

Для проверки эффективности разработанной программы был проведен анализ полученных в конце исследований результатов. Процент прироста частоты дыхания у женщин КГ составил 7,4 %, у женщин ЭГ – 11,9 %; показатели пробы Штанге улучшились у женщин КГ на 6,6 %, у женщин ЭГ – 21,8 %; процент прироста пробы Генчи составил 7,9 % у женщин КГ, и 32,7 % у женщин ЭГ; показатели ЖЕЛ после проведения восстановительного лечения у женщин контрольной группы улучшились на 2,8 %, а у женщин экспериментальной группы на 5,9 %.

Процент прироста частоты дыхания у мужчин КГ составил 5,9 %, у мужчин ЭГ – 27,8 %; показатели пробы Штанге улучшились у мужчин КГ на 6,6 %, мужчин ЭГ – 20,1 %; процент прироста пробы Генчи составил 7,9 % у мужчин КГ, и 44,8 % у мужчин ЭГ; показатели ЖЕЛ после проведения восстановительного лечения у мужчин контрольной группы улучшились на 2,8 %, а у мужчин экспериментальной группы на 7,5 %.

Из анализа полученных результатов видно, что разработанная и предложенная нами программа позволила значительно улучшить состояние функции внешнего дыхания у лиц зрелого возраста, страдающих хроническим бронхитом.

1. Белая, Н. А. Руководство по лечебному массажу: учеб. пособие / Н. А. Белая. – 2-е изд. – М.: Медицина, 1983. – 227 с.

2. Боголюбов, В. М. Общая физиотерапия: учебник / В. М. Боголюбов, Г. Н. Пономаренко. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2009. – 513 с.

3. Бокша, В. Г. Основные принципы курортной реабилитации больных с обструктивной патологией легких / В. Г. Бокша // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. – 2009. – № 1. – С. 6–10.

РАЗВИТИЕ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ 12–13 ЛЕТ С ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Курилович О.А., Калюжин В.Г., канд. мед. наук,
Белорусский государственный университет физической культуры,
Республика Беларусь

Физическая подготовленность является основой высокой работоспособности во всех видах трудовой и спортивной деятельности ученика с нарушениями интеллекта. Несоответствие приводит к тому, что школьник с нарушениями интеллекта не всегда может включиться в трудовую деятельность, а сама деятельность ему в тягость.

В системе специального образования накоплен значительный опыт по формированию двигательной сферы средствами физического воспитания. Однако содержание, методы и приемы физического воспитания детей с нарушениями интеллекта не нашли должного освещения в работах исследователей. В то же время в работах отмечено, что:

- особенности моторики почти у всех детей с нарушениями интеллекта связаны с недостатками высших уровней регуляции действий;
- двигательная недостаточность проявляется в большей мере при выполнении сложных форм движений;
- темпы овладения движениями значительно снижены, что приводит к замедленности образования сложных условных связей;
- несоответствие уровня физического развития и двигательной подготовленности требованиям социально-трудовой адаптации.

Имеющиеся средства физического воспитания нашли реализацию в коррекционном обучении. В качестве таких средств можно выделить:

- использование индивидуального и дифференцированного подхода в процессе овладения двигательными умениями и навыками;
- учет индивидуальных проявлений двигательных возможностей.

Фундаментальными исследованиями в области общей и специальной педагогики, психологии, физиологии, теории физического воспитания доказано, что одним из значимых средств является физическое воспитание. Оно рассматривается и реализуется комплексно в тесной связи с умственным, нравственным, эстетическим воспитанием, трудовым обучением.

Физическая культура и спорт являются важнейшими факторами в укреплении здоровья человека, его физического развития и воспитания, а также в профилактике заболеваний. Физическая культура расширяет адаптационные возможности человека. Двигательная активность, рациональное питание, закаливание повышают его функциональные возможности, способность противостоять негативным факторам окружающей

среды. Это особенно важно сегодня, в условиях резко возросшего темпа жизни и повышенных требований, предъявляемых к человеку [6].

