

Извлечение из организационного раздела ООП
НОО утвержденных приказом директора ГБОУ
СОШ № 3 города Похвистнево
№ 325-од от 31.08.2023 г.

**Программа курса внеурочной деятельности
«Адаптивная физическая культура»**

(направление: спортивно-оздоровительное)

Классы: 1-4.

Общее количество часов по учебному плану 34 ч.

Рассмотрена на заседании МО классных руководителей
Протокол № 1 от 28.08.2023г.

Разработано: учителем физической культуры
Фроловым А.С.

Проверено: заместителем директора по УВР
Хмелевой В.В.

СОДЕРЖАНИЕ

1. ЦЕЛЕВОЙ РАЗДЕЛ	4
1.1. Пояснительная записка.....	4
1.2. Цели и задачи рабочей программы	6
1.3. Принципы построения программы	7
1.4. Планируемые результаты освоения рабочей программы.....	10
Целевые ориентиры на этапе завершения освоения Программы детьми старшего дошкольного возраста.....	11
1.5. Психофизические особенности детей дошкольного возраста с нарушениями опорно-двигательного аппарата.....	13
2. СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ.....	18
2.1. Особенности образовательной деятельности	18
2.2. Интеграция с другими образовательными областями	20
2.3. Задачи и содержание образовательной деятельности	21
2.3.1. Задачи и содержание занятий адаптивной физической культурой с воспитанниками с ДЦП и другими нейромоторными нарушениями	24
2.3.2. Задачи и содержание занятий адаптивной физической культурой с воспитанниками с последствиями травм и поражений спинного мозга	35
2.3.3. Задачи и содержание занятий адаптивной физической культурой с воспитанниками с ортопедическими патологиями.....	41
2.3.4. Задачи и содержание занятий адаптивной физической культурой с воспитанниками с последствиями ампутаций конечностей	43
2.5. Особенности взаимодействия специалистов дошкольной образовательной организации	50
2.6. Формы взаимодействия с семьей воспитанников	53
3. ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ РАЗДЕЛ.....	55
3.1. Организация образовательного процесса.....	55
3.2. Кадровые условия реализации программы	56
3.3. Учебный план по реализации рабочей программы ОО «Физическое развитие».....	57
3.4. Материально-техническое обеспечение.....	58
3.5. Учебно-методическое обеспечение	61
СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	63

1. ЦЕЛЕВОЙ РАЗДЕЛ

1.1. Пояснительная записка

Примерная рабочая программа по адаптивной физической культуре для детей дошкольного возраста с нарушениями опорно-двигательного аппарата¹ (далее – Программа, рабочая программа) разработана на основе Федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования, утвержденного Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 17.10.2013 № 1155 (далее – ФГОС ДО), Примерной адаптированной основной общеобразовательной программы дошкольного образования детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (одобрена решением федерального учебно-методического объединения по общему образованию, протокол от 07.12.2017 № 6/17) с учетом требований следующих нормативно-правовых документов:

— Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

— Федеральный закон от 31.07.2020 № 304-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» по вопросам воспитания обучающихся»;

— Приказ Минпросвещения России от 31.07.2020 № 373 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам – образовательным программам дошкольного образования»;

— Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.09.2020 № 28 «Об утверждении санитарных правил СП 2.4.3648-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи»»;

— Постановление Главного государственного санитарного врача РФ

¹ Программа разработана при участии заведующего кафедрой теории и методики адаптивной физической культуры НГУ им. П.Ф. Лесгафта, д-ра пед. наук, профессора С.П. Евсеева.

от 28.01.2021 № 2 об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 1.2.3685-21 «Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания»;

— Примерная основная образовательная программа дошкольного образования (одобрена решением федерального учебно-методического объединения по общему образованию, протокол от 20.05.2015 № 2/15);

— Примерная рабочая программа воспитания для образовательных организаций, реализующих образовательные программы дошкольного образования (одобрена решением федерального учебно-методического объединения по общему образованию, протокол от 01.07.2021 № 2/21).

Примерная рабочая программа разработана для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата дошкольного возраста (4-8 лет).

Задержка двигательного развития является общей закономерностью нарушенного развития, она особенно характерна для детей, родившихся с перинатальным поражением центральной нервной системы (ЦНС). Динамика развития этих детей очень вариативна, зависит от тяжести поражения, сроков начала лечения, потенциальных возможностей ребенка. После трехлетнего возраста дети с задержкой формирования двигательной сферы, в зависимости от степени компенсации двигательных нарушений, могут быть отнесены как к категории детей с ЗПР, ТНР, так и к категории детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (НОДА). В раннем возрасте к этой категории детей относят, как правило, детей с тяжелой двигательной патологией неврологического характера, в значительно более редких случаях – ортопедического характера.

В связи с этим разработка примерной рабочей программы для групповой работы с детьми с НОДА более раннего возраста представляется нецелесообразной, для таких детей рекомендуется разработка индивидуальных программ.

Реализация рабочей программы по адаптивной физической культуре является одним из основных компонентов системы физкультурно-оздоровительной и реабилитационной работы в дошкольной образовательной организации.

1.2. Цели и задачи рабочей программы

Цель программы:

- Всестороннее гармоничное развитие физических способностей, двигательных и психических функций детей дошкольного возраста с нарушениями опорно-двигательного аппарата.
- Коррекция нарушений опорно-двигательного аппарата, профилактика развития и осложнения вторичных нарушений систем организма с учетом

характера двигательной патологии.

Образовательные задачи:

- Обучение основным двигательным действиям, не наносящим ущерба организму при выполнении основных движений (ходьба, бег, мягкие прыжки, повороты в обе стороны).
- Обучение подвижным играм с учетом двигательных возможностей.
- Формирование начальных представлений о ценности здорового образа жизни, о пользе занятий физической культурой в сохранении и укреплении здоровья человека.
- Формирование начальных представлений о некоторых видах спорта, в том числе адаптивного.

Развивающие задачи:

- Развитие координационных способностей с учетом характера двигательного нарушения.
- Развитие крупной и мелкой моторики с учетом двигательных возможностей.
- Развитие силовых способностей и гибкости с учетом клинической картины заболевания.

Воспитательные задачи:

- Воспитание целенаправленности и саморегуляции в двигательной сфере с учетом клинической картины заболевания.
- Формирование ценностных ориентиров.

Коррекционные задачи:

- Коррекция ограничения подвижности в суставах у детей с нарушением опорно-двигательного аппарата с учетом клинической картины заболевания.
- Коррекция вестибулярных нарушений с учетом характера двигательного нарушения.
- Коррекция патологических стереотипов движения с учетом характера двигательного нарушения.
- Коррекция специфических нарушений познавательной деятельности воспитанников с нарушениями опорно-двигательного аппарата (пространственных представлений, включая ориентировку в пространстве собственного тела, зрительно-моторной координации и др.) с учетом клинической картины заболевания.
- Коррекция нарушений произносительной стороны речи за счет снятия мышечного напряжения лицевой мускулатуры, развития речевого дыхания и др.

Компенсаторные задачи:

- Формирование навыков использования технических средств реабилитации с учетом характера двигательного нарушения.

□

1.3. Принципы построения программы

Общие принципы и подходы к формированию программ для обучающихся с НОДА

Сетевое взаимодействие

Взаимодействие с организациями образования и другими партнерами, которые могут внести вклад в физическое развитие детей с НОДА, а также использование ресурсов местного сообщества и вариативных программ дополнительного образования детей для обогащения детского развития. Дошкольная образовательная организация устанавливает партнерские отношения с другими организациями и лицами, которые могут способствовать удовлетворению особых образовательных потребностей детей с НОДА в части физического развития и реабилитации (абилитации).

Индивидуализация дошкольного образования детей с НОДА

Предполагает такое построение образовательной деятельности при реализации программы адаптивной физической культуры, которое открывает возможности для индивидуализации образовательного процесса, появления индивидуальной траектории физического развития каждого ребенка с характерными для данного ребенка спецификой и скоростью, учитывающей его способности и психофизические особенности.

Развивающее вариативное образование

Предполагает, что образовательное содержание реализуется в разных видах физкультурно-оздоровительной деятельности (занятия адаптивной физкультурой, утренняя зарядка, бодрящая зарядка после дневного сна, подвижные игры, динамические паузы, прогулки, спортивные развлечения, реабилитационные мероприятия, закаливание, а также воспитание культурно-гигиенических навыков и представлений о здоровом образе жизни) с учетом зон актуального и ближайшего развития ребенка (Л.С. Выготский), способствующих раскрытию потенциальных возможностей ребенка средствами адаптивной физической культуры.

Инвариантность ценностей и целей при вариативности средств реализации Программы

За образовательной организацией остается право выбора содержания, способов работы и средств адаптивной физической культуры, с учетом разнородности состава группы воспитанников с НОДА, их психофизических особенностей, запросов родителей (законных представителей) при сохранении и достижении целей Программы.

Принципы адаптивной физической культуры

Принцип коррекционно-развивающей направленности

Развитие у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата сохранных функций: развитие и совершенствование физических, психических и интеллектуальных качеств, а также коррекция нарушенных функций и профилактика развития сопутствующих заболеваний.

Принцип учета «зон актуального и ближайшего развития»

Процесс физического и моторного развития осуществляется с опорой на зону актуального и ближайшего развития. Специально организованная образовательная среда способствует развитию физических способностей, формированию двигательных навыков, психических функций и создает предпосылки для освоения и формирования более сложных и комплексных способностей и функций, которые в данный момент невозможны для детей с двигательными нарушениями.

Принцип компенсаторной направленности

Формировать у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата знания, умения и навыки, направленные на возмещение нарушенных функций и повышение качества жизни.

Принцип постепенности

Организация процесса обучения двигательным действиям и развития физических способностей с учетом этапов онтогенеза, особенностей нарушений физического и психического развития детей с НОДА в соответствии с последовательным усложнением задач и повышением требований к воспитанникам, к их решению по принципу «от простого к сложному».

Принцип индивидуализации

Выбор средств и методов обучения основным двигательным действиям, развития сохранных функций, коррекции и компенсации нарушенных функций осуществляется с учетом индивидуальных особенностей детей с НОДА: степень нарушения, нозологическая группа, уровень физического, двигательного и психического развития.

1.4. Планируемые результаты освоения рабочей программы

В соответствии с ФГОС ДО специфика дошкольного детства и системные особенности дошкольного образования делают неправомерными требования от ребенка дошкольного возраста конкретных образовательных достижений. Поэтому результаты освоения Программы представлены в виде целевых ориентиров. Они представляют собой возрастные характеристики возможных достижений ребенка, к которым

следует стремиться, и не подлежат непосредственной оценке. Вероятность достижения целевых ориентиров зависит от степени проявления ведущего нарушения, наличия вторичных нарушений и состояния здоровья воспитанников.

Целевые ориентиры освоения Программы

К четырем с половиной годам, с учетом клинического состояния и структуры нарушения, ребенок:

- осуществляет перенос сформированных ранее игровых действий в различные игры;
- выражает стремление осваивать различные виды движения (бег, лазанье, перешагивание и пр.);
- обладает навыками элементарной ориентировки в пространстве;
- реагирует на сигнал и действует в соответствии с ним;
- стремится принимать активное участие в подвижных играх;
- использует предметы домашнего обихода, личной гигиены, выполняет орудийные действия с предметами бытового назначения незначительной помощью взрослого.

