

ВРАЧЕБНЫЙ КОНТРОЛЬ В АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ

Лекция 1

Характеристика базовых понятий



*Л.В. Пасечник,
к.п.н., доцент*

План:

- 1. Определение понятия врачебного контроля. Задачи. Профилактическая направленность дисциплины.
- 2. Физкультура и здоровье. Положительное влияние систематических занятий физической культурой на организм, имеющего отклонения.
- 3. Характеристика типичных нарушений у инвалидов различных нозологических групп. Показания и противопоказания к физическим нагрузкам лиц, имеющих различные виды отклонений.

Врачебный контроль

(ВК) можно считать основным разделом спортивной медицины, который представляет собой постоянное врачебное наблюдение и медицинское обеспечение лиц, занимающихся физической культурой и спортом, в том числе и адаптивной физической культурой.



Основная цель врачебного контроля

- определение состояния здоровья инвалида, оценка уровня его физического развития и функциональных возможностей с целью его допуска к занятиям адаптивной физической культурой, содействие эффективному использованию средств и методов физического воспитания для укрепления здоровья, повышения физического развития, физической работоспособности и достижения высоких спортивных результатов.



В соответствии с этой целью задачами врачебного контроля являются:

- исследование и оценка состояния здоровья;
- оценка уровня физического развития;
- определение уровня общей тренированности;
- выявление пограничных состояний как факторов риска возникновения патологии (в том числе угрозы жизни) при занятиях физической культурой;

- выявление заболеваний (в том числе хронических в стадии ремиссии) и патологических состояний, являющихся противопоказаниями к занятиям физической культурой;
- определение целесообразности занятий избранным видом физической культуры с учетом установленного состояния здоровья и выявленных функциональных изменений, рекомендации определенных видов физических упражнений и их рациональной дозировки;

- определение медицинских рекомендаций по планированию занятий физической культурой с учетом выявленных изменений в состоянии здоровья.
- систематическое наблюдение за состоянием здоровья и функциональными изменениями, происходящими под влиянием физических упражнений для обеспечения их оздоровительного влияния;
- выявление, лечение и профилактика состояний и заболеваний, возникающих при нерациональном использовании физических нагрузок.

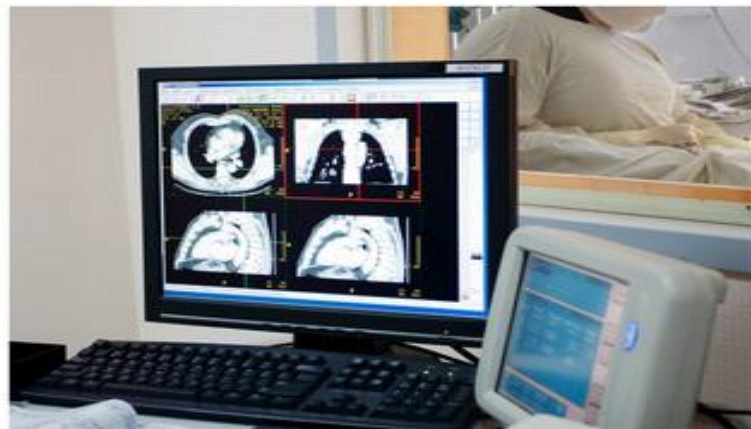
- **Врачебный контроль включает:**
- 1) врачебное обследование;
- 2) врачебно-педагогические наблюдения;
- 3) врачебно-спортивную консультацию;
- 4) санитарно-гигиенический надзор за местами и условиями проведения занятий физкультурой и спортом;
- 5) гигиеническое воспитание физкультурников и спортсменов;
- 6) медико-санитарное обеспечение спортивных соревнований и массовых физкультурно-оздоровительных мероприятий.