Ежегодные медицинские осмотры школьников выявляют значительное количество детей, имеющих нарушения физического развития, моторики различных степеней сложности. Помимо этого в процессе диагностики обнаруживаются проявления функциональной незрелости в сенсомоторном развитии школьников, составляющем основу двигательных навыков (бега, метания, прыжков, ходьбы, ползания, лазания). К негативным проявлениям относятся:

- неравномерность статической и динамической организации движений, осложняющая развитие социальных навыков и умений;
- двигательная расторможенность, что снижает эмоциональный фон организации деятельности и осложняет формирование умения подчинять свои действия поставленной задаче;
- недостаточная сформированность мелкой моторики.

В дальнейшем эти нарушения в большинстве случаев проявляются в виде задержки психомоторного, речевого и интеллектуального развития ребенка.

Согласно Конвенции и декларации ООН «О правах умственно отсталых» (1991), которой следует и Беларусь, реализация прав ребенка направлена на обеспечение всем детям, в том числе и детям с отклонениями в развитии и инвалидам, возможности участия в общественной жизни и максимальной реализации ими своих способностей. Поэтому вся организация педагогической помощи детям с особыми потребностями направлена, в первую очередь, на адаптацию ребенка к жизни в обществе и реализацию его права на образование.

Роль, форма, методы и характер физкультурно-оздоровительных программ на основе общеразвивающих упражнений, которые позволяли бы достичь максимально возможных успехов в развитии ребенка с умственной отсталостью, продолжают в настоящее время оставаться предметами постоянного обсуждения [4, 7].

Обучение и воспитание детей с умственной отсталостью, в том числе и физическое, достаточно актуальная тема в практике теории и методики адаптивной физической культуры.

Целью адаптивной физической культуры является разностороннее воспитание, социальная адаптация и интеграция умственно отсталых лиц в современном обществе [2, 5]. Проблема здоровья при этом выходит на первый план.

В настоящее время общеизвестна ведущая роль оптимальной двигательной активности умственно отсталых детей в коррекции нарушений двигательной сферы, в повышении физической подготовленности и уровня здоровья, в положительном влиянии на эмоционально-психическую сферу, а также в опосредованном влиянии на развитие умственной работоспособности [1, 3].

Анализ научно-методической литературы показал, что значительное число исследований направлено на изучение особенностей физического развития, физической работоспособности, психомоторики умственно отсталых детей [8].

В то же время недостаточно исследований, отражающих возрастные закономерности и особенности развития мелкой моторики детей с умственной отсталостью; имеющиеся данные носят фрагментарный характер и отражают отдельные параметры.

Существующие методические рекомендации по проведению занятий АФК в коррекционной школе имеют общий характер, не отражая тему совершенствования мелкой моторики у детей с умственной отсталостью.

Необходимость использования новых средств развития мелкой моторики обоснована, с одной стороны, тем, что тенденция снижения числа детей с дефицитом интеллекта с каждым годом не просматривается, а с другой – с практической значимостью разработки для них программы, позволяющей производить больший эффект.

Таким образом, проблема является актуальной и не до конца методологически разработанной, что обусловило цели и задачи данного исследования.

Цель исследования: изучить влияние разработанной коррекционно-развивающей программы на развитие мелкой моторики у детей с умственной отсталостью.

Исследование проводилось на базе УО «Вспомогательная школа», расположенного в г. Ганцевичи. В данном учреждении проживают дети в возрасте от 6 до 16 лет с различными психоневрологическими заболеваниями. Чаще всего это – детский церебральный паралич, синдром Дауна, умственная отсталость, синдром повышенной нервной возбудимости, задержка психического развития.

Всего в исследовании приняли участие 16 детей (9 мальчиков и 7 девочек) 12–13 лет с диагнозом умственная отсталость легкой степени тяжести. Контрольную группу составили 8 детей (5 мальчиков и 3 девочки), экспериментальную – также 8 детей (4 мальчика и 4 девочки). Группы приблизительно равны по возрасту, уровню физического развития и степени умственной отсталости.

В экспериментальной группе **проводились занятия физической культурой** по стандартной программе Вспомогательной школы, а также разработана комплексная программа, направленная на развитие мелкой моторики в виде дополнительных занятий в свободное время.

Цель занятий: развитие мелкой моторики; совершенствование основных движений, формирование двигательных умений и навыков; воспитание двигательных качеств; тренировка психических функций.