Целевые ориентиры освоения Программы

К шести годам, с учетом клинического состояния и структуры нарушения, ребенок:

- проявляет мотивацию к занятиям, попытки планировать (с помощью взрослого) деятельность для достижения какой-либо (конкретной) цели;
- выполняет двигательные цепочки из трех-пяти элементов;
- выполняет общеразвивающие упражнения с учетом особенностей двигательного развития.

Целевые ориентиры на этапе завершения освоения Программы

К семи-восемью годам, с учетом клинического состояния и структуры нарушения, ребенок:

- выполняет доступные движения и упражнения по словесной инструкции взрослых;
- знает и подчиняется правилам игр, игр с элементами спортивных упражнений;
- владеет элементарными нормами и правилами ведения здорового образа жизни (в питании, двигательном режиме, закаливании, при формировании полезных привычек и др.).

Темпы двигательного развития могут существенно варьировать в зависимости от тяжести двигательных нарушений и динамических изменений в ходе лечения, реабилитации и образования. Речевое и познавательное развитие детей с НОДА тесно связаны с их двигательным

развитием. У детей с тяжелой двигательной патологией может задерживаться темп познавательного и речевого развития.

Целевые ориентиры, представленные в Программе:

- не подлежат непосредственной оценке;
- не являются непосредственным основанием оценки как итогового, так и промежуточного уровня развития детей с НОДА;
- не являются основанием для их формального сравнения с реальными достижениями детей с НОДА;
- не являются основой объективной оценки соответствия, установленным требованиям образовательной деятельности и подготовки детей;
- не являются непосредственным основанием при оценке качества образования.

Степень достижения обозначенных целевых ориентиров и способности ребенка их проявлять к моменту перехода на следующий уровень образования могут существенно варьировать у разных детей в силу различий в условиях жизни и индивидуальных психофизических особенностей развития конкретного ребенка. Программа строится на основе общих закономерностей развития личности детей дошкольного возраста с НОДА с учетом сенситивных периодов в развитии.

Дети с различными недостатками в физическом и/или психическом развитии могут иметь качественно неоднородные уровни двигательного, речевого, познавательного и социального развития.

Целевые ориентиры основной образовательной программы организации, реализуемой с участием детей с НОДА, должны учитывать не только возраст ребенка, но и уровень развития его личности, степень выраженности двигательных, когнитивных, а также сопутствующих нарушений, а также индивидуально-типологические особенности развития ребенка.

Программой предусмотрена система мониторинга динамики развития детей, динамики их образовательных достижений, основанная на методе наблюдения и включающая:

- педагогические наблюдения, педагогическую диагностику, связанную с оценкой эффективности педагогических действий с целью их дальнейшей оптимизации;
- детские портфолио, фиксирующие достижения ребенка в ходе образовательной деятельности в части занятий физической культурой;
- карты развития ребенка с НОДА;
- различные шкалы индивидуального развития ребенка с НОДА.
-

1.5. Психофизические особенности детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Нарушения функций опорно-двигательного аппарата наблюдаются у 5-7% детей. Они носят как врожденный, так и приобретенный характер. Отклонения в развитии у дошкольников с двигательной патологией отличаются значительной полиморфностью и диссоциацией в степени выраженности различных нарушений. Контингент детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата крайне неоднороден. Ведущими являются следующие двигательные расстройства:

– при тяжелой степени двигательных нарушений дети не владеют навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью, они не могут самостоятельно обслуживать себя;

– при средней (умеренно выраженной) степени двигательных нарушений дети владеют ходьбой, но ходят неуверенно, часто с помощью специальных приспособлений (костылей, канадских палочек и т. д.), то есть самостоятельное передвижение детей затруднено, манипулятивная функция рук нарушена, навыки самообслуживания сформированы недостаточно;

– при легкой степени двигательных нарушений дети ходят самостоятельно, уверенно. Они полностью себя обслуживают, достаточно развита манипулятивная деятельность. Могут наблюдаться неправильные патологические позы и положения, нарушения походки, движения недостаточно ловкие, замедленные. Снижена мышечная сила, имеются недостатки мелкой моторики. Особенности двигательного стереотипа обычно складываются к трем годам, в некоторых случаях дети могут перейти к самостоятельной ходьбе в значительно более поздние сроки.

Детей дошкольного возраста с НОДА по этиологическому признаку можно разделить на следующие категории.

- Дети, у которых двигательная недостаточность связана с поражением центральной нервной системы. Эти дети чаще других имеют недостатки речевого развития и когнитивных функций.

- Дети, у которых двигательная недостаточность связана с травмой или другим повреждением спинного мозга. У детей этой группы также отмечаются нарушения как речевого развития, так и когнитивных функций.

- Дети с двигательными нарушениями ортопедического характера. Они могут иметь вторичные когнитивные нарушения, но они в меньшей мере нуждаются в коррекционной помощи, могут быть наиболее успешно включены в инклюзивные группы.

- Дети с последствиями ампутаций конечностей. Дети этой

категории крайне редко встречаются в дошкольных образовательных организациях. Они нуждаются в меньшем объеме коррекционной психолого-педагогической коррекционной помощи, чем дети двух первых групп и успешно включаются в инклюзивные группы.

К первой категории (воспитанники с неврологическим характером двигательных расстройств) относятся дети, у которых НОДА обусловлены органическим поражением двигательных отделов центральной нервной системы (нейромоторные нарушения). Большинство детей этой группы составляют дети с детским церебральным параличом (ДЦП) (89% от общего количества детей с НОДА). Отмечается сочетание двигательных, психических и речевых нарушений.

Двигательные нарушения у детей этой категории характеризуются нарушением мышечного тонуса, ограничением произвольных движений (парезы и параличи), насильственными движениями (гиперкинезы), нарушением равновесия и координации движений (атаксия), нарушением ощущений движений.

Степень тяжести психомоторных расстройств варьирует в большом диапазоне, при этом могут наблюдаться различные сочетания. Чаще всего характерна недостаточность пространственных и временных представлений, тактильного восприятия, конструктивного праксиса.

Ко второй категории относятся дети с травмой спинного мозга. В данной категории дети не имеют ярко выраженных нарушений интеллектуального развития. Двигательная сфера детей с поражением спинного мозга характеризуются полной или частичной утратой произвольных движений.

К третьей категории относятся дети с ортопедическими двигательными расстройствами. Обычно эти дети не имеют выраженных нарушений интеллектуального развития. У некоторых из них несколько замедлен общий темп психического развития и могут быть частично нарушены отдельные корковые функции, особенно зрительно-пространственные представления.

Дети нуждаются в психологической поддержке на фоне систематического ортопедического лечения и соблюдения щадящего индивидуального двигательного режима.

К четвертой категории относятся дети с последствиями ампутации конечностей. Дети данной категории в основном не имеют интеллектуальных нарушений. С учетом клинического заболевания у детей может быть замедлен темп психического развития и нарушена координация и равновесие.

Вследствие неоднородности состава детей с НОДА диапазон различий в требуемом уровне и содержании их физического воспитания на уровне дошкольного образования предполагает их образовательную

дифференциацию.

Анализ особенностей развития дошкольников с НОДА позволяет выделить ряд особых образовательных потребностей, среди которых важнейшими являются потребности в:

- ранней психолого-медико-педагогической помощи, абилитации/реабилитации с применением средств адаптивной физической культуры и спорта;
- создании безбарьерной и безопасной архитектурно-планировочной среды;
- обеспечении особой пространственной и временной организации образовательной среды;
- регламентации деятельности с учетом медицинских рекомендаций (соблюдение ортопедического режима);
- щадящем, здоровьесберегающем режиме обучения и нагрузки, предусматривающих строгую регламентацию деятельности в соответствии с медицинскими показаниями и рекомендациями и противопоказаниями, индивидуализацию темпа обучения и планируемых результатов для разных категорий детей с НОДА;
- привлечении ассистента (при необходимости);
- целенаправленной работе с родителями детей с НОДА, включая обучение их доступным приемам работы по коррекции двигательных нарушений и развитию двигательной активности ребенка;
- сохранении, укреплении психического и соматического здоровья, в поддержании работоспособности, предупреждении истощаемости, психофизических перегрузок, эмоциональных срывов;
- индивидуализации занятий адаптивной физической культурой с учетом структуры двигательных и сопутствующих нарушений и вариативности проявлений;
- формировании у педагогов образовательной организации специальных компетенций в области работы с детьми с двигательной патологией;
- формировании толерантного отношения к ребенку с НОДА у здоровых детей и их родителей;
- активизации двигательной активности ребенка любым доступным способом.

2. СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ

2.1. Особенности образовательной деятельности

Программа по адаптивной физической культуре носит междисциплинарный характер и нацелена на коррекцию и развитие двигательных функций и физических способностей, коррекцию и профилактику вторичных нарушений, коррекцию психических нарушений детей с НОДА. Формы занятий достаточно разнообразны. Они включают занятия адаптивной физической культурой, рекреационные занятия в режиме дня, лечебно-профилактические, оздоровительные и реабилитационные мероприятия, включая обязательную организацию ортопедического режима в образовательной организации.

Контроль за соблюдением ортопедического режима является одним из важных требований к педагогам и родителям воспитанников с нарушениями опорно-двигательного аппарата². Соблюдение ортопедического режима направлено на создание правильных статических положений и двигательных стереотипов, что способствует восстановлению и поддержанию двигательных возможностей ребенка с НОДА. Организация ортопедического режима в условиях ДОО включает:

- утреннюю гимнастику;
- контроль правильного положения ребенка за столом во время еды, учебной деятельности и др.;
- проведение физкультпауз с включением коррекционных упражнений;
- самостоятельную двигательную активность детей;
- ношение ортопедической обуви;
- использование ортезов, корсетов/реклинаторов в соответствии с рекомендациями ортопеда.

² Ортопедический режим – это комплекс мероприятий, создающих оптимальные условия для развития двигательных функций и предотвращения прогрессирования имеющихся нарушений.

Занятия по адаптивной физической культуре у детей с НОДА проводятся в малых группах по 5-7 человек, что позволяет осуществить принцип индивидуального подхода к каждому ребенку.

На занятиях адаптивной физической культурой (при выполнении упражнений, во время работы в парах, в тройках и т. д.) должны создаваться условия, стимулирующие детей с НОДА к развитию физических качеств и двигательных умений.

Упражнения должны иметь лестницу прогрессии от самого простого варианта выполнения до самого тяжелого.

В процессе организации упражнений и занятия в целом необходимо опираться на предметно-ориентированную деятельность. При выполнении упражнений давать точные ориентиры начала и конца выполнения задания; обозначать исходное и конечное положение; при необходимости устанавливать метки, ориентиры (например, предпочтительно не просто метать мяч, а перебросить препятствие или добросить до указанной метки).

При выполнении упражнений необходимо побуждать ребенка к анализу движения: правильно выполнил или нет, какая ошибка, как ее исправить; активно применять методы наглядности, вербальные и невербальные методы обучения.

