


ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ  
«СПОРТИВНАЯ ШКОЛА «ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ КОМПЛЕКС  
В Г.ГОРОДЕЦ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ»

Принята на заседании  
педагогического совета  
от 24.08 2023 г.  
Протокол № 1

УТВЕРЖДАЮ:  
Директор ГАОУ ДО НО «СПШ «ФОК  
г.Городец Нижегородской области»  
  
А.М. Аверин  
«24» 08 2023 г.  
Приказ № 1-19

АДАПТИРОВАННАЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ОБЩЕРАЗВИВАЮЩАЯ  
ПРОГРАММА

«Адаптивная физическая культура» для лиц с ДЦП

**Направленность:** физкультурно-спортивная

**Возраст обучающихся:** 5-18 лет

**Срок реализации:** 1 год

**Количество часов в год:** 138, режим 3 ч/н

Инструктор по адаптивной физической культуре:

Миронова М.В.

Инструктор-методист

Лопатина О.Л.

г.Городец, 2023

Направленность программы – **физкультурно-спортивная.**

Уровень программы – **стартовый (ознакомительный).**

Адаптивная физическая культура – это вид общей физической культуры для лиц с отклонениями в состоянии здоровья. Основной целью адаптивной физической культуры, является максимально возможное развитие жизнеспособности человека, имеющего устойчивые отклонения в состоянии здоровья. Максимальное развитие с помощью средств и методов адаптивной физической культуры жизнеспособности человека, поддержание у него оптимального психофизического состояния представляет каждому инвалиду возможности реализовать свои творческие потенции и достичь выдающихся результатов, не только соизмеримых с результатами здоровых людей, но и превышающих их. Для многих инвалидов адаптивная физическая культура является единственным способом «разорвать» замкнутое пространство, войти в социум, приобрести новых друзей, получить возможность для общения, полноценных эмоций, познания мира.

**Нормативно-правовой основой** для разработки адаптированной дополнительной общеразвивающей программы «Адаптивная физическая культура» для лиц с ДЦП являются:

1. Федеральный закон "Об образовании в Российской Федерации" от 29.12.2012 N 273-ФЗ.

2. Приказ Минпросвещения России «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным общеобразовательным программам» от 27 июля 2022г. № 629.

3. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации 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".

4. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2021 г. № 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" (раздел 6) «Гигиенические нормативы по устройству содержанию и режиму работы организации воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи».

5. Распоряжение Правительства РФ от 28.12.2021 №3894-р «Об утверждении Концепции развития детско-юношеского спорта в Российской Федерации до 2030 года и плана мероприятий по ее реализации».

6. Федеральный закон от 31 июля 2020 г. № 304-ФЗ “О внесении изменений в Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» по вопросам воспитания обучающихся”.

7. Концепция развития дополнительного образования детей до 2030 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 31.03.2022 года №678-р;

8. Стратегия развития воспитания в РФ на период до 2025 года (распоряжение Правительства РФ от 29 мая 2015 г. № 996-р).

9. Постановление Правительства Российской Федерации от 29.03.2019 № 363 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда».

10. Методические рекомендации по проектированию дополнительных общеразвивающих программ нового поколения (включая разноуровневые программы) в области физической культуры и спорта, ФГБУ «Федеральный центр организационно-методического обеспечения физического воспитания» от 26.05.2021г.

11. Письмо Минобрнауки России от 29.03.2016 N ВК-641/09 О направлении методических рекомендаций (вместе с Методическими рекомендациями по реализации адаптированных дополнительных общеобразовательных программ, способствующих социально-психологической реабилитации, профессиональному самоопределению детей с

ограниченными возможностями здоровья, включая детей-инвалидов, с учетом их особых образовательных потребностей).

12. Методические рекомендации по разработке (составлению) адаптированной дополнительной общеобразовательной программы (адаптированной дополнительной общеобразовательной общеразвивающей программы) с применением электронного обучения (ЭО) и дистанционных образовательных технологий (ДОТ) Нижегородского института развития образования, НМЭС ГБОУ ДПО НИРО (№№ 34, 39) от 29.11.2022

13. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 года N 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» с изменениями на 19 ноября 2020 года).

14. Устав ГАОУ ДО НО СШ «Физкультурно-оздоровительный комплекс в г.Городец Нижегородской области».

**Программа разработана на основе материалов Программы физкультурно-оздоровительной направленности средствами адаптивной физической культуры / сост. : В. В. Апокин [и др.]. – Ханты-Мансийск : Принт-Класс, 2020. – 256 с.**

**Новизна программы.** Адаптивная физическая культура представляет собой обширную область деятельности, направленную на укрепление здоровья, активное содействие всестороннему и гармоничному развитию личности, совершенствованию природных задатков и способностей, генетически заложенных в каждом человеке.

Программа обусловлена тем, что в настоящее время существует необходимость разработки программы для эффективной двигательной реабилитации лиц с ДЦП в условиях дополнительного образования детей в т.ч. спортивных школ, способствующих восстановлению двигательных функций детей и подростков в период глубоких функциональных изменений в организме, связанных с половым созреванием.

Дополнительная общеразвивающая адаптированная программа «Адаптивная физическая культура» для лиц с ДЦП представляет специфическую модель, определяющую актуальное состояние образовательного процесса, содержание образования и технологии ее реализации, планируемые результаты Программы, степень педагогического воздействия на учащихся с ОВЗ и инвалидами.

Программа разработана на базе дополнительных общеобразовательных общеразвивающих программ для учащихся с ограниченными возможностями здоровья с учетом особенностей психофизического развития и потенциальных возможностей детей данной категории в ГАОУ ДО НО «Спортивная школа «Физкультурно-оздоровительный комплекс в г. Городец Нижегородской области».

#### **Актуальность программы.**

Среди нарушений в состоянии здоровья со стойкими расстройствами функций, ограничениями жизнедеятельности, нарушениями социальной адаптации и интеграции в общество наиболее многочисленную группу составляют заболевания, связанные с двигательными нарушениями - 25%, в том числе и детский церебральный паралич (ДЦП). ДЦП - это заболевание центральной нервной системы, при котором вследствие поражения двигательных центров коры головного мозга наблюдаются различные психомоторные нарушения: двигательные, интеллектуальные, речевые.

Физическая реабилитация лиц с ограниченными возможностями является одной из первоочередных мер по выполнению положений Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей, а также по разработке и реализации основных направлений государственной и семейной политики в Российской Федерации.

#### **Педагогическая целесообразность.**

У детей с церебральным параличом на всех возрастных этапах отмечается снижение всех физических качеств. Поэтому для них крайне важно выполнение специальных прикладных упражнений – ходьбы, бега, прыжков, лазанья и перелезания, а также различных действий с предметами (игрушками, гимнастическими палками, мячами, обручами). Детей учат правильно захватывать различные по форме, объему и весу

предметы, манипулировать ими. В ходе выполнения движений у детей не должно быть длительной задержки дыхания. Ребенок с церебральным параличом не может произвольно регулировать дыхание и согласовывать его с движением. При выполнении упражнений в первую очередь надо обращать внимание на выдох. Если дети начинают дышать через рот, необходимо снизить дозировку упражнений. При этом следует исключить случаи постоянного ротового дыхания у некоторых детей вследствие заболеваний носовой полости (аденоиды, полипы, искривления носовой перегородки, ринит и т.д.). Кроме того, при проведении фронтальных занятий по развитию движений и подвижных игр следует избегать длительного пребывания детей в одних и тех же позах, не допускать долгих объяснений заданий, так как это утомляет детей и снижает их двигательную активность. Не следует также чрезмерно возбуждать детей, потому что волнение обычно усиливает мышечное напряжение и насильственные движения.

**Цель программы** - коррекция двигательных нарушений средствами адаптивной физической культуры у лиц с детским церебральным параличом.

**Задачи программы:**

**Образовательные:**

- формирование и развитие физических способностей обучающихся, имеющих ограниченные возможности здоровья и детей-инвалидов;
- удовлетворение их индивидуальных потребностей в физическом, интеллектуальном и социальном совершенствовании;
- формирование спортивной культуры у лиц с ДЦП, имеющих ограниченные возможности здоровья, освоение ими ценностей физической культуры и спорта, в том числе адаптивной физической культуры и адаптивного спорта;
- выявление и поддержка детей с ОВЗ и детей-инвалидов, проявивших желание заниматься адаптивным спортом;
- получение детьми с ОВЗ и детьми-инвалидами теоретических знаний о выбранном виде спорта, правилах вида спорта.

**Развивающие:**

- формирование навыков адаптации к жизни в обществе,
- профессиональная ориентация;
- формирование у детей с ОВЗ и детей-инвалидов принципов здорового образа жизни.

**Воспитательные:**

- воспитывать взаимопомощь;
- воспитывать самостоятельность;
- воспитывать чувство ответственности.

