова, М. А. Родионова, А. Г. Поливаев, А. Н. Кондратьев, М. В. Базилевич. – М.: НИЦ «Теория и практика физической культуры и спорта», 2017 – 200 с.
6. Матвеев Л. П. Основы общей теории спорта и системы подготовки спортсменов / Л. П. Матвеев. – Киев, Олимпийская литература, 1999. – 317 с.
7. Махов А. С. Программа управления развитием адаптивного спорта «ФИННИКС» и результаты ее реализации / А. С. Махов, О. Н. Степанова // Теория и практика физ. культуры. – 2013. – № 8. – С. 103-106.
8. Михайлова И. В. Основы адаптивного шахматного спорта: учебно-методическое пособие / И. В. Михайлова. – М.: Столица, 2016. – 116 с.
9. Паршикова Н. В. Развитие физической культуры и спорта: стратегия будущего / Н. В. Паршикова, С. И. Изаак, В. Н. Малиц // Теория и практика физ. культуры. – 2017. – № 12. – С. 3–5.
10. Положение инвалидов [Электронный ресурс] // Федеральная служба государственной статистики [Официальный сайт]. – Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/# (Дата обращения: 15.08.2017).
11. Программа развития ООН: Индекс человеческого развития в странах мира в

2015 году [Электронный ресурс] // Центр гуманитарных технологий [Официальный сайт]. – Режим доступа: <http://gtmarket.ru/news/2015/12/16/7285> (Дата обращения: 06.04.2018).

12. Проект «Программа развития шахмат в Российской Федерации до 2020 года» [Электронный ресурс] // Российская Шахматная Федерация [Официальный сайт]. Режим доступа: http://ruchess.ru/downloads/2015/draft_program_development_chess_2020.pdf (Дата обращения: 06.04.2018).

13. Сафиулин Э. М. Влияние игры в шахматы на функциональное состояние инвалидов / Э. М. Сафиулин, А. И. Алифиров // Теория и практика физической культуры. – 2017. – № 7. – С. 52.

14. Статистическая информация. [Электронный ресурс] // Министерство спорта Российской Федерации [Официальный сайт]. Режим доступа: <http://www.minsport.gov.ru/sport/physical-culture/statisticheskaya-inf/> (Дата обращения: 06.04.2018)

15. Степанова О. Н. Управленческая деятельность тренера: виды, объекты, критерии эффективности / О. Н. Степанова, А. С. Махов, Е. Н. Латушкина, Ю. С. Бернина // Теория и практика физической культуры. – 2016. – № 3. – С. 66–68.

16. Столяров, В. И. Современные проблемы наук о физической культуре и спорте. Философия спорта: Учебник / В. И. Столяров, А. А. Перельский. – М.: Советский спорт, 2015. – 461 с.

17. Стратегия развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2020 года [Электронный ресурс] // Министерство спорта Российской Федерации [Официальный сайт]. Режим доступа: <http://www.minsport.gov.ru/activities/federal-programs/2/26363/> (Дата обращения: 21.04.2018).

18. Холодов Ж. К. Теория и методика физического воспитания и спорта / Ж. К. Холодов, В. С. Кузнецов. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 480 с. 19. FIDE Directory [Электронный ресурс] // FIDE – World Chess Federation [Официальный сайт]. Режим доступа: https://ratings.fide.com/fide_directory.phtml/ (Дата обращения: 16.04.2018).



Роль адаптивной физической культуры в формировании здорового образа жизни взрослого населения современной России

Евсеев Н. Н., г. Белгород.

Ключевые слова: лица с отклонениями в состоянии здоровья, законодательное регулирование, состояние здоровья граждан РФ.

Аннотация. В статье проанализированы и сопоставлены законодательная база РФ в сфере регулирования положения лиц с отклонениями в состоянии здоровья и состояние здоровья взрослого населения РФ.

Контакт: enn31@yandex.ru

The role of adaptive physical culture in the formation of healthy lifestyles of the adult population of modern Russia

Evseev N. N., Belgorod.

Keywords: persons with health deviations, legislative regulation, health status of Russian citizens.

Abstract. The article analyzes and compares the legislative basis of the Russian Federation in the field of regulation of persons with disabilities in the state of health and health of the adult population of the Russian Federation.

Введение

Формирование здорового образа жизни населения, профилактика и контроль неинфекционных заболеваний являются одной из важнейших межотраслевых проблем развития Российской Федерации. Основные неинфекционные заболевания являются ведущей причиной временной нетрудоспособности, инвалидности и смертности населения, они обуславливают не только большие человеческие страдания, но и выраженное негативное воздействие на социально-экономическое положение страны [9].

Физическая культура является одним из ключевых элементов формирования здорового образа жизни (ЗОЖ) в обществе. В то же время по данным Федеральной службы государственной статистики по состоянию на 2017 г. в России официально зарегистрировано 12 259 000 инвалидов всех групп [12]. Несмотря на общую тенденцию последних лет к снижению их количества, эта цифра остаётся огромной. Кроме этого, есть категория граждан, которые не относятся к инвалидам, но являются «лицами с ограниченными возможностями здоровья» (ОВЗ). Адаптивная физическая культура (АФК) является для них возможностью приобщения к здоровому образу жизни.

Новизна исследования состоит в том, чтобы дифференцировать понятия «инвалид» и «лицо с ОВЗ»

с точки зрения современного законодательства России.

Из-за правового вакуума в отдельных частях законодательства эти понятия в обществе воспринимаются равнозначно, что является неверным.

Гипотеза исследования: роль АФК недооценена государством в вопросе формирования ЗОЖ среди взрослого населения России.

Цель исследования: проанализировать востребованность адаптивной физической культуры среди взрослого населения современной России при формировании здорового образа жизни.

Задачи исследования:

– Определить целевую аудиторию для занятий АФК с правовой точки зрения.

– Проанализировать данные о состоянии здоровья взрослого населения России в настоящий момент.

– Определить взаимосвязь физической культуры (ФК) и АФК в государственной системе профилактики и лечения заболеваний.

Организация и методы исследования

В процессе исследования были изучены Федеральные законы РФ, официальные данные статистики, ежегодные доклады Министерства здравоохранения, а также литература по теории АФК. Используются методы анализа и сопоставления теоретических основ АФК с правовы-

ми актами Российской Федерации (РФ).

Обсуждение

Ряд государственных мер по поддержке инвалидов и лиц с ОВЗ в последние годы свидетельствует о значимости проблемы на федеральном уровне. В числе прочих мер важную роль занимают занятия АФК и спортом данной категории лиц. Разберём с правовой точки зрения эти понятия.

Адаптивная физическая культура является частью физической культуры, использующей комплекс эффективных средств физической реабилитации инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья [3].

Инвалид — лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты. Лицам в возрасте до 18 лет устанавливается категория «ребёнок-инвалид» [2].

Что же касается определения «лицо с ОВЗ», то такого в современном законодательстве не существует. Существует другое определение, связанное с образованием – «обучающийся с ограниченными возможностями здоровья». Причём, этот статус могут получить только дети в возрасте от 0 до 18 лет [4].

Обучающийся с ОВЗ — физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией и препятствующие получению образования без создания специальных условий [1].

Следует отдельно отметить, что категории «ребёнок-инвалид» и обучающийся с ОВЗ – это две разные группы лиц, которые однако могут и совпадать. Важно, что соответствующий статус первые получают по результатам медико-социальной экспертизы, а вторые – в ходе прохождения психолого-медико-педагогической комиссии [6].

Получается, что согласно законодательству, с ограниченными возможностями здоровья могут быть

признаны только дети, обучающиеся в учебных заведениях. Такое положение вещей является несправедливым по отношению к взрослой части населения.

В то же время в теории АФК существует категория лиц, определяемая как «лица с отклонениями в состоянии здоровья». Этот термин является обобщенным понятием, охватывающим и инвалидов, и детей-инвалидов, и инвалидов с детства, и обучающихся (лиц) с ограниченными возможностями здоровья, и обучающихся (студентов) специальных медицинских групп, и, вообще, всех, у кого наблюдались устойчивые отклонения в состоянии здоровья (хронические заболевания, состояние в период реабилитации после травм, болезней и т. п. (Рис.1) [6].

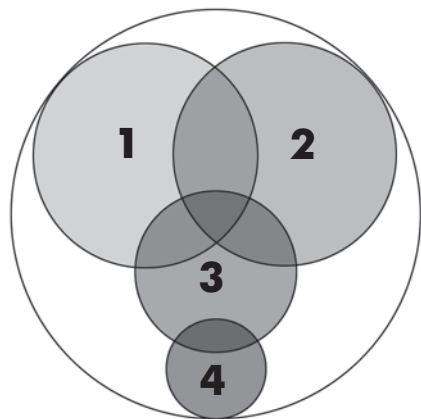


Рис. 1. Основные категории граждан, отнесенные к «лицам с отклонениями в состоянии здоровья»: 1 – инвалиды, 2 – лица (обучающиеся) с ограниченными возможностями здоровья, 3 – обучающиеся и студенты специальных медицинских групп, 4 – другие категории лиц, имеющих хронические заболевания, находящиеся на стадии ремиссии, и др.

Определить количественную меру категории лиц с отклонениями в состоянии здоровья крайне сложно, поскольку существующие формы статистического наблюдения не имеют такой рубрикации [6].

Ввиду правовой неопределённости термина «лицо с ОВЗ», возможно только предположить, что под ним могут (должны) пониматься «лица с отклонениями в состоянии здоровья» в определении АФК. В этом случае, очевидно, категория лиц с ОВЗ будет намного шире, чем категория инвалидов, поскольку будет включать её.

Как мы видим, законодательство даёт определение ограниченности

возможностей здоровья исключительно в контексте образования детей. Взрослое же население, имеющее отклонения в состоянии здоровья (не инвалиды), вообще выпадает из правового поля, регулирующего данную сферу.

Количественно оценить категорию взрослого населения (не инвалидов), которые могли бы иметь показания быть отнесенными к категории лиц с ОВЗ, можно только косвенно. Такое предположение можно сделать на основании ежегодных докладов Минздрава РФ, по итогам Всероссийской диспансеризации. В таблице 1 приведены некоторые итоги диспансеризации за 2014–2016 гг. [8, 11, 13].

Таблица 1
Итоги диспансеризации взрослого населения России за 2014–2016 гг.

Итоги диспансеризации населения	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Количество граждан, планировавшихся для прохождения диспансеризации	42 млн. чел.	24,1 млн. чел.	23,6 млн. чел.
Количество граждан, фактически прошедших диспансеризацию	40,1 млн. чел. (95%)	22,5 млн. чел. (93%)	22,0 млн. чел. (94%)
Выявлено сердечно-сосудистых заболеваний	1,6 млн. чел.	5,3 млн. чел.	7,2 млн. чел.
Выявлено болезней органов дыхания	200 тыс. чел.	500 тыс. чел.	709,9 тыс. чел.
Выявлено больных сахарным диабетом	100 тыс. чел.	300 тыс. чел.	531 тыс. чел.
1-ю группу здоровья (не имеющих заболеваний и минимальный набор факторов риска их развития) имеют	33 % населения	32,2 % населения	30,86 % населения
2-ю группу здоровья (высокий риск смерти при скрытом течении болезни) имеют	21 % населения	20,4 % населения	18,33 % населения
3-ю группу здоровья (заболевания, требующие наблюдения врача) имеют	46 % населения	47,4 % населения	50,82 % населения

Указанные болезни обуславливают 75 % всей инвалидности и смертности населения нашей страны [10].

Третья группа здоровья присваивается гражданам уже имеющим хронические неинфекционные заболевания (или подозрение на такие заболевания) и требующие установления диспансерного наблюдения, или оказания специализированной медицинской помощи. А так же гражданам, не имеющим такие заболевания, но требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной медицинской помощи по поводу иных заболеваний [5].

То есть, более 18 млн. в 2014 г., более 10 млн. в 2015 г. и более 11 млн. в 2016 г. взрослых граждан страны, могли бы претендовать на статус лица с отклонениями в состоянии здоровья (с ОВЗ).

Чрезвычайно важно, что все приведённые болезни имеют общую структуру факторов риска их развития, причем большинство из них поддаются коррекции. Концепция факторов риска стала научной основой профилактики – неопровержимо доказано, что распространенность факторов риска развития основных неинфекционных заболеваний среди населения непосредственно связана с уровнем смертности от них. При

этом опыт большого числа стран мира показал, что воздействия в течение 10 лет направленные на снижение распространенности указанных факторов риска, обуславливают снижение смертности от хронических неинфекционных заболеваний в среднем на 59 % [10].

В таблице 2 приведены факторы риска развития неинфекционных заболеваний, выявленные Всероссийской диспансеризацией среди взрослого населения.