GOLOVAINFO.RU

*заболевания,
вызывающие
головную боль*



- **Основная форма врачебного контроля —**
- **врачебные или медицинские осмотры (первичный, повторные и дополнительные).**
- **Методика обследования (краткая или расширенная, углубленная)**
- **его периодичность определяются контингентом занимающихся (их возрастом, полом, спортивной квалификацией, видом патологии)**
- **характером занятий (учебная программа, оздоровительная и лечебная физкультура, спортивная тренировка).**



Почему так важно знание врачебного контроля в АФК

- Движение – это лекарство, сильнодействующее лекарство, применять которое нужно дозировано.
- Если здоровый человек снижает до недопустимого уровня свою двигательную активность, то в этом виноват только он сам.
- У инвалида дефицит движений, как правило, спровоцирован его заболеванием или дефектом.
- Действительно, отсутствие зрения, детский церебральный паралич, ампутации, нарушения интеллекта являются серьезнейшими препятствиями для полноценной двигательной активности.
- Однако подчеркнем — препятствием, но не запретом или исключением.

- **Коварство дефицита движений состоит в том, что повседневные негативные морфофункциональные изменения мало заметны. Однако отрицательное кумулятивное воздействие приводит к следующим изменениям:**



- снижается функциональная активность органов и систем и нарушаются регуляторные механизмы;
- происходят атрофические и дегенеративные изменения опорно-двигательного аппарата и в особенности его нервно-мышечного и костного компонентов;
- нарушаются обменные и снижаются катаболические процессы;

- уменьшается тренированность мышц (особенно таких крупных, как мышцы живота, спины), что неблагоприятно отражается на функциях кровообращения, пищеварения, дыхания;
- снижается сердечная деятельность, что приводит к деструктивным изменениям по типу атрофии и уменьшению энергетического потенциала;

- уменьшается жизненная емкость легких и легочная вентиляция как в покое, так и, особенно, при физической работе;
- резко ухудшается орто- и антиортостатическая устойчивость, что является следствием расстройства рефлекторных механизмов, регулирующих тонус сосудов;
- нарушается терморегуляция и происходят другие негативные морфофункциональные изменения в организме человека.

- Дефицит движений отрицательно сказывается на развертывании всех без исключения компонентов генетической программы развития и жизнедеятельности организма человека. То есть речь здесь идет не только о телесных (физических) характеристиках, но и об интеллектуальных, эмоционально-волевых, познавательных и вообще духовно-психических свойствах человека, его личностном развитии. Особенно это проявляется, если в ситуации вынужденной гиподинамии оказывается ребенок, который с помощью движений не только активизирует функционирование, развитие и совершенствование всех своих органов и систем, но и познает окружающий его мир, формирует свои ощущения, восприятия, ориентировки, пространственно-временные шкалы, схему своего тела и т.д. и т.п., в том числе и эмоционально-волевою сферу.

- Цели и задачи врачебного контроля весьма разнообразны.
- Они определяются причиной, вызвавшей наступление инвалидности и лимитирующей двигательные возможности человека, степенью нарушения двигательных возможностей, необходимостью оценки общего физического состояния, функциональных возможностей организма и т.д.

- Важной специфической задачей является оценка влияния инвалидизирующих факторов на состояние организма, а также динамики показателей жизнедеятельности под влиянием систематических занятий физической культурой. Не менее значимым является определение показаний, ограничений и противопоказаний к физическим нагрузкам.

- Огромное значение в адаптивной физической культуре имеет объективный и обоснованный допуск к тренировочным занятиям и соревновательной деятельности инвалидов с различной патологией опорно-двигательной системы, органов зрения, слуха, а также снижением интеллекта.
- Допуск должен осуществляться специалистами врачебно-физкультурного диспансера или других специализированных учреждений, обладающих опытом работы в данной области и квалифицированным персоналом.

- Решение этого важного вопроса без учета изменений, происходящих в организме человека вследствие травмы, заболевания или же ампутации конечностей, состояния регуляторных систем, адаптационных реакций, морфофункциональных изменений и других специфических особенностей, может стать причиной тяжелых осложнений, срыва компенсации и т.д.