**Оздоровительные задачи:**

- укрепление и сохранение здоровья, закаливание организма детей;
- активизация защитных сил организма ребёнка;
- повышение физиологической активности органов и систем организма;
- коррекция нарушений опорно-двигательного аппарата (нарушение осанки, сколиоз, плоскостопие).

**Отличительные особенности.**

Содержание адаптированной дополнительной общеразвивающей программы по «Адаптивной физической культуре» для лиц с ДЦП включает использование разнообразных форм работы, которые отражают тесную взаимосвязь между психолого-педагогическим и медицинским аспектами коррекционно-воспитательной деятельности (занятие физкультурой, лечебной физкультурой, утренняя зарядка, бодрящая зарядка после дневного сна, подвижные игры, физкультурные упражнения, динамические паузы, прогулки, спортивные развлечения, лечебная физкультура, массаж и закаливание, а также воспитание культурно-гигиенических навыков и представлений о здоровом образе жизни).

## **Особенности организации образовательной деятельности с обучающимися, имеющими ОВЗ.**

К категории детей с особыми образовательными потребностями относятся: дети с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ) и дети-инвалиды.

К обучающимся с ОВЗ могут быть отнесены дети:

- с нарушениями слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие, кохлеарно-имплантированные);
- с нарушениями зрения (слепые, слабовидящие);
- с тяжелыми нарушениями речи;
- с нарушениями опорно-двигательного аппарата;
- с задержкой психического развития;
- с расстройствами аутистического спектра;
- со сложными дефектами (тяжелыми и множественными нарушениями развития);
- с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями).

Ребенок-инвалид – это лицо, имеющее нарушение здоровья со стойким расстройством функции организма, обусловленное заболеванием, последствием травм или дефектами, приводящее к ограничению жизни.

Обучающийся с ОВЗ не всегда является инвалидом, а ребенок с инвалидностью может не нуждаться в создании специальных условий обучения.

Сопровождение ребенка с ОВЗ в общеобразовательной организации определяется как создание оптимальной образовательной среды, соотнесенной с возможностями такого ребенка и реализации коррекционной работы соответствующей образовательной программы.

В этом случае силами всех участников образовательных отношений должно быть создано равновесие между образовательными воздействиями (организацией программ обучения, характером и организацией межличностного взаимодействия, в том числе мотивационных воздействий, организации образовательного пространства и т.п.) и индивидуальными возможностями ребенка.

Адаптированная основная общеобразовательная программа (далее – АООП) любого уровня образования разрабатывается педагогами общеобразовательной организации самостоятельно, с учётом требований ФГТ соответствующего уровня.

АООП для обучающихся любых категорий ОВЗ может быть реализована в разных формах: как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных классах, группах или в отдельных организациях. В таких организациях создаются специальные условия для получения образования детьми с ОВЗ.

Таким образом, чтобы обучать детей с ОВЗ и детей-инвалидов, общеобразовательная организация:

- разрабатывает АООП;
- создает специальные условия обучения;
- утверждает необходимое штатное расписание.

Программа составлена для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (опорно-двигательного аппарата).

### **Возраст обучающихся.**

Программа рассчитана преимущественно на детей в возрасте от 5 до 18 лет, в виде исключения – на совершеннолетних спортсменов в возрасте старше 18 лет (по ходатайству тренера-преподавателя).

### **Характеристика возрастных особенностей и образовательных потребностей лиц с ДЦП**

*Детский церебральный паралич (ДЦП)* – полиэтиологическое неврологическое заболевание, возникающее вследствие раннего органического поражения центральной нервной системы, которое нередко приводит к инвалидности.

ДЦП возникает под влиянием различных неблагоприятных факторов, воздействующих во внутриутробном (пренатальном) периоде, в момент родов (интранатальном) или на первом году жизни (в раннем постнатальном периоде). Наибольшее значение в возникновении ДЦП придается сочетанию поражения мозга во внутриутробном периоде и в момент родов. Ведущими в клинической картине ДЦП являются двигательные нарушения, которые часто сочетаются с психическими и речевыми расстройствами, нарушениями функций других анализаторных систем (зрения, слуха, глубокой чувствительности), судорожными приступами. ДЦП не является прогрессирующим заболеванием. Степень тяжести двигательных нарушений варьирует в большом диапазоне, где на одном полюсе находятся грубейшие двигательные нарушения, на другом - минимальные. Психические и речевые расстройства, также как и двигательные, имеют разную степень выраженности, и может наблюдаться целая гамма различных сочетаний.

У детей с церебральным параличом задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: с трудом и опозданием формируется функция удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Темпы двигательного развития могут широко варьировать. В силу двигательных нарушений у детей с церебральным параличом статические и локомоторные функции не могут развиваться спонтанно или развиваются неправильно. Двигательные нарушения оказывают неблагоприятное влияние на формирование психических функций и речи.

В структуре двигательного дефекта у детей с церебральным параличом особое место занимают нарушения функций рук. Именно они в ряде случаев затрудняют бытовую, школьную и трудовую адаптацию, делают невозможным использование ряда ортопедических приспособлений, необходимых для развития ходьбы. Степень тяжести поражения рук зависит от формы ДЦП. Наиболее тяжело функция рук нарушена при двойной гемиплегии, гиперкинетической и гемипаретических формах церебрального паралича.

Активные движения у этих детей не в полном объеме, замедлены, напряжены, фрагментарны, недостаточно дифференцированы. Многие дети не умеют держать карандаш, не могут рисовать, пользоваться кисточкой, не могут выполнить даже самые примитивные рисунки. Их графическая деятельность носит характер до изобразительного черкания. Большие трудности дети испытывают при проведении прямых, горизонтальных и вертикальных линий, особенно те из них, которые вследствие поражения правой руки начинают рисовать левой.

Многие не владеют навыками самообслуживания и санитарно-гигиеническими навыками. Они не умеют самостоятельно обращаться с ложкой или вилок, не могут взять стакан или чашку, не владеют навыками личной гигиены: не умеют взять мыло и вымыть руки, умыться лицо, почистить зубы, не умеют самостоятельно причесаться, одеться, раздеться, застегнуть и расстегнуть пуговицы, испытывают трудности при жевании твердой пищи, при глотании часто поперхиваются.

Для детей с церебральным параличом характерны специфические отклонения в психическом развитии. Механизм этих нарушений сложен и определяется как временем, так и степенью и локализацией мозгового поражения. Не существует четкой взаимосвязи между выраженностью двигательных и психических нарушений - например, тяжелые двигательные расстройства могут сочетаться с легкой задержкой психического развития, а легкая двигательная патология - с тяжелым недоразвитием психики в целом. Важную роль в генезе нарушений психического развития играют ограничения деятельности, социальных контактов, а также условия воспитания и обучения.

Структура нарушений *познавательной деятельности при ДЦП* имеет ряд специфических особенностей. К ним относятся: неравномерный, дисгармоничный характер нарушений отдельных психических функций; выраженность астенических проявлений (повышенная утомляемость, истощаемость всех нервно-психических процессов); сниженный запас знаний и представлений об окружающем мире. Дети с церебральным

параличом не знают многих явлений окружающего предметного мира и социальной сферы, а чаще всего имеют представления лишь о том, что было в их практическом опыте. Это обусловлено вынужденной изоляцией, ограничениями контактов со сверстниками и взрослыми людьми в связи с длительной обездвиженностью или трудностями передвижения; затруднениями познания окружающего мира в процессе предметно-практической деятельности, связанными с проявлениями двигательных и сенсорных расстройств.

При ДЦП отмечается нарушение координированной деятельности различных анализаторных систем. Патология зрения, слуха, мышечно-суставного чувства существенно сказываются на восприятии в целом, ограничивают объем информации, затрудняют интеллектуальную деятельность детей с церебральными параличами.

При всех формах церебрального паралича имеет место глубокая задержка и нарушение развития кинестетического анализатора (тактильное и мышечно-суставное чувство). Дети затрудняются определить положение и направление движений пальцев рук без зрительного контроля (с закрытыми глазами). Ощупывающие движения рук часто очень слабые, осязание и узнавание предметов на ощупь затруднены. У многих детей выражен астереогноз – невозможность или нарушение узнавания предмета на ощупь, без зрительного контроля. Ощупывание, манипулирование с предметами, то есть действенное познание, при ДЦП существенно нарушено.

Для психического развития при ДЦП характерна выраженность психоорганических проявлений – замедленность, истощаемость психических процессов. Отмечаются трудности переключения на другие виды деятельности, недостаточность концентрации внимания, замедленность восприятия, снижение объема механической памяти. Большое количество детей отличаются низкой познавательной активностью, проявляющейся в пониженном интересе к заданиям, плохой сосредоточенности, медлительности и пониженной переключаемости психических процессов. Низкая умственная работоспособность отчасти связана с церебрастеническим синдромом, характеризующимся быстро нарастающим утомлением при выполнении интеллектуальных заданий. Наиболее отчетливо он проявляется в школьном возрасте при различных интеллектуальных нагрузках. При этом нарушается обычно целенаправленная деятельность.