Таблица 2
Факторы риска развития неинфекционных заболеваний, выявленные Всероссийской диспансеризацией среди взрослого населения в 2014–2016 гг.

Факторы риска	2014 г.	2015 г.	2016 г.
нерациональное питание	24,3 %	26,3 %	27,0 %
низкая физическая активность	19,6 %	18,7 %	18,9 %
курение	17,3 %	16,3 %	13,3 %
избыточная масса тела	16,7 %	15,9 %	17,2 %
потребления алкоголя	1,8 %	1,3 %	1,1 %

Анализ приведённых факторов риска показывает, что физическая культура и здоровый образ жизни являются наиболее действенным методом профилактики снижения негативного влияния заболевания на жизнедеятельность человека, вплоть до полного его выздоровления.

Очевидным представляется, что для огромного количества граждан, из числа прошедших диспансеризацию, ввиду их заболеваний, занятия физическими упражнениями должны происходить по адаптированной программе. В то же время определить из них круг лиц, которым может быть предписано заниматься АФК, не представляется возможным из-за отсутствия механизма такого определения. Кроме того, правовой провал в законодательстве фактически отрезает данную категорию граждан от АФК. В результате они вынуждены полагаться исключительно на медицинские способы лечения.

Но в отличие от медицины АФК подразумевает существенные отличия в самом подходе к проблеме. Вот, что говорит о различии медицинского подхода и АФК, основатель школы АФК в России С.П. Евсеев: «...в отличие от адаптивной физической культуры медицинская реабилитация в большей степени направлена на восстановление нарушенных функций организма, а не на максимальную самореализацию человека в новых условиях, что требует от больного или инвалида значительно большей активности и самостоятельности. Кроме того, используемые в реабилитации средства, так или иначе, ориентированы на составляющие традиционной медицины: медицинскую технику, массаж, физиотерапию, психотерапию, фармакологию и т.п., а не на естественные факторы – движение, здоровый образ жизни, рациональное питание, закаливание и др.»; «Адаптивная физическая культура представляет собой значительно более ёмкий и широкий социальный феномен, основной целью которого является социализация или ресоциализация личности инвалида или человека с отклонениями в состоянии здоровья, поднятие уровня качества их жизни, наполнение ее новым содержанием, смыслом, эмо-

циями, чувствами, а не только их лечение с помощью тех или иных физических упражнений или физиотерапевтических процедур» [7].

Принципы АФК это и есть профилактика дальнейшего развития и появления новых заболеваний, для категории граждан, имеющих для этого показания.

Заключение

Подводя итог, можно заключить, что подтвердилась гипотеза исследования. Роль АФК в формировании ЗОЖ среди взрослого населения России государством недооценена. Физическая культура и спорт здорового взрослого населения должны дополняться АФК в тех случаях, когда это необходимо. Из-за того, что в законодательстве не дано определение лица с ОВЗ, эта категория населения воспринимается равноценно с инвалидами. Государственной политикой не предусмотрен доступ взрослого населения России (не инвалидов) к механизмам АФК, даже при наличии возможных диагнозов. Косвенно оценивая количество взрослых граждан, которым может быть рекомендовано заниматься АФК, выявлено в 2014 г. более 18 млн. человек, в 2015 г. более 10 млн. человек, а в 2016 г. более 11 млн. человек.

В то же время исследование показало, что потенциал развития АФК в России не исчерпывается работой с инвалидами и обучающимися с ОВЗ. Существует необходимость доработки правовых аспектов регулирования АФК. Это даст возможность задействовать часть населения, которое, не являясь инвалидами, имеет существенные отклонения в состоянии здоровья, и желает приобщиться к занятиям физической культурой и спортом.

Литература

1. Об образовании в Российской Федерации [Электронный ресурс]: фед. закон от 29 дек. 2012 № 273 - ФЗ // КонсультантПлюс. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/ (Дата обращения 25.07.2017).
2. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации [Электронный ресурс]: фед. закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ // КонсультантПлюс. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/ (Дата обращения 25.07.2017).
3. О физической культуре и спорте в Российской Федерации [Электронный ресурс]: фед. закон от 04.12.2007 N 329-ФЗ // Кон-

сультантПлюс. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_73038/ (дата обращения 25.07.2017).

4. Об утверждении Положения о психо-медико-педагогической комиссии [Электронный ресурс]: приказ Минобрнауки РФ от 20.09.2013 г. N 1082 // КонсультантПлюс. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_153650/ (дата обращения 25.07.2017).

5. Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения [Электронный ресурс]: Приложение к приказу Минздрава РФ от 03.02.2015г. N36ан // КонсультантПлюс.

Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_176516/ (дата обращения 25.07.2017).

6. Евсеев С. П. Теория и организация адаптивной физической культуры [Текст]: учеб. / С. П. Евсеев. – М.: Спорт, 2016. – 616 с.

7. Евсеев С. П. Адаптивная физическая культура [Текст]: учеб. / С. П. Евсеев, Л. В. Шапкова. – М.: Советский спорт, 2000. – 240 с.

8. Доклад Министерства здравоохранения РФ о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ за 2014г.[Электронный ресурс] Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/doklad-o-sostoyanii-zdorovya-naseleniya-i-organizatsii-zdravoohraneniya-po-itogam-deyatelnosti-organov-ispolnitelnoy-vlasti-sub-ektov-rossiyskoy-federatsii-za-2014-god> (дата обращения 25.07.2017).

9. Межведомственная стратегия формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года. [Электронный ресурс] Режим доступа: https://www.gnicpm.ru/strategy_ZOZH (Дата обращения 25.07.2017)

10. Методические рекомендации по практической реализации приказа Минздрава России от 3 февраля 2015 г. № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». [Электронный ресурс] Режим доступа:

<http://mpmo.ru/content/2015/03/DO%9C%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%B4%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%B8-3-D0%B8%D0%B7%D0%B4%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5.pdf> (Дата обращения 25.07.2017).

11. Отчёт об итогах работы министерства здравоохранения Российской Федерации в 2015 году и задачах на 2016 год [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/doklad-ob-itogah-raboty-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-v-2015-godu-i-zadachah-na-2016-god> (Дата обращения 25.07.2017).

12. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс] Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/# (Дата обращения 10.06.2017).

13. Отчёт об итогах работы министерства здравоохранения Российской Федерации в 2016 году и задачах на 2017 год [Электронный ресурс] Режим доступа: https://static-1.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/034/410/original/DO%9C%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D0%B8%D0%B0%D0%B4_2016.pdf?1493043486 (Дата обращения 03.04.2018).

Профилактика спортивного травматизма молодых высококвалифицированных спортсменов в игровых видах спорта на основе фитнес-технологий

Родин А. В., кандидат педагогических наук, доцент.

Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования «Смоленская государственная академия физической культуры, спорта и туризма».

Ключевые слова: спортивные игры, фитнес-технологии, годичный цикл подготовки, соревновательный период, спортивный травматизм, профилактика, адаптация, опорно-двигательный аппарат.

Аннотация. Спортивный травматизм – это проблема спорта высших достижений. Тенденции современных спортивных игр заключаются в том, что период спортивного долголетия игроков существенно увеличился. Во многом это обуславливается привлечением средств медицины в процессе восстановления, различных педагогических технологий подготовки, а также систематическим проведением мероприятий, направленных на профилактику спортивного травматизма.

Контакт: rodin67@bk.ru

Prophylaxis of sports traumatism of young highly skilled athletes in game sports on the basis of fitness-technology

Rodin A. V., candidate of pedagogical sciences, associate professor.

Federal state budgetary institution of the higher education «Smolensk state academy of physical culture, sport and tourism», Smolensk

Keywords: sports, fitness technologies, year cycle of preparation, competitive period, sports traumatism, prophylaxis, adaptation, musculoskeletal system.

Abstract. Sports injuries are a problem of sport of higher achievements. Trends in modern sports games are that the period of sports longevity of players has increased significantly. In many ways, this is due to the involvement of medicine in the recovery process, various pedagogical training technologies, as well as the systematic implementation of measures aimed at the prevention of sports injuries.

Введение

Достижение высоких спортивных результатов в игровых видах спорта обуславливается участием спортсмена в большом количестве игр в течение годичного цикла подготовки, что влияет на адаптацию опорно-двигательного аппарата к чрезмерным тренировочным и соревновательным нагрузкам [5, 7].

Игровая деятельность современных молодых высококвалифицированных спортсменов в игровых видах спорта связана с выполнением большого объема двигательных действий с максимальной амплитудой, что зачастую приводит к образованию спортивных травм и, как следствие, выбыванию спортсмена из тренировочного и соревновательного процессов [1, 2, 4].

Специалистами [3, 5] установлено, что у игроков к концу сезона снижаются показатели физической работоспособности, в связи с нарастающими процессами утомления, что в итоге может привести к увеличению микротравм, которые имеют накапливающийся эффект. В связи с этим, от подготовленности спортсмена, его здоровья, состояния и адаптации организма к чрезмерным нагрузкам в конкретно взятый период времени во многом зависит эффективность игровых действий и достижение победы в матче [6].

Цель исследования – изучить эффективность применения фитнес-

технологий в профилактике спортивного травматизма молодых высококвалифицированных спортсменов в игровых видах спорта.

Организация исследования

Исследование проводилось в период 2014–2017 гг. В нем участвовали 68 молодых высококвалифицированных спортсменов в возрасте 17–22 лет, специализирующиеся в баскетболе и волейболе, которые принимают участие в играх Чемпионата России молодежных команд. Для проверки эффективности рассматриваемого подхода проведен формирующий педагогический эксперимент. Все испытуемые были разделены на две группы: контрольную (КГ, $n = 34$) и экспериментальную (ЭГ, $n = 34$), которые перед началом занятий по уровню травматизма достоверно не отличались друг от друга ($p > 0,05$). В экспериментальной группе, с целью акцентированной профилактики спортивного травматизма применялись адаптивно-укрепляющие, стретчинговые и специально-укрепляющие упражнения. Особую группу составляли средства классического фитнеса – упражнения на фитболах и «Bosu».

Результаты исследования и их обсуждение

Исследования позволили установить, что у игроков КГ и ЭГ, перед началом соревновательного периода показатели травматизма составляют соответственно $44,4 \pm 4,3$ и $42,8 \pm 4,1$

случаев ($p > 0,05$). Однако по окончании педагогического эксперимента у спортсменов КГ существенно возрастает количество травм до $85,6 \pm 7,9$, а в ЭГ снижается до $32,1 \pm 3,1$ случаев ($p < 0,05$)

В результате проведенного формирующего педагогического эксперимента, направленного на профилактику спортивного травматизма, установлено, что применение специализированных упражнений, заимствованных из фитнеса, позволило существенно уменьшить количество спортивных травм в процессе годичного цикла подготовки у спортсменов ЭГ до $74,9 \pm 7,5$, по сравнению со спортсменами КГ – $130,0 \pm 10,9$ случаев ($p < 0,05$) (рис.).

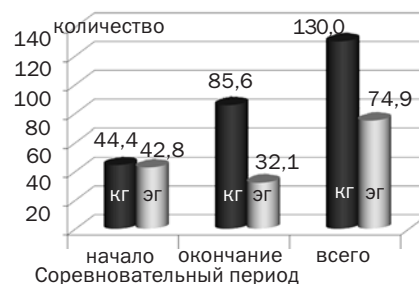


Рис. Сравнительный анализ количества спортивных травм у высококвалифицированных спортсменов КГ и ЭГ после формирующего эксперимента

Полученные результаты исследования позволяют констатировать, что молодые высококвалифицированные спортсмены ЭГ могут больше проводить игрового времени в соревновательном процессе, ввиду низких показателей спортивного травматизма,

тем самым, достигая большей эффективности игровых действий, чем спортсмены КГ.

Сравнительный анализ локализации спортивных травм свидетельствует, что у молодых высококвалифицированных спортсменов ЭГ к концу годичного тренировочного цикла отмечается достоверно меньшее ($p < 0,05$) количество травм нижних и верхних конечностей $38 \pm 3,4$ и $23,7 \pm 2,0$ случаев, чем у спортсменов КГ $66,5 \pm 6,0$ и $37,6 \pm 2,9$ случаев, соответственно (табл. 1).

Отметим, что у молодых высококвалифицированных спортсменов

ЭГ отмечается значительно меньшее количество травм нижних конечностей к концу первого круга соревнований и плей-офф – $14,9 \pm 1,1$ и $10,7 \pm 0,8$ случаев, чем у спортсменов КГ – $32,7 \pm 3,0$ и $17,7 \pm 1,7$ случаев, соответственно. При этом к концу игр плей-офф у спортсменов ЭГ достоверно меньшее ($p < 0,05$) количество травм верхних конечностей – $9,6 \pm 0,7$ случаев, по сравнению с КГ – $16,8 \pm 1,2$ случаев.