Применение игрового метода на занятиях по АФК способствует переключению внимания от качества и точности выполняемого упражнения на эмоциональную составляющую игры, что является важным этапом в процессе обучения двигательному действию. Активное использование инвентаря различных форм и веса будут способствовать расширению двигательных навыков, физических качеств, обогащать перцептивный опыт детей с НОДА.

Применение технических средств реабилитации (вертикализаторов, подвесов) способствует реализации коррекционных задач на занятиях по АФК.

Инструктор по АФК может применять в практике занятий создание проблемных ситуаций: моделировать во время упражнения или игры ситуацию, связанную с бытовыми трудностями воспитанников с НОДА (трудности в перемещении, трудности в самообслуживании и т. д.).

2.2. Интеграция с другими образовательными областями

В соответствии с принципом интеграции образовательных областей Программа предполагает взаимосвязь физического развития с социально-коммуникативной, познавательной, речевой и художественно-эстетической образовательными областями.

- **Социально-коммуникативное развитие**

Развивать опыт совместной игры со взрослыми, со сверстниками, побуждать к самостоятельному игровому творчеству в подвижных играх. Развивать умение отвечать на вопрос, просить о помощи, выражать свои эмоции и предпочтения. Развивать коммуникативные способности при общении со сверстниками и взрослыми: умение понятно объяснить правила игры, помочь товарищу в затруднительной ситуации при выполнении задания, разрешить конфликт через общение.

- **Познавательное развитие**

Обогащать знания детей о двигательных режимах, видах спорта, в том числе адаптивного. Развивать интерес к изучению себя и своих физических возможностей: осанка, стопа, рост, движение. Формировать представления о здоровье, его ценности, полезных привычках, укрепляющих здоровье, о мерах профилактики и охраны здоровья.

- **Речевое развитие**

Обогащать активный словарь на занятиях по адаптивной физической культуре (команды, построения, виды движений и упражнений); стимулировать речевое общение в подвижных играх.

- **Художественно-эстетическое развитие**

Обогащать музыкальный репертуар детскими песнями и мелодиями. Развивать музыкально-ритмические способности детей, учить выполнять упражнения в соответствии с характером и темпом музыкального сопровождения.

2.3. Задачи и содержание образовательной деятельности

Задачи и содержание образовательной деятельности по адаптивной физической культуре с воспитанниками с нарушениями опорно-двигательного аппарата определяются характером и тяжестью двигательных нарушений и имеющимися сопутствующими нарушениями, а также возрастными особенностями.

Общей для всех категорий детей с НОДА является задача по формированию начальных представлений о здоровом образе жизни (ЗОЖ) и физической культуре.

Формирование начальных представлений о ЗОЖ и физической культуре

7-8 лет

Формировать и развивать представления о частях тела, об органах чувств, их значении для жизни и здоровья человека.

Формировать представление о полезной и вредной пище, воспитывать потребность в соблюдении режима питания.

Расширять представления о важности для здоровья сна, гигиенических процедур, движений, закаливания.

Знакомить детей с понятиями «здоровье» и «болезнь». Развивать умение устанавливать связь между совершаемым действием и состоянием организма, самочувствием.

Формировать умение обращаться за помощью к взрослым при заболевании, травме.

Формировать начальные представления о здоровом образе жизни; о значении физических упражнений для организма человека.

Знакомить с физическими упражнениями на укрепление различных органов и систем организма.

Учить поддерживать правильную осанку.

Развивать координационные, скоростные, скоростно-силовые способности, гибкость, выносливость, функции равновесия.

Формировать и развивать пространственные представления и ориентировку в пространстве.

Поддерживать и стимулировать двигательную активность детей.

8-9 лет

Продолжать формировать начальные представления о здоровом образе жизни. Расширять представления об особенностях функционирования организма человека. Акцентировать внимание на особенностях организма, которые имеют важное значение для здоровья.

Расширять представления об основных компонентах здорового образа жизни (сбалансированное питание, оптимальная двигательная активность, соблюдение режима дня, здоровый сон, оздоровительное воздействие солнечных лучей, воздушной и водной среды, личной и общественной гигиены).

Воспитывать сочувствие к заболевшим товарищам.

Формировать умение характеризовать свое самочувствие.

Формировать у детей потребность в здоровом образе жизни.

Прививать интерес к занятиям физической культурой и спортом, воспитывать желание заниматься адаптивной физической культурой.

Знакомить с основами техники безопасности и правилами поведения в спортивном зале и на спортивной площадке.

Совершенствовать двигательные умения и навыки детей. Развивать физические способности.

Продолжать формировать пространственные представления, развивать навык ориентировки в пространстве.

Познакомить с элементами спортивных игр и спортивных упражнений, с играми с элементами соревнования.

Поддерживать и стимулировать двигательную активность детей посредством подвижных игр и физических упражнений.

9-10 лет

Продолжать формировать представления о здоровом образе жизни. Расширять представления детей о рациональном питании (объем пищи, последовательность ее приема, разнообразие в питании, питьевой режим). Формировать представления о значении двигательной активности в жизни человека. Формировать представления об активном отдыхе.

Расширять представления о средствах и правилах и видах закаливания, о пользе закаливающих процедур для здоровья. Формировать представления об оздоровительном воздействии солнечного света, воздушной и водной среды.

Формировать потребность в ежедневной физической активности. Совершенствовать технику основных движений.

Развивать координационные, скоростные, силовые способности, общую выносливость, гибкость, ориентировку в пространстве.

Продолжать знакомить с основами техники безопасности и правилами поведения в спортивном зале и на спортивной площадке.

Обеспечивать разностороннее развитие личности ребенка: воспитывать инициативность, самостоятельность, творчество, фантазию. Поддерживать интерес к занятиям адаптивной физической культурой и спортом.

Поддерживать интерес детей к различным видам адаптивного спорта.

Поддерживать и стимулировать двигательную активность детей посредством подвижных игр и физических упражнений.

2.3.1. Задачи и содержание занятий адаптивной физической культурой с воспитанниками с ДЦП и другими нейромоторными нарушениями

Содержание занятий АФК для детей данной группы определяется с учетом клинической картины заболевания.

Для освоения основных движений необходимо придерживаться этапов моторного онтогенеза человека. В первую очередь необходимо сформировать контроль положения головы, способность к ее удержанию в вертикальном положении тела. Для этого следует применять упражнения, направленные на сохранение вертикальной позы: в положении сидя наклоны головы и туловища вперед-назад; в положении лежа и сидя слежение за предметом, находящемся в покое и в движении.

Перед освоением основных движений (ползание, ходьба) необходимо «погасить» патологические шейно-тонические рефлексы, посредством перевода их из неосознаваемого рефлексорного выполнения в произвольное. При этом возможна дозированная, постепенно уменьшающаяся физическая помощь инструктора по следующему алгоритму: «выполнение движения за ребенка», сопряженное с приемами, активизирующими мысленное сопровождение движения, с последующим переходом к непосредственно двигательному выполнению элементов упражнения. Упражнения по интеграции патологических рефлексов могут быть продемонстрированы родителям для их выполнения дома.

Упражнения рефлексорной интеграции для детей с ДЦП носят выраженную коррекционную направленность. Могут выполняться самостоятельно или с помощью инструктора по адаптивной физической культуре. Они должны сопровождаться речевым сопровождением всех действий со стороны инструктора, а также их проговариванием детьми, в этом случае происходит вербализация навыка и запоминание алгоритма двигательного действия. Необходимо создать комфортную, безопасную среду для выполнения упражнений. Упражнения рефлексорной интеграции, которые повторяют рефлекс, но выполняются сознательно, могут быть включены в программу утренней зарядки.

Освоение навыков основных двигательных действий начинается с поворота из исходного положения лежа на спине в положение лежа на животе и обратно. На начальном этапе эффективно упростить условия выполнения поворотов в виде скатывания с незначительной возвышенности, выполнять поворот на бок из положения лежа на спине.

При освоении данного навыка рекомендуется выполнять

подготовительные упражнения, направленные на укрепление мышц брюшного пресса (косых мышц, поперечной): броски мяча двумя руками из-за головы лежа на спине, броски мяча двумя руками из-за головы по диагонали лежа на спине, броски мяча по диагонали одной рукой из положения лежа на спине. Также выполняются перекаты на правый и левый бок из положения лежа на животе с опорой рук на предплечье; перекаты с живота на бок и на спину (для упрощения подкладывать под грудь валик) – движение начинается с поворота глаз и головы в сторону поворота, как будто ребенок хочет оглянуться. Для стимуляции слежения можно привлекать внимание ребенка к предмету, а потом заводить предмет за спину.

После освоения навыка поворота на бок и на живот необходимо разучить навык подъема на четвереньки с удержанием коленно-локтевой, а потом и ладонно-коленной позы.

Переход в опору на четвереньках можно осваивать через две стратегии.

1. Из положения лежа на животе. Руки в опоре на предплечьях. Согнуть одну ногу в тазобедренном и коленном суставах, после чего «закатиться» – перенести вес тела на согнутую ногу. Оказавшись в положении седа на одной пятке и опоре двумя руками на предплечья, согнуть вторую ногу, подтянув колено к животу. После чего перейти в положение на четвереньки. Инструктор по АФК может помогать выполнять упражнение, но помощь должна быть соразмерной, чтобы не выполнять данное движение за ребенка.

2. Из положения седа с вытянутыми вперед ногами (как правило, дети сидят с согнутыми коленями и разведенными ногами – сед по-турецки) двумя руками зашагивать за спину, скручивая при этом туловище с последующим выходом в положение на четвереньки.

При освоении данного навыка рекомендуется выполнять подготовительные упражнения, направленные на развитие силы мышц брюшного пресса, мышц разгибателей рук, мышц разгибателей ног, повышение подвижности в тазобедренном, коленном суставах.

Наряду с подготовительными упражнениями необходимо применять и подводящие упражнения, содержащие элементы техники подъема на четвереньки. Это может быть пофазное разучивание навыка, выполнение подъема из более простого положения³.

Следующим основным двигательным действием ребенок с ДЦП осваивает ползание (по-пластунски, на четвереньках). Многие дети осваивают это навык перемещения исключительно при помощи рук, не задействуют в движении ноги, что необходимо корректировать или переучивать. Кроме ползания по-пластунски необходимо освоить ползание на

четвереньках (в коленно-локтевой и коленно-ладонной позе). С целью избегания травматизации поясничного отдела следует осуществлять помощь в стабилизации поясничного отдела позвоночника (корсет, подвес и т. д.). Ходьба на четвереньках может выполняться в три и четыре фазы:

3-фазная ходьба – поочередный шаг двумя руками вперед, затем шаг одной ногой, затем другой;

4-фазная ходьба – шаг правой рукой, шаг левой ногой, шаг левой рукой, шаг правой ногой. Дальнейшим навыком для детей с церебральным параличом, который необходимо освоить, является навык сохранения вертикальной позы сидя, без дополнительной опоры (пастуральный контроль). Данный навык позволит более эффективно развивать самообслуживание, выполнять задания, направленные на развитие мелкой моторики рук, освоение элементов спортивных игр.