- В связи с этим одним из основополагающих принципов привлечения инвалидов к физическим тренировкам является строгое соблюдение показаний, ограничений и противопоказаний к занятиям физической культурой и спортом, проведение комплексных функциональных исследований различных систем организма и оценка резервных возможностей, физической работоспособности, психологической готовности, личностной мотивации и других показателей.

- Физические упражнения в той или иной форме показаны практически всем инвалидам молодого и среднего возраста с двигательными нарушениями.
- Физкультурно-оздоровительная и спортивная работа должна начинаться после завершения этапа медицинской реабилитации в условиях специализированного стационара.

- Исходными условиями для занятий являются:
- наличие медицинских показаний и отсутствие противопоказаний;
- устойчивая мотивация,
- интерес и функциональные предпосылки;
- стабилизация, достигнутая в результате восстановительного лечения и реабилитационных мероприятий после травмы или заболевания.

- **Всем инвалидам с поражением опорно-двигательной системы показаны физические упражнения:**
- **силового,**
- **скоростного,**
- **скоростно-силового характера,**
- **для развития общей и специальной выносливости,**
- **для развития гибкости,**
- **для развития координационных способностей и др.**

Противопоказания к занятиям адаптивной физической культурой

- лихорадящие состояния,
- гнойные и воспалительные процессы,
- хронические заболевания в стадии обострения,
- острые инфекционные заболевания;

Сердечно-сосудистые заболевания:

- ишемическая болезнь сердца с выраженными нарушениями коронарного кровообращения,
- стенокардия покоя и напряжения, постинфарктный и атеросклеротический кардиосклероз с хронической коронарной недостаточностью;

- аневризма сердца или аорты;
- миокардиты любой этиологии;
декомпенсированные пороки сердца;
- тяжелые нарушения ритма сердца и проводимости;
- сердечно-сосудистая недостаточность;
- гипертоническая болезнь II и III стадии;

- хронические неспецифические заболевания легких с дыхательной недостаточностью II—III степени, хроническое легочное сердце, декомпенсированное с недостаточностью кровообращения; бронхиальная астма тяжелой формы;
- угроза кровотечения (кавернозный туберкулез, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки с склонностью к кровотечению); угроза тромбоза;
- заболевания крови (в том числе анемия);

- последствия перенесенных черепно-мозговых травм со склонностью к повышению внутричерепного давления с угрозой эпилептических припадков с выраженным вестибулярным синдромом, паркинсонизмом и др.;
- сосудистые заболевания (атеросклероз, церебральные васкулиты) с хронической недостаточностью мозгового кровообращения;

- последствия перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения с умеренным и выраженным нарушением функции (парезы, параличи, гиперкинезы и др.), нарушения спинального кровообращения (с локализацией в шейном отделе);
- нервно-мышечные заболевания (миопатия, миастения);
- рассеянный склероз с умеренными и выраженными двигательными, координационными нарушениями без четких и длительных ремиссий;

- злокачественные новообразования;
- циррозы печени с недостаточностью функции печени, желчно-каменная болезнь с частыми приступами печеночной колики и недостаточностью функции печени;
- мочекаменная болезнь с частыми приступами, хронический диффузный нефрит с хронической почечной недостаточностью;

- хронический гепатит любой этиологии;
- хронический панкреатит в стадии декомпенсации, тяжелая форма;
- близорукость высокой степени с изменениями на глазном дне, состояние после отслойки сетчатки, глаукома любой степени;
- сахарный диабет тяжелой формы, осложненный ретинопатией, нефропатией, ангиопатией и др.;
- эпилепсия со средней частотой и частыми судорожными припадками;

- *остеохондроз позвоночника, осложненный грыжами дисков, миелопатией, болевым синдромом, вертебробазилярной недостаточностью;*
- *психические заболевания (шизофрения, депрессивно-маниакальные состояния, острые психозы и прочие);*
- *детские церебральные параличи (ДЦП) с резко выраженным мышечным тонусом, усиливающимся при физической активности.*

- **Помимо этого имеются определенные ограничения и противопоказания, обусловленные непосредственно самим заболеванием или патологическим процессом, повлекшим инвалидность.**
- Так, среди инвалидов с поражением опорно-двигательной системы особого внимания при решении вопроса о допуске к физическим тренировкам требуют лица, перенесшие травмы позвоночника и страдающие парапарезами и параплегиями.