В результате применения в тренировочном процессе молодых высококвалифицированных спортсменов, специализирующихся в игровых ви-

дах спорта, адаптивно-укрепляющих, стретчинговых и специально-укрепляющих упражнений, а также средств заимствованных из фитнеса, выполняемых на фитболах и «Bosu», существенно снизилось к концу соревновательного периода количество поврежденных мышц и связок: в ЭГ – $24,6 \pm 2,2$ и $17,3 \pm 1,6$ случаев, по сравнению с КГ – $47,4 \pm 4,4$ и $32,8 \pm 3,0$ случаев, соответственно ($p < 0,05$; табл. 2).

В играх плей-офф у молодых высококвалифицированных баскетболистов и волейболистов ЭГ, в результате проведения фитнес-тренировки отмечается значительно меньше количество повреждений мышц и связок – $4,7 \pm 0,5$ и $3,7 \pm 0,3$ случаев, чем у спортсменов КГ – $9,0 \pm 0,9$ и $9,2 \pm 0,8$ случаев, соответственно ($p < 0,05$). Такая же тенденция отмечается и в играх первого и второго круга.

Таким образом, внедрение в тренировочный процесс молодых высококвалифициро-

ванных спортсменов, занимающихся баскетболом и волейболом, адаптивно-укрепляющих, стретчинговых, специально-укрепляющих упражнений и средств, заимствованных из фитнеса, выполняемых на фитболах и «Bosu», позволяет существенно снизить уровень спортивного травматизма и обеспечивает продление спортивного долголетия игроков.

Заключение

Поиск оптимальных средств подготовки молодых высококвалифицированных спортсменов в игровых видах спорта, все чаще предъявляет высокие требования к эффективной организации сопутствующих основному процессу педагогических воздействий, среди которых ведущее значение занимают фитнес-технологии.

Проведенный формирующий педагогический эксперимент показал, что применяемые в тренировочном процессе молодых высококвалифицированных баскетболистов и волейболистов экспериментальные средства, заимствованные из фитнеса, показали свою высокую эффективность, так как происходит существенное снижение спортивного травматизма.

Можно рекомендовать современным тренерам применять в процессе подготовки спортсменов игровых видов спорта разработанные и апробированные нами педагогические воздействия как эффективный подход, обеспечивающий атлетам спортивное долголетие.

Литература

1. Андреев А. М. Методика применения изометрических упражнений для профилактики травматизма у баскетболистов / А. М. Андреев // Ученые записки университета имени П. Ф. Лесгафта. – СПб., 2007. – №12(34). – С. 5-10.
2. Бакулин В. С. Спортивный травматизм. Профилактика и реабилитация: учебное пособие / В. С. Бакулин, И. Б. Греция, М. М. Богомолова, А. Н. Богачев – Волгоград: ВГАФК, 2013. – 135 с.
3. Губа В. П. Комплексный контроль и оценка соответствия занимающихся избранному виду спорта (при помощи методики «Спортпрогноза»): монография / В. П. Губа, П. Ф. Ежов, А. В. Лексаков, В. В. Маринич, А. В. Родин. – М., 2012. – 44 с.
4. Лебедь Ф. «Формула игры»: общая теория спортивных игр, обучение и тренировка / Ф. Лебедь. – Волгоград, 2005. – 392 с.
5. Родин А. В. Основы методики спортивных игр: учебное пособие / А. В. Родин, А. Б. Самойлов, К. Н. Ефременков. – Смоленск, 2017. – 194 с.
6. Сайкина Е. Г. Фитнес-технологии: понятие, разработка и специфические особенности / Е. Г. Сайкина, Г. Н. Пономарев // Фундаментальные исследования. – 2012. – №11 (часть 4) – С. 890-894
7. Спортивные игры. Техника, тактика, методика обучения: учебник для студентов учреждений высшего профессионального образования / Ю. Д. Железняк под ред. Ю. Д. Железняк, Ю. М. Портнова. – 7-е изд. – М.: Академия, 2012. – 520 с.

Таблица 1
Сравнительный анализ показателей локализации спортивных травм у молодых высококвалифицированных спортсменов контрольной и экспериментальной групп после формирующего эксперимента ($\bar{X} \pm m$)

Стадия соревновательного периода	Группа, значение критерия, вероятность ошибки	Локализация травм (кол-во)	
		Конечности	
		верхние	нижние
1-й круг	КГ	$9,3 \pm 0,7$	$32,7 \pm 3,0$
	ЭГ	$6,7 \pm 0,5$	$14,9 \pm 1,1$
	t	2,05	2,29
	p	$> 0,05$	$< 0,05$
2-й круг	КГ	$11,5 \pm 0,9$	$16,1 \pm 1,5$
	ЭГ	$7,4 \pm 0,8$	$12,4 \pm 1,0$
	t	2,08	2,01
	p	$> 0,05$	$> 0,05$
Плей-офф	КГ	$16,8 \pm 1,2$	$17,7 \pm 1,7$
	ЭГ	$9,6 \pm 0,7$	$10,7 \pm 0,8$
	t	2,13	2,18
	p	$< 0,05$	$< 0,05$
Всего	КГ	$37,6 \pm 2,9$	$66,5 \pm 6,0$
	ЭГ	$23,7 \pm 2,0$	$38 \pm 3,4$
	t	2,31	2,37
	p	$< 0,05$	$< 0,05$

Таблица 2
Сравнительный анализ показателей видов спортивных травм у молодых высококвалифицированных спортсменов контрольной и экспериментальной групп после формирующего эксперимента ($\bar{X} \pm m$)

Стадия соревновательного периода	Группа, значение критерия, вероятность ошибки	Виды травм (кол-во)	
		Повреждения	
		мышц	связок
1-й круг	КГ	$24,3 \pm 2,0$	$17 \pm 1,6$
	ЭГ	$12,2 \pm 1,0$	$10,5 \pm 1,1$
	t	2,30	2,16
	p	$< 0,05$	$< 0,05$
2-й круг	КГ	$14,1 \pm 1,4$	$6,6 \pm 0,5$
	ЭГ	$7,7 \pm 0,7$	$3,1 \pm 0,3$
	t	2,14	1,85
	p	$< 0,05$	$> 0,05$
Плей-офф	КГ	$9 \pm 0,9$	$9,2 \pm 0,8$
	ЭГ	$4,7 \pm 0,5$	$3,7 \pm 0,3$
	t	2,15	2,17
	p	$< 0,05$	$< 0,05$
Всего	КГ	$47,4 \pm 4,4$	$32,8 \pm 3,0$
	ЭГ	$24,6 \pm 2,2$	$17,3 \pm 1,6$
	t	2,20	2,23
	p	$< 0,05$	$< 0,05$

Алгоритм применения средств и методов физической реабилитации при ограничении отведения в плечевом суставе

Федорова Т. Н., кандидат медицинских наук, доцент;

Троицкий Н. П., аспирант, инструктор-методист по лечебной физической культуре.

Сибирский государственный университет физической культуры и спорта, г. Омск

Ключевые слова: плечевой сустав, физическая реабилитация, ограничение отведения.

Аннотация. Заболевания и травмы плечевого сустава сопровождаются ограничением движений во всех плоскостях, а также болевым синдромом. Восстановление отведения во фронтальной плоскости является неотъемлемой задачей физической реабилитации. Алгоритм дифференцированного применения средств и методов физической реабилитации позволяет быстро восстановить данную функцию в полном объеме.

Контакт: 290692@inbox.ru

Algorithm for the application of means and methods of physical rehabilitation with restriction of abduction in the shoulder joint

Fedorova T. N., PhD, associate professor;

Troitsky N. P., postgraduate student, instructor-methodologist in therapeutic physical culture.

Siberian State University of Physical Culture and Sports, Omsk.

Keywords: shoulder joint, physical rehabilitation, limitation of lead.

Abstract. Diseases and injuries of the shoulder joint are limited to movements in all planes, as well as pain syndrome. The restoration of an abduction in the frontal plane is an integral task of physical rehabilitation. The algorithm of differentiated application of cures and methods of physical rehabilitation allows to quickly restore this function in full.

Введение

Заболевания и травмы плечевого сустава сопровождаются нарушением его функции, а также болевым синдромом [1]. Задачами физической реабилитации выступают: восстановление полного активного и пассивного объема движений, а также купирование болевого синдрома. Движение в плечевом суставе осуществляется по трем плоскостям: сагиттальная – сгибание/разгибание, фронтальная – отведение/приведение, горизонтальная – внутренняя/наружная ротация [1]. Восстановление активного отведения в плечевом суставе является самым трудоемким процессом в программе физической реабилитации. Это обусловлено высокими требованиями к биомеханике работы всех костных структур плечевого сустава, а также оптимальным мышечным паттерном движения.

Цель исследования: обоснование дифференцированного подхода к подбору средств и методов физической реабилитации при ограничении отведения в плечевом суставе.

Материал и методы исследования

В исследование включены 73 пациента с периапартулярными заболеваниями плечевого сустава, которые проходили лечение в центре восстановительной медицины ООО МЦСМ «Евромед» (г. Омск) в период с 2014 г. по 2017 г. Среди пациентов преобладали женщины – 44 чел. (60,3 % от числа обследуемых), мужчин – 29 чел. (39,7 %). Средний возраст пациентов составил $47,1 \pm 12,7$ лет. В возрастном аспекте преобладают лица трудоспособного возраста – 82,1 %.

С целью уточнения диагноза, возраста пациентов, особенностей течения патологии и проводимых ранее реабилитационных воздействий изучались медицинские амбулаторные карты (форма карты амбулаторного больного 025/у-04).

Объем пассивных и активных движений в пораженном суставе оценивался при помощи прибора MES 9000 (Myotronics-Noromed, USA), который предоставляет возможность регист-

рировать в реальном времени диапазон движения в плечевом суставе с использованием приспособления, состоящего из двух инклинометров. Датчики фиксируются с помощью поясов. Как диагностический и обучающий инструмент, динамический диапазон движения позволяет специалисту и пациенту наблюдать за движением во всем диапазоне, оценивая его количественные и качественные характеристики. Пациенту предлагалось выполнить отведение в плечевом суставе. В течение 60 секунд проводилась регистрация данных с последующим сохранением и анализом, сравнением с нормативными данными.

Статистический анализ и обработка материала производились на персональном компьютере «Pentium IV» с помощью программы «Microsoft Office-2000» и пакета стандартных статистических программ Statistica (version 6) фирмы StatSoft Inc., USA. Достоверность групповых различий определялись с помощью t-критерия Стьюдента. Для построения графиков и таблиц использовался «Excel for Windows-2000». При обработке результатов клинко-электрофизиологических исследований применялись параметрические и непараметрические статистические методы. Выявленные закономерности и связи изучаемых параметров между группами и признаками были значимыми при вероятности безошибочного прогноза ($p < 0,05$).

Распределение пациентов по нозологическим формам патологии мягких тканей плечевого сустава представлено следующим образом:

1. Импинджмент-синдром диагностирован у 31 пациента (42,4 %).
2. Тендинитопатия различной локализации диагностирована у 15 пациентов (20,5 %).
3. Частичный и полный разрыв ротаторной манжеты выявлен у 11 чел. (15 %).
4. Нестабильность плечевого сустава различной этиологии диагностирована у 8 пациентов (10,9 %).
5. Теносиновит сухожилия длинной головки бицепса имел место в двух наблюдениях (2,7 %).

Все пациенты, включенные в исследование, дали добровольное со-

гласие на участие в нем. Наличие сопутствующей патологии не являлось противопоказанием для проведения курса реабилитации.

Для оценки эффективности разработанного алгоритма пациенты были разделены с применением принципов рандомизации на контрольную и экспериментальную группы.

1-я группа (31 чел.) – контрольная группа. После первичной консультации травматолога-ортопеда, постановки диагноза и определения тактики лечения, пациенты получали комплекс реабилитационных мер, включающих физиолечение (УВЧ, магнитотерапия, фонофорез с анальгином, электромиостимуляция) по назначению врача-физиотерапевта, лечебную гимнастику по методике Попова С. Н., Епифанова В. А. и ручной массаж. Программа рассчитана на срок от 3 до 6 месяцев в зависимости от цели и задач реабилитационной программы [10].

2-я группа (42 чел.) – экспериментальная группа. После консультации врача травматолога-ортопеда, постановки диагноза и определения тактики лечения, пациенты получали программу в соответствии с алгоритмом применения технологий физической реабилитации при ограничении отведения в плечевом суставе. Срок восстановительного лечения зависел от степени тяжести заболевания, сопутствующей патологии, возраста и преследуемых пациентом целей, и составлял от 1 до 3 месяцев. Средства и методы физической реабилитации подбирались дифференцированно с учетом клиникофункциональных особенностей заболевания, этапа реабилитационного процесса, а также адаптационных возможностей пациента. Количество занятий и их продолжительность подбирались с учетом всех вышеперечисленных факторов.