Все дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата имеют особые образовательные потребности.

Под **особыми образовательными потребностями** детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата мы понимаем совокупность медико-психолого-педагогических мероприятий, учитывающих особенности развития этих детей на разных возрастных этапах и направленных на их адаптацию в образовательное пространство.

Особые образовательные потребности у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата задаются спецификой двигательных нарушений, а также спецификой нарушения психического развития, и определяют особую логику построения учебного процесса, находят своё отражение в структуре и содержании образования.

Наряду с этим можно выделить особые по своему характеру потребности, свойственные всем обучающимся с НОДА:

- потребность в раннем выявлении нарушений и максимально раннем начале комплексного сопровождения развития ребенка, с учетом особенностей психофизического развития;
- потребность в регламентации деятельности с учетом медицинских рекомендаций (соблюдение ортопедического режима);
- потребность в особой организации образовательной среды, характеризующейся доступностью образовательных и воспитательных мероприятий;
- потребность в использовании специальных методов, приемов и средств обучения и воспитания (в том числе специализированных компьютерных и ассистивных технологий), обеспечивающих реализацию «обходных путей» развития, воспитания и обучения;

- потребность в предоставлении услуг тьютора;
- потребность в адресной помощи по коррекции двигательных, речевых и познавательных и социально-личностных нарушений;
- потребность в индивидуализации образовательного процесса с учетом структуры нарушения и вариативности проявлений;
- потребность в максимальном расширении образовательного пространства – выход за пределы образовательной организации с учетом психофизических особенностей детей указанной категории.

Эти образовательные потребности имеют особенности проявления на разных возрастных этапах, а также зависят от тяжести двигательной патологии или ее усложненности недостатками сенсорной, речевой или познавательной деятельности.

**Срок реализации программы – 1 год.**

**Формы и режим занятий.**

Тренировочные занятия образовательного процесса в спортивной школе на спортивно-оздоровительном этапе рассчитан на 46 недель.

Максимальный объем учебной нагрузки обучающихся, предусмотренный программой не превышает 3 часов в неделю. 1 час = 45 минутам, из них: 5 минут – организационный момент, 20-25 минут - образовательная деятельность, 5-10 минут динамическая пауза, 10 минут- рефлексия и подведение итогов.

Продолжительность занятий определяется их интенсивностью.

Общегодовой объем – 138 часов.

Для физкультурно-оздоровительных занятий адаптивной физической культурой занимающихся распределяют в группы, которые организуются в зависимости от имеющихся у них функциональных нарушений, степени, клинического течения и срока давности заболевания. Распределение занимающихся на группы в зависимости от степени функциональных возможностей основано прежде всего на принципе возможности занимающихся самостоятельно обслуживать себя или их потребности в посторонней помощи.

Точного разделения занимающихся с поражением опорно-двигательного аппарата (ПОДА), основываясь только на функциональных классах, не представляется возможным, так как единая для всех видов деятельности классификация на международном уровне имеется только у занимающихся с церебральным параличом. У остальных же занимающихся с поражением опорнодвигательного аппарата функциональная классификация своя. Поэтому при организации занятий физкультурно-оздоровительной направленности минимальная наполняемость групп и их максимальный количественный состав должны быть меньше, чем у здоровых людей. Таким группам необходим индивидуальный и дифференцированный подход, а наполняемость и объем двигательной нагрузки зависят от глубины нарушения функциональных возможностей и продолжительности обучения.

Форма обучения – сочетание очной, очно–заочной форм образования с применением дистанционных образовательных технологий (Закон № 273-ФЗ, гл.2, ст.17, п.2.) с преобладанием очной.

**Рекомендованная наполняемость групп 3-8 человек.**

Средства, используемые для реализации программы:

- Физические упражнения;
- Дыхательная и пальчиковая гимнастика;
- Упражнения для зрительного тренинга;
- Упражнения на тренажерах.

**Ожидаемые результаты.**

- повышение реабилитационного потенциала детей с ДЦП через коррекцию физического развития;
- повышение показателей физического здоровья детей с ДЦП;



- возможность приобщения детей с ДЦП к регулярным занятиям физическими упражнениями;
- реабилитация и социализация не только детей-инвалидов, но и их семей;
- социальная интеграция детей с ДЦП;
- приобретение детьми с ДЦП навыков и умений, необходимых для самостоятельной жизни в обществе;
- улучшение психоэмоционального и физического состояния ребенка-инвалида и его семьи;
- формирование устойчивого интереса к занятиям физическими упражнениями;
- расширение круга двигательных умений и навыков;
- развитие физических качеств и функциональных возможностей.

**Формы и способы проверки результатов освоения Программы:**

- педагогический контроль осуществляется с целью выявления динамики физического развития обучающегося, учета тренировочных нагрузок, определение различных сторон подготовленности. Контроль позволяет оценить эффективность организации тренировочного процесса и своевременно вносить необходимые коррективы.

**Методы контроля:** наблюдение, беседа, открытые занятия, участие в спортивно-массовых мероприятиях.

- медицинский контроль проводится для наблюдений за состоянием и сохранностью здоровья обучающихся. Контроль за наличием медицинского допуска до занятий, соблюдением режима тренировки.

Проведение промежуточной и итоговой аттестации в рамках программы в форме тестирования физической подготовленности, то к данным испытаниям детей с ОВЗ и детей – инвалидов допускают только с разрешения медицинского работника.

Основные показатели выполнения адаптированной дополнительной общеразвивающей программы:

- стабильность состава обучающихся,
- динамика прироста индивидуальных показателей в соответствии с образовательной программой.

При проверке результатов освоения Программы учитывается, что физическая нагрузка планируется для каждого обучающегося индивидуально в соответствии с рекомендациями специалистов и с учетом характера патологии и степени ограничений здоровья.

При церебральном параличе рекомендуется также ввести специфические методы оценки, отслеживающие антропометрические, функциональные и физиометрические показатели. В связи с преимущественным при ДЦП поражением двигательной системы, необходимо оценить в динамике состояние мышц – силы, тонуса, амплитуды движений в суставах, состояние позвоночника, стоп, двигательные умения и навыки, действие патологических синергии и тонических рефлексов, оценить навыки самообслуживания, бытовые и профессиональные умения. Оценка состояния опорно-двигательного аппарата должна проводиться совместно с оценкой деятельности ребенка педагогом, психологом, логопедом.

### Календарный учебный план

| Год обучения | Дата начала занятий | Дата окончания занятий | Кол-во учебных недель | Кол-во учебных дней | Кол-во учебных часов | Режим занятий            | Календарно-тематическое планирование, расписание занятий   |
|--------------|---------------------|------------------------|-----------------------|---------------------|----------------------|--------------------------|--|
| 1 год        | 1 сентября          | 20 июля                | 46 недель             | 138                 | 138                  | 3 раза в неделю<br>1/1/1 | Согласно Локальному акту Учреждения календарно-тематическое планирование находится в Рабочей программе педагога Занятия проводятся по расписанию, утвержденному директором ГАОУ ДО НО «СШ «ФОК в г.Городец Нижегородской области». |

## Учебный план

| №<br>п/п  | Наименование темы  | Количество часов |            |              | Формы контроля<br>и аттестации |
|-----------|--|------------------|------------|--------------|--------------------------------|
|           |  | Всего            | Теори<br>я | Практ<br>ика |                                |
| <b>1.</b> | <b>Теоретическая подготовка</b>  | <b>7</b>         | <b>7</b>   | <b>-</b>     | <b>Беседа</b>                  |
| 1.1.      | Вводное занятие. Правила техники безопасности  | 1                | 1          | -            |                                |
| 1.2       | Правила ведения и здорового образа жизни   | 1                | 1          | -            |                                |
| 1.3       | Основы самоконтроля  | 1                | 1          | -            |                                |
| 1.4       | Основы анатомии и физиологии человека  | 1                | 1          | -            |                                |
| 1.5       | Укрепление здоровья, закаливание организма   | 1                | 1          | -            |                                |
| 1.6       | Двигательная реабилитация, контроль здоровья и функциональных возможностей                           | 1                | 1          |              |                                |
| 1.7       | Сведения о правильном дыхании на занятиях адаптированной физической культурой.                       | 1                | 1          | -            |                                |
| <b>2.</b> | <b>Общая физическая подготовка</b>   | <b>36</b>        | <b>6</b>   | <b>30</b>    | <b>Наблюдение</b>              |
| 2.1       | Упражнения для формирования свода стоп, их подвижности и опороспособности                            | 12               | 2          | 10           |                                |
| 2.2       | Упражнения для формирования равновесия   | 6                | 1          | 5            |                                |
| 2.3       | Упражнения для формирования правильной осанки  | 6                | 1          | 5            |                                |
| 2.4       | Прикладные упражнения. Построения и перестроения   | 6                | 1          | 5            |                                |
| 2.5       | Лазанье и перелезание  | 6                | 1          | 5            |                                |
| <b>3.</b> | <b>Специальная физическая подготовка</b>   | <b>20</b>        | <b>3</b>   | <b>17</b>    | <b>Наблюдение</b>              |
| 3.1       | Упражнения на расслабление   | 14               | 2          | 12           |                                |
| 3.2       | Дыхательные упражнения   | 6                | 1          | 5            |                                |
| <b>4.</b> | <b>Технико-тактическая подготовка</b>  | <b>58</b>        | <b>4</b>   | <b>54</b>    | <b>Наблюдение</b>              |
| 4.1       | Упражнения с предметами  | 15               | 1          | 14           |                                |
| 4.2       | Упражнения для исправления порочного положения рук, развития подвижности плечевого сустава и лопаток | 15               | 1          | 14           |                                |
| 4.3       | Упражнения для улучшения движений нижних конечностей, навыков самостоятельного стояния и ходьбы      | 28               | 2          | 26           |                                |
| <b>5.</b> | <b>Подвижные игры</b>  | <b>14</b>        | <b>2</b>   | <b>12</b>    | <b>Практические</b>            |