- К регулярным занятиям могут допускаться инвалиды с поражением спинного мозга на различных уровнях, оперированные или прошедшие курс консервативного лечения.
- После легких травм или травм средней тяжести занятия могут начинаться через 6 месяцев, с постепенным увеличением нагрузки под обязательным медицинским наблюдением; после тяжелых травм — через 1 год, за исключением шейного отдела.
- После перенесенной нейроинфекции занятия следует начинать в стадии ремиссии не ранее чем через год.

- Сосудистый процесс в шейном отделе спинного мозга является противопоказанием для любых занятий спортом. При локализации процесса в грудном или поясничном отделах занятия могут начинаться через год после перенесенного заболевания.
- После удаления доброкачественных опухолей спинного мозга занятия спортом следует начинать через 6 месяцев, в занятиях ЛФК. можно использовать элементы спорта, с постепенным увеличением их объема.
- При заболеваниях позвоночника, в частности при остеохондрозе шейного отдела, противопоказаны резкие движения в шейном отделе, упражнения, связанные с осевыми нагрузками (бег, прыжки, соскоки), любые упражнения, сопровождающиеся болевыми ощущениями в позвоночнике. При остеохондрозе пояснично-крестцового отдела — силовые упражнения, увеличивающие осевую нагрузку, резкие движения и упражнения.

- При определении возможности допуска **инвалидов по зрению** к физкультурным занятиям, спортивным тренировкам в первую очередь необходимо учитывать их специфические особенности, психологический и офтальмологический статус.
- *Основными факторами, определяющими возможность участия в физкультурной и спортивной деятельности, являются:*
 - состояние здоровья,
 - характер глазной патологии,
 - общая физическая подготовленность и уровень психологической подготовленности.
- Эти критерии являются основой определения показаний ограничений и противопоказаний к физическим нагрузкам.

К заболеваниям органа зрения, не требующим ограничений при занятиях физической культурой (подгруппа А), относятся:

- наследственные тапето-ретиальные дистрофии;
- наследственные атрофии зрительного нерва;
- помутнения роговицы;
- атрофия, субатрофия глазного яблока;
- непрогрессирующий кератоконус;
- гиперметропический тип клинической рефракции;
- последствия воспалительных заболеваний сетчатки.

• *К заболеваниям органа зрения, требующим ограничения физических нагрузок (подгруппа Б), относятся:*

- — глаукома компенсированная;
- — высокая осложненная близорукость;
- — атрофия зрительного нерва;
- — макулодистрофия (без склонностей к геморрагиям и отслойке сетчатки);
- — диабетическая, гипертоническая ангиопатия;
- — врожденная осложненная катаракта;
- — афакия.

- *К заболеваниям органов зрения, являющимся противопоказаниями к физическим нагрузкам, но не лимитирующим занятия ЛФК (подгруппа В), относятся:*
- отслойка сетчатки (лица, перенесшие операции со сроком не менее двух лет);
- вывихи и подвывихи хрусталика;
- состояния после кератопротезирования;
- лица с эктазированными и истонченными бельмами роговицы;
- острый кератоконус;

- последствия рецидивирующих кровоизлияний в стекловидное тело;
- отслойка стекловидного тела на фоне высокой осложненной близорукости;
- гипертоническая диабетическая ретинопатия;
- последствия рецидивирующих кровоизлияний в сетчатку;
- ретиношизис;
- дистрофия сетчатки с склонностью к геморрагиям;
- глаукома некомпенсированная;
- атрофия зрительного нерва сосудистого генеза.