Основные занятия проводятся два раза в неделю. Длительность – 45 мин.

Программа занятий включает в себя занятия уроками физической культуры по стандартной программе Вспомогательной школы.

Уроки включали в себя занятия легкой атлетикой. Урок состоял из подготовительной – 10 мин, основной – 30 мин и заключительной части – 5 мин. Отрабатывались прыжки в длину, метание мяча, бег на различные дистанции.

Дополнительные занятия проводились два раза в неделю. Длительность – 15–20 мин.

Программа состоит из 4 этапов развития физического качества (мелкой моторики). Каждый этап состоит из 2 недель и содержит упражнения различного уровня сложности: от простых до более сложных, затем до сложных и затем, до дифференцированных.

В каждом 2-недельном цикле упражнений было 5 видов упражнений: пальчиковая гимнастика, упражнения для пальцев рук (упражнения за столом), игровые упражнения или игры, точечный массаж, игры с предметами.

В таблицах 1–2 приведены результаты тестирования уровня развития мелкой моторики у детей экспериментальной группы до и после проведения цикла занятий по разработанной нами **коррекционно-развивающей программе**.

Таблица 1 – Сравнение параметров развития схватывающей способности кисти у детей экспериментальной группы в ходе проведения занятий по КРП

Тесты	До	После	$t_{\text{факт.}}$	$t_{\text{крит.}}$	p	%
«Спички», с	29,7±1,45	24,9±1,42	2,37	2,15	<0,05	16,6
«Прищепки», с	62,5±5,66	47,5±4,42	2,19	2,15	<0,05	24,0
«Каштаны», с	42,6±2,23	25,3±1,20	6,83	2,96	<0,001	40,6
«Фасоль», с	51,6±3,23	36,0±2,08	4,06	2,96	<0,001	30,2

Как видно из данных, представленных в таблице 1, под воздействием разработанной нами КРП наблюдается статистически достоверно выраженное улучшение показателей схватывающей способности кисти у детей экспериментальной группы. Об этом свидетельствует достоверно выраженное увеличение результатов тестов «Спички», «Прищепки», «Каштаны», «Фасоль» после проведения циклов занятий по разработанной нами коррекционно-развивающей программе.

Таблица 2 – Сравнение параметров развития координации движений пальцев у детей экспериментальной группы в ходе проведения занятий по КРП

Тесты	До	После	$t_{\text{факт.}}$	$t_{\text{крит.}}$	p	%
«Шашки одноцветные», с	42,3±2,01	33,7±1,55	3,35	2,96	<0,01	20,3
«Шашки контрастные», с	41,1±1,55	34,6±1,23	3,29	2,96	<0,01	15,8
«Нитки», с	27,6±2,49	17,1±1,08	2,51	2,15	<0,05	38,0
«Бусины», шт	14,4±1,28	18,4±0,80	2,65	2,15	<0,05	27,7
«Домино башни», шт.	21,0±1,16	24,9±0,84	2,73	2,15	<0,05	18,6
«Домино фигуры», с	73,5±4,17	55,5±2,60	3,66	2,96	<0,01	24,5

Результаты контрольного тестирования, представленные в таблице 2, показывают, что под влиянием цикла занятий по разработанной нами КРП у детей экспериментальной группы наблюдается статистически достоверно выраженное улучшение показателей координации движений пальцев. Об этом свидетельствует достоверно выраженное увеличение результатов контрольных тестов «Шашки одноцветные», «Шашки контрастные», «Нитки», «Бусины», «Домино башни», «Домино фигуры» после проведения циклов занятий по разработанной нами КРП.

Таким образом, полученные в ходе исследования данные однозначно свидетельствуют об эффективности влияния разработанной нами коррекционно-развивающей программы на развитие мелкой моторики у детей с легкой степенью умственной отсталости.

Проведенные исследования показали, что уровень развития мелкой моторики пальцев рук у детей 12–13 лет с умственной отсталостью легкой степени значительно отстает от уровня их здоровых сверстников как в развитии у детей координации движений пальцев и схватывающей способности кисти рук, так и по показателям тонкой дифференцировки движения.