|           |                         |            |           |            | задания,<br>наблюдение |
|-----------|-------------------------|------------|-----------|------------|------------------------|
| 5.1       | Игры с предметами       | 14         | 2         | 12         |                        |
| <b>6.</b> | <b>Итоговое занятие</b> | <b>3</b>   | <b>1</b>  | <b>2</b>   | <b>Итоговый показ</b>  |
|           | <b>ИТОГО:</b>           | <b>138</b> | <b>23</b> | <b>115</b> |                        |

### Содержание учебного плана

#### **Раздел 1. Теоретическая подготовка (7 часов).**

##### **Тема 1.1 Вводное занятие. Правила техники безопасности (1 час).**

*Теория (1 час):* Знакомство с учебным кабинетом. Значение физической культуры и спорта для укрепления здоровья.

##### **Тема 1.2 Правила поведения и здорового образа жизни (1 часа).**

*Теория (1 час)* Правила техники безопасности. Правила внутреннего распорядка учреждения.

##### **Тема 3. Основы самоконтроля (1 час).**

*Теория (1 часа)* Понятие самоконтроля. Организация самостоятельных занятий общей физической подготовкой.

##### **Тема 1.4 Основы анатомии и физиологии (1 час).**

*Теория (1 час).* Краткие сведения о строении и функциях организма человека.

##### **Тема 1.5 Укрепление здоровья, закаливание организма (1 час).**

*Теория (1 час).* Значение здорового образа жизни. Значение правильного режима дня. Закаливание организма..

##### **Тема. 1.6 Двигательная реабилитация, контроль здоровья и функциональных возможностей (1 час).**

*Теория (1 час).* Определение понятия реабилитация. Виды, цели, задачи, этапы, принципы, средства реабилитации.

##### **Тема 1.7 Сведения о правильном дыхании на занятиях адаптированной физической культурой (1 час).**

*Теория (1 час).* Приемы правильного дыхания.

#### **Раздел 2. Общая физическая подготовка (36 часов).**

##### **Тема 2.1 Упражнения для формирования свода стоп, их подвижности и опороспособности (12 часов).**

*Теория (2 часа).* Значение упражнений для формирования свода стоп, их подвижности и опороспособности

*Практика (10 часов).* Сгибание и разгибание пальцев ног. Смыкание и размыкание стоп. Прокатывание стопами каната. Захватывание стопами мяча. Ходьба по ребристой доске, массажному коврику, рейкам гимнастической стенки.

##### **Тема 2.2 Упражнения для формирования равновесия (6 часов).**

*Теория (1 час).* Значение упражнений для формирования равновесия.

*Практика (5 часов).* Движение головой сидя, стоя на коленях, стоя у опоры. Наклоны вперед – назад, вправо, влево; повороты вправо – влево. Кружение на месте переступанием. Удерживание различных исходных положений на качающейся плоскости. Ходьба по начерченному коридору, по доске, лежащей на полу, по доске с приподнятым краем (вверх и вниз), по гимнастической скамейке (25–30 см высотой). Перешагивание через канат, лежащий на полу, через бруски, гимнастические палки. Перешагивание с предмета на предмет.

##### **Тема 2.3 Упражнения для формирования правильной осанки (6 часов).**

*Теория (1 час).* Значение упражнений для формирования правильной осанки.

*Практика (5 часов).* Стойка у вертикальной плоскости с сохранением правильной осанки при движениях головой, руками, глазами в разных исходных положениях и при

движениях рук. Сохранение устойчивости в стойке «одна ступня впереди другой» с открытыми и закрытыми глазами. Стойка на носках, стойка на одной ноге, другая в сторону, вперед, назад. Удерживание различных исходных положений на качающейся плоскости с движениями рук. Ходьба по доске, лежащей на полу, по наклонной доске, по гимнастической скамейке, бревну с движениями руками и с предметом в руках (флажком, гимнастической палкой, мешочком с песком, с мячом, обручем). Ходьба по гимнастической скамейке с приседаниями, с поворотом (переступанием), приставными шагами, переменными шагами вперед, назад, боком. Ходьба по гимнастической скамейке с перешагиваниями через набивные мячи, веревочку, натянутую на высоте 20–25 см.

#### **Тема 2.4 Прикладные упражнения. Построения и перестроения (6 часов).**

*Теория (1 час).* Значение прикладных упражнений.

*Практика (5 часов).* Прикладные упражнения. Построения и перестроения. Равнение в шеренге и в колонне. Перестроение из шеренги и колонны в круг. Повороты на месте направо, налево, кругом. Выполнение строевых команд: «равняйся», «смирно», «вольно», «направо», «налево».

#### **Тема 2.5 Лазанье и перелазание (6 часов).**

*Теория (1 час).* Значение упражнений лазание и перелазание.

*Практика (5 часов).* Лазанье и перелазание. Лазанье по гимнастической стенке вверх и вниз разными способами. Лазанье на четвереньках по наклонной скамейке, установленной под углом 30° с переходом на гимнастическую стенку и наоборот. Перелазание через препятствие высотой до 1 м. Пролезание сквозь обруч, не касаясь его ногами, удерживание его горизонтально и вертикально к полу. Пролезание между рейками наклонной лестницы сверху вниз и снизу вверх. Вис на канате с помощью рук и ног, лазанье на высоту 1 м.

### **Раздел 3. Специальная физическая подготовка (20 часов).**

#### **Тема 3.1 Упражнения на расслабление (14 часов).**

*Теория (2 часа).* Упражнения на расслабление (ритмическое пассивное встряхивание конечностей), дыхательные упражнения.

*Практика (12 часов).*

1. И. п. – лежа на спине. Круговые движения правой кистью ребенка вправо, влево. То же с левой кистью.
2. Сгибание и разгибание правой руки в области запястья. То же с левой рукой.
3. Одновременное сгибание и разгибание рук ребенка в локтевых суставах. То же попеременно.
4. Одновременное и попеременное движение прямых рук вверх и вниз.
5. Прямые руки в стороны. Одновременное сгибание и разгибание рук в локтях к плечевым суставам.
6. Одновременные и попеременные круговые движения рук в плечевых суставах по часовой стрелке и против.
7. Сведение и разведение прямых рук в стороны.
8. Правая рука вдоль туловища, согнута в локтевом суставе. Поднятие руки вверх и выпрямление. То же с левой рукой.
9. Круговые движения правой стопы ребенка по часовой стрелке и против. То же с левой стопой.
10. Сгибание и разгибание правой стопы в голеностопном суставе. То же с левой ногой.
11. Одновременное и попеременное сгибание и разгибание ног ребенка в коленных и тазобедренных суставах.
12. «Лодочка». Ноги согнуты в коленных суставах, стопы сведены вместе и стоят на полу. Инструктор размещает в горизонтальном положении свою руку между коленями ребенка. Отведение ног в правую и в левую стороны.

13. «Лягушка». Одновременные и попеременные круговые движения ног в тазобедренных суставах.

14. Левая нога прямая, правая согнута в коленном суставе, пятка упирается в пах. Инструктор по АФК, захватив колено, делает полукруговые движения ногой ребенка. То же с левой ногой.

15. Ноги согнуты в коленных суставах, колени прижаты друг к другу. Отведение колен до пола вправо и влево.

16. Плавное разведение и сведение прямых ног малыша.

17. Ноги согнуты в коленных суставах. Большой палец инструктора придерживает голень, а четыре пальца сбоку обхватывают таз ребенка. Повороты таза в стороны.

18. Одновременное подтягивание правого локтя к левому колену. То же с левым локтем и правым коленом.