- *При нарушении зрения речь берет на себя основную компенсаторную функцию.*
- Вместе с тем в силу отсутствия невербального общения возникают трудности, связанные с дефицитом понимания, — особенно это проявляется при изучении новых движений.
- Поэтому обучающиеся должны не только услышать, но и представить, осознать конкретный двигательный образ.
- Это достигается включением всех сохранных анализаторов: тактильных, осязательных, слуховых, обонятельных.

- Человек, лишенный зрения, создает представление о предмете, ощупывая его поверхность, воспринимая его форму, фактуру, физические характеристики.
- Для обучения ориентировке используются озвученные мячи, метрономы, колокольчики, свистки и другие сигналы, помогающие ориентироваться в направлении движения, расстоянии, определении местонахождения.

- Показ движений для слабовидящих — зрительный, для слепых — осязательный.
- Слепой ощупывает положение частей тела партнера или педагога, чтобы создать представление о позе, движении.
- В том случае, когда слепой не понимает объяснения, выполняется контактный показ, при котором педагог и обучаемый в единой «связке», вместе выполняют изучаемое движение.

- С помощью музыкального сопровождения можно управлять движениями, изменяя темп, ритм, усилие, выразительность, эмоциональность исполнения, тем самым создавая благоприятные условия для преодоления неуверенности, скованности движений.
- Приоритетное положение отводится тем методам и методическим приемам обучения, которые приносят наибольший успех.

- *С целью развития физических качеств применяются традиционные методы:*
- равномерный, переменный, повторный, интервальный.
- Специфической особенностью их применения является индивидуальное дозирование нагрузки в соответствии с уровнем физической подготовленности, состоянием сохраненных функций, оперативным состоянием здоровья.

- **Противопоказаны:**
- силовые упражнения, характеризующиеся натуживанием (для слабовидящих);
- упражнения, связанные с сотрясением тела,
- прыжки на скакалке, соскоки, кувырки, стойки на голове, прыжки в воду вниз головой, висы вниз головой;
- выполнение упражнений при ЧСС выше 180 уд./мин.

- При определении показаний и противопоказаний к физическим нагрузкам инвалидов с нарушением слуха необходимо учитывать их специфические особенности.
- В соответствии с Международной номенклатурой нарушений жизнедеятельности и социальной недостаточности, выделяют следующие степени нарушения слуха:
 - легкое нарушение слуха;
 - среднетяжелое нарушение слуха;
 - Тяжелое двустороннее нарушение слуха;
 - глубокая двусторонняя потеря слуха;
 - глухота;
 - глубокое двустороннее нарушение развития слуха (глухонмота).

- При легких нарушениях слуха практически не наблюдается нарушений в социальном общении людей.
- Инвалиды с незначительным снижением слуха или при практически полной его компенсации слуховым аппаратом могут заниматься всеми видами спортивной деятельности за исключением тех, которые связаны с высоким уровнем шума, вызывающим прогрессирование тугоухости.
- Ограничением в занятиях может служить сам слуховой аппарат, которым может быть нанесена механическая травма.

- *Инвалиды со среднетяжелым нарушением слуха плохо воспринимают разговорную речь, а с тяжелым двусторонним нарушением слуха вообще ее не воспринимают.*
- Этих инвалидов объединяет возможность частичной компенсации слуховой функции слуховым аппаратом, что может расширить возможный диапазон участия в физкультурной и спортивной деятельности.
- К этому вопросу необходимо подходить индивидуально, ориентируясь на степень компенсации слуха с помощью слухового аппарата.

- Если слуховую функцию таким путем удастся улучшить до легкой степени нарушения слуха, то такие инвалиды могут не иметь ограничений в занятиях.
- Если же при тяжелом двустороннем нарушении слуха с помощью слухового аппарата удастся добиться только незначительного восприятия разговорной речи, то целесообразно избегать тех видов физической и спортивной деятельности, которые требуют хорошего слухоречевого контроля.