В норме объем отведения в плечевом суставе составляет 180° и состоит из трех этапов. Первая фаза длится в диапазоне от 0–60°. Это движение осуществляется за счет дельтовидной и надостной мышц. Первая фаза заканчивается на 60° отведения, после чего плечевой сустав замыкается в результате контакта большого

бугорка с верхним краем суставной впадины. Отсрочить этот механизм помогает наружная ротация плеча, благодаря которой большой бугорок смещается казди. Вторая фаза отведения длится в диапазоне от 60 до 120°. Дальнейшее отведение происходит только с участием плечевого пояса, а именно за счет ротации лопатки и осевой ротации в грудиноключичном и акромиально-ключичном суставах. В реализации данной фазы движения, помимо мышц агонистов, участвуют трапециевидная, передняя зубчатая мышцы, представляя собой пару, они являются динамическими стабилизаторами лопаточно-грудного сустава. Третья фаза движения начинается в диапазоне 120–180°. Движение происходит за счет мышц агонистов отведения – дельтовидной и надостной мышц, синергистов – передней зубчатой, верхней порции трапециевидной мышцы и мышц стабилизаторов и нейтрализаторов. Однако в конечной фазе требуется участие позвоночника, а именно его боковой наклон [5, 7].

функцию, на каждой из трех фаз движения.

Последовательность применения процедур при ограничении в первой фазе движения обусловлена высокой степенью болевого синдрома, а также выраженностью ограничения функции отведения в плечевом суставе. Первым восстанавливается отведение в плоскости лопатки, так как оно наименее энергозатратно, затем отведение во фронтальной плоскости. Стоит отметить, что функцию отведения не всегда удастся восстановить в полной мере.

На начальном этапе реабилитации проводился аппаратный лимфодренажный массаж с использованием массажной системы Nivamat 200 (Германия) с целью оказания противоотечного и противовоспалительного действия. Механизм лечебного влияния основан на воздействии слабыми электрическими импульсами на кожу, включая подкожно-жировую клетчатку, соединительную ткань, а также на лимфатические и венозные сосуды. Эти колебания оказывают трофостимулирующее, противо-



Рис. 1. Алгоритм применения средств и методов физической реабилитации при ограничении отведения в плечевом суставе.

На рис. 1 представлен алгоритм применения средств и методов физической реабилитации при ограничении отведения в плечевом суставе. Подбор средств и методов реабилитации осуществлялся исходя из наличия факторов, ограничивающих

воспалительное, дренажное и детоксицирующее воздействие [11]. Лечебный эффект при использовании аппаратного лимфодренажного массажа Nivamat 200 во многом определяется специальным электростатическим полем, создаваемым аппара-

том в сочетании с глубокой осцилляцией (вибрационным воздействием) на все тканевые структуры: дерма, мышцы, лимфатическая система, кровеносные сосуды [11]. Помимо оказания противовоспалительного эффекта на капсулу и периартикулярные ткани, прицельное воздействие осуществляется на надостную мышцу. Необходимость избирательного воздействия обусловлена высоким риском фиброизирования и развития спаечного процесса в надостной мышце.

Главной целью проведения СРМ-терапии (Continuous passive motion) было увеличение пассивного и активного объема движений, профилактика отека и сопутствующих осложнений в виде стойкой контрактуры плечевого сустава. Применение этого метода восстановительного лечения на данном этапе является целесообразным по нескольким причинам: возможность строго дозировать нагрузку в зависимости от тяжести заболевания и выраженности ограничений в плечевом суставе. Регулируется исходное положение, амплитуда движений (с шагом в 5 градусов) и скорость поднятия верхней конечности. В результате циклических фаз отведения/приведения в плечевом суставе достигается снижение отека, а также происходит эвакуация жидкости из сустава [8]. Еще одной особенностью проведения СРМ-терапии является абсолютная безболезненность процедуры. Отсутствие болевых ощущений настраивает пациента на продолжение реабилитации, что дает незамедлительные результаты и поднимает моральный настрой.

Мягкие техники мануальной терапии на данном этапе решают ряд важных задач. Воздействие на конкретные анатомические образования способствует более быстрому купированию болевого синдрома, улучшению трофики и амплитуды отведения в плечевом суставе. Мягкое воздействие позволяет делать это абсолютно безболезненно. Использовались четыре основных техники: функциональный массаж, постизометрическая релаксация мышц, воздействие на триггерные точки, поперечный массаж на соединительно-тканых структурах [4, 6].

Лечебная физическая культура на данном этапе применяется в минимальной дозировке. Это объясняется высокой степенью болевого синдрома. Однако активные движения улучшают трофику, восстанавливают проприорецепцию плечевого сустава, что является необходимым условием для быстрого восстановления.

Кинезиотейпирование применялось нами как дополнительный метод восстановительного лечения с целью уменьшения воспаления и отека, купирования болевого синдрома, восстановления функциональной активности мышц. В зависимости от клинических проявлений применялись лимфодренажные аппликации, механическая коррекция, а также методика мышечной ингибции и фасилитации. На данном этапе этот метод оказывает пролонгированное противовоспалительное действие, направленный на профилактику обострения после проведенного лечения.

Далее представлены содержание, последовательность и обоснование применения методов физической реабилитации с учетом клинико-функциональных особенностей ограничения движений во второй фазе отведения. Ввиду сложности восстановления функции отведения в плечевом суставе длительная пассивная разработка на данном этапе остается актуальной. Движение проводится строго в отведении во фронтальной плоскости, так как это более естественное положение для данной функции.

Основой восстановительного лечения на данном этапе является лечебная физическая культура. Активные движения, развивая силу и выносливость мышц агонистов, позволяют увеличить амплитуду отведения в плечевом суставе. Дифференцированный подход к подбору упражнений, и их корректирующее воздействие позволяют восстановить правильную биомеханику движения в плечевом суставе.

Мягкие техники мануальной терапии используются как дополнительный инструмент работы специалиста. Этот метод применялся с целью купирования боли и повышения эластичности в крупных околосуставных мышцах. Применение кинезио-

тейпирования обусловлено необходимостью профилактики воспаления после проведенного лечения.

Ограничения в третьей фазе отведения имеют свои клинико-функциональные особенности. Далее представлены содержание, последовательность и обоснование применения технологий физической реабилитации. Мягкие техники мануальной терапии проводятся предварительно, перед активными движениями. Это обусловлено большим количеством мышц, включающихся в третьей фазе отведения. Купирование болевого синдрома, улучшение трофики, повышение эластичности в укороченных мышцах будут способствовать более эффективному применению активных движений.

Основой программы на данном этапе также является лечебная физическая культура. Помимо базовых упражнений на мышцы агонисты, стабилизаторы и фиксаторы плечевого сустава, применяются упражнения для улучшения подвижности в грудном и поясничном отделах позвоночника. Применение кинезиотейпирования обусловлено профилактикой воспаления после проведенного лечения, а также оказываемым корректирующим эффектом на мышечный тонус.

Результаты исследования

Оценка эффективности методики дифференцированного применения средств и методов физической реабилитации осуществлялась исходя из объективного показателя: активного объема отведения в плечевом суставе.

Анализ динамики восстановления функции активного отведения в плечевом суставе в экспериментальной и контрольной группах представлен на рис. 2.



Рис. 2. Динамика восстановления активного объема отведения в плечевом суставе в экспериментальной и контрольной группах.

В результате применения алгоритма, основанного на дифференцированном подборе средств и методов реабилитационных технологий, мы наблюдаем более быстрое и полное восстановление функции в экспериментальной группе. Повторное тестирование спустя 4 недели показало, что объем активного отведения в плечевом суставе в контрольной группе составил 99,4°, в экспериментальной группе – 108,6°, что на 9,2° больше ($p \leq 0,05$). Стоит отметить, что восстановление функции в более ранние сроки способствует профилактике осложнений в виде приводящей контрактуры, а также более полному восстановлению активного объема отведения в плечевом суставе. Объем активного отведения в плечевом суставе за двенадцать недель восстановительного лечения в экспериментальной группе увеличился с 75,5° до 155,2°, что составило 79,7° ($p \leq 0,001$),

в контрольной группе с 73,3° до 145,9°, что составило 72,6° ($p \leq 0,001$). По результатам итогового тестирования, разница составила 7,1° ($p \leq 0,05$).

Заключение

Учитывая результаты проведенного исследования, можно сделать вывод, что дифференцированное применение средств и методов физической реабилитации способствует более эффективному их применению, что напрямую отражается на динамике восстановительного лечения.

Литература

1. Боль в плече: Патогенез, диагностика, лечение / В. А. Широков. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 240 с.
2. Букуп К. Клиническое исследование костей суставов и мышц; пер. с англ. / К. Букуп. – М.: Мед. Лит., 2008. – 320с.
3. Вибен К. Визуальное руководство по функциональному мышечному тестированию / К. Вибен, Б. Фалькенберг; пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2017. – 296 с.
4. Еремушкин М. А. Мягкие мануальные техники. Постизометрическая релаксация

мышц / Киржнер Б. В., Молчанов А. Ю. – учебное пособие, 2-е изд. – СПб.: Наука и Техника, 2014. – 288 с.

5. Капанджи А. И. Верхняя конечность. Физиология суставов / А. И. Капанджи – 6-е издание – М.: Эксмо, 2009 – 345 с.

6. Левит К. Мануальная медицина / Захсе И., Янда В. – М.: Медицина, 1993 – 512 с.

7. Мышцы. Анатомия. Движения. Тестирование / Валериус К-П., Франк А., Колстер Б. и др.; пер. с англ. под ред. М. Б. Цыкунова. – М.: Практическая медицина, 2015. – 432 с.

8. Пиманчев О. В. Эффективность длительной пассивной двигательной терапии после тотального эндопротезирования коленного сустава: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук (14.01.15) / Пиманчев О. В.; НМХЦ им. Н. И. Пирогова, Минздрав РФ. – М., 2014. – 25 с.

9. Нейматов Э. М. Прикладная биомеханика в спортивной медицине и остеопатии / Э. М. Нейматов, С. Л. Сабинину – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. – 448 с.

10. Физическая реабилитация: Учебник для студентов высших учебных заведений / Под общей ред. проф. С. Н. Попова. Изд. 3-е. — Ростов н/Д: Феникс, 2005. – 608 с.

11. Aliyev R. Clinical effects of the therapy method deep oscillation in treatment of sports injuries. // Sportverletz Sportschaden. — 2009. P. 31-34.

Применение международной классификации функционирования в определении реабилитационного вектора у женщин пожилого возраста

Мурзагалин Т. Ш., кандидат медицинских наук;

Ларина М. В., кандидат медицинских наук;

Никитина О. А., кандидат биологических наук.

Стерлитамакский институт физической культуры, филиал Уральского государственного университета физической культуры.

Ключевые слова: физическая активность, женщины пожилого возраста, МКФ, домены, реабилитационный вектор, снижение массы тела, адаптационные способности организма.

Аннотация. Недостаточная физическая активность является основной причиной хронических неинфекционных заболеваний у женщин пожилого возраста. Кодификатор и домены международной классификации функционирования (МКФ), позволили провести анализ не только нарушенных функций, структур у женщин пожилого возраста, но так же оценить активность и участие факторов окружающей среды для комплексной оценки состояния здоровья и нуждаемости в мерах социальной защиты. В результате проведенного исследования у женщин были выявлены групповые отклонения по доменам структуры и функции организма: s 760.2 – умеренные отклонения по индексу «талия – бедро, соотношение», b 420.2 – умеренные отклонения по индексу ИФИ, b 530.1 – легкие отклонения по ИМТ (индекс массы тела), что свидетельствует о наличии избыточного веса у женщин обследованной группы. Даны рекомендации, что направление реабилитационного вектора и мероприятия должны быть направлены на снижение массы тела, что будет способствовать повышению адаптационных способностей организма.

Контакт: o.a.nikitina@mail.ru

The application of the international classification of functioning in the definition of the rehabilitation of older women vector

Murzagalina T. Sh., PhD,

Larina M. V., PhD,

Nikitina O. A., PhD.

Sterlitamak Institute of physical culture (branch) Ural State University of physical culture.

Keywords: physical activity, elderly women, ICF, domains, vector rehabilitation, weight loss, the body's adaptive ability.