19. И. п. – лежа на животе. Одновременное и попеременное сгибание и разгибание ног в коленных суставах.

20. Сгибание и разгибание правой ноги в коленном суставе. При сгибании ноги стопа прижимается к голени. То же с левой ногой.

21. Правая нога согнута в коленном суставе. Инструктор по АФК захватывает ногу ребенка за голень и делает круговые движения в коленном суставе по часовой стрелке и против. То же с левой ногой.<sup>89</sup>

22. Правая нога согнута в коленном суставе. Инструктор по АФК захватывает ногу ребенка за голень и прижимает пятку к ягодице так, чтобы поднять бедро от пола. То же с левой ногой.

23. Обе ноги согнуты в коленных суставах. Инструктор по АФК захватывает стопы ребенка и пытается прижать их к полу.

24. Руки согнуты в локтевых суставах. Сгибание правой ноги в колене и подтягивание до локтя правой руки. То же с левой ногой.

25. Ноги ребенка согнуты в коленных суставах. Одной рукой инструктор по АФК захватывает обе ноги за голень, вторую кладет на спину ребенка. Отводит ноги вправо, влево прогибая в области поясницы.

26. Одновременное поднятие ног, согнутых в коленных суставах, вверх. Прогнуть ребенка в спине.

27. Прямые руки вверх. Поднять прямые руки и верхнюю часть туловища. Прогнуться в спине

28. Поднимание правой руки, отводя назад, в сторону, вверх. То же с левой рукой.

29. Прямые руки за спиной сведены в «замок». Поднятие рук вверх.

30. Руки согнуты в локтевых суставах, кисти рук расположены за головой. Отведение локтей назад.

31. Руки, согнутые в локтях, завести назад. Руки выпрямить вперед, поднять вверх прогибая ребенка в спине.

32. И. п. – сидя. Ноги прямые и разведены в стороны. Инструктор по АФК садится сзади ребенка, придерживая его колени своими ногами. Держа руки ребенка, наклоняет его вперед, затем в правый и левый бок.

33. И. п. – стоя. Инструктор по АФК сидит сзади, удерживая ребенка за коленные суставы. Ребенок наклоняется вперед, руки касаются пола. Вернуться в и. п.

Каждое упражнение повторяется 7–10 раз.

### **3.2 Дыхательные упражнения (6 часов).**

*Теория (1 час).* Техника правильного дыхания.

*Практика (5 часов).* В исходном положении лежа на спине (сидя, стоя) развивать диафрагмальное дыхание, с акцентом на выдох. Выполнять удлиненный, углубленный выдох с одновременным произнесением звуков: «х-х-хо» (как согревают руки), «фф-фу» (как остужают чай), «чу-чу-чу» (паровоз), «ш-ш-ш» (вагоны), «у-у-у» (самолет), «ж-ж-ж» (жук), задуть свечу, надуть шарик. Звуковая гимнастика, сочетание дыхания с движениями.

#### **Раздел 4. Техничко-тактическая подготовка (58 часов).**

##### **Тема 4.1 Упражнения с предметами (15 часов).**

*Теория (1 час).* Значение упражнений с предметами. Влияние упражнений с предметами на развитие двигательных функций.

*Практика (14 часов).* Упражнения с гимнастическими палками. Смена супинации и пронации предплечий, удерживая палку различными хватами. Вращение палки, удерживая ее одной и двумя руками. Ходьба строем с палкой в руках.

Упражнения с большими мячами. Катание мяча. Перекладывание мяча с одной руки в другую. Передача мяча. Броски мяча. Подбрасывание мяча перед собой, справа, слева и ловля. Ловля мяча, брошенного инструктором.

Упражнения с малыми мячами.

##### **Тема 4.2 Упражнения для исправления порочного положения рук, развития подвижности плечевого сустава и лопаток (15 часов).**

*Теория (1 час).* Профилактика и коррекция контрактур.

*Практика (14 часов).* Поворот верхней части туловища. Отведение плеч назад. Поднимание плеч вверх, круговые движения плечами. Вращение руками. Отжимание от спинки стула. Поставить ладони с разворотом пальцев в противоположные стороны (вправо влево). Затем попробовать постановку рук на ладони пальцами назад. Соединить ладони вместе, не раскрывая пальцев. В принудительном выполнении упражнения тренер находится сзади ребенка и помогает ему. Упереть кончики четырех пальцев в край стола или стену и пружинистыми движениями покачать ладонь. И. п. - сидя на стуле за столом, положить руки на стол и взять в каждую руку небольшие гантели, палочки или мячики. Поднимать только кисть руки с предметом тыльной стороной вверх и опускать на стол. Предплечье лежит на столе. После нескольких повторений повернуть ладонь пальцами вверх и также поднимать, и опускать только кисть руки. Перебирать руками натянутый канат или толстую веревку, прокручивать в ладонях палку, скручивать в руках полотенце, как при отжиме белья.

##### **Тема 4.3. Упражнения для улучшения движений нижних конечностей, навыков самостоятельного стояния и ходьбы (28 часов).**

*Теория (2 часа).* Освоение двигательного навыка.

*Практика (26 часов).* И. п. ребенок лежит на спине, руки вдоль туловища, ноги вытянуты. Ребенок выполняет диафрагмальное дыхание. (при вдохе живот поднимается, при выдохе опускается).

И. п. ребенок лежит на спине, руки вдоль туловища, ноги вытянуты. Ребенок приподнимает и опускает прямую ногу. И. п. то же. Тренер стоит на коленях сбоку. Ребенок приподнимает и опускает прямую ногу. Тренер оказывает сопротивление путём давления на бедро чуть выше колена.

И. п. ребенок лежит на животе, руки перед грудью, ноги вытянуты. Ребенок приподнимает и опускает прямую ногу. И. п. то же. Ребенок приподнимает и опускает прямую ногу. Тренер оказывает сопротивление путём давления на бедро чуть выше колена.

И. п. ребенок сидит на стуле, ноги согнуты. Ребенок сводит колени вместе, тренер пытается их развести в стороны. И. п. ребенок сидит на стуле, ноги согнуты. Ребенок пытается развести колени, тренер пытается их удержать.

И. п. ребенок лежит на животе, ноги согнуты в коленных суставах под углом. Тренер препятствует отведению голени в сторону за счёт внутренней ротации бедра, оказывая давление рукой на наружную лодыжку. И. п. то же. Тренер сопротивляется смещению голени вовнутрь во время наружной ротации бедра, удерживая ногу ребенка за внутреннюю лодыжку. И. п. ребенок лежит на животе, руки перед грудью. Ребенок одновременно сгибает две ноги в коленных суставах до предела. И. п. то же. Ребенок частично сгибает ноги в коленных суставах, дальнейшему движению препятствует тренер. И. п. ребенок лежит на спине в удобной позе. Ребенок выполняет вдох и задерживает дыхание на 20-30 секунд. И. п. то же. Ребенок выполняет выдох и задерживает дыхание на 20-30 секунд. От

И. п. ребенок лежит на спине, ноги согнуты в коленях. Ребенок пытается выпрямить ноги. Тренер оказывает сопротивление этому движению.

И. п. ребенок лежит на спине, руки в удобной позиции, ноги вытянуты. Ребенок делает движения стопами от себя и на себя. от И. п. то же. Ребенок делает движения стопами от себя и на себя, только тренер мешает ему производить эти действия. И. п. ребенок лежит на спине, руки в удобной позиции, ноги вытянуты. Ребенок делает медленные круговые движения стопами то в левую, то в правую сторону. И. п. то же. Ребенок делает медленные круговые движения то в левую, то в правую сторону. Тренер мешает ему производить эти действия.

И. п. ребенок сидит на стуле, ноги согнуты в коленях, перед ним разбросаны карандаши. Ребенок пытается схватить пальцами ног карандаши.

И. п. ребенок сидит на стуле, ноги согнуты в коленях, носки ног приподняты. Ребенок поочередно бьёт пятками по полу. И. п. ребенок сидит на стуле. Ребенок выполняет вдох и задерживает дыхание на 20-30 секунд. И. п. ребенок сидит на стуле. Ребенок выполняет выдох и задерживает дыхание на 20-30 секунд.

Комплекс упражнений для выработки навыков самостоятельного стояния и ходьбы

И. п. лёжа на спине, ноги вытянуты. Тренер захватывает ноги в области нижней части голени и ритмично сгибает и разгибает их в коленных и тазобедренных суставах, удерживая в приведённом состоянии. И. п. то же. Тренер проделывает то же движение, только поочередно: с каждой ногой отдельно.

И. п. лёжа на спине. Тренер плавно производит круговые пассивные движения в тазобедренных и коленных суставах по часовой стрелке и против. И. п. лёжа на спине, ноги вытянуты. Тренер плавно разводит и сводит прямые ноги. И. п. то же. Тренер сгибает ногу в коленном и тазобедренном суставах, одной рукой надавливая на переднюю часть подошвы, другой - подтягивая за пятку, - выводит стопу из подошвенного сгибания в тыльное. Затем возвращает в и. п.

