

1. Генделека, Г. Ф. Превентивная диabetология / Г. Ф. Генделека. – Одесса: ВМВ, 2013. – 608 с.
2. Довідник основних показників діяльності ендокринологічної служби України за 2011 рік // Ендокринологія. – 2012. – Т. 17, № 1. – 36 с.
3. Кравчун, Н. А. Сахарный диабет 2 типа: скрининг и факторы риска // Н. А. Кравчун, А. В. Казаков, Ю. И. Караченцев. – Харьков: Новое слово, 2010. – 256 с.
4. Уніфікований клінічний протокол первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги хворим з ЦД 2 типу, затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я №1118 від 21.12.2012.
5. Efficacy of a pedometer-based physical activity program on parameters of diabetes control in type 2 diabetes mellitus / P. Araiza [et al.] // Metabolism. – 2006. – № 55(10).
6. Physical activity of moderate intensity and risk of type 2 diabetes: a systematic review / Y. Jeon // Diabetes Care. – 2007. – № 30(3).
7. Long-term effectiveness of interventions promoting physical activity: a systematic review / F. Muller-Riemenschneider [et al.] // Prev Med. – 2008. – № 47(4).
8. Physical activity/exercise and type 2 diabetes: a consensus statement from the American Diabetes Association / J. Sigal [et al.] // Diabetes Care. – 2006. – № 29(6).
9. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. UK prospective diabetes study 16. Overview of 6 years' therapy of type 2 diabetes: a progressive disease // Diabetes. – 1995. – № 44.

АСПЕКТЫ ВОСПИТАНИЯ ДВИЖЕНИЙ В СУСТАВАХ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Калюжнин В.Г., канд. мед. наук,
Попова Г.В.,

Белорусский государственный университет физической культуры,
Республика Беларусь

Детский церебральный паралич является сложным заболеванием центральной нервной системы, ведущим не только к двигательным нарушениям, но и нарушениям, вызывающим задержку или патологию умственного развития, речевую недостаточность, нарушение слуха, зрения и еще множество других сопутствующих заболеваний и вторичных нарушений [1; 9].

Важность этой проблемы определяется увеличивающейся распространенностью и социальной значимостью заболевания, влекущего за собой тяжелую инвалидность: у 20–35 % больных она оказывается настолько значительной, что они не обслуживают себя, не передвигаются и оказываются тяжело обучаемыми [5].

Особую актуальность приобретает эта проблема в связи с тем, что она затрагивает детей. Заболеваемость детского церебрального паралича в мире составляет 1,88 случая на 1000 детей. Тяжелая клиническая картина и значительная распространенность детского церебрального паралича ставят это заболевание на первое место среди причин, приводящих к детской инвалидности среди неврологических заболеваний [6].

Двигательные нарушения, ограничивающие предметно-практическую деятельность и затрудняющие развитие самостоятельного передвижения, навыков самообслуживания, часто ставят больного ребенка в полную зависимость от ближайшего окружения. Поэтому с первых моментов общения необходимо стремиться создать благоприятные условия для формирования познавательной активности и творческой инициативы ребенка, развития его мотивационной, психоэмоциональной и волевой сфер [2].

Манипулятивные действия с предметами осваиваются ребенком через учение в процессе его общения со взрослыми. Таким образом, у ребенка формируется предметное мышление, мышление в действии. Кроме того, двигательная активность ребенка, его предметно-манипулятивная деятельность, способствующая развитию тонких движений кистей и пальцев рук, оказывает стимулирующее влияние на речевую функцию ребенка, на развитие у него сенсорной и моторной сторон речи [4; 8].

Одним из направлений коррекционной работы с детьми с детским церебральным параличом является развитие сохранных и последовательное восстановление нарушенных двигательных функ-

ций рук, в частности, формирование и развитие мелкой моторики рук, с тем, чтобы предотвратить образование патологического стереотипа к школьному возрасту. Эти данные говорят о необходимости проведения систематической работы по формированию общей и мелкой моторики рук на занятиях адаптивной физической культурой [3; 7].

Цель исследования – изучить влияние разработанной коррекционно-развивающей программы, направленной на увеличение амплитуды движений в лучезапястных суставах у детей 5–6 лет с детским церебральным параличом.

Задачи исследования:

1. Изучить уровень развития мелкой моторики у детей 5–6 лет с детским церебральным параличом.
2. Разработать коррекционно-развивающую программу, направленную на увеличение амплитуды движений в лучезапястных суставах у детей дошкольного возраста, страдающих детским церебральным параличом.
3. Оценить эффективность разработанной коррекционно-развивающей программы, направленной на развитие схватывающей способности кисти и увеличение амплитуды движений в лучезапястных суставах у детей с детским церебральным параличом 5–6 лет.

Исследование проводилось на базе специализированных яслей-сада. В данном учреждении обучаются дети в возрасте от 3 до 7 лет с различными патологиями. Всего в исследовании приняло участие 10 детей 5–6 лет с детским церебральным параличом. Контрольную группу составили 5 детей, экспериментальную группу составили 5 детей. Группы приблизительно равны по возрасту, уровню интеллектуального и физического развития.