В качестве алгоритма формирования постурального контроля предлагается выработка синергии сгибания и разгибания в положении седа. При этом обязателен плотный контакт всей поверхности стопы с полом. После выработки синергии туловища на разгибании и сгибании следует учить произвольному движению таза и контролю общего центра тяжести: переднезадний наклон таза и переносы веса тела вправо/влево (сесть на одну ягодицу, затем на другую). Данные упражнения могут выполняться с помощью инструктора. Для тех детей, у кого сформирован контроль общего центра в сагиттальной и фронтальной плоскости, можно усложнить их выполнение: сидеть на фитболе, или захватывать и переносить предметы, расположенные далеко за площадью опоры, или изменить положение седа на позу всадника (верхом на скамье), применять игры с бросками, ловлей и передачей мяча, упражнения на метание – как на дальность, так и на точность.

Когда ребенок свободно может наклониться и коснуться руками пола или схватить предмет с одной стороны и перенести его в противоположную сторону, не вызывая при этом действие патологических рефлексов, следует приступать к освоению навыка пересаживания. В пересаживании крайне важно, чтобы ребенок научился опираться на ноги.

³ А.Ц. Пуни описал следующие варианты пофазного формирования двигательного навыка:

1. Формирование двигательного навыка с «отрицательным ускорением». Оно заключается в высокой динамике его формирования в начале обучения, с последующим замедлением темпа.
2. Формирование двигательного навыка с положительным ускорением. Вначале формирование идет с большой трудностью. Затем кривая прироста качества навыка резко возрастает.
3. Плато – временная задержка в прогрессировании формирования двигательного навыка.

В этом случае стоит разделить навык на обучение привставанию из положения сидя, например: наклон вперед, касание руками стула или табурета, подъем в положение стоя на ногах с опорой руками на стул/табурет (не допускать подтягивания ребенка руками, на руки нужно опираться); и пересаживание через разворот. В случаях выраженного спастического синдрома стоит применять коленопоры, ортезы на голеностопный сустав, ортопедическую обувь и другие фиксирующие средства, которые обеспечивают более надежную опору и снижают риск получения травмы.

Обучение навыку вставания и удержания вертикальной позы должно сопровождаться большим количеством подводящих и подготовительных упражнений: укрепление мышц разгибателей туловища, коленного сустава и тазобедренного, формирование контроля общего центра тяжести в сагиттальной и фронтальной плоскости, диагональном перемещении общего центра тяжести, удержание равновесия с открытыми и закрытыми глазами. Инструктором по адаптивной физической культуре могут применяться различные технические средства реабилитации: ортезы, тьюторы, вертикализаторы, динамические вертикализаторы, подвесные системы, средства дополнительной опоры.

В положении стоя могут применяться упражнения с манипуляцией предметами, ловлей и передачей мяча, разворотов на месте и т. д. Задачей таких упражнений является перенос навыка по удержанию вертикальной позы в «фоновый режим» и концентрация внимания на совершении когнитивных и двигательных операций.

Навык ходьбы и ее совершенствования должен осваиваться только при соблюдении этапов онтогенеза и следовать после освоения вертикальной позы и формирования контроля общего центра тяжести. Инструктор по АФК должен преследовать своей целью формирование функциональной ходьбы, критериями которой могут выступать: безопасность, воспроизводимость в любых условиях, простота применения. Ориентироваться необходимо на правильный биомеханический стереотип, но с учетом индивидуальных особенностей.

Выполнение упражнений на освоение основных двигательных действий должно происходить в основной части занятия по адаптивной физической культуре. Инструктор по АФК должен комбинировать методы обучения двигательным действиям: расчлененно-целостный, подводящих

и подготовительных упражнений, метод тренажеров, метод проводки и другие методы развития физических качеств. Так как для дошкольного возраста характерна преимущественно игровая деятельность, то в процесс занятия необходимо включать элемент игры, соперничества, предметной деятельности.

Помимо освоения основных двигательных действий, дети с церебральным параличом с легкими двигательными расстройствами должны на занятиях по адаптивной физической культуре осваивать элементы навыков бытовой независимости при помощи применения технических средств реабилитации. Дети с тяжелыми двигательными нарушениями в старшем дошкольном возрасте, помимо применения и освоения специально подобранных технических средств реабилитации бытовой направленности, с учетом общего состояния могут осваивать навыки управления инвалидным креслом-коляской.

Решение коррекционных задач адаптивной физической культуры будет неполным, если не проводить коррекцию или профилактику развития контрактур суставов, которая может реализовываться через выполнение пассивно-активных, активных упражнений на растягивание (стрейтч-гимнастика), а также избегание формирования патологических установок путем организации и соблюдения ортопедического режима (позиционирования ребенка в процессе приема пищи, занятий по рисованию, работы с логопедом, психологом, во время сна и другой деятельности в условиях дошкольной образовательной организации).

При выборе упражнений на растягивание мышц, связок и подвижность суставов необходимо учитывать индивидуальные особенности каждого ребенка. Следует также учитывать, что причиной формирования контрактур у детей с ДЦП является патологичное повышение мышечного тонуса (спастический синдром), преимущественно в мышцах сгибателях. Для коррекции сгибательных контрактур необходимо выполнять активные упражнения на растягивание, то есть движение, противоположное функции мышцы (разгибание и/или отведение). Упражнения выполняются медленно, плавно, без резких движений и боли, в противном случае можно получить увеличение спастического синдрома и отказ ребенка от занятий.

Данные упражнения могут выполняться лежа, лежа на боку, лежа на животе, лежа на животе с опорой на предплечье, сидя на стуле, в положении на четвереньках и т. д. Главная задача – плавное и аккуратное растягивание спастических мышц.

Дети выполняют данные упражнения активно, самостоятельно. В некоторых случаях может быть оказана помощь инструктором по АФК для

выполнения движения в полном объеме. В ряде случаев упражнения могут выполняться пассивно-активно, большую часть работы выполняет инструктор, в медленном темпе, не провоцируя рефлекторное сокращение мышц на боль.

Упражнения на растягивание мышц и подвижность суставов могут входить в комплекс упражнений утренней гимнастики и занятий адаптивной физической культурой в подготовительную часть занятия.

Также, помимо активных, активно-пассивных упражнений на коррекцию контрактур, необходимо соблюдение ортопедического режима: ребенок должен находиться в физиологически правильном положении при выполнении любой деятельности, включая сон.

В положении седа у ребенка должны быть соблюдены углы сгибания в коленных, тазобедренных и голеностопных суставах в 90 градусов. При невозможности выведения конечности в данное положение обеспечить плотный контакт всей поверхности подошвенной части стопы с полом или другой опорой, не допускать сгибание колена и тазобедренного сустава больше 90 градусов, не допускать сведение колен (положить валик или подушку между коленями).

Для обеспечения физиологичного и устойчивого положения туловища при положении седа можно под поясничный отдел позвоночника положить небольшой валик. При риске падения вправо или влево кресло может быть снабжено подушками, которые препятствуют падению в сторону. В положении седа руки должны находиться на опоре: сгибание и отведение в плечевом суставе под углом не более 30 градусов, незначительная внутренняя ротация, 30 градусов сгибания в локтевом суставе, кисть и пальцы в легком сгибании расслаблены (можно положить кисть на валик из полотенца). Если у ребенка есть гиперкинезы, то можно верхнюю и/или нижнюю конечность зафиксировать мешком с песком или ремнем. В случае если у ребенка нет специализированной техники (индивидуально подобранного кресла-коляски), обеспечить фиксацию положения подручными средствами: валики, подушки, полотенца. В физиологичном (эргономичном) положении ребенок с ДЦП может принимать пищу (самостоятельно или с помощью), читать, рисовать, заниматься лепкой, проводить занятие с логопедом, психологом и т. д. За счет ограничения гиперкинезов и гиперрефлексии создаются условия для более эффективного развития – концентрация внимания направлена на изучение новой информации, а не на сохранение равновесия и безопасности.

Также в течение дня как на занятиях по адаптивной физической культуре, так и на других коррекционно-развивающих занятиях можно

проводить вертикализацию ребенка. В качестве материально-технического обеспечения могут применяться коленоупорные, переднеопорные вертикализаторы и другие технические средства реабилитации. При приведении ребенка в вертикальное положение необходимо надежно зафиксировать нижние конечности (90 градусов в голеностопном суставе, 175-180 градусов в коленном, 180 градусов в тазобедренном) и туловище, если это необходимо. Вертикализация детей с тяжелыми двигательными нарушениями необходима для гигиенических процедур, развития вестибулярного аппарата и интеграции патологических рефлексов. Время пребывания в положении стоя у каждого ребенка индивидуально. Следует начинать с 5-10 минут с постепенным увеличением времени.

Во время сна также необходимо обеспечить комфортное физиологичное положение ребенка в кровати: обеспечить легкое сгибание колен и тазобедренного сустава (положить под колени валик) и отведение ног (между ногами подушка). Под локтевые суставы тоже могут быть подложены подушки, обеспечивающие расслабление спастичных мышц.

Данные приемы позиционирования сидя, стоя, лежа инструктор по адаптивной физической культуре должен продемонстрировать родителям и воспитателям для регулярного и систематического выполнения.

Так как у детей с ДЦП наблюдается нарушение проприоцептивной, тактильной, вибрационной чувствительности, а также задержка развития вестибулярного аппарата, что приводит к искажению и недоразвитию схемы тела, необходимо проводить сенсорную коррекцию.

В качестве средства могут применяться следующие приемы сенсорной интеграции.

- Перекаты по полу спина-живот-спина вправо и влево (можно выполнять активно и активно-пассивно для детей с тяжелыми двигательными нарушениями).

- Проползание через туннели, которые могут быть сделаны из мягких модулей матов.

- Раскачивание на качелях или гамаке в позе эмбриона, лежа на спине, лежа на животе, лежа на животе с опорой на предплечья (в направлениях вперед-назад, вправо-влево) и др.

Средства сенсорной интеграции могут применяться в подготовительной, основной и заключительной частях занятия по адаптивной физической культуре, а также распределяться в течение дня.

Одним из приоритетных направлений работы с детьми с нейромоторными нарушениями является развитие координационных способностей, гибкости и силовых способностей, выпрямительных реакций.

В развитии силы необходимо уделять внимание упражнениям, направленным на укрепление мышц разгибателей конечностей (разгибатели лучезапястного сустава, трехглавой мышцы плеча, ягодичных мышц, прямой мышцы бедра) и мышц спины. Упражнения должны повторять функцию мышцы. Лучше их выполнять в условиях закрытой кинематической цепи (когда проксимальный сегмент движется относительно дистального).

Упражнения, направленные на укрепление мышц разгибателей конечностей.

Подъем ягодиц от пола, из положения лежа на спине, ноги согнуты в коленных суставах, стопы опираются в пол.

Стоя на четвереньках (ладонно-коленная поза) разгибание рук в локтевом суставе. В этом положении возможна внешняя помощь в виде валика или небольшого мяча под грудь или живот для создания дополнительной точки опоры. В положениях на четвереньках будут эффективны упражнения с захватом и переносом предметов (стимулируется разгибание в опорной руке и разгибание туловища). В качестве усложнения и составления лестницы прогрессии упражнений рекомендуется переходить из положения стоя на четвереньках в положение стоя на коленях с опорой руками на стул или скамью.