Abstract. Physical inactivity is a major cause of chronic non-communicable diseases among older women. Codifier and domains of the international classification of functioning (ICF), allowed to analyze not only disturbed functions, structures in older women, but also to assess the activity and participation of environmental factors for a comprehensive assessment of health and need for social protection measures. As a result of the study, group deviations in domains of the body structure and function were revealed in women: s 760.2 – moderate deviations in the waist – thigh ratio index, b 420.2 – moderate deviations in the IFF index, b 530.1 – slight deviations in BMI (body mass index), which indicates the presence of excess weight in women of the examined group. It is given that the direction of the rehabilitation vector and activities should be aimed at reducing body weight, which will contribute to improving the adaptive abilities of the body.

Основными причинами инвалидизации и летальности населения всех стран мира, в т. ч. и России, с сере-

дины XX века были признаны хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) [9]. К ним относятся

болезни системы кровообращения, новообразования и сахарный диабет 2-го типа, среди которых лидирую-

щие позиции остаются за сердечно-сосудистыми заболеваниями, составляющими 53,5 % в структуре общей смертности населения [5].

По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) гиподинамия – это четвертая причина смертности населения в мире: например, на ее долю в 2008 году приходилось 9 % от общего числа случаев смерти в мире [2].

Результаты исследования М. Г. Бубнова и др. [1] показали, что именно недостаточная физическая активность (ФА) и является основной причиной ХНИЗ, таких как атеросклероз, ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертензия (АГ), мозговой инсульт, ожирение, сахарный диабет (СД), рак, артрит и остеопороз. Вклад низкой ФА в развитии ИБС составляет 6 %, СД 2 типа – 10 %, рака молочных желез – 10 % и рака кишечника – 10 % [1].

К тому же у физически неактивных людей выше риск развития АГ (на 35–53 %), ИБС (на 30 %), СД (на 27 %), рака молочной железы и толстой кишки (на 21–25 %) [8].

В 2011 г. ВОЗ был предложен кодификатор Международной классификации функционирования (МКФ) для оценки здоровья и показателей, связанных со здоровьем. МКФ относится к диагнозу и функционированию, что позволяет дать более широкую и значимую картину здоровья людей и популяции.

В публикациях последних лет оцениваются домены МКФ, позволяющие провести анализ не только нарушенных функций, структур, активности и участия, но и факторов окружающей среды для комплексной оценки состояния здоровья и нужды в мерах социальной защиты [6].

Функционирование и ограничения жизнедеятельности, связанные с изменениями здоровья, классифицируются в МКФ. Возможность применения МКФ разнообразна, однако наиболее оправдано ее применение в клинических исследованиях для оценки клинко-функционального состояния пациентов. МКФ использует буквенно-цифровую систему, в которой буквы b, s, d, e используются для обозначения функций (b),

структур (s) организма, активности и участия пациента (d), а также факторов окружающей среды (e). За этими буквами следует числовой код.

Совместная информация, относящаяся к диагнозу и функционированию, дает более широкую и значимую картину здоровья людей или популяции, которая может быть использована при принятии решений всеми специалистами, работающими в сфере реабилитации: врачей, психологов, терапевтов, педагогов, экономистов, юристов, политиков и т. д. [3].

Всеобъемлющая цель МКФ – обеспечить унифицированным стандартным языком и определить рамки для описания показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем [4].

Международная классификация функционирования построена на основе следующих важных принципов: универсальность, утилитарность, нейтральность, достоверность, валидность, сопоставимость, акцент на позитивных аспектах, взаимодействие с факторами окружающей среды, интерактивность.

В соответствии с данными принципами данная классификация может быть применима ко всем людям, независимо от состояния здоровья или возраста. Показатели здоровья и показатели, связанные со здоровьем, при любом изменении здоровья могут быть описаны с помощью МКФ.

МКФ дает описание ситуаций, исходя из функционирования и его ограничений у человека, поэтому служит своеобразным каркасом для систематизации этой информации, основываясь на взаимодействии характеристик здоровья и контекстовых факторов, которые приводят к ограничениям жизнедеятельности.

По мнению Т. М. Полькина [7] в последнее время в мире происходят значительные изменения в возрастной структуре населения: общее постарение, или, как принято его называть, «демографическая, тихая революция», причем последствия этого явления далеко выходят за рамки демографии и имеют большое экономическое, социальное, культурное, психологическое и духовное значение для современного челове-

чества.

В этой связи, по нашему мнению, МКФ является вполне приемлемым и оптимальным инструментом для оценки состояния здоровья лиц пожилого возраста, т. к. широко охватывает домены функционирования организма человека.

Целью нашего исследования было выявление и описание доменов здоровья женщин пожилого возраста в категориях МКФ для определения реабилитационного вектора.

Организация исследования

Исследовательская работа проводилась на базе Стерлитамакского института физической культуры, филиала Уральского государственного университета физической культуры. Оценивалось состояние здоровья лиц пожилого возраста, занимающихся в группе здоровья. Было обследовано 33 человека (женщин) в возрасте 65–80 лет. Оценка состояния здоровья женщин пожилого возраста проводилась с использованием специально разработанной анкеты – опросника, составленного в соответствии с доменами МКФ. Оценивались следующие домены здоровья по МКФ:

- s 760 – структура туловища (рост, обхват талии – ОТ);
- s 750 – структура нижней конечности (обхват бедер – ОБ);
- b 530 – функции сохранения массы тела (вес);
- b 420 – функции артериального давления (САД, ДАД);
- b 410 – ЧСС функции сердца;
- b 440 – ЧДД функции дыхания.

У обследованных определялся весо-ростовой индекс Кетле (ИМТ). Женщины с показателем «талия – бедро, соотношение» (ТБС) около 0,7 имеют оптимальные уровни эстрогена и менее восприимчивы к основным заболеваниям, таким как диабет, заболевания сердечно-сосудистой системы и рак яичников. Женщины с высоким показателем соотношения талии к бедрам (0,80 и выше) имеют значительно более низкие показатели здоровья, чем при ТБС 0,70–0,79, независимо от их ИМТ (индекс массы тела). Согласно данным Национального института диабета, желудоч-

но-кишечных и почечных заболеваний (NIDDK), женщины, у которых ТБС больше 0,8 и мужчин, у которых он больше 1,0, подвержены повышенному риску для здоровья [10].

В этой связи у обследованных женщин определялся индекс ТБС, представляющий собой отношение ОТ к ОБ.

Напряжение регуляторных систем организма, проявляющееся в усилении симпатических влияний, приводит к снижению адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы (ССС). Для выявления состояния ССС рассчитывался средний индекс функциональных изменений (ИФИ):

$$\text{ИФИ} = 0,011 \cdot \text{ЧСС} + 0,014 \cdot \text{САД} + 0,008 \cdot \text{ДАД} + 0,014 \cdot \text{В} + 0,009 \cdot \text{МТ} - 0,009 \cdot \text{Р} - 0,27,$$

где: В – возраст, Р – рост, МТ – масса тела.

Адаптационная способность системы кровообращения оптимальная при ИФИ = 1, при ИФИ = 2 и более – удовлетворительная, от 3 и выше – неполная, 4 и выше – кратковременная, 5 и более – плохая.

На практике часто используется показатель «двойного произведения» (ДП), увеличение которого до 95 и выше свидетельствует о напряжении функций ССС. Чем выше ДП, тем меньше резервы адаптации сердечно-сосудистой системы.

$$\text{ДП} = \text{ЧСС} \cdot \text{САД} / 100$$

Соотношение тонуса частей автономной нервной системы оценивалось по вегетативному индексу Кердо (ВИК):

$$\text{ВИК} = (1 - \text{ДАД} / \text{ЧСС}) \cdot 100 (\%)$$

В норме ВИК имеет положительное значение. Чем он выше, тем больше преобладает парасимпатический тонус. Отрицательные значения ВИК указывают на преобладающий симпатический тонус.

Результаты проведенного исследования

При оценке состояния здоровья женщин пожилого возраста, занимающихся в группе здоровья на базе Стерлитамакского института физической культуры, по анкетам оценки состояния здоровья были выявлены следующие значения показателей (табл. 1).

Как видно из таблицы 1 средний возраст обследованных женщин составил $68,5 \pm 6,8$ лет.

Таблица 1
Домены здоровья в группе женщин пожилого возраста (n = 33)

Домен	M ± m
Возраст	68,5±6,8
Масса тела b 530 Функции сохранения массы тела	73,2 ± 11,50
Рост s 760 Структура туловища	159,75 ± 6,54
Обхват талии s 760 Структура туловища	89,42 ± 9,73
Обхват бедер s 750 Структура нижней конечности	105,21 ± 6,61
САД b 420 Функции артериального давления	131,94 ± 17,71
ДАД b 420 Функции артериального давления	78,85 ± 9,88
ЧСС b 410 Функции сердца N=69-89	69,81 ± 9,27
ЧДД b 440 Функции дыхания N=18-22	20,15 ± 6,96
Общие заболевания	24 (72,7 %)
Инвалидность	2 (6,1 %)
ТБС Индекс «талия – бедра, соотношение»	0,84 ± 8,14
ИФИ	3,16 ± 10,28
ВИК	112,94 ± 9,58
ДП	92,2 ± 13,49
ИМТ	28,52 ± 9,02

Весо-ростовой индекс Кетле составил $28,52 \pm 9,02$, что свидетельствует о наличии избыточного веса.

Индекс «талия – бедра, соотношение», который в среднем составил $0,84 \pm 8,14$, свидетельствует о том, что обследованные имеют низкие уровни эстрогена и восприимчивы к основным заболеваниям, таким как диабет, заболевания ССС и рак яичников.

В группе обследованных женщин среднее значение ИФИ составило: $3,16 \pm 10,28$, что соответствует неполной адаптационной способности. Напряжения функций ССС не обнаружено, т. к. показатель «двойного произведения» оказался ниже 95 и составил $92,2 \pm 13,49$.

У обследованных женщин ВИК составил $112,94 \pm 9,58$, что свидетельствует о преобладании парасимпатического тонуса над симпатическим у обследуемой группы женщин.

Итак, в результате проведенного исследования были выявлены следующие проблемы по МКФ (табл. 2).

Таблица 2
Домены здоровья, подлежащие коррекции (n = 33)

Домен	M ± m
ТБС s 760.2 Индекс «талия – бедра, соотношение»	0,84 ± 8,14
ИФИ b 420.2	3,16 ± 10,28
ИМТ b 530.1	28,52 ± 9,02

Выводы и рекомендации

В результате проведенного исследования состояния здоровья женщин были выявлены групповые отклонения по доменам структуры и функции организма:

s 760.2 – умеренные отклонения по индексу «талия – бедро, соотношение», при оптимальном показателе – 0,7 в группе обследованных женщин этот показатель составил $0,84 \pm 8,14$;

b 420.2 – умеренные отклонения по индексу ИФИ – $3,16 \pm 10,28$, что соответствует неполной адаптационной способности.

b 530.1 – легкие отклонения по ИМТ (индекс массы тела), что свидетельствует о наличии избыточного веса у женщин обследованной группы.

В этой группе женщин реабилитационные мероприятия должны быть направлены на снижение массы тела, особенное внимание необходимо обратить на жировые отложения в области талии, что будет способствовать повышению адаптационных способностей организма.

Литература

1. Бубнова М. Г. Физические нагрузки и атеросклероз: динамические физические нагрузки высокой интенсивности как фактор, индуцирующий экзогенную дислипидемию / М. Г. Бубнова, М. Г. Аронов, Н. В. Перова и др. // Кардиология, 2003, 3, Т. 43:43-49.
2. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро 2006. Торонтская хартия о физической активности: глобальный призыв к действию. 2010. Сайт GAPA – Global advocacy for physical activity [Электронный ресурс] Режим доступа: www.globalpa.org.uk (Дата обращения 08.05.2018).
3. Коробов М. В. МКФ. Классификация функций и структур организма: учебно-методическое пособие / М. В. Коробов. – СПб: СПбИУВЭК, 2011. – 34 с.
4. Коробов М. В. Критерии оценки ограничений жизнедеятельности как основа медико-социальной экспертизы больных терапевтического профиля / М. В. Коробов, В. В. Сергеева, И. А. Дубинина // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. – 2005. – № 1. – С. 13-16.

5. Методические рекомендации по практической реализации приказа Минздрава России от 3 февраля 2015 г. № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». Утверждены главным специалистом по профилактической медицине Минздрава России 23 марта 2015 г.

6. Нургазизова А. К. Применение международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для оценки реабилитации боль-

ных сердечно-сосудистыми заболеваниями /А. К. Нургазизов, В. В. Сергеева, А. Ю. Родионова // Практическая медицина, 2014. – 6(82). – С. 29-35.

7. Польшин Т. М. Особенности понимания феномена старости на разных этапах психолого-философского осмысления // Вестник Башкирского университета. – Т. 17. – № 3. – Уфа, 2012. – С. 1407-1412.