И. п. лёжа на животе, ноги вытянуты. Тренер сгибает ногу в коленном суставе до 90\* и более. В этом положении он выводит стопу из подошвенного сгибания в тыльное. Другой рукой он прижимает таз к кушетке. И. п. лёжа на спине, прямые руки вдоль туловища. Тренер сгибает предплечье в локтевом суставе до 90\*, производит тыльное разгибание кисти в запястье с одновременным удержанием пальцев в разогнутом положении. Затем поворачивает ладонь и плавно сгибает и разгибает руку в локтевом суставе. И. п. то же. Тренер плавно отводит прямую руку через сторону вверх, удерживая разогнутые пальцы руки. Затем так же возвращает руку в и. п. И. п. то же. Тренер одной рукой фиксирует руку ребёнка в локтевом суставе, а другой удерживает кисть и пальцы растянутыми, толкает выпрямленную руку прямо в направлении головы вдоль туловища, приподнимая плечо. То же делается другой рукой.

Упражнения выполняются сидя на стуле, и повторяют движения упражнений. И. п. сидя на стуле, руки вдоль туловища. Тренер удерживает опущенную руку ребёнка в области локтя и кисти в положении разгибания и наружной ротации и резкими толчками пассивно поднимает и опускает плечо. И. п. то же. Тренер стоит сзади и заводит руки ребёнка за голову, соединяет их за головой, животом придерживая их, двумя руками разводит и сводит локти ребёнка.

И. п. сидя на стуле. Тренер стоит сзади и заводит руки ребёнка за голову, животом придерживая их, руками держит разведённые локти и делает покачивания из стороны в сторону. И. п. то же. Тренер р стоит лицом к ребёнку. Руки ребёнка ладонями соединены, пальцы выпрямлены и придерживаются одной рукой тренера. Тренер поднимает руки ребёнка вверх и вытягивает их. И. п. сидя на стуле, ребёнок привязан к спинке стула широким ремнём. Тренер поочередно поднимает за голень ногу вверх и ставит пятку ноги на стул, придерживая колено другой рукой. То же нужно сделать и с другой ногой. И. п. то же. Тренер поочередно поднимает за голень прямую ногу вверх и отводит её в сторону, придерживая колено другой ногой рукой. То же сделать другой ногой.



И. п. сидя у стены. Ребёнок опирается спиной на стену, ноги согнуты и прижаты рукой тренера, стопы вместе, колени врозь. Ребёнок, скользя по стене, встаёт и садится.

И. п. стоя на коленях. Тренер стоит лицом к ребёнку и держит его за руки. Ребёнок передвигается на коленях. И. п. то же. Ребёнок кладёт таз то влево, то вправо. И. п. то же, ноги врозь. Ребёнок садится тазом между ног, тренер разводит его стопы в стороны.

И. п. стоя на коленях и держась за сидение стула. Поочередно ребёнок выставляет ноги вперёд и ставит их на стопу. Тренер контролирует правильность движения. И. п. то же. Ребёнок выставляет ногу вперёд; опираясь на неё, он встаёт и приставляет другую ногу. Опираясь на вторую ногу, он возвращается в и. п.

И. п. лёжа на спине. Ребёнок поднимает вверх руки и ноги и произвольно трясёт ими.

Комплекс упражнений для формирования навыка ходьбы.

И. п. лёжа на спине, ноги выпрямлены, руки вдоль туловища. Тренер придерживает прямые ноги за голени и колени одной рукой, другой рукой держит руки ребёнка. Ребёнок садится и ложится в и. п. И. п. лёжа на спине, ноги согнуты, стопы стоят возле таза, пятки вместе, носки врозь. Тренер придерживает согнутые ноги одной рукой, другой держит руки ребёнка. Ребёнок садится и ложится в и. п.

И. п. лёжа на спине, ноги согнуты, стопы упираются в грудь тренера, который одной рукой придерживает голени, а другой держит руки ребёнка. Ребёнок садится и ложится в и. п.

И. п. лёжа на спине, бёдра подтянуты к груди, ребёнок обхватывает колени руками. Тренер одной рукой придерживает ребёнка за голову, другой - за руки и делает покачивания вперёд - назад, влево - вправо.

И. п. лёжа на спине. Тренер кладёт прямую ногу к себе на плечо, одноимённой рукой прижимает колено, второй рукой придерживает колено другой ноги, лежащей на полу. Затем меняет положение ног.

И. п. стоя лицом к гимнастической стенке, ребёнок держится двумя руками за стенку на уровне пояса, ноги вместе. Тренер придерживает руки в районе кисти. Ребёнок делает приседания. И. п. то же, только ноги стоят шире плеч. Ребёнок поочередно делает приседание то на левой, то на правой ноге.

И. п. стоя спиной к гимнастической стенке, руки сзади на уровне пояса держатся за стенку, ноги на ширине плеч, стопы разведены. Ребёнок делает приседания. Тренер придерживает колени ребёнка.

И. п. стоя боком у гимнастической стенки. Ребёнок держится за стенку. Тренер отводит ногу ребёнка назад, а руку вперёд, ребёнок наклоняет туловище вперёд. То же нужно проделать, стоя другим боком к гимнастической стенке. И. п. то же. Ребёнок делает приседания. Тренер контролирует правильность движения.

И. п. сидя на корточках. Тренер находится сзади ребёнка и держит его за колени, грудью придерживая корпус. Ребёнок пытается передвигаться в полном приседе.

И. п. стоя у стула и опираясь руками о стул. Ребёнок приставными шагами обходит стул вокруг то в левую, то в правую сторону.

И. п. стоя у гимнастической стенки; ребёнок держится за стенку на уровне плеч, ноги вместе. Тренер, взявшись одной рукой за голеностоп, а другой - за коленный сустав, поднимает бедро ребёнка до груди, а затем возвращает в и. п.

## **Раздел 5. Подвижные игры. (14 часов)**

### **Тема 5.1 Игры с предметами. (14 часов)**

*Теория (2 часа).* Значение подвижных игр для лиц с ДЦП.

*Практика (12 часов).* «Пятнашки», «Челнок», «Солнышко», «Быстрый и ловкий», «Вокруг стульев», «Бездомный щенок», «Кто быстрее», «Мяч по кругу».

### **6. Итоговое занятие (3 часа).**

*Теория (1 час).* Беседа по пройденному материалу.

*Практика (2 часа).* Игры с мячом, выполнение упражнений.

## Методическое обеспечение программы

### Основные понятия о детском церебральном параличе

Детский церебральный паралич (ДЦП) – органическое поражение мозга, возникающее в периоде внутриутробного развития, в родах или в периоде новорожденности.

Двигательные нарушения проявляются в виде парезов, параличей, насильственных движений. Особенно значимы и сложны нарушения регуляции тонуса, которые могут происходить по типу спастичности, ригидности, гипотонии, дистонии. Нарушения регуляции тонуса тесно связаны с задержкой патологических тонических рефлексов и несформированностью цепных установочных выпрямительных рефлексов. На основе этих нарушений формируются вторичные изменения в мышцах, костях и суставах (контрактуры и деформации).

Речевые расстройства характеризуются лексическими, грамматическими и фонетико-фонематическими нарушениями.

Психические расстройства проявляются в виде задержки психического развития или умственной отсталости всех степеней тяжести. Кроме того, нередко имеются изменения зрения, слуха, вегетативно-сосудистые расстройства, судорожные проявления и пр.

Двигательные, речевые и психические нарушения могут быть различной степени выраженности – от минимальных до максимальных.

Наиболее тяжело страдают «молодые» отделы мозга – большие полушария, которые регулируют произвольные движения и речь.

В Российской Федерации пользуются классификацией К. А. Семеновой (1978), выделяя

следующие формы:

- 1) спастическая диплегия;
- 2) двойная гемиплегия;
- 3) гиперкинетическая форма;
- 4) гемипаретическая форма;
- 5) атонически-астатическая форма.

Спастическая диплегия – самая распространенная форма ДЦП. Обычно это тетрапарез, но ноги поражаются больше, чем руки. Прогностически благоприятная форма в плане преодоления речевых и психических нарушений и менее благоприятная в двигательном отношении. 20 % детей передвигаются самостоятельно, 50 % – с помощью, но могут себя обслуживать, писать, манипулировать руками.

Двойная гемиплегия – самая тяжелая форма ДЦП с тотальным поражением больших полушарий. Это также тетрапарез с тяжелыми поражениями как верхних, так и нижних конечностей, но руки «страдают» больше, чем ноги. Цепные установочные выпрямительные рефлексы могут не развиваться вообще. Произвольная моторика резко нарушена, дети не сидят, не стоят, не ходят, функция рук не развита. Речевые нарушения грубые, по принципу анартрии, в 90 % умственная отсталость, в 60 % – судороги, дети необучаемы. Прогноз двигательного, речевого и психического развития неблагоприятный.