В контрольной и экспериментальной группе занятия по адаптивной физической культуре проводились согласно применяемой в данном учреждении программе 3 раза в неделю по 20 минут в первой половине дня. Занятия включали в себя гидрокинезотерапию. Занятия по адаптивной физической культуре, содержащие общеразвивающие и специальные упражнения, направленные на развитие координационных способностей, быстроты, ловкости.

Экспериментальная и контрольная группа на занятиях занимались в соответствии с программой детского сада. В экспериментальной группе в дополнение к вышеназванной программе 3 раза в неделю по 20 минут использовалась разработанная нами коррекционно-развивающая программа в форме дополнительного занятия во второй половине дня, направленная на развитие схватывающей способности кисти и увеличение амплитуды движений в лучезапястных суставах у детей 5–6 лет с детским церебральным параличом.

Для проведения исследования нами была разработана коррекционно-развивающая программа, направленная на развитие схватывающей способности кисти и увеличение амплитуды движений в лучезапястных суставах у детей 5–6 лет с детским церебральным параличом, которая включала в себя самомассаж кистей рук в игровой форме – 5 минут и сюжетно-ролевые игры, направленные на увеличение амплитуды движений в лучезапястных суставах – 15 минут.

На дополнительных занятиях по адаптивной физической культуре нами была использована сюжетно-ролевая игра «Ждем гостей». Все перечисленные элементы сюжетно-ролевой игры (подготовка подарков, украшение интерьера, приготовление угощений, встреча гостей) способствуют развитию уровня мелкой моторики, развитию координационных способностей, социализации, повышению эмоционально-волевой сферы.

После проведения педагогического эксперимента мы провели итоговые контрольные испытания по уже апробированным нами контрольным тестам и сравнили полученные результаты с показателями до педагогического эксперимента. В таблицах можно наблюдать сравнительную характеристику результатов, полученных экспериментальной группой до и после педагогического эксперимента.

Таблица 1 – Показатели теста «Разгибание правой и левой кисти в лучезапястном суставе» у детей экспериментальной группы при применении коррекционно-развивающей программы

Тест	До	После	$t_{\text{факт.}}$	$t_{\text{крит.}}$	p
Разгибание правой кисти, раз	41,6±1,2	48,8±1,2	4,21	2,78	<0,01
Разгибание левой кисти, раз	37,8±1,7	44,8±1,9	2,82	2,78	<0,05

Представленные в таблице 1 данные свидетельствуют о том, что показатели теста «Разгибание правой и левой кисти в лучезапястных суставах» статистически достоверно увеличились в результате поведения цикла занятий адаптивной физической культуры по разработанной нами КРП.

Таблица 2 – Динамика показателей теста «Супинация-пронация правой и левой кисти» у детей экспериментальной группы при занятиях по коррекционно-развивающей программе

Тест	До	После	t _{факт.}	t _{крит.}	p
Правая кисть, к-во циклов	41,0±1,6	47,8±1,3	3,31	2,78	<0,05
Левая кисть, к-во циклов	37,1±1,9	44,2±1,5	2,84	2,78	<0,05

Из результатов исследования, отраженных в таблице 2, следует, что проведение дополнительных занятий по адаптивной физической культуре с использованием разработанной нами коррекционно-развивающей программы привело к выраженному увеличению показателей теста «Супинация-пронация правой и левой кисти» у наблюдаемых детей в экспериментальной группе.

Таблица 3 – Показатели теста «Захват правой и левой рукой» среди детей экспериментальной группы при применении коррекционно-развивающей программы

Тест	До	После	t _{факт.}	t _{крит.}	p
«Захват правой рукой», с.	21,8±1,7	16,0±1,0	3,11	2,78	<0,05
«Захват левой рукой», с.	23,0±1,6	16,4±0,9	3,52	2,78	<0,05

Из приведенных в таблице 3 данных видно, что разработанная нами коррекционно-развивающая программа положительно влияет на показатели теста «Захват правой и левой рукой» у детей экспериментальной группы.

Таблица 4 – Динамика показателей «Соотносящее действие правой и левой руки» у детей экспериментальной группы при занятиях по коррекционно-развивающей программе

Тест	До	После	t _{факт.}	t _{крит.}	p
Действие правой руки, с	20,0±1,4	14,8±0,4	3,53	2,78	<0,05
Действие левой руки, с	22,6±1,2	15,6±0,4	5,44	2,78	<0,01

Результаты исследования, отраженные в таблице 4, показывают, что после проведения цикла занятий адаптивной физической культурой по разработанной нами коррекционно-развивающей программе статистически достоверно улучшились показатели теста «Соотносящее действие правой и левой руки».