8. Потемкина Р. А. Повышение физической активности населения России: современные подходы к разработке популяционных

программ. Профилактическая медицина. 2014; том 17, № 1: 6-11.

9. Приказ Минздрава России от 21 декабря 2012 г. N 1344н

10. Morkedal B., Vatten L. J., Romundstad P. R., et al. Risk of myocardial infarction and heart failure among metabolically healthy but obese individuals. The HUNT Study, Norway. J Am Coll Cardiol. 2013 Dec 14. doi: 10.1016/j.jacc.2013.11.035.

Сравнительный анализ адаптационных состояний слабослышащих и здоровых спортсменов, занимающихся сноубордом

Билалетдинов М. И., младший научный сотрудник.

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физической культуры»

Ключевые слова: сноуборд, адаптация, психофизиологические состояния, диагностика, тест Люшера.

Аннотация. В статье излагаются результаты исследований особенностей адаптационных состояний слабослышащих и здоровых спортсменов, занимающихся сноубордом.

Контакт: mubinbil@mail.ru

Comparative analysis of the adaptive states of hearing impaired and healthy athletes engaged in snowboarding

Bilialtdinov M. I., junior researcher.

Federal State Budget Institution «St. Petersburg Scientific-Research Institute for Physical Culture».

Keywords: snowboard, adaptation, psychophysiological conditions, diagnostics, Lusher test.

Abstract. The article presents the study results of mental states features among hard hearing and healthy athletes involved in snowboarding.

Введение

Современные подходы к развитию спорта требуют всестороннего учета индивидуальных особенностей спортсменов [3]. Среди многочисленных факторов особую актуальность имеет проблема изучения психофизиологических состояний, как отражения процесса адаптации человека к социальным условиям спорта и спортивным нагрузкам [1, 2, 4, 5]. В последние несколько лет, в связи с развитием спорта инвалидов, становится очевидным недостаточность научных исследований по многим аспектам, позволяющим спортсменам, относящимся к данной категории, добиваться высоких спортивных достижений. В частности, анализ литературных источников показал полное отсутствие научных исследований в области психологии спортсменов с нарушением слуха.

В целом психологии глухих и слабослышащих уделяется крайне мало внимания. Ученые, занимающиеся этой проблемой, подчеркивают проблему социализации этих людей. Социальная депривация, непринятие социумом, дефицит общения, стигматизация и прочие обстоятельства

делают процесс их адаптации крайне затрудненным, что приводит к выбору ими девиантных стратегий поведения [7].

В нашем исследовании мы изучали устойчивые компоненты состояний, как отражение сформировавшихся механизмов саморегуляции. Предполагалось, что у спортсменов с нарушением слуха эти характеристики могут отличаться от здоровых спортсменов. С этой целью мы использовали, широко распространенный в практике спортивной психологии, восьми цветовой тест Люшера. Методика предназначена для изучения неосознаваемых, глубинных проблем личности, актуального состояния, базисных потребностей, индивидуального стиля переживания, типа реагирования и степени адаптированности обследуемого. Она также позволяет выявить компенсаторные возможности человека, оценить степень выраженности болезненно заостренных черт характера [6].

Цель исследования: выявить отличительные особенности адаптационных процессов сноубордистов (здоровых спортсменов и с наруше-

нием слуха) на основе анализа их психофизиологических состояний.

Методы и организация

В нашем исследовании сравнивались данные различных параметров психофизиологических состояний спортсменов-сноубордистов (с нарушением слуха и здоровых), полученных в период с 26.10 по 16.11.2017 г. В первую группу вошли спортсмены с нарушением слуха (СНС) – всего 13 человек. Из них: 6 слабослышащих и 7 глухих, 8 мужчин и 5 женщин. На момент обследования имели квалификацию от 1 до 2 разряда – 7 человек; КМС – 3; МСМК – 1; без разряда – 2; возраст: от 11 до 32 лет и стаж занятия спортом от 1 до 10 лет. Вторую группу составили здоровые спортсмены (ЗС) в количестве 8 человек. Из них: 4 мужчин и 4 женщины, на момент обследования имели квалификацию от 1 до 3 разряда – 6 человек; КМС – 1; без разряда – 1; возраст: от 12 до 22 лет и стаж занятия спортом от 3 до 6 лет. Здесь и в дальнейшем для удобства будем использовать соответствующую аббревиатуру данных групп.

Со спортсменами было проведено три занятия с использованием различных техник психологического воздействия с перерывом в одну–две недели. Перед и после каждого занятия проводилась диагностика их психофизиологического состояния различными методами, одним из которых являлся тест Люшера. В рамках данной статьи мы изложим результаты анализа данных, полученных с его помощью. Таким образом, большинство спортсменов тестировались по шесть раз. Общее число измерений в первой группе составило 61, во второй 42.

Результаты

Нами был проведен сравнительный анализ различных параметров обеих групп. Данные были подвергнуты статистической обработке. В таблице 1 представлены статистически значимые различия по первичным показателям.

В группе спортсменов с нарушением слуха выявлены статистически значимо более низкие значения выбора позиции синего, коричневого, черного и серого и более высокие красного, желтого и фиолетового цветов по сравнению с группой здоровых спортсменов. Данные, представленные в таблицах 2 и 3, позволяют более подробно описать характер цветового выбора в обеих группах. В левой колонке этих таблиц указаны градации отношения тестируемых спортсменов к каждому цвету, соответствующих подходу автора этого метода. В верхней строке указан условный номер каждого цвета (см. таблицу 1).

В кратком варианте тесте Люшера восемь цветовых таблиц: четыре основных и четыре дополнительных.

Основные цвета (1 – синий, 2 – зеленый, 3 – красный и 4 – желтый).

По синему цвету (1) в группе спортсменов с нарушением слуха «явно предпочитают», т. е. ставят его на 1 или 2 место, в 42 % случаев против 15 % в группе здоровых спортсменов. Они реже (21 %), чем здоровые спортсмены (46 %) относятся к нему с безразличием (5 или 6 место). Частота выборов синего цвета на позицию «не нормы» (с 6 по 8), т. е. ту, которая указывает на наличие напряжения потребности,

Таблица 1
Статистически значимые различия средних величин выбора места цвета двух групп спортсменов

Параметр	Спортсмены с нарушением слуха (СНС)		Здоровые спортсмены (ЗС)		Критерий Student р
	среднее	станд. откл-е	среднее	станд. откл-е	
1 (Синий)	3,60	2,00	4,66	1,68	p<0,005
3 (Красный)	5,50	1,82	2,93	2,24	p<0,001
4 (Жёлтый)	5,81	2,23	2,95	2,37	p<0,001
5 (Фиолетовый)	4,89	2,48	3,98	1,92	p<0,05
6 (Коричневый)	5,42	1,95	6,76	1,39	p<0,001
7 (Чёрный)	3,53	2,23	4,76	1,81	p<0,005
0 (Серый)	3,82	2,13	6,34	1,84	p<0,001

Таблица 2
Показатели частоты выбора позиции цвета в группе спортсменов с нарушением слуха (СНС)

Номер цвета	1	2	3	4	5	6	7	0
явное предпочтение (1 или 2)	42%	37%	10%	13%	23%	3%	44%	29%
предпочтение (3 или 4)	26%	39%	18%	16%	21%	32%	13%	35%
1–4 позиция	68%	76%	27%	29%	44%	35%	56%	65%
безразличие (5 или 6)	21%	16%	40%	18%	24%	27%	34%	19%
отвержение (7 или 8)	11%	8%	32%	53%	32%	37%	10%	16%
не норма	24%	16%	66%	65%		19%	53%	52%

Таблица 3
Показатели частоты выбора позиции цвета в группе здоровых спортсменов (ЗС)

Место цвета/номер цвета	1	2	3	4	5	6	7	0
явное предпочтение (1 или 2)	15%	22%	61%	61%	22%	0%	17%	2%
предпочтение (3 или 4)	24%	54%	22%	15%	49%	7%	12%	17%
1–4 позиция	39%	76%	83%	76%	71%	7%	29%	20%
безразличие (5 или 6)	46%	20%	2%	10%	15%	27%	59%	22%
отвержение (7 или 8)	15%	5%	15%	15%	15%	66%	12%	59%
не норма	34%	20%	15%	15%		2%	22%	15%

символизируемой этим цветом, незначительно выше в группе здоровых спортсменов – 34 против 24 % у спортсменов с нарушением слуха.

По зеленому цвету (2) статистически значимых отличий не выявлено, что иллюстрируется практически идентичным характером распределения отношения к данному цвету в обеих группах.

По красному цвету (3) в группе здоровых спортсменов «явное предпочтение» отдают в 61 % случаев, против 10 % группы спортсменов с нарушением слуха. Они гораздо реже ставят его в позицию «не нормы», чем спортсмены с нарушением слуха – 15 против 66 %, и очень редко (2 %) относятся к «безразличием». У спортсменов с нарушением слуха эта позиция выбирается в 40 % случаев.

Похожие показатели зафиксированы по желтому цвету (4). В группе здоровых спортсменов явное предпочтение отдают так же в 61 % случаев против 13 % у спортсменов с нарушением слуха. Они гораздо реже

отвергают его, чем спортсмены с нарушением слуха – 15 % против 53 %. И позиция «не нормы» составляет 15 % против 65 % у спортсменов с нарушением слуха.

Дополнительные цвета (смешанные: фиолетовый (5) и коричневый (6); и ахроматические: черный (7) и серый (0)).

Фиолетовый цвет (5) здоровые спортсмены в половине случаев выбирают на 3–4 позицию (49 %) и в 71 % в целом предпочитают его; реже, отвергая его (15 %) или относясь с безразличием (15 %). Спортсмены с нарушением слуха этот цвет воспринимают более равномерно. Немного чаще они отвергают его (32 %).

Если коричневый цвет (6) в группе спортсменов с нарушением слуха распределен равномерно с 3 по 8 позицию, то в группе здоровых спортсменов он преимущественно отвергается (66 %) или находится в нейтральной позиции – 27 %. Очень редко здоровые спортсмены ставят его в позицию «ненормы» (1–3) – (2 %) против 19 % у СНС.

По черному цвету (7) в группе

спортсменов с нарушением слуха чаще всего отдается «явное предпочтение» – 44 %. А в 53 % случаев он находится в позиции не «нормы». В группе же здоровых спортсменов эти цифры составляют 17 % и 22 % соответственно. Они наиболее часто отводят ему «безразличную» зону – 59 %.

Серый цвет (0) в группе спортсменов с нарушением слуха гораздо чаще занимает позицию «не нормы» (1 – 3) – 53 % против 22 % у здоровых спортсменов. Последние чаще отвергают его – 59 % против 16 % у спортсменов с нарушением слуха.

Обсуждение результатов

Вышеприведенные данные демонстрируют наличие существенных различий цветового выбора между спортсменами с нарушением слуха и здоровыми спортсменами. Наличие статистически значимых различий средних значений цветовых таблиц дополняется важной информацией о частоте распределения выбора каждого цвета в зависимости от его предпочтения. Среди наиболее информативных показателей выделим наиболее предпочитаемые цвета, и наиболее отвергаемые в каждой группе. Первые говорят о ведущей тенденции, определяющей стиль переживания индивида, восприятия, мотивации и поведения. А вторые о фрустрации потребностей индивида.

Спортсмены с нарушением слуха в несколько раз чаще, чем здоровые спортсмены предпочитают синий, черный и серый цвета и отвергают красный и желтый (табл. 2 и 3). Таким образом, у спортсменов с нарушением слуха фрустрированными чаще всего оказываются «основные потребности» в достижении, обладании, лидировании, наступательной агрессии, проявлении высокой поисковой активности, а так же в эмоциональной вовлеченности в социальном плане, яркости переживаний, полноте бытия во всех его проявлениях. А ведущими тенденциями чаще всего являются потребности в глубокой привязанности, эмоциональном комфорте, покое, независимости, отгороженности от внешнего мира, давления извне.

Здоровые спортсмены в несколько раз чаще отвергают коричневый и серый и предпочитают красный и желтый. Такой выбор принято считать нормальным. Он говорит о том, что ведущей тенденцией для здоровых спортсменов является: раскованность поведения, оптимизм, стремление к полноте

бытия, активному творчеству, новым перспективам, лидерству, экспансии. Дополнительным цветам, находящимся в конце цветового ряда, не придается значимость потребностной сферы, за исключением случаев диагностируемых, как подавление вторичных потребностей, на которых мы остановимся ниже.

Функциональное значение цвета, отражающее отношение субъекта к выбранным цветам, зависит от того, является ли выбор нормативным или нет. Нормативным выбором называется тот, при котором, яркие эталоны основных цветов (1, 2, 3, 4) находятся на первых трех позициях, а дополнительные (6, 7, 0) на последних трех. В группе здоровых спортсменов он выявлен в 34,2 % случаев и при этом «явное предпочтение» отдавалось красному и желтому цвету (таблица 5). Такие выборы близки к средненормативному и отражают оптимистическую, активную, жизнелюбивую позицию личности [6].