- *Глубокая двусторонняя потеря слуха и глухота характеризуются невозможностью компенсации слуховой функции с помощью слухового аппарата.*
- В этом случае критериями ограничения физкультурной и спортивной деятельности будет служить полная невозможность слухоречевого контроля с необходимостью использования неречевых способов общения.
- В большинстве случаев у данной категории инвалидов сохранена функция вестибулярного аппарата.
- В связи с этим они не имеют ограничений в тех видах физкультурно-спортивной деятельности, которые требуют высокого уровня координации движений.

- Глубокое двустороннее нарушение развития слуха, ведущее к глухонемоте, в наибольшей степени ограничивает диапазон физкультурно-спортивной работы.
- Невозможность слухоречевого контроля и необходимость использования неречевых способов общения усугубляется плохим функционированием вестибулярного аппарата, что ограничивает возможность точной ориентировки человека в пространстве при выполнении физических упражнений, особенно в условиях временного отсутствия опоры и зрительного контроля.

- С целью более точного определения ограничений и противопоказаний к занятиям физической культурой и спортом инвалидов с глубокими нарушениями слуха, по-видимому, требуется не только определение степени нарушения слуха, но и тестирование функции вестибулярного аппарата.

- Дополнительным фактором, ограничивающим участие в плавании инвалидов с нарушением слуха, является наличие перфораций барабанной перепонки после радикальной операции на ухе при хроническом гнойном среднем отите, в связи с чем следует избегать попадания воды в ухо.
- Перед плаванием наружный слуховой проход плотно закрывается ватой, пропитанной вазелиновым маслом.
- Гноетечение из уха в случае обострения хронического гнойного среднего отита является противопоказанием к занятию плаванием.

- Физическая подготовленность инвалидов с нарушением слуха характеризуется сниженной двигательной активностью,
- сниженным уровнем развития основных физических качеств и координационных способностей, что обусловлено не столько основным дефектом, сколько вторичными соматическими нарушениями,
- формирующимися в течение всей жизни с момента появления глухоты.

Основные педагогические задачи для данной категории инвалидов:

- повышение уровня общей физической подготовленности за счет развития силы, быстроты, выносливости и других физических качеств;
- развитие устойчивости вестибулярного аппарата к внешним раздражителям, развитие равновесия, умение ориентироваться в пространстве;

- развитие координации движений и зрительного восприятия, координации зрительного и слухового (при остаточном слухе) восприятия;
- развитие ритмического и выразительного выполнения движений;
- развитие глазомера, зрительной памяти;
- формирование эмоций, естественной мимики в игровой деятельности;
- формирование навыков коммуникативности.

- Инвалиды молодого возраста с потерей слуха могут заниматься всеми видами легкой атлетики, борьбой, спортивными играми (волейбол, баскетбол, футбол, настольный теннис и т.д.), тяжелой атлетикой, плаванием, фехтованием, аэробикой и танцами, лыжными гонками, туризмом.
- Противопоказаниями для слабослышащих являются вибрации, сотрясения, натуживание при силовых упражнениях.
- В процессе выполнения упражнений используется весь арсенал методов обучения движениям и развития физических качеств с индивидуальным дозированием нагрузки и оперативным контролем за функциональным состоянием организма.

Инвалиды с умственной отсталостью

- По клинико-физиологическим параметрам умственная отсталость подразделяется на легкую, умеренную, тяжелую и глубокую степени выраженности.
- Условные разграничения по степени тяжести расстройства опираются, прежде всего, на градации достигаемого больными уровня социального приспособления.
- В связи с тем, что любая деятельность детерминируется не только уровнем интеллекта, но и такими факторами, как степень мотивированности, наличие эмоциональных реакций, возможность волевого контроля поведения, личностные компенсаторные проявления.