Нами была разработана комплексная коррекционно-развивающая программа по развитию мелкой моторики у детей с легкой степенью умственной отсталости, включающая упражнения для пальцев рук, игры с предметами, пальчиковую гимнастику, точечный массаж и специальные развивающие игры. Данная программа

применялась на занятиях у детей экспериментальной группы, в то время как дети контрольной группы занимались по программе УО «Вспомогательной школы».

По результатам проведенных исследований выявлено статистически достоверно выраженное улучшение уровня развития мелкой моторики рук у детей 12–13 лет с легкой степенью умственной отсталости, занимавшихся по разработанной коррекционно-развивающей программе. Это позволяет рекомендовать ее использование на занятиях по АФК для развития координации движений пальцев и схватывающей способности кисти рук у данной категории детей.

1. Маллер, А. Р. Социальное воспитание и обучение детей с отклонениями в развитии / А. Р. Маллер. – М.: АСТ, 2000. – 234 с.
2. Стребелова, Е. А. Формирование мышления у детей с отклонениями в развитии / Е. А. Стребелова. – М.: Владос, 2001. – 230 с.
3. Комплексная методика психомоторной коррекции / А. В. Семенович [и др.]; под ред. А. В. Семенович. – М.: Педагогика, 1997. – 457 с.
4. Исаев, Д. Н. Психическое недоразвитие детей / Д. Н. Исаев. – Л., 1982. – 436 с.
5. Дудьев, В. П. Средства развития тонкой моторики рук у детей с нарушением речи / В. П. Дудьев // Дефектология. – 1999. – № 4. – С. 36–40.
6. Грошенков, И. А. Коррекционно-развивающее значение уроков изобразительного искусства во вспомогательной школе / И. А. Грошенков. – М.: Просвещение, 1986. – 112 с.
7. Вайзман, Н. П. Психомоторика умственно отсталых детей / Н. П. Вайзман. – М.: Педагогика, 1997. – 234 с.
8. Обучение детей с выраженным недоразвитием интеллекта. Обучение и развитие детей и подростков с глубокими умственными, множественными нарушениями / под ред. А. М. Царева. – Псков: Виктория, 1999. – 486 с.

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Кухарчук Е.И., Приходько В.И., канд. мед. наук, доцент,
Белорусский государственный университет физической культуры,
Республика Беларусь

Актуальность. Инсульт – это тяжелое и опасное нарушение мозгового кровообращения, первые упоминания о котором в медицинской литературе датируются еще временами Гиппократа.

Проблема мозгового инсульта и его последствий содержит в себе важные социальные и медицинские аспекты как у нас в стране, так и в странах ближнего и дальнего зарубежья. Очень часто это заболевание приводит к инвалидности и нарушению социальной адаптации лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения.

Ранний восстановительный период длится первые 6 месяцев после инсульта, при этом его главными задачами являются психологическая активация, двигательная и социальная адаптация больных.

Раннее начало реабилитационных мероприятий, которые проводятся с первых дней после перенесенного инсульта (если позволяет общее состояние больного), помогает ускорить и способствует более полному восстановлению нарушенных функций, позволяет предотвратить развитие вторичных осложнений (застойной пневмонии, тромбозов, контрактур, пролежней, мышечной дистрофии и др.).

Одним из основных методов реабилитации лиц, перенесших инсульт, является лечебная физическая культура, в задачи которой входит восстановление (полное или частичное) объема движений, силы и ловкости пораженных конечностей, развитие координационных способностей и общей выносливости организма, навыков самообслуживания.

У больных, перенесших инсульт, низкие, как правило, функциональные возможности. Это усиливает важность строгой индивидуализации дозы нагрузки на занятиях лечебной физической культурой. Поэтому изучение физического здоровья является актуальным и может лечь в основу оценки реабилитационного потенциала больных.

Цель исследования – изучить особенности физического здоровья больных после инсульта в раннем восстановительном периоде.

Под наблюдением находились 14 мужчин и 11 женщин в возрасте 50–60 лет, у которых после инсульта прошло 2–3 месяца.

Для достижения поставленной цели применялись следующие методы исследования:

– анкетирование (опросник САН для изучения эмоционального состояния; тест «Ноттингемский расширенный индекс активностей повседневной жизни» для определения уровня активности повседневной жизни больных, перенесших инсульт») [1, 3];