Наклоны вперед сидя на скамье или стуле, руки на фитболе. Во время наклона перекатывать мяч вперед, после вернуться в исходное положение. Обращать внимание на положение ног на опоре: стопа полностью касается опоры, колени не сводятся. Возможны варианты выполнения упражнений в положении сидя: сидя верхом на скамье с опорой стопами на пол, сидя верхом на большом валике с опорой коленями на пол, сидя верхом на высокой скамье в положении «всадника». Главными задачами подобных упражнений являются укрепление мышц разгибателей туловища и нижних конечностей, ингибция патологических рефлексов. Возможно усложнение упражнений: кроме разгибания туловища до нейтрального вертикального положения добавлять подъемы предметов вверх.

Для развития силы мышц разгибателей ног могут служить приседания с поддержкой инструктора или самостоятельно возле гимнастической стенки, в коленопоре.

При развитии координационных способностей следует уделять внимание развитию способности к равновесию.

- Удержание положения седа на стабильной и нестабильной поверхности.
- Удержание положения стоя на ногах.

- Удержание позы и ползание на четвереньках.
- Ходьба по прямой.
- Ходьба со сложным маневрированием.
- Преодоление препятствий.

В упражнениях на развитие равновесия рекомендуется придерживаться алгоритма усложнения двигательной задачи: сохранение позы на большой площади опоры, после чего следует уменьшать площадь опоры, после переходить к удержанию позы на нестабильной, мягкой, вязкой, пружинящей опоре; сохранение позы с открытыми и закрытыми глазами; параллельное удержание позы с манипуляцией предметами – перекладывание предметов, жонглирование, броски и ловля мяча (выполняются как на стабильной, так и на нестабильной опоре); после выполнять задания по сохранению равновесия в движении; выполнение упражнения под заданный темп (звук метронома или музыкальное сопровождение); сохранение равновесия в движении с параллельным речитативом или любой другой когнитивной задачей (счет, перечисление предметов, пение и т. д.). Необходимо при развитии равновесия стремиться к удержанию равновесия ребенком с ДЦП от сознательного контроля с высокой степенью концентрации к выполнению двигательных задач и когнитивных операций, где сохранение равновесия является «фоновым» условием для выполнения задачи.

Развитие способности к дифференцированию времени, пространства и усилия: броски, прыжки, наклоны, захваты и переносы предметов на различное расстояние, глубину пространства. Для более успешного выполнения упражнений необходимо конкретно обозначить, куда нужно перенести предмет, прыгнуть, метнуть и т. д.

Упражнение на развитие дифференцирования времени, пространства и усилия можно выполнять с детьми с разной тяжестью двигательных нарушений.

Исходные положения могут быть различны: лежа, сидя, стоя, стоя в вертикализаторе.

Развитие точности движений может быть реализовано как на занятиях АФК (через упражнения на выполнение точных движений: строевые упражнения, выполнение элементов постановочного танца, ходьба по линии, по следам и др.), так и в других видах деятельности воспитанников (через упражнения, направленные на развитие мелкой моторики: лепка из глины, собирание конструктора, а также в освоении навыков пользования специальными столовыми приборами, застегивании пуговиц, завязывании шнурков и т. д.).

Развитие способности к поддержанию темпа и ритма движения. В процессе занятия АФК детям рекомендуется задавать ритм выполнения упражнения: счет, метроном, хлопки, ритмичная музыка.

2.3.2. Задачи и содержание занятий адаптивной физической культурой с воспитанниками с последствиями травм и поражений спинного мозга

Для спинномозговой травмы характерно нарушение мышечного тонуса, которое имеет особенность своего проявления:

□ на уровне травмы, там, где повреждается серое вещество спинного мозга, наблюдается резкое снижение мышечного тонуса – вялый паралич мышц, иннервируемых из поврежденного сегмента. Формируется пояс атрофии;

□ ниже уровня травмы, там, где нарушается проведение нервного импульса по волокнам белого вещества спинного мозга, наблюдается патологическое повышение мышечного тонуса – спастический паралич.

В связи с этим необходимо проводить коррекцию мышечного тонуса, чтобы избежать формирования контрактур суставов и патологичных поз. Для этого могут применяться пассивные, активно-пассивные и активные упражнения на растягивание спастичных мышц (сгибателей тазобедренного и коленного суставов, приводящих мышц бедра, разгибателей голеностопного сустава, мышц брюшного пресса, грудных мышц), а также активные упражнения, направленные на укрепление и развитие силы антагонистов спастичных мышц.

Для коррекции спастического синдрома упражнения на растягивание должны быть плавными, медленными, не вызывающими боли. При этом для снижения выраженности проявления спастического синдрома необходимо выполнять активные упражнения, в которых ребенок учится управлять своими паретичными конечностями через мышечные синергии: активные движения туловищем и верхними конечностями провоцируют целенаправленные движения нижних конечностей. Помимо физических упражнений, в процессе коррекции спастического синдрома необходимо соблюдение ортопедического режима и гигиены положений:

□ настроить инвалидную коляску под антропометрические характеристики ребенка (высота коляски, спинки, угол сгибания нижних конечностей в крупных суставах, положение стоп на подставке и т. д.);

□ обучить ребенка бережному отношению к своим нижним конечностям, а также родителей и воспитателей (травмы, ушибы, царапины,

ссадины могут усилить спастический синдром);

□ гигиена движений – не выполнять движения, провоцирующие нарастание спастики.

Так как пониженный мышечный тонус (пояс атрофии) наблюдается на уровне травмы спинного мозга, наиболее часто – в грудном и поясничном отделах спинного мозга, то в качестве коррекционных упражнений применяются упражнения, направленные на развитие силы косых мышц живота, глубоких и поверхностных мышц позвоночника. Выполняются в положении лежа на спине, на боку, на животе. Преимущественно применяются в основной части занятия. Количество подходов на одно упражнение составляет по 2-4 подхода до 10-15 повторов в каждом. Для более эффективного применения упражнений на коррекцию пояса атрофии рекомендуется применять различный инвентарь (мячи, фитболы, коврик, утяжелители и т. д.).

Также в коррекционной работе необходимо уделять внимание упражнениям на дыхание, так как при высокой травме спинного мозга (на уровне шейного отдела) могут возникать парезы дыхательных мышц и, как следствие, уменьшение жизненной емкости легких. Необходимо выполнять упражнения на формирование верхнегрудного, нижнегрудного и диафрагмального дыхания, а также форсированный выдох. Коррекция дыхательного акта и развитие дыхательных мышц положительно отразятся на процессах обучения основным двигательным действиям и формированию контроля вертикальной позы.

Важным элементом коррекционной работы с детьми с последствиями травм и заболеваний спинного мозга является коррекция нарушений функции выделения, поэтому необходимо применять упражнения, направленные на тренировку мышц тазового дна.

Упражнения на коррекцию мышечного тонуса, акта дыхания и функций мышц тазового дна могут применяться в подготовительной и основной части занятий, а также во время утренней зарядки. Важным элементом применения любых упражнений коррекционной или развивающей направленности является активное участие ребенка в процессе, его вовлеченность, осознанное (по мере возможностей ребенка) выполнение упражнений.

Физические упражнения могут иметь два направления:

- 1) развитие координации, силы и выносливости сохранных мышц (иннервируемых из сегментов спинного мозга без неврологического дефицита);
- 2) развитие координации, силы и выносливости паретичных мышц.

Приоритетными в развитии физических способностей являются координационные способности, обеспечивающие качественную сторону формирования двигательных действий в виде рациональной и эффективной техники. В противном случае ребенок будет компенсировать ошибки в технике двигательного действия за счет силовых способностей.

Для освоения самостоятельного перемещения ребенка ползком, в кресле-коляске или на ходунках применяются упражнения, направленные на развитие сохранных функций: развитие силы мышц рук и туловища. При развитии силы мышц рук особое внимание необходимо уделять мышцам разгибателям верхней конечности.

Формирование моторного контроля и развитие силы мышц туловища является принципиально важным направлением физических упражнений на занятиях по АФК, так как развитие сохранных и нарушенных функций конечностей (верхних и нижних) напрямую зависит от силы мышц туловища (брюшного пресса, мышц разгибателей спины), а также от моторики туловища (способность к согласованным и синергичным движениям). Для развития силы рекомендуется выполнять упражнения по 2-3 подхода по 8-12 повторений в каждом, так как данное количество повторов позволяет сохранять внимание к качеству выполнения упражнений. Развивающие упражнения следует применять в основной части занятия по адаптивной физической культуре.

При решении образовательной задачи, а именно при освоении основных двигательных действий (повороты на полу, ползание попластунски, на четвереньках, ходьба и т. д.) необходимо придерживаться этапов онтогенеза, то есть переходить от одного вида перемещения к другому последовательно, не пропуская и не опережая более ранние этапы, так как это может привести к формированию компенсаций, что не позволит овладеть более сложным моторным навыком.

Обучение перекатам со спины на живот и обратно может выполняться сначала в упрощенных условиях (из положения полуповорота), постепенно усложняя их до уровня, требуемого в быту. В качестве методической рекомендации может быть рекомендовано снабжение ребенка дополнительными ориентирами: при повороте коснуться впереди поставленного предмета или сцепить руки перед грудью так, «как будто обнимаешь большой мяч», и выполнять поворот на бок. При поворотах с живота на спину провоцировать движение сначала глаз (поисковый рефлекс), потом поворот головы и разворот на спину.

Переход в положение на четвереньки может выполняться несколькими приемами.

□ Из положения лежа на животе, руки в опоре на предплечья выполнение максимального сгибания всего тела, подтянуть колени к груди.

□ Из положения седа по-турецки зашагивать двумя руками за спину с выходом в положение на четвереньки (движение общего центра тяжести по спиралевидной траектории).

Ползание на четвереньках может выполняться в несколько фаз:

3 фазы – поочередно переставить руки, затем шаг одной ногой, затем шаг другой;

4 фазы – шаг рукой, шаг контралатеральной ногой, затем шаг второй рукой и после шаг ногой (поочередное переставление контралатеральных верхних и нижних конечностей);

2 фазы – одновременное переставление вперед правой ноги и левой руки, затем переставление вперед левой ноги и правой руки.

2-фазная ходьба на четвереньках самая сложная, максимально приближена к технике ходьбы стоя. Для освоения данного способа необходимо развивать силу и моторный контроль туловища, чтобы предотвращать возможные травмы поясничного отдела.

Во время освоения навыка ползания стараться не допускать резких, неконтролируемых движений, выполняемых с большой долей инерции (особенно когда ноги перемещаются по инерции).

Активное применение метода подводящих и подготовительных упражнений обеспечивает адекватную подготовку ребенка дошкольного возраста с последствиями травм и заболеваний спинного мозга к формированию основных двигательных действий.

Обучение навыку ходьбы стоит начинать с освоения навыка ползания на четвереньках и стоя на коленях. В вертикальном положении возможно применение ортезной техники, которая изготавливается для каждого ребенка индивидуально, исходя из его потребностей и двигательных возможностей.