Таблица 5 – Показатели теста «Дифференцированные движения пальцев правой и левой руки» у детей экспериментальной группы при применении коррекционно-развивающей программы

Тест	До	После	t _{факт.}	t _{крит.}	p
Движения правой руки, с	12,6±0,8	8,8±0,5	4,2	2,78	<0,05
Движения левой руки, с	15,0±1,1	10,2±0,7	3,7	2,78	<0,05

Из таблицы 5 видно, что после применения разработанной нами коррекционно-развивающей программы время, за которое ребенок выполнит задание, уменьшилось, это свидетельствует об эффективности применения коррекционно-развивающей программы.

Это однозначно доказывает эффективность применения разработанной коррекционно-развивающей программы.

Таким образом, мы можем сделать следующие выводы:

1. При изучении уровня развития схватывающей способности кисти и увеличения амплитуды движений в лучезапястных суставах у детей 5–6 лет с детским церебральным параличом детей было выявлено его снижение на 20–96 % по сравнению с детьми, не имеющими данной патологии.

2. Нами была разработана коррекционно-развивающая программа по АФК с включением самомассажа кистей рук и сюжетно-ролевых игр у дошкольников с детским церебральным параличом.

Данная программа была апробирована на детях экспериментальной группы, в то время как дети контрольной группы занимались по стандартной программе детского сада. В конце исследования были проведены контрольные тесты, а полученные результаты сравнены при помощи методов вариационной статистики.

3. В результате применения предложенной нами программы в экспериментальной группе статистически достоверно увеличились показатели: разгибания кистей рук – на 17,3–18,5 %; супинации-пронации кисти – на 16,6–17,5 %; захваты рукой – на 26,6–28,7 %; соотносящие действия руками – на 26–31 %; дифференцированные движения руками – на 30,2–32 %.

4. Статистически доказана положительная динамика увеличения амплитуды движений в лучезапястных суставах у детей 5–6 лет с детским церебральным параличом под влиянием разработанной коррекционно-развивающей программы с включением самомассажа кистей рук и сюжетно-ролевых игр у детей дошкольного с детским церебральным параличом. Это доказывает благоприятное воздействие на увеличение амплитуды движений в лучезапястных суставах этих детей по сравнению с детьми контрольной группы, занимавшимися по стандартной методике яслей-сада.

1. Гусев, Е. И. Нервные болезни: учеб. / Е. И. Гусев, В. Е. Гречко, Г. С. Бурд. – М.: Медицина, 1988. – 317 с.
2. Ефименко, Н. Н. Содержание и методика занятий физкультурой с детьми, страдающими церебральным параличом / Н. Н. Ефименко, Б. В. Сермеев. – М.: Советский спорт, 1991. – 68 с.
3. Коррекционные подвижные игры и упражнения для детей с нарушениями в развитии: учеб. пособие / под общ. ред. Л. В. Шапковой. – М.: Советский спорт, 2002. – 212 с.
4. Левченко, И. Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: учеб. пособие / И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько. – М.: Academia, 2001. – 215 с.
5. Литош, Н. Л. Адаптивная физическая культура. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями в развитии: учеб. пособие / Н. Л. Литош. – М.: СпортАкадемПресс, 2002. – 140 с.
6. Панов, А. М. Актуальность и практическая значимость решения социальных проблем детей, больных детским церебральным параличом / А. М. Панов // Реабилитационные центры для детей с ограниченными возможностями: опыт и проблемы. – М., 1997. – 200 с.
7. Положение ребенка по Бобату: материалы семинара «Терапевтическая практика оказания консультативной помощи родителям, имеющим детей раннего возраста с множественными нарушениями развития». – Минск: Белорусская ассоциация помощи детям-инвалидам и молодым инвалидам, 2005. – С. 8–10.
8. Ньюмен, С. Игры и занятия с особым ребенком. Руководство для родителей / С. Ньюмен, пер. с англ. Н. Л. Холмогоровой. – М.: Теревинф, 2004. – 240 с.
9. Шапкова, Л. В. Частные методики адаптивной физической культуры: учеб. / Л. В. Шапкова. – М.: Советский спорт, 2007. – 608 с.

ДИНАМИКА АКЦЕНТУАЦИИ ЧЕРТ ЛИЧНОСТИ У ДЕТЕЙ СРЕДНЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ЗАНЯТИЙ У-ШУ

Копейкина С.А.,

Белорусский государственный университет физической культуры,
Республика Беларусь

Переход от детства к взрослости составляет основное содержание и специфическое отличие подросткового периода развития личности. Важность подросткового возраста определяется и тем, что в нем закладываются основы и намечаются общие направления формирования моральных и социальных установок личности.

Характерной чертой подросткового возраста является пылливость ума, стремление к познанию. Этот возраст также характеризуется эмоциональной неустойчивостью и резкими колебаниями настроения. Пик эмоциональной неустойчивости приходится у мальчиков на возраст 11–13 лет, у девочек – 13–15 лет.

Подросток стремится к самостоятельности, но в проблемных жизненных ситуациях он старается не брать на себя ответственность за принимаемые решения и ждет помощи со стороны взрослых.