Для группы же спортсменов с нарушением слуха характерна исключительно компенсаторная поведенческая реакция, связанная с включением механизмов психологической защиты, обусловленных внутренними и внешними конфликтами. Она диагностируется в том случае, когда хотя бы один из основных цветов находится в позиции «ненормы», т. е. занимают с 6 по 8 место, или хотя бы один из дополнительных (6, 7, 0) выбирается на первые три позиции.

Таблица 4
Количество выборов в обеих группах, отражающих наличие нормативного или компенсаторного поведения

Группа спортсменов	Нормативный выбор	Компенсаторная реакция	Подавление основных потребностей	Негативное отношение к жизни
СНС	0,0%	100,0%	98,4%	88,7%
ЗС	34,2%	63,8%	63,4%	24,4%

Таблица 5
Количество выборов фиолетового и основных цветов на позицию «явного предпочтения» при нормативном выборе в обеих группах

Группа спортсменов	Нормативный выбор. Выбор на 1-ю или 2-ю позицию				
	1	2	3	4	5
СНС	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
ЗС	0,0%	14,6%	22,0%	24,4%	2,4%

Таблица 6
Количественные показатели характера адаптивных реакций

Группа спортсменов	Нормативная реакция	Успешная компенсация	Неуспешная компенсация
СНС	0%	8,1%	91,9%
ЗС	34,2%	39,0%	26,8%

В первом случае это определяется как фрустрация соответствующей этому цвету «основной потребности» индивида. А во втором – наличие тревоги, связанной с «негативным отношением к жизни». Из данных, приведенных в таблице 4, видно, что в группе спортсменов с нарушением слуха 98,4 % выборов отражают наличие подавления хотя бы одной из этих потребностей, против 63,4 % у здоровых спортсменов. Наиболее часто в группе спортсменов с нарушением слуха из основных цветов отвергаются красный и желтый цвета – 66 % и 65 % соответственно (таблица 2). То есть у спортсменов с нарушением слуха часто проявляется состояние стресса, связанного с разочарованием, ощущением своего положения как жертвы, блокировкой потребности в активном взаимодействии с другими людьми.

А у здоровых спортсменов из основных цветов чаще, чем у спортсменов с нарушением слуха отвергается синий (34 %) (таблица 3). Это говорит о том, что у них чаще происходит блокировка потребности в теплых отношениях.

Устойчивое наличие дополнительных цветов в зоне предпочтения, определяемое как «негативное отношение к жизни» в группе спортсменов с нарушением слуха отмечается в несколько раз чаще, чем у здоровых – 88,7 против 24,4 % соответственно. Как показывают исследования, такой выбор свойственен личностям с хро-

ническими трудностями адаптации, возникающими при мощных стрессах и отражающими проявления временной адаптационной реакции. Но это так же может также говорить о неустойчивой личностной интеграции и быть признаком постоянной личностной дисгармонии, отражать патологические изменения личности [6].

Компенсаторная реакция может быть «успешной» в случае выбора на первую позицию основного цвета, однако лишь в том случае, если в начале ряда (второе, третье места) отсутствует дополнительный цвет (6, 0, 7). Во всех остальных случаях компенсация диагностируется как «не успешная», так как она обуславливает утрированность поведения и придает поступкам навязчивый характер [6]. В группе спортсменов с нарушением слуха число выборов, имеющих характер «успешной компенсации», зафиксировано в 8,1 % случаев, а «неуспешной» в 91,9 %. У здоровых спортсменов картина противоположная – 39 и 26,8 % соответственно (табл. 6).

При «успешной компенсации» в группе спортсменов с нарушением слуха одинаково редко выбирают на первое место все цвета, а у здоровых спортсменов чаще всего, как и при нормативном выборе – желтый (19,5 %) и красный (17,1 %) (таблица 7). Это говорит о том, здоровые спортсмены чаще прибегают к активности как средству компенсации разлада значимых межличностных отношений.

При «неуспешной компенсации» спортсмены с нарушением слуха чаще всего выбирают черный (27,4 %), зеленый (19,4 %), затем фиолетовый и серый (по 16,1 %). Имея в своей основе недостаточную связь с принципом реальности, подобная защита может проявляться в виде субъективизации, основанной на эмоциональной оценке обстоятельств, упрямству, непримиримос-

ти к позиции других, нетерпимости, что создает трудности к установлению контактов и выработки навыков общепринятых норм поведения. Это приводит к ограничению сферы общения, снижению социальной активности.

У здоровых спортсменов такие реакции также могут иметь место, но гораздо реже, чем у спортсмены с нарушением слуха. Они выбирают черный и фиолетовый цвета (по 9,8%) (таблица 8). Низкие значения свидетельствуют о том, что эти показате-

связи с неудовлетворенной потребностью в искренних доверительных отношениях [6].

А у здоровых спортсменов чаще других не принимаются коричневый (39 %) и серый (29,3 %). В этом случае поведение обусловлено так же, как и у спортсменов с нарушением слуха, неудовлетворенной потребностью доверительных отношений, но при этом характеризуется чрезмерной общительностью, активностью, обращенность в мир окружающих явлений жизни.

Распределение выбора цвета на первую позицию при неуспешной компенсации в обеих группах

Таблица 8

Группа спортсменов	Неуспешная компенсация								Всего
	Основным цветом				Дополнительным цветом				
	1	2	3	4	5	6	7	0	
СНС	6,5%	19,4%	0,0%	3,2%	16,1%	3,2%	27,4%	16,1%	91,9%
ЗС	2,4%	0,0%	4,9%	0,0%	9,8%	0,0%	9,8%	0,0%	26,8%

ли не являются характерными для данной группы, а лишь являются следствием единичных случаев.

Нормальное место дополнительных цветов (6, 7 и 0) с шестого по восьмое. Однако, как отмечалось выше, распределение функциональных значений начинает подчиняться другим правилам, если любой из основных цветов занимает одну из трех последних позиций ряда. И тогда все остальные расположенные справа от него цвета, независимо от их структурного значения означают источник тревоги, связанный с неприятием и подавлением, в случае с дополнительными цветами, «вторичных потребностей». Наиболее часто в группе спортсменов с нарушением слуха это коричневый (37,1 %) и фиолетовый (30,6 %) (таблица 9). Такие компенсаторные реакции характеризуются напряженностью связанной со сдерживанием эмоциональных проявлений, выраженной избирательностью межличностных контактов, повышенной чувствительностью к внешним воздействиям, необходимостью повышенного самоконтроля, самоограничением, которое субъективно воспринимается как вынужденная необходимость для самоутверждения в

Количественные показатели наличия подавления вторичных потребностей в обеих группах

Таблица 9

Группа спортсменов	Подавление вторичных потребностей			
	5	6	7	0
СНС	30,6%	37,1%	8,1%	16,1%
ЗС	7,3%	39,0%	2,4%	29,3%

Заключение

Проведенное исследование и анализ полученных данных, позволили нам выявить типичные особенности, психологические механизмы, поведенческих реакций спортсменов-сноубордистов с нарушением слуха и их отличия от здоровых спортсменов. В качестве основного метода мы использовали тест Люшера, который позволил нам выделить устойчивые характеристики состояний каждого спортсмена, в основе которых лежат определенные потребности, удовлетворение которых необходимо для нормального существования человека. В процессе социализации человека под влиянием внутренних и внешних факторов эти потребности могут актуализироваться или блокироваться. При блокировке потребности срабатывают психологические механизмы защиты (компенсации), направленные на минимизацию негативных переживаний и сохранение целостности субъективного мира.

Распределение выбора цвета на первую позицию при успешной компенсации в обеих группах

Таблица 7

Группа спортсменов	Успешная компенсация				
	1	2	3	4	Всего
СНС	1,6%	1,6%	3,2%	1,6%	8,1%
ЗС	0,0%	2,4%	17,1%	19,5%	39,0%

Наши авторы

Есеев С. П., доктор педагогических наук, профессор, заведующий кафедрой теории и методики адаптивной физической культуры, член-корреспондент РАО. НГУ им. П. Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург.

Контакт: afk_lesgaft@mail.ru

Ворошин И. Н., кандидат педагогических наук, доцент, ФГБУ СПбНИИФК. Контакт: voroshin_igor@mail.ru

Барабаш О. А., доктор педагогических наук, доцент. Заведующий кафедрой физкультурно-оздоровительной и спортивной работы. Владивостокский государственный университет экономики и сервиса.

Контакт: olga-barabash@yandex.ru

Руднева Л. В., кандидат педагогических наук, доцент. Контакт: lidia.rudneva@mail.ru;

Романов В. А., доктор педагогических наук, профессор. Тульский государственный педагогический университет им. Л. Н. Толстого. Контакт: romanov-tula@mail.ru

Фирилёва Ж. Е., кандидат педагогических наук, почётный доцент. Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена, Санкт-Петербург. Контакт: firilevaze@yandex.ru

Емельянов В. Ю., кандидат технических наук, доцент, вице-президент ОСОИИ «Всероссийская Федерация восточных единоборств глухих», член Комиссии Международной федерации САМБО (FIAS) по делам спортсменов с ограниченными возможностями.

Контакт: agro_rmaf@mail.ru;

Чайников А. П., мастер спорта СССР по самбо, доцент кафедры физвоспитания. МГТУ им. Н. Э. Баумана (национальный исследовательский университет), Москва. Контакт: agro_rmaf@mail.ru

Гаврилов Д. Н., кандидат педагогических наук, доцент;

Савенко М. А., доктор медицинских наук, доцент;

Пухов Д. Н., научный сотрудник;

Малинин А. В., научный сотрудник.

ФГБУ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физической культуры.

Контакт: health@spbniifk.ru

Халиков Д. М., аспирант.

Контакт: danil.khalikov.92@mail.ru;

Клешнев И. В., кандидат педагогических наук, доцент, кандидат педагогических наук, доцент, ведущий научный сотрудник. Контакт: igor12klv@rambler.ru;

Халикова И. И., аспирант. Контакт: kx92@bk.ru

ФГБУ СПбНИИФК

Тверяков И. Л., заслуженный тренер России, старший тренер спортивной сборной команды России по плаванию спорта слепых. ФГБУ «Центр спортивной подготовки сборных команд России», Москва.

Контакт: tver.swim.ru@mail.ru

Батыршина Г. Р., аспирантка,

Контакт: gulsira1600@mail.ru;

Батуева А. Э., доктор медицинских наук, профессор.

Южно-Уральский государственный университет,

г. Челябинск. Контакт: batueva_ae@mail.ru

Бегидова Т. П., кандидат педагогических наук,

профессор.

Буданова Н. А., студентка.

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный институт физической культуры». Контакт: begidova@yandex.ru

Фролова С. В., доцент;

Швачун О. А., кандидат педагогических наук, доцент.

ФГБОУ ВО «Центральный филиал Российского государственного университета правосудия»,

г. Воронеж. Контакт: begidova@yandex.ru

Запольский А. В., педагог по физической культуре.

МБОУ «СОШ №26», г. Абакан;

Михайлова А. С., педагог по физической культуре. МБОУ «СОШ №5», г. Абаза;

Андреев В. В., кандидат педагогических наук. Отдел по делам образования Администрации г. Абаза.

Контакт: andreev2010-62@mail.ru

Коновалов И. Е., доктор педагогических наук, доцент.

ФГБОУ ВПО «Поволжская государственная академия физической культуры, спорта и туризма», г. Казань.

Контакт: andreev2010-62@mail.ru

Куликова М. В., кандидат педагогических наук, доцент.

Тульский государственный педагогический университет им. Л. Н. Толстого. Контакт: mv_kulikova2010@mail.ru

Дьяконов М. В., аспирант.

НГУ им. П. Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург.

Контакт: 79115926388@mail.ru

Черноземов В. Г., доктор медицинских наук,

профессор. Контакт: v.shergopetlo@nparfu.ru;

Варенцова И. А., кандидат биологических наук, доцент,

Контакт: i.varencova@nparfu.ru;

Стахеева О. А., студентка. Контакт: ostakheeva@bk.ru

Северный (Арктический) федеральный университет имени М. В. Ломоносова, г. Архангельск.

Контакт: ostakheeva@bk.ru

Михайлова И. В., кандидат педагогических наук,

доцент кафедры теории и методики физической культуры и спорта, международный гроссмейстер по шахматам. Российский государственный социальный университет, Москва. Контакт: Chessy07@mail.ru

Федорова Т. Н., кандидат медицинских наук, доцент;

Троицкий Н. П., аспирант, инструктор-методист по лечебной физической культуре. Сибирский государственный университет физической культуры и спорта,

г. Омск. Контакт: 290692@inbox.ru

Есеев Н. Н., г. Белгород. Контакт: enn31@yandex.ru

Родин А. В., кандидат педагогических наук, доцент.