Выделено четыре типа дефекта психики:

- простой (структура которого характеризуется в основном умственным недоразвитием);
- с эмоционально-волевыми нарушениями (психопатоподобный и торпидный);
- астенический (с выраженными астеническими проявлениями);
- сложный (интеллектуальное недоразвитие в сочетании с грубой очаговой симптоматикой или пароксизмальными проявлениями).

- При легкой и умеренной степенях умственной отсталости в основном проявляются простой, астенический и психопатоподобный типы дефекта. Сложный тип дефекта свойствен и основном глубокой и тяжелой степени умственной отсталости. Торпидный тип дефекта не встречается только при легкой степени умственной отсталости.
- Наиболее перспективными в плане социальной адаптации являются лица с легкой и умеренной степенью умственной отсталости и простым типом дефекта. Их отличают устойчивость эмоциональной сферы, уравновешенность нервных процессов, высокие перцептивные возможности, относительная сохранность внимания и зрительно-моторной координации, хорошая вработываемость. У них легко формируются общественно ценные потребности и интересы, нормы адекватного поведения, стойкие установки на целенаправленную деятельность. Первичное формирование навыков у них не сопровождается декомпенсацией состояния.

- Социальный прогноз при ограничении жизнедеятельности и связи с легкой и умеренной степенью умственной отсталости при наличии аффективно-волевых нарушений менее благоприятен. Психопатоподобный вариант указанного дефекта характеризуется повышенной возбудимостью и быстрой истощаемостью волевого усилия. Установки на целенаправленную деятельность неустойчивы, подобные больные требуют контроля, руководства со стороны, индивидуального подхода с учетом их склонностей и интересов. Необходимо отметить, что в начале приобретения навыков целенаправленной деятельности у них часто отмечаются ухудшения состояния с усилением психопатоподобных проявлений. Декомпенсация состояния легко возникает под влиянием неблагоприятных средовых факторов.

- Астенический тип дефекта при легкой и умеренной степени лабильности характеризуется повышенной утомляемостью, низкой толерантностью к физическому и нервному напряжению, период освоения навыков целенаправленной деятельности затруднен и сопровождается нестойкими декомпенсациями с возникновением астенодепрессивных состояний, что и мерную очередь ограничивает жизнедеятельность и определит сложность социальной адаптации.
- Лица с глубокой и тяжелой степенью умственной отсталости и чертами торпидности в эмоционально-волевой сфере в плане социальной абилитации являются наиболее сложными. Психомоторная заторможенность, отсутствие интереса к какой-либо деятельности требуют постоянных активирующих влияний извне, наглядных разъяснений, однако приобретенные с большим трудом навыки отличаются нестойкостью.

- Несмотря на различия в клинико-психофизиологических характеристиках, лица с умственным недоразвитием имеют общие черты. Наиболее характерной из них является сниженная самооценка. Затянувшаяся и повышенная зависимость от опекающих затрудняет формирование и восприятие себя как отдельной от других и ответственной за свое поведение личности. Низкий уровень навыков общения повышает уязвимость негативного отношения сверстников и ранимость самооценки. Пассивность, повышенная подчиняемость и отсутствие инициативы являются скорее артефактом семейного и общественного воспитания, а не истинной характеристикой поведения этих лиц. Артефактом может быть и агрессивность, вызванная окружающими и представляющая иногда единственно доступный способ преодолеть всеобщее безразличие и обратить на себя внимание.

- Направленность воздействия спортивно-оздоровительной работы при умственной отсталости должна апеллировать не столько к повышению интеллектуального развития, сколько к коррекции механизмов дезадаптивной психологической защиты, которые обуславливают обученную беспомощность и низкую самооценку. Освоение ценности физической культуры приводит к развитию мотивационно-потребностной сферы личности, к самоорганизации, здоровому образу жизни, потенцирует творческие способности, преподносит образцы и способы мышления и деятельности, настраивает занимающуюся на поиск совместно с педагогом собственного, может быть единственного, пути самореализации. В этом процессе большую помощь может оказать правило обязательной положительной оценки даже самой маленькой победы в развитии своей жизнедеятельности и, соответственно, преодоление недуга и ограничений, с ним связанных.