Наряду с навыками передвижения (ползание или ходьба) на занятиях по адаптивной физической культуре существует потребность в освоении базовых навыков управления креслом-коляской: езда вперед-назад, развороты и повороты в движении, перемещения в коляску и из коляски.

Формирование навыка пересаживания с опорой на ноги, а не за счет опоры руками. Допущение чрезмерного вовлечения рук в навык пересаживания может провоцировать увеличение спастического синдрома в нижних конечностях, закрепление патологического стереотипа (при недостаточном давлении силы реакции опоры на стопы ноги сгибаются, что делает невозможным их опороспособность).

Также необходимо формировать навык пересаживания между

разновысокими поверхностями, для того чтобы впоследствии ребенок мог пересаживаться на кресло с пола и с кресла на пол. В качестве начальных упражнений можно применять пересаживание вправо или влево на высоту до 5 см или пересаживание с поворотом на 90 градусов.

На занятии возможно многократное повторение эргономичного перемещения как в виде упражнений, так и в форме игры, эстафеты.

Стоит учитывать, что в процессе формирования двигательных навыков детей с последствиями травм и заболеваний спинного мозга инструктор АФК не всегда может опираться на предшествующий двигательный опыт, так как имеет место врожденное или рано приобретенное заболевание.

Основной упор при решении образовательной задачи необходимо делать на формирование навыков бытовой независимости, но также необходимо расширять двигательный опыт и навыки детей. Следует включать элементы спортивных дисциплин: формирование основ техники ловли и бросков мяча, формирование основ техники метания малого мяча и т. д.

Решение образовательной задачи требует применение комплекса методов обучения двигательным действиям: метод слова, метод наглядности, метод проводки, подводящих и подготовительных упражнений, метод конструктивно-целостного выполнения упражнения, метод тренажеров.

Освоение двигательных навыков наиболее органично вписывается в основную часть занятия по адаптивной физической культуре.

2.3.3. Задачи и содержание занятий адаптивной физической культурой с воспитанниками с ортопедическими патологиями

В настоящее время различные ортопедические патологии выявляются почти у 80% детей. К ортопедическим патологиям относятся:

- врожденная дисплазия тазобедренного сустава;
- врожденная косолапость;
- плоскостопие;
- сколиоз;
- рахит и др.

В связи с многообразием ортопедических нарушений необходим комплексный подход в процессе абилитации/реабилитации и профилактики развития заболевания, чтобы избежать прогрессирования двигательной патологии, формирования контрактур суставов и патологических поз. Для этого необходимо применять пассивные, активно-пассивные и активные

упражнения направленного действия, а также активные упражнения, направленные на укрепление и развитие силы мышц антагонистов.

При дисплазии тазобедренного сустава необходимы общеукрепляющие и тонизирующие мышцы упражнения, тренируется навык произвольного расслабления мышц; важно укрепление ягодичных мышц. Основное положение при выполнении упражнений – лежа. В зависимости от возможностей ребенка тренировка проводится в активном, пассивно-активном или пассивном режиме. Детям с дисплазиями тазобедренных суставов запрещен бег, кувырки, прыжки, а также нельзя поднимать тяжести.

Для коррекции косолапости на занятиях АФК упражнения выполняются лежа, сидя, стоя, в движении с помощью различных приспособлений: гимнастической лестницы, наклонной поверхности, следовых дорожек. Упражнения направлены на активацию ослабленных малоберцовых мышц, растягивание мышц задневнутренней поверхности голени, увеличение объема движений в голеностопном суставе, коррекцию патологической походки. Уровень нагрузки определяется специалистом в зависимости от возможностей ребенка.

По статистике сколиоз является самой распространенной патологией у детей. Наличие сколиоза означает не только нарушение функций опорно-двигательного аппарата, но и возникновение и развитие нарушения функций внутренних органов, органов дыхания, нервной системы. Для коррекции нарушения важно учитывать степень выраженности сколиоза (1-4 степень). Выполняются упражнения активно, реже активно-пассивно, преимущественно в положении лежа. Упражнения разделяются на симметричные, асимметричные, также выполняются упражнения на укрепление брюшного пресса и мышц спины.

Приоритетным направлением коррекционной работы является развитие координации движений, силы и выносливости. Важно контролировать правильность выполнения упражнений, стремление ребенка к самостоятельному выполнению двигательного действия, поощрение его двигательной активности и интереса к познанию своих двигательных возможностей.

При развитии силовых способностей важно учитывать особенности патологии, чтобы исключить возможность прогрессирования заболевания. Важно особое внимание уделить развитию мышц спины и брюшного пресса, которые необходимы для развития силовых возможностей ребенка с ортопедической патологией.

Дети с ортопедическими патологиями наравне с нормально развивающимися детьми должны осваивать обычные двигательные навыки,

такие как:

- ловля и броски мяча;
- метание мяча в даль и в цель;
- строевые упражнения;
- прыжки на месте (при отсутствии медицинских противопоказаний);
- ползание по-пластунски и на четвереньках.

В качестве методов обучения применяются вербальные и невербальные методы, метод обучения по показу, расчлененного и целостного обучения, метод проводки, метод тренажеров, метод наглядности, игровой и соревновательный метод.

Для успешной работы необходимо создать условия заинтересованности ребенка в преодолении патологии. Добиться этого можно с помощью игровых ситуаций, многократных повторений, эстафет, строевых упражнений.

2.3.4. Задачи и содержание занятий адаптивной физической культурой с воспитанниками с последствиями ампутаций конечностей

Данная категория детей является очень редкой в дошкольном возрасте. Так как после ампутации конечности могут формироваться контрактуры вышележащих суставов, в содержании физкультурминуток, утренних зарядок и подготовительной части занятия по адаптивной физической культуре необходимо выполнять упражнения, направленные на повышение объема движения в суставе: упражнения на расслабление и растяжение укороченных мышц (сгибателей и отводящих), упражнения на развитие силы мышц антагонистов укороченных мышц (разгибателей и приводящих). Данные упражнения могут быть активными или активно-пассивными, они не должны вызывать болевого синдрома.

Используются упражнения, направленные на укрепление ослабленных мышц, устранение контрактур, повышение амплитуды движений, координацию движений, а также упражнения в игровой форме и игры для коррекции психоэмоционального состояния детей: упражнения с отягощениями и без, с использованием инвентаря (одновременно с физическими упражнениями предлагается использовать мяч «ежик» для самомассажа и стимулирования активности мышц культи – перекачивание мяча по столу в различных направлениях, прижимая его культией). Все

упражнения должны выполняться из различных положений, в разных режимах и условиях (начиная с минимальной до максимальной амплитуды, с различным весом, постепенно увеличивая время, напряжение и частоту). Все упражнения должны быть комплексными, например, имитация гребка руками «брасс», а ногами «кроль».

Инструктор по АФК на занятиях также должен обеспечивать коррекцию асимметрий опорно-двигательного аппарата.

Для коррекции асимметрии плечевого пояса важно уделять внимание:

- стабилизации лопатки на стороне усеченной конечности;
- коррекции положения надплечья на стороне усеченной конечности;
- коррекции «крыловидных» лопаток;
- коррекции увеличения грудного кифоза и поясничного лордоза;
- коррекции положения таза;
- коррекции положения общего центра тяжести.

Кроме возможных морфофункциональных изменений опорно-двигательного аппарата у детей после ампутации конечности развивается атрофия мышц культи, снижение крово- и лимфодинамики, общее отставание в развитии конечности в сравнении с неусеченной. Для стимуляции продолжения роста культи обязательно включать в основную часть занятий АФК упражнения с вовлечением усеченных мышц и мышц синергистов статического и динамического характера, упражнения с манипуляцией предметами (руками и ногами), бросками и ловлей мяча и т. д. Необходимо активное вовлечение усеченной конечности в деятельность.

Приоритетным в развитии физических способностей для детей дошкольного возраста с последствиями ампутации является развитие координации движений. В первую очередь необходимо развивать способность к статическому и динамическому равновесию. При подборе постоянно усложняющихся упражнений следует учитывать роль зрительного, слухового, проприоцептивного анализаторов, вестибулярного аппарата в удержании и сохранении позы в покое и в движении. Поочередное «выключение» одного из анализаторов будет способствовать формированию условий для развития способности к равновесию.

- Удержание равновесия с открытыми и закрытыми глазами (сидя, стоя, на одной или двух ногах, с дополнительной опорой или без, на протезах).

□ Удержание равновесия с закрытыми глазами, но с поиском предметов на звук (коснуться озвученной игрушки стоя/сидя).

□ Сохранение равновесия (статического и динамического) с ограничением слухового восприятия.

□ Изменение площади и условий опоры (на полу, на мягком гимнастическом мате, на балансирующей подушке, сидеть на стуле, скамье, фитболе и др.).

□ Изменение устойчивости опоры (опора стабильная, нестабильная, пружинящая).

□ Сочетание в упражнении «выключения» нескольких сенсорных систем (закрытые глаза и закрытые уши, закрытые глаза и мягкая нестабильная опора).

Для увеличения качества равновесия, помимо основной задачи по сохранению устойчивости, следует давать двигательные задачи (бросить или поймать мяч, схватить предмет и переставить, выполнить согласованные движения руками или ногами и т. д.), а также когнитивные задачи (счет, речитатив, пение, пересказ, перечисления и т. д.).

При развитии способности воспитанников к дифференцированию движения во времени, пространстве, дифференцированию прилагаемого усилия эффективны упражнения в метании, прыжки в высоту и длину с конкретизацией двигательной задачи (прыгать до предмета или отметки, метать до конкретной цели, бросить мяч на конкретную высоту и т. д.).

Для развития способности воспитанников к сохранению темпа и ритма движения следует применять серийное выполнение упражнений на воспроизведение параметров движения, заданных звуковым сопровождением (метроном, хлопки). В качестве средства могут выступать как циклические упражнения (ходьба, маршировочные, бег, прыжки, отбивание мяча от пола, броски мяча), так и ациклические упражнения (простые танцевальные, гимнастические комбинации под музыку и т. п.).

При развитии силовых способностей и выполнении упражнений, требующих проявления мышечной силы, необходимо учитывать уровень ампутации конечности, поскольку при усечении конечности мышца утрачивает дистальную точку прикрепления, последнее ведет к утрате ее функции, и основная нагрузка будет ложиться на мышцы-синергисты. В работе с детьми с нарушением опорно-двигательного аппарата после ампутации конечностей актуальным является также развитие силы мышц спины и брюшного пресса.

Дети с последствиями ампутации конечностей должны

дифференцированно освоить следующие двигательные действия:

- ловля и броски мяча;
- метание мяча в даль;
- метание мяча в цель;
- строевые упражнения (перестроения на месте и в движении);
- прыжки на месте;
- прыжки в длину;
- запрыгивания на высоту;
- спрыгивания;
- удары ногой по мячу в цель;
- перекаты со спины на живот и обратно;
- ползание по-пластунски и на четвереньках.

В качестве методов обучения применяются вербальные и невербальные методы обучения, метод обучения по показу, расчлененного и целостного обучения, метод подводящих и подготовительных упражнений, метод проводки, метод тренажеров, метод наглядности, игровой и соревновательный методы.