ФГБУ «Смоленская государственная академия физической культуры, спорта и туризма».

Контакт: rodin67@bk.ru

Биялетдинов М. И., младший научный сотрудник.

ГБУ СПбНИИФК. Контакт: mubinbil@mail.ru

Цветовой выбор здоровых спортсменов характеризует то, что они в большей степени предпочитают яркие цвета и отвергают смешанные и ахроматические. Частый выбор в этой группе на первые места красного и желтого цвета говорит о том, их состояния направлены на трату энергии, проявление активности, экспансивности, оптимизма, раскованности, стремления к успеху, борьбе, лидерству. В 34,2 % случаев это является нормальной адаптивной реакцией по решению, возникающими перед ними жизненных обстоятельств. В других случаях это является компенсацией заблокированных «основных» потребностей, которая чаще является «успешной» (39 %), чем «неуспешной» (26,8 %).

Цветовой выбор спортсменов с нарушением слуха отражает противоположные тенденции. В этой группе, практически каждый выбор сопровождаются неприятием ярких цветов (98,4 %). Чаще всего это красный и желтый (66 и 65 %). И в 88,7 % случаев предпочитают смешанные и ахроматические цвета. Это говорит о том, что ведущими тенденциями их состояний являются стремление к сохранению энергии, эмоциональному комфорту, покою, независимости, отгороженности от внешнего мира, давления извне. Во всех (100 %) случаях цветовой выбор спортсменов с нарушением слуха, свидетельствует о наличии компенсаторных реакций. Причем в 91,9% случаев они являются «неуспешными», несут в себе признаки дезадаптивных поведенческих стратегий в виде субъективизации оценки людей и событий, проявления упрямства, эмоциональных протестов, подавленности, безнадежности, зависимости от других. Это может говорить как о временных дезадаптивных расстройствах, так и быть признаком постоянной личностной дисгармонии, свидетельствовать о неустойчивой личностной интеграции спортсменов с нарушением слуха.

Литература

1. Биялетдинов М. И., Сравнительный анализ психофизиологических состояний высококвалифицированных спортсменов, специализирующихся в олимпийском и паралимпийском плавании / Клешнев И. В. // Адаптивная физическая культура. 2015. №4 (64). – С. 20–22.
2. Биялетдинов М. И. Диагностика различий психических состояний по показателям вариабельности сердечного ритма / М. И. Биялетдинов // Теория и практика адаптивной физической культуры – двадцатилетний путь: Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 20-летию создания кафедры адаптивной физической культуры (29 апреля 2015 года). В 2 ч. Ч. 2. Национальный государственный университет физической культуры, спорта и здоровья имени П. Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург. – СПб., 2015. – С. 128–134.
3. Биялетдинов М. И., Психолого-педагогические воздействия: значимые аспекты и определения в системе спортивной подготовки / Винокуров Л. В. / «Иновационные технологии в системе спортивной подготовки.» Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (11–12 октября 2017 года). / Федеральное государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физической культуры», Санкт-Петербург. – ФГБУ СПбНИИФК, – 2017. – т. 1 – С. 6–10.
4. Ильин Е. П. Психофизиология состояний человека / Е. П. Ильин. – СПб: Питер, 2005. – 412 с.
5. Клешнев И. В. Особенности психомоторного статуса высококвалифицированных спортсменов-паралимпийцев, специализирующихся в спортивном плавании. / М. И. Биялетдинов, К. А. Бадрак. // Адаптивная физическая культура. – 2016. №3. – С. 31–32.
6. Собчик Л. Н. МЦВ — метод цветových выборов. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера. Практическое руководство. — СПб., Изд-во «Речь», 2001. – 112 с.
7. Психологи на b17.ru [Электронный ресурс] Режим доступа: https://www.b17.ru/article/o_narushenii_slukha_i_ego_vliyanii_na_po/ (Дата обращения 07.05.2018).

IV ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В СПОРТЕ, МЕДИЦИНЕ И АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ

7, 8 и 9 июня 2018 г. в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Национальный государственный университет физической культуры, спорта и здоровья имени П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург» состоялась IV Всероссийская научно-практическая конференция «Физическая реабилитация в спорте, медицине и адаптивной физической культуре»

Конференция проводилась в рамках Национального медицинского инновационного форума, организованного Медицинским научно-образовательным кластером «Трансляционная медицина».

7 июня – Пленарное заседание Форума прошло в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В. А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

8–9 июня – Торжественное открытие, пленарное и секционные заседания в НГУ им. П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург.

Организационный комитет конференции возглавил ректор Университета, доктор педагогических наук, профессор Сергей Евгеньевич БАКУЛЕВ.

Заместители председателя: ТАЙМАЗОВ В.А. – президент Университета, доктор педагогических наук, профессор; АШКИНАЗИ С.М. – проректор по научно-исследовательской работе, доктор педагогических наук, профессор; ВСЕЕВ С.П. – заведующий кафедрой теории и методики адаптивной физической культуры, доктор педагогических наук, профессор, член-корреспондент Российской академии образования; ШЕВЦОВ А.В. – заведующий кафедрой физической реабилитации, доктор биологических наук, доцент.

Члены оргкомитета: ПЕТРОВ С.И. – проректор по учебно-воспитательной работе, кандидат педагогических наук, профессор; АПОЙКО Р.Н. – проректор по административным вопросам и безопасности, доктор педагогических наук, доцент; ВСЕЕВА О.Э. – директор Института АФК, кандидат педагогических наук, профессор; КАЛИНИН А.В. – директор Института здоровья и реабилитологии, доктор медицинских наук, профессор; ЛАДЫГИНА Е.Б. – декан факультета профилированной подготовки Института АФК, кандидат педагогических наук, доцент; МИХАЙЛОВА Е.Я. – начальник учебно-методического центра, кандидат педагогических наук, доцент; ЗАКРЕВСКАЯ Н.Г. – директор головной научно-методической библиотеки по физической культуре и спорту, доктор педагогических наук, доцент; МОСУНОВА М.Д. – заведующий кафедрой теории и методики гидрореабилитации, кандидат педагогических наук, доцент; АКСЕНОВ А.В. – заведующий кафедрой современных технологий адаптивной физической культуры, заведующий научно-практическим центром АФК, кандидат педагогических наук, доцент; ИВЛЕВ В.И. – старший преподаватель кафедры физической реабилитации; ТЕРЕНТЬЕВ Ф.В. – старший преподаватель кафедры физической реабилитации; ШЕЛЕХОВ А.А. – старший преподаватель кафедры теории и методики адаптивной физической культуры.

Секретарь: НИКИФОРОВА Н.В. – старший преподаватель кафедры теории и методики адаптивной физической культуры.

С приветствием к участникам конференции обратились: ректор Национального государственного Университета физической культуры, спорта и здоровья имени П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург, доктор педагогических наук, профессор, председатель научно-методического совета по физическому воспитанию студентов при Совете ректоров вузов Санкт-Петербурга, заслуженный работник физической культуры РФ, заслуженный тренер РФ С.Е. БАКУЛЕВ и С.В. КУЗМИЦКАЯ – заместитель председателя Комитета по физической культуре и спорту Правительства Санкт-Петербурга.

Продолжение на 4-й стр. обложки



ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В СПОРТЕ, МЕДИЦИНЕ И АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ

Окончание, начало на 3-й стр. обложки

На пленарном заседании с докладами выступали:

1. **ЕВСЕЕВ С.П.** – заведующий кафедрой теории и методики адаптивной физической культуры НГУ имени П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург, член-корреспондент Российской академии образования, заслуженный работник высшей школы Российской Федерации, доктор педагогических наук, профессор. ТЕМА: «ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ»

2. **КОВАЛЕНКО Т. Г.** – профессор кафедры физического воспитания и оздоровительных технологий ФГАОУ ВО «Волгоградский государственный университет», заслуженный работник высшей школы РФ, доктор педагогических наук, профессор. ТЕМА: «ПРОБЛЕМЫ МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ В СПЕЦИАЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ ОТДЕЛЕНИИ (СТУДЕНТЫ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ)»

3. **ПОТАПЧУК А.А.** – проректор по воспитательной работе первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, доктор медицинских наук, профессор. ТЕМА: «ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ КОСТНОГО МОЗГА»

4. **МЫСИНА Г.А.** – профессор кафедры здоровьесберегающих технологий и адаптивной физической культуры МГТУ им. Н.Э. Баумана, доктор педагогических наук, доцент. ТЕМА: «ОПЫТ МГТУ ИМ. Н.Э. БАУМАНА В РЕАЛИЗАЦИИ ЗАНЯТИЙ ПО АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ ДЛЯ СТУДЕНТОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ»

5. **АНАНЬЕВ В.Н.** – ведущий научный сотрудник Института медико-биологических проблем РАН, доктор медицинских наук, профессор. ТЕМА: «ВЛИЯНИЕ РАБОЧЕЙ МЫШЕЧНОЙ ГИПЕРЕМИИ НА АДРЕНОРЕЦЕПТОРЫ АРТЕРИЙ ДО И ПОСЛЕ АДАПТАЦИИ К ХОЛОДУ»

6. **НАЛОБИНА А.Н.** – заведующая кафедрой теории и методики адаптивной физической культуры ФГБОУ ВО «Сибирский государственный университет физической культуры и спорта», доктор биологических наук, доцент. ТЕМА: «ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ В ТРЕНИРОВОЧНОМ ПРОЦЕССЕ У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ, ИМЕЮЩИХ ПРИЗНАКИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ»

7. **ИДРИСОВА Г.З.** – профессор кафедры физической реабилитации НГУ им. П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург, кандидат медицинских наук, заместитель руководителя комиссии Паралимпийского комитета России по медицине, антидопингу и классификации спортсменов. ТЕМА: «МЕДИЦИНСКОЕ И АНТИДОПИНГОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПАРАЛИМПИЙСКИХ СБОРНЫХ КОМАНД РОССИИ И ЗНАЧИМОСТЬ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ СРЕДСТВ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ОРГАНИЗМА СПОРТСМЕНОВ»

8. **ЕПИШЕВ В.В.** – директор Научно-исследовательского центра спортивной науки Южно-Уральского государственного университета (Национальный исследовательский университет), кандидат биологических наук, доцент; **НЕНАШЕВА А.В.** – заведующая кафедрой теории и методики физической культуры и спорта Южно-Уральского государственного университета (Национальный исследовательский университет), доктор биологических наук, доцент. ТЕМА: «ОПЫТ РАБОТКИ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИСТЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПЛОСКОСТОПИЯ FIZIOSTER»

Под руководством **ЕВСЕЕВА С.П.** и **ЛАДЫГИНОЙ Е.Б.** работала секция «ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ И СПОРТЕ». Заслушено 15 докладов специалистов по адаптивной физической культуре из Санкт-Петербурга, Москвы, Волгограда и города Лабитнанги.

Под руководством **ШЕВЦОВА А.В.** и **КАЛИНИНА А.В.** прошла секция

«ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В МЕДИЦИНЕ». Заслушено 16 докладов реабилитологов из Кирова, Санкт-Петербурга, Сыктывкара и Нижнего Новгорода.

В манеже НГУ им. П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург проведено 7 мастер-классов. Модераторы: **АШКИНАЗИ С.М.**, **ШЕВЦОВ А.В.**, **АКСЕНОВ А.В.**

Тематика мастер-классов:

– Регуляция баланса согласованных действий мышц с применением термально-электроимпульсного костюма-тренажера «REFORMA-ТЕКТ»;

– Методика реабилитации детей с последствиями церебрального паралича в условиях неспецифического фитнес-центра;

– Восточные и славянские практики восстановления целостности организма в геронтологии;

– Коррекция биомеханики шага у лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения;

– Биомеханика движения и постральный баланс;

– Суставные стрейч-техники в массажной практике;

– Глубокий массаж паравертебральных зон при дорсопатии позвоночника.

На заключительном пленарном заседании руководители секций подвели итоги работы конференции; была принята резолюция.

Адаптивная физическая культура

Ежеквартальный журнал

Для писем:
НГУ им. П. Ф. Лесгафта
(для журнала «АФК»)
ул. Декабристов, 35
Санкт-Петербург,
190121, Россия

Главный редактор
С.П. Евсеев
член-корреспондент РАО,
доктор педагогических наук,
профессор,
заведующий кафедрой
«Теории и методики
адаптивной физической
культуры»
НГУ им. П. Ф. Лесгафта
(учредитель)

Отпечатано ООО
«Аргус СПб».
Тираж 700 экз.