- На начальных этапах коррекционной работы с данным контингентом наиболее эффективным является индивидуальный метод взаимодействия, так как снижение вербального интеллекта, эмоционально-социальные проблемы обуславливают беспомощность и зависимость от ближайшего окружения в период включения в непривычную деятельность.
- Индивидуальный метод взаимодействия как методический прием особенно важен при эмоционально-волевых нарушениях к структуре дефекта психики и астеническом типе дефекта, так как они обуславливают частые ситуационно зависимые декомпенсации состояния в период вработываемости. Астенический тип дефекта предполагает значительную продолжительность индивидуальных занятий, поскольку при нестойком характере декомпенсации характеризуется значительном частотой и выраженностью.
- При сложном типе дефекта индивидуальный метод взаимодействия позволяет выявить корреляцию между физической нагрузкой и возможным обострением судорожного синдрома.

- Усиливающаяся необходимость общения со сверстниками придает особое значение индивидуально-групповому методу занятий: в этом плане целесообразно применение метода «однородной группы», когда пациенты подбираются в относительно сходные группы по патологии, степени тяжести нарушений, сопутствующим синдромам.
- При дальнейшей социализации инвалидов в организации коррекционно-воспитательного процесса целесообразно переходить к коллективному методу работы, который позволяет формировать двигательные и другие взаимоотношения между каждым конкретным инвалидом и окружающими его людьми (без чего невозможно дальнейшее достижение эффективной социальной адаптации среди сверстников и окружающих сограждан), а также расширяет возможности в плане воспитания необходимых личностных качеств, использования подражательных реакций, соревновательности и т.д.

- Для лиц с тяжелой и глубокой умственной отсталостью в общем стиле двигательных занятий основным должен быть игровой метод; при значительной психомоторной заторможенности важное значение имеет метод повторно-кольцевого построения занятий. Следует отметить также метод предметно-практического взаимодействия больных в процессе занятий по физическому воспитанию, положительными моментами которого являются конкретность, развитие «орудийной» логики, определенная конечная результативность предметных действий. Перечисленные методы спортивно-оздоровительной работы являются общими для всех ее видов, к которым относятся адаптивное физическое воспитание, адаптивная двигательная реабилитация, адаптивная физическая рекреация и спорт.

-

- Резюмируя вышеизложенное, можно считать, что **клинико-функциональными критериями отбора для спортивно-оздоровительной работы инвалидов с умственной отсталостью являются:**
- все виды умственного недоразвития, независимо от степени тяжести и типа дефекта психики;
- сниженная самооценка, пассивная подчиняемость, отсутствие мотивации и целенаправленной деятельности, снижение мотивационно-эмоциональной сферы, низкий уровень инициативности, снижение толерантности к фрустрации (на фоне умственной отсталости);
- склонность к дезадаптивному и асоциальному поведению, употребление психоактивных веществ на фоне психосоциальных и эмоциональных проблем (на фоне простого типа дефекта в рамках легкой и умеренной степени умственной отсталости);

- повышенная утомляемость, низкая толерантность к физическому и психическому напряжению (на фоне астенического типа дефекта с проявлениями психосоциальной дезадаптации);
- психомоторная заторможенность и отсутствие интереса к какой-либо деятельности (на фоне торпидного типа дефекта при тяжелой и глубокой степени умственной отсталости).

Помимо этого имеются противопоказания к занятиям физической культурой. Прямым противопоказанием к физкультурно-оздоровительным занятиям является декомпенсированный психопатоподобный синдром с агрессивным и деструктивным поведением.

- Итак, мы с вами рассмотрели сегодня понятия врачебного контроля, его место