Для успешного овладения протезной техникой нужно создавать положительное отношение к протезу и применять его в игровой деятельности (броски и метания фитбола, выполнение элементов футбола, баскетбола, пионербола).

2.4. Система физкультурно-оздоровительной работы

Система физкультурно-оздоровительной работы включает в себя следующие компоненты.

1. Использование вариативных режимов дня.
2. Разнообразные виды режима двигательной активности воспитанников.
3. Организация ортопедического режима.
4. Система работы с детьми по формированию основ гигиенических

знаний и здорового образа жизни:

- развитие представлений и навыков здорового образа жизни;
- воспитание общих и индивидуальных гигиенических навыков, интереса, любви к физической активности;
- формирование основ безопасности жизнедеятельности;

5. Оздоровительное и лечебно-профилактическое сопровождение.

Формы двигательной активности детей

Организационная форма	Время проведения	Место проведения
Утренняя гимнастика	Ежедневно утром	Группа, спортивный зал
Физкультминутки, физкультпаузы, в том числе пальчиковая гимнастика	Ежедневно во время непосредственно образовательной деятельности	Группа, спортивный зал
Динамические паузы	Ежедневно между различными видами непосредственно образовательной деятельности	Группа
Адаптивная физическая культура	По расписанию	Спортивный зал / спортивная площадка на улице
Самостоятельная двигательная деятельность детей в помещении и на прогулке	Ежедневно	Группа, игровая площадка, спортивный зал
Детские развлечения и физкультурные досуги	2 раза в месяц, во второй половине дня	Группа, музыкальный зал, спортивный зал
Физкультурные праздники	3 раза в год	Спортивный зал, на территории ДОО (на улице)

Подвижные игры	Воспитатели групп, музыкальный руководитель	Ежедневно	Группа, музыкально- спортивный зал, игровая площадка
Игры с элементами спорта (старший дошкольный возраст)	Воспитатели групп, инструктор по АФК	По календарному плану	музыкально- спортивный зал, игровая площадка
Дни здоровья	В подготовке сценария и проведении участвуют педагоги ДОО	1 раз в месяц	музыкально- спортивный зал, игровая площадка

Комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий

Организационная форма	Ответственный	Время проведения	Место проведения
Гимнастика для глаз (неспецифические комплексы)	Воспитатель, музыкальный руководитель, инструктор по АФК	Ежедневно	Группа, спортивный зал
Воздушные закаливающие процедуры	Врач, медсестра, воспитатели групп,(по инструкции врача)	Ежедневно	Группа
Свето-воздушные ванны	Врач, медсестра, воспитатели групп,(по инструкции врача)	Летний период	Игровая площадка
Дыхательная гимнастика (неспецифические комплексы)	Воспитатели групп, музыкальный руководитель, инструктор по АФК	Ежедневно	Группа, спортивный зал
Прогулки	Воспитатели групп	В соответствии с режимом и погодными условиями	Игровая площадка
Массаж стоп – ходьба босиком по массажным коврикам, ребристым дорожкам	Воспитатели групп, инструктор по АФК	В соответствии с режимом дня	Группа, спортивный зал

Режим теплового комфорта выбора одежды для пребывания детей в группе, на физкультурных занятиях, во время прогулок	Воспитатели групп	Постоянно	Группа, спортивный зал
Режим проветривания	Медсестра, воспитатели групп,	В соответствии с режимом	Группа, спортивный зал
Витамино-профилактический комплекс	Медсестра	В течение года	Витаминизация третьего блюда

Перечень лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий может быть дополнен в зависимости от возможностей и ресурсов дошкольной образовательной организации (массаж, лечебное или оздоровительное плавание при наличии лицензии на медицинскую деятельность и др.). Объем лечебно-оздоровительной и реабилитационной работы детям регламентируется индивидуально в соответствии с медицинскими рекомендациями.

2.5. Особенности взаимодействия специалистов дошкольной образовательной организации

Одним из основных условий реализации программы по адаптивной физической культуре является междисциплинарное взаимодействие инструктора по адаптивной физической культуре и учителя-дефектолога, учителя-логопеда, педагога-психолога, воспитателей, музыкального руководителя и медицинского работника ДОО.

Каждый специалист включает в содержание своих занятий материал, рекомендуемый другими специалистами для закрепления их работы.

Взаимодействие с медицинскими работниками

Полноценное воспитание и физическое развитие ребенка с НОДА возможно только при интеграции образовательной и лечебно-оздоровительной деятельности дошкольной образовательной организации и, следовательно, тесного взаимодействия педагогов и медицинских работников ДОО.

Основными проблемами, требующими совместной деятельности, являются следующие.

- Оценка физического состояния детей воспитанников, анализ рекомендаций лечащего врача ребенка (невролога, ортопеда), определение показаний/противопоказаний к определенным видам физкультурно-оздоровительной деятельности.
- Профилактика заболеваний ОДА, сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем.
- Разработка рекомендаций к построению педагогического процесса с детьми.
- Контроль за организацией щадящего здоровьесберегающего и ортопедического режима.
- Медицинский работник оказывает помощь по формированию у детей начальных представлений о здоровом образе жизни.

Взаимодействие с воспитателями

Инструктор по адаптивной физической культуре оказывает методическую помощь воспитателю по различным вопросам физического развития и воспитания детей с НОДА.

Совместно с воспитателем:

- планирует и организует образовательную деятельность по физическому воспитанию;
- планирует и организует физкультурно-оздоровительную работу в режиме дня;
- разрабатывает и организует информационную работу с родителями;
- 2-3 раза в год (в начале, в середине и в конце года) проводит обследование уровня двигательной активности и физической подготовленности детей.

Инструктор по АФК консультирует воспитателя и других педагогов ДОО (проводит различные консультации, выступает на педагогических советах, семинарах-практикумах, медико-педагогических советах и т. д.).

Умения, знания и навыки, полученные детьми на занятиях по АФК, воспитатель закрепляет в процессе утренней гимнастики и динамических пауз и прочих активностей, запланированных в рамках НОД.

2.6. Формы взаимодействия с семьей

Ведущая цель взаимодействия с родителями воспитанников – создание благоприятных условий развития ребенка с НОДА, формирование педагогической компетентности родителей и оказание им психолого-педагогической помощи и поддержки.

Цель взаимодействия инструктора по адаптивной физической культуре

с родителями воспитанников – консультативная помощь в физическом воспитании и развитии ребенка с НОДА в семье.

Задачи работы с семьей:

- формирование адекватного представления родителей о физических возможностях и проблемах ребенка;
- расширение зоны компетентности родителей, информированности в вопросах физического воспитания ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата;
- формирование навыков практической помощи ребенку при освоении двигательного действия;
- повышение двигательной активности ребенка и членов семьи.

Формы работы с семьей:

1. Привлечение родителей к проведению занятий по АФК.
2. Привлечение родителей к рекреативным занятиям.
3. Демонстрация и обучение родителей приемам работы с ребенком.
4. Лекции (учет противопоказаний).
5. Консультации.
6. Обучающие семинары.
7. Круглые столы, дискуссии по проблемам физического воспитания и реабилитации детей с НОДА.
8. Оформление стендов, фотовыставки.
9. Разработка плана семейных досугов.
10. Оказание помощи в создании коррекционно-развивающей среды.

3. ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ РАЗДЕЛ

3.1. Организация образовательного процесса

Занятия по адаптивной физической культуре организуются не менее 3 раз в неделю. Для детей 5-7 лет 1 раз в неделю круглогодично рекомендуется организовывать занятия по АФК на открытом воздухе. Их проводят только при отсутствии у детей медицинских противопоказаний и наличии у детей спортивной одежды, соответствующей погодным условиям.

Продолжительность непрерывной непосредственно-образовательной деятельности (НОД) для детей до 7 лет – не более 15 минут, 7-8 лет – не

более 20 минут, от 8 до 9 лет – не более 25 минут, для детей 9-10 лет – не более 30 минут. Перерывы между периодами НОД – не менее 10 минут. Образовательная деятельность с детьми старшего дошкольного возраста может осуществляться во второй половине дня после дневного сна.

3.2. Кадровые условия реализации программы

Педагогическая деятельность по реализации рабочей программы по адаптивной физической культуре для обучающихся с НОДА осуществляется лицами, отвечающими квалификационным требованиям, указанным в квалификационных справочниках, и (или) профессиональным стандартам и имеющим специальную подготовку в области образования (в том числе инклюзивного), комплексной реабилитации, абилитации лиц с НОДА (курсы повышения квалификации или профессиональная переподготовка).

3.3 Календарно-тематическое планирование.

№ п/п	Тема урока	Кол-во часов
I четверть		
Дыхательные упражнения		
1	Дыхательная гимнастика	1
2	Дыхательные упражнения «Согреть руки», «Остудитьводу»	1
3	Дыхательная гимнастика	1
4	Основные положения и движения	1
Упражнения для мышц шеи и головы		
5	Наклоны головы вперед-назад с произнесением звуков	1
6	Повороты головы в стороны с произнесением звуков	1
Упражнения для кистей рук		
7	Сгибание и разгибание пальцев в кулак	1
8	Сведение и разведение пальцев	1
9	Сгибание и разгибание кисти	1
10	Повороты кистью: ладонь кверху, книзу	1
11	Расслабление кисти	1
12	Движение рук вперед, в стороны, вверх, вниз	2
14	Движение рук на пояс, к плечам,	2
15	хлопки, вверх, вниз	
16	Движение рук, сгибание и разгибание рук в локтевых суставах	1
	Итого:	16
II четверть		
Упражнения для мышц туловища		
17	Наклоны туловища вперед	1
18	Наклоны туловища в стороны	1
19	Полуприседания на полной ступне.	1

20	Сгибание и разгибание стоп.	1
21	Принятие правильной осанки стоя и сидя.	1
22	Стойка в вертикальной	1

№ п/п	Тема урока	Кол-вочасов
	плоскости	
Ритмические упражнения		
23	Прохлопывание ритма в два хлопка в медленном темпе	1
24	Прохлопывание ритма в два хлопка в быстром темпе	1
Построения		
25	Построение в колонну поодному. Выполнение команд «встать», «сесть», «пошли».	1
26	Выполнение движений: «побежали», «остановились», «повернулись»	1
27	Построение в колонну в нарисованных кружках	1
Ходьба и бег		
28	Ходьба и бег в медленном темпе.	1
29	Подвижные игры с бегом.	1
30	Ходьба по начерченной линии.	1
31	Ходьба по залу, касаясь рукой спины. Игра «Пойдем гулять».	1
32	Ходьба друг за другом с соблюдением интервала.	1
	Итого:	16
III четверть		
33	Свободный бег. Игра «Догони».	1
34	Бег на носках. Игра «Беги ко мне», «Солнышко и дождик».	1
35	Подвижные игры с бегом	1
Прыжки		