Гиперкинетическая форма – связана с поражением подкорковых отделов мозга. Причиной является билирубиновая энцефалопатия (несовместимость крови матери и плода по резус-фактору). Двигательные нарушения проявляются в виде гиперкинезов (насильственных движений), которые возникают непроизвольно, усиливаясь от волнения и утомления. Произвольные движения размашистые, дискоординированные, нарушены навык письма, речь. В 20–25 % поражен слух, в 10 % – возможны судороги. Прогноз зависит от характера и интенсивности гиперкинезов.

Гемипаретическая форма – при данной форме руки и ноги поражаются на одной из сторон тела. Связано это с поражением полушария мозга (при правостороннем гемипарезе нарушается функция левого полушария, при левостороннем – правого). Прогноз

двигательного развития при адекватном лечении благоприятный. Дети ходят сами, обучаемость зависит от психических и речевых нарушений.

Атонически-астатическая форма возникает при нарушении функции мозжечка. При этом отмечается низкий мышечный тонус, нарушение равновесия в покое и ходьбе, нарушение координации движений. Движения несоразмерны, неритмичны, нарушено самообслуживание, письмо. В 50 % отмечаются речевые и психические нарушения различной степени тяжести. Более 400 факторов способны вызвать повреждающее воздействие на центральную нервную систему, но особенно опасно это влияние до 3–4 месяца беременности. Все неблагоприятные факторы нарушают маточно-плацентарное кровообращение, вызывая кислородное голодание плода – хроническую гипоксию. Развитие центральной нервной системы в условиях хронической гипоксии нарушено.

### **Методические особенности проведения практических занятий.**

Основными задачами адаптивной физической культуры занимающихся с ДЦП являются

– нормализация рефлекторной двигательной деятельности и тонуса мускулатуры, снижение рефлекторной возбудимости двигательного аппарата, нормализация мышечного чувства, борьба с порочными двигательными стереотипами, стимуляция некоторых статокинетических рефлексов, нормализация произвольных движений в суставах верхних и нижних конечностей.

Данные задачи решаются путем:

#### **1. Нормализации дыхательной функции**

Умение правильно дышать повышает физическую работоспособность, улучшает обмен веществ, восстанавливает речь. При ДЦП дыхание слабое, поверхностное, движения плохо сочетаются с дыханием, нарушена речь. В связи с этим у детей-инвалидов с церебральной патологией важно правильно выбрать исходное положение для выполнения упражнений, т. е. в зависимости от положения тела меняются и условия дыхания. Так, например, в положении лежа на спине затруднен вдох на опорной стороне, сидя – преобладает нижнегрудное дыхание, а диафрагмальное (брюшное) затруднено, стоя – преобладает верхнегрудное дыхание. В занятиях используют как статические, так и динамические дыхательные упражнения в разных исходных положениях с разным темпом, ритмом, с акцентом на вдох или выдох, с использованием различных предметов (надувание шариков, пускание мыльных пузырей, игра на духовых инструментах и пр.). Дыхание связано также с речью, поэтому используют звукоречевую гимнастику, и с осанкой, поэтому обучение дыханию сочетают с коррекцией осанки.

#### **2. Коррекции осанки**

При ДЦП в результате действия позотонических рефлексов, формирования патологических синергии и мышечного дисбаланса наиболее часто формируется нарушение осанки во фронтальной плоскости, круглая спина (кифоз и кифосколиоз). Для нормализации осанки необходимо решать такие задачи, как формирование навыка правильной осанки, создание мышечного корсета

(преимущественное укрепление мышц брюшного пресса и разгибателей спины в грудном отделе позвоночника) и коррекция имеющихся деформаций (кифоза, сколиоза). ЛФК проводится по методике коррекции нарушений осанки во фронтальной и сагиттальной плоскостях и методике сколиоза.

#### **3. Нормализация произвольных движений в суставах верхних и нижних конечностей**

Для занимающихся с церебральной патологией работа на суставах верхних и нижних конечностей начинается с самых простых движений, с облегченных исходных положений, в сочетании с другими методами (массаж, тепловые процедуры, ортопедические уклады и пр.). Необходимо добиваться постепенного увеличения амплитуды движения в суставах конечностей, отрабатывать все возможные движения в каждом суставе. При этом можно использовать упражнения в сопротивлении в сочетании с расслаблением и маховыми движениями. Можно также использовать различные предметы (гимнастическую палку,

мяч, скакалку для верхних конечностей, гимнастическую стенку, следовые дорожки, параллельные брусья для нижних конечностей). Особое внимание следует обратить на разработку ограниченных движений – разгибание и отведение в плечевом суставе, разгибание и супинация в локтевом суставе, разгибание пальцев и отведение большого пальца в кисти, разгибание и отведение в тазобедренном суставе, разгибание в коленном суставе, разгибание в голеностопном суставе и опору на полную стопу.

#### 4. Профилактики и коррекции контрактур

Аномальное распределение мышечного тонуса быстро приводит к развитию контрактур и деформаций, тормозит формирование произвольной моторики. Профилактику и коррекцию контрактур можно проводить как с помощью физических упражнений, так и с помощью вспомогательных средств. Из упражнений наиболее целесообразны упражнения в расслаблении, растягивании, потряхивании (по Фелпсу), а из вспомогательных средств, способствующих сохранению правильного положения различных звеньев тела, используются лонгеты, шины, тьюторы, воротники, валики, грузы и др. Вспомогательные средства могут использоваться как для разгрузки (воротник Шанца, корсеты), так и для коррекции патологических поз (лонгеты, шины, аппараты). Их используют 3–4 раза в день, длительность пребывания в специальных укладках зависит от тяжести поражения и переносимости процедуры. Вспомогательные средства способствуют торможению патологической тонической активности, нормализации реципрокных взаимоотношений мышц-антагонистов.

Ортопедический режим следует чередовать с различными видами лечебной гимнастики для борьбы с контрактурами.

#### **Методика занятий адаптивной физической культурой лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата (детским церебральным параличом)**

Средства адаптивной физической культуры лиц с НОДА (ДЦП)

При выборе средств АФК следует руководствоваться важной физиологической закономерностью: быстрее созревают те органы и системы, которые необходимы организму на данном этапе онтогенеза или в недалеком будущем.

В учебные занятия для детей с ДЦП необходимо включать помимо общеразвивающих коррекционные упражнения:

- общеразвивающие и корригирующие упражнения;
- дыхательные упражнения;
- звуковая гимнастика, сочетание дыхания с движениями.

В исходном положении лежа на спине (сидя, стоя) развивать диафрагмальное дыхание, с акцентом на выдох. Выполнять удлиненный, углубленный выдох с одновременным произнесением звуков: «х-х-хо» (как согревают руки), «ф-ффу» (как студят чай), «чу-чу-чу» (паровоз), «ш-ш-ш» (вагоны), «у-у-у» (самолет), «ж-жж» (жук), задуть свечу, надуть шарик.

Методические приемы, используемые при проведении уроков АФК для лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата (ДЦП).

Ведущую роль в развитии движений у детей с церебральным параличом играет лечебная гимнастика. Под ее влиянием в мышцах, сухожилиях, суставах возникают нервные импульсы, направляющиеся в центральную нервную систему и стимулирующие развитие двигательных зон мозга, вследствие чего возникают адекватные двигательные ощущения. Лечебная гимнастика нормализует позы и положения конечностей, снижает мышечный тонус, уменьшает или преодолевает насильственные движения.

Особое внимание на занятиях лечебной гимнастикой должно уделяться тем двигательным навыкам, которые необходимы в жизни: навыкам и умениям, обеспечивающим ребенку ходьбу, предметно-практическую деятельность, самообслуживание. Только при этих условиях гимнастика будет способствовать развитию у ребенка правильного двигательного стереотипа.

У многих детей с церебральным параличом нарушен ритм выполнения движений, поэтому важно научить их согласовывать свои движения с заданным ритмом; многие упражнения полезно выполнять под счет, хлопки, музыку. Музыка особенно благоприятно воздействует на развитие движений у детей. Так, в ходьбе, проводимой под музыку, у них легче формируется равномерность длины шага, координация движений.

К учебным занятиям предъявляются следующие требования:

- постепенно увеличивать нагрузку и усложнять упражнения;
- чередовать различные виды упражнений, применяя принцип рассеянной нагрузки;
- упражнения должны соответствовать возможностям ребенка;
- применять индивидуальный подход;
- рационально дозировать нагрузку, не допускать переутомления;
- обеспечить профилактику травматизма и страховку;
- дети должны заниматься в спортивной форме и спортивной обуви, вопрос об использовании ортопедической обуви и аппаратов во время занятий решает врач.