36	Подпрыгивание на месте на 2 ногах. Игра «Прыг-скок»	1
37	Подвижные игры с прыжками	1
38	Подвижные игры с прыжками	1
39	Игровые упражнения «перепрыгни через ручеек»	1
40	Спрыгивание с высоты 10-12 см. Игра «Лягушка».	1
Упражнения с предметами		
41	Упражнения, направленные на развитие общей и мелкой моторики.	1
№ п/п	Тема урока	Кол-вочасов
	моторики.	
42	Захват различных предметов по величине и форме одной рукой.	1
43	Перекатывание мяча с одного места на другое.	1
44	Передача предметов	1
45	Выполнение основных движений с удерживанием предметов	1
46	Катание мяча от ребенка кучителю.	1
47	Подбрасывание мяча вверх	1
48	Передача мячей в шеренге	1
49	Передача флажков в шеренге	1
50	Подвижные игры с мячом	1
51	Прокатывание мяча. 57	1
52	Поднимание рук с флажками вперед, в стороны, вниз.	1
	Итого:	20
IV четверть		
53	Скрестные движения рук с флажками вверх, вниз.	1
54	Переноска предметов с одного места на другое	1
55	Подвижные игры с мячом	1
Лазание, перелазание		

56	Переползание на четвереньках	1
57	Ползание под шнур высотой 50 см	1
Равновесие		
58	Ходьба по начертанному коридору шириной 20-30 см	1
59	Упражнения на равновесие	1
60	Упражнения на равновесия	1
61	Ходьба между скамейками	1
62	Упражнения на равновесие	1
Подвижные игры		
63 64	Подвижные игры с бегом	2
65	Подвижные игры с прыжками	1
66 67	Подвижные игры с мячом	2
№ п/п	Тема урока	Кол-вочасов
68	Подвижные игры с бегом и прыжками	1
	Итого:	16
	Всего:	68

3.3. Материально-техническое обеспечение

Материально-техническое обеспечение реализации программы по адаптивной физической культуре предусматривает оснащение образовательной организации, учитывающее особенности развития детей с НОДА и соответствующее:

санитарно-гигиеническим нормам образовательного процесса в дошкольных образовательных организациях (требованиям к водоснабжению, канализации, освещению, воздушно-тепловому режиму и т. д.);

санитарно-бытовым условиям (наличие оборудованных гардеробов, санузлов, мест личной гигиены, включая кушетки и пеленальные столики, и т. д.);

правилам пожарной безопасности и электробезопасности;

требованиям охраны труда;

соблюдению своевременных сроков и необходимых объемов текущего и капитального ремонта;

требованиям беспрепятственного доступа воспитанников ко всем объектам инфраструктуры дошкольной образовательной организации. Вся территория образовательной организации должна соответствовать условиям беспрепятственного, безопасного и удобного передвижения лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью.

Во всех помещениях и пространствах, в которых реализуется воспитательно-коррекционный процесс по адаптивной физической культуре, должна быть обеспечена адекватная организация пространства: специально оборудованные физкультурные и тренажерные залы, плавательные бассейны, специальные спортивные площадки на открытом воздухе.

Помещения для занятий АФК должны отвечать общим принципам создания безбарьерной и безопасной среды.

Физкультурные и тренажерные залы должны быть оборудованы тренажерами общеукрепляющей направленности и фитнес-тренажерами, спортивное оборудование должно отвечать требованиям доступности, надежности, прочности и удобства.

Используемые спортивные маты, спортивные ковры, инвентарь и оборудование должны быть покрыты материалами, обеспечивающими их влажную обработку моющими и дезинфекционными средствами.

При наличии в ДОО бассейна рекомендуется предусмотреть установку специальных подъемников для безопасного спуска в воду детей с НОДА, передвигающихся с использованием вспомогательных технических средств; выделить край ванны бассейна по всему периметру полосой, имеющей контрастную окраску по отношению к обходной дорожке; предусмотреть специальные тактильные полосы на обходных дорожках в ваннах бассейнов, где возможны занятия детей с НОДА с сопутствующими нарушениями зрения.

Оснащение физкультурного зала

<i>Стандартное</i>
• Гимнастические скамейки
• Гимнастическая стенка
• Наклонная доска
• Канаты
• Ребристые дорожки
• Мишени напольные вертикальные озвученные
• Мишени навесные озвученные
• Веревка (2 × 2,5 м)
• «Воротики» (h 32 – 3 шт., h 60 – 4 шт.)
• Флажки цветные
• Кегли
• Обручи пластмассовые □ 50 см

• Обручи пластмассовые □ 70 см
• Обручи пластмассовые □ 90 см
• Ленточки 50 см на кольце
• Ленточки короткие
• Кубики мягкие
• Гимнастические палки деревянные
• Гимнастические палки пластмассовые
• Мячи резиновые □ 20 см
• Мячи резиновые □ 12 см
• Баскетбольный мяч № 2 или № 3
• Прыжковая резинка
• Волейбольный мяч, диаметр 20 см и вес 400-450 г
• Мячи резиновые □ 8 см (н – 40, с – 16)
• Мячи пластмассовые
• Гантели пластмассовые
• Ориентиры
• Коврики для выполнения упражнения
• Магнитофон
• CD-диски
• Беговая дорожка
• Силовой тренажер
• Велотренажер
• Мячи массажные
• Кольца массажные
<i>Специальное</i>
• Гимнастические маты
• Татами для занятий на полу
• Мячи гимнастические

• Фитболы
• Медицинболы
• Утяжелители по 0,2; 0,3; 0,5 кг
• Мешки с песком (0,5-2 кг)
• Эластичные ленты
• Мягкие модули различной формы и размера
• Напольные брусья
• Степ-платформы
• Мячи (футбольный, волейбольный, баскетбольный)
• Вертикализаторы (динамические, коленопорные)
• Ходунки, заднеопорные ходунки, трости
• Метроном (или иной источник ритмичного звука)

Дополнительные рекомендации по материально-техническому оснащению для детей с НОДА в сочетании с нарушением зрения:

- рекомендуется использовать спортивный инвентарь больших размеров, насыщенных цветов (оранжевый, красный, желтый или зеленый);
- контрастность предметов;
- специальный спортивный инвентарь (озвученные мячи, звуковые и световые мишени, звуковые браслеты, свистки, бубны, колокольчики, метроном, погремушки).

3.4. Учебно-методическое обеспечение

Учебно-методическое обеспечение реализации программы по адаптивной физической культуре включает наглядный материал (плакаты, различные иллюстрации и картинки), дидактический материал «Виды спорта», картотеку стихов, потешек, загадок, музыкальных произведений и др.

Рекомендации к использованию специальных педагогических приемов участники воспитательно-образовательного процесса могут получить при изучении следующей учебно-методической литературы.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абакарова А.А. Восстановительное лечение последствий травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата. – Н. Новгород, 2001.
2. Гребова Л.П. Лечебная физическая культура при нарушениях опорно-двигательного аппарата у детей и подростков. – М.: Академия, 2006.
3. Гросс Н.А. Физическая реабилитация детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата. – М.: Советский спорт, 2000.
4. Гусейнова А.А. Система комплексного сопровождения детей дошкольного возраста с двигательной церебральной патологией // Актуальные проблемы современного раннего и дошкольного образования детей с инвалидностью и ОВЗ. Сборник научных статей по материалам региональной научно-практической конференции. – 2018. – С. 82-86.
5. Гусейнова А.А. Включение детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата в инклюзивное пространство // Инклюзивное образование: непрерывность и преемственность. Материалы V Международной научно-практической конференции / гл. ред. С.В. Алехина. – 2019. – С. 88-92.
6. Дети с двигательными нарушениями: коррекционная работа на первом году жизни: метод. пособие для педагогов спец. дошк. учреждений / О.Г. Приходько, Т.Ю. Моисеева. – М.: Полиграф сервис, 2003. – 159 с.
7. Детский церебральный паралич. Дошкольный возраст: метод. пособие / И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева, О.Г. Приходько, А.А. Гусейнова. – М.: Образование плюс, 2008. – 197 с.
8. Детский церебральный паралич: монография / Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук; Ин-т спец. педагогики и психологии, Междунар. ун-т семьи и ребенка им. Рауля Валленберга. – СПб.: Дидактика плюс; М.: Институт общегуманитарных исследований, 2001. – 271 с.
9. Ипполитова М.В. О детях с церебральным параличом // Дети с отклонениями в развитии: метод. пособие / сост. Н.Д. Шматко. – М.: Аквариум, 1997.

10. Ипполитова М.В., Бабенкова Р.Д., Мастюкова Е.М. Воспитание детей с церебральным параличом в семье: Книга для родителей / 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Просвещение, 1993. – 64 с.
11. Левченко И.Ю., Приходько О.Г., Гусейнова А.А. Детский церебральный паралич: Коррекционно-развивающая работа с дошкольниками. – М.: Книголюб, 2008. – 176 с.
12. Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: учеб. пос. для студ. сред. пед. учеб. заведений. – М: Изд. центр «Академия», 2001.
13. Левченко И.Ю., Ткачева В.В., Приходько О.Г., Гусейнова А.А. Детский церебральный паралич. Дошкольный возраст: метод. пособие. – М.: Изд. дом «Образование Плюс», 2008. – 198 с.
14. Левченко И.Ю., Гусейнова А.А., Гольцов А.В. Дифференцированный подход к содержанию занятий адаптивной физической культурой с обучающимися с нарушениями опорно-двигательного аппарата // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2021. – № 1. – С. 20-25.
15. Левченко И.Ю., Приходько О.Г., Гусейнова А.А. Интеграция дошкольников с нарушениями двигательного развития в образовательной организации. – М.: ООО «Национальный книжный центр», 2016.
16. Левченко И.Ю., Абкович А.Я. Вариативность особых образовательных потребностей детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата как основа проектирования специальных условий обучения // Дефектология. – 2017. – № 2. – С. 14–21.
17. Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст): Советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии. – М.: ВЛАДОС, 1997. – 304 с.
18. Мастюкова Е.М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом: Младенческий, ранний и дошкольный возраст. – М.: Просвещение, 1991. – 159 с.

19. Мастюкова Е.М., Ипполитова М.В. Нарушение речи у детей с церебральным параличом: Книга для логопеда. – М.: Просвещение, 1985.
20. Обучение и коррекция развития дошкольников с нарушениями движений: метод. пособие / сост. И.А. Смирнова; под ред. Л.М. Шипицыной. – СПб.: Образование, 1995. – 92 с.
21. Приходько О.Г. Ранняя помощь детям с церебральным параличом в системе комплексной реабилитации: монография. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2008.
22. Программа воспитания и обучения дошкольников с церебральным параличом (проект) / сост. Н.В. Симонова. – М., 1987.
23. Серганова Т.И. Как победить детский церебральный паралич: разумом специалиста, сердцем матери. – СПб., 1995.
24. Смирнова И.А. Специальное образование дошкольников с ДЦП. Учебно-методическое пособие. – СПб.: ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2003. – 160с.
25. Титова О.В. К вопросу о формировании межличностного взаимодействия детей с детским церебральным параличом со здоровыми сверстниками в условиях инклюзивного образования // Проблемы современного педагогического образования. – 2016. – № 53-4. – С. 257-264.
26. Титова О.В. Справа-слева. Формирование пространственных представлений у детей с ДЦП. – М.: Гном и Д, 2004.