### **Особенности методики проведения подвижных игр с нарушениями опорно-двигательного аппарата**

При проведении подвижных игр с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата следует помнить, что они имеют особое значение для занятий, проводимых в гетерогенных группах. Так как они позволяют сильным и слабым (в двигательном отношении) детям сотрудничать и соперничать на равных условиях; дают возможность учащимся с тяжелыми нарушениями в развитии выбирать из всего многообразия игр и несмотря на тяжелые нарушения двигательных функций, для учащихся открываются возможности принимать участие в спортивных занятиях.

При организации подвижных игр у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата в гетерогенных группах. М. Шоо (2003) предлагает учитывать следующие принципы:

Вводить специальные правила, - которые облегчают задания для учащихся с тяжелыми нарушениями в развитии или усложняют их для более подвижных детей.

- Специальные функции - дети с тяжелыми двигательными нарушениями получают задание, не предъявляющее высоких требований к моторике, но имеющее для детей особое значение.

- Альтернативная постановка задачи - для детей с тяжелыми нарушениями даются специальные задания (попасть в специальную мишень), это сравнивается с попаданием в нормальную мишень.

- Конфронтация - совместная игра бегающих игроков и игроков на колясках, они получают различные задания, связанные с движением, но в игре они становятся равноправными соперниками.

В игровой деятельности детей сочетаются два важных фактора: с одной стороны, дети развиваются физически, с другой стороны получают моральное, эмоциональное и эстетическое удовольствие от этой деятельности (Павленко В.Г., Жиленкова В.П., Малышев А.И., 2002).

### **Практические рекомендации**

При организации и проведении игр различного характера с детьми с нарушениями в развитии необходимо:

- проверить наличие специального оборудования и инвентаря, соответствующих гигиеническим требованиям и обеспечивающих безопасность здоровья детей;
- проверить состояние спортивной одежды, обуви; - освободить от игр детей с выраженным утомлением или перенапряжением;
- тщательно изучить медицинские карты обследования детей;

- определить состояние физического развития; - выявить функциональное состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем детей;

- выявить уровень развития двигательных функций; - при организации подвижных игр необходимо предъявлять повышенные требования к мерам предосторожности с учетом специфики детей.

Для всех нозологических групп важным является использование различных систем тренинга зрения. Несомненно, они полезны, так как тренируют мышцы, управляющие движениями глаз; активизируют кровообращение в данной области и, следовательно, хорошо снимают умственное утомление. Г.Г. Демирчоглян и А.Г. Демирчоглян (2000) предлагают при проведении специальных упражнений для глаз соблюдать основные принципы: - регулярность воздействий, - постепенное увеличение физической нагрузки на протяжении выполнения комплекса упражнений, - индивидуализация упражнений в зависимости от возраста, пола, состояния здоровья. Также для улучшения кровообращения мышц глаз, для расширения центрального поля зрения и для снятия утомления И. Смирнов и С. Фатеев (1998) предлагают использовать «волшебные игры для глаз». Каждый мини-комплекс упражнений описан в отдельном рассказе, состоящем из игр - упражнений, объединенных общими сказочно-приключенческими персонажами. Комплексы могут использоваться по принципу «физкультминутки» в рамках каждого урока. Весьма желательно (но не обязательно) использовать музыкальное сопровождение.

#### **Материально-техническое оснащение занятий по адаптивной физической культуре включает:**

- дидактический материал: изображения (картинки, фото, пиктограммы) спортивного инвентаря; альбомы с демонстрационным материалом в соответствии с темами занятий;

- спортивный инвентарь: маты, батуты, гимнастические мячи разного диаметра, обручи, кегли, гимнастические коврики, корзины, футбольные, волейбольные, баскетбольные мячи и др.;

- спортивное оборудование: гимнастические скамейки, гимнастические лестницы, мягкие модули различных форм и др.;

- технические средства реабилитации: кресла-коляски комнатные и прогулочные, опоры для стояния (вертикализаторы, ходунки), опоры для ползания, тренажеры (мотомед и др.), кресла-стулья с санитарным оснащением (для туалета, ванны), иппотренажер, велотренажер; кистевой тренажер «Перчатка»; силовой тренажер по типу Бубновского;

- мебель: шкафы для хранения спортивного инвентаря, для переодевания, стулья, стол, столы-кушетки.

Физкультурно-спортивное оборудование должно соответствовать росту и возрасту обучающихся, в том числе детей с ОВЗ и детей-инвалидов.

Используемые спортивные маты, ковер, дадянги и другие инвентарь и оборудование должны быть покрыты материалами, легко поддающимися очистке от пыли, влажной уборке и дезинфекции.

Спортивный инвентарь подлежит ежедневной обработке моющими средствами. Спортивный инвентарь, размещенный в зале, протирают увлажненной ветошью, металлические части – сухой ветошью в конце каждой учебной смены. После каждого занятия спортзал проветривают не менее 10 минут.

Спортивный ковер очищают ежедневно с использованием пылесоса, не менее 3-х раз в месяц проводят его влажную чистку с использованием моющего пылесоса. Спортивные маты ежедневно протирают мыльно-содовым раствором.

## **Кадровое обеспечение**

Программу реализуют педагогические работники, имеющие высшее специальное образование по профилю «Адаптивная физическая культура», либо высшее специальное (физкультурное) образование и прошедшие дополнительную курсовую подготовку.

К реализации программы привлекается Тьютор, лицо, имеющее высшее образование или среднее профессиональное образование в рамках укрупненных групп направлений подготовки высшего образования и специальностей среднего профессионального образования «Образование и педагогические науки», либо высшее образование или среднее профессиональное образование и дополнительное профессиональное образование по направлению профессиональной деятельности, в том числе с получением его после трудоустройства, либо лица, обучающиеся по образовательным программам высшего образования по специальностям и направлениям подготовки, соответствующим направленности Программы, и успешно прошедшие промежуточную аттестацию не менее чем за два года обучения.

## **Информационно-методическое обеспечение программы.**

### **Список литературы**

1. Авдиенко В.Б. Плавание. Методические рекомендации (учебная программа) для тренеров детско-юношеских спортивных школ и училищ олимпийского резерва / В.Б. Авдиенко, И.П. Волков 2000. -233
2. Евсеев С.П. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. Т.2: / С.П. Евсеев. – М.: Советский спорт, 2009. – 448 с.
3. Мельников А.Ю. Практикум по легкой атлетике для лиц с ограниченными функциональными возможностями / А.Ю. Мельников; Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – Красноярск, 2009. – 116 с.
4. Портных Ю.И. Спортивные и подвижные игры: Учебник для средних спец. учебных заведений физ. Культ.- Изд. 3-е, перераб., доп. / Ю.И. Портных. – М.: Физкультура и спорт, 1984. – 344 с.
5. Семенов Ю.А. Навык плавания - каждому / Ю.А. Семенов – М.: Физкультура и спорт, 1983. – 144 с.
6. Уфимцева Л.П. Психолого-педагогические основы коррекции психофизического развития детей – инвалидов средствами физвоспитания (методическое пособие) / Л.П. Уфимцева, Н.И. Венсловене, Т.М. Гаврилова; Детско-юношеская спортивно-адаптивная школа – Красноярск, 2006. – 58 с.
7. Холодов Ж.К. Теория и методика физического воспитания и спорта / Холодов Ж.К., Кузнецов В.С.: Учеб. пособие для студ. высших учеб. Заведений. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 480 с.
8. Царик А.В. Паралимпийский спорт: нормативное правовое и методическое регулирование / авт.- сост. А.В. Царик; под общ. ред. П.А. Рожкова. – М.: Советский спорт, 2010. – 1272 с.
9. Шапкова Л.В. Частные методики адаптивной физической культуры: учебник / Л.В. Шапкова.- М.: Советский спорт, 2009. – 608 с. 44

### **Перечень Интернет-ресурсов.**

1. Национальная информационная сеть «Спортивная Россия», <http://www.infosport.ru>
2. Российская Спортивная Энциклопедия, <http://www.libsport.ru>

3. Научно-теоретический журнал "Теория и практика физической культуры" .  
<http://www.teoriya.ru/journals/>.

4. Научно-методический журнал "Физическая культура: воспитание, образование, тренировка" <http://www.teoriya.ru/fkvot/>

5. Центральная отраслевая библиотека по физической культуре и спорту Российского государственного университета физической культуры и спорта, <http://lib.sportedu.ru/>

6. Наука о тренерской работе (Abstracts), <http://www.rohan.sdsu.edu/dept/coachsci/index.htm>

7. Энциклопедия по видам спорта <http://www.infosport.ru/sp/>

8. Всемирный антидопинговый кодекс на русском языке  
[http://lib.sportedu.by/internet/title/code\\_ru.pdf](http://lib.sportedu.by/internet/title/code_ru.pdf)

9. Министерство спорта РФ, <http://mon.gov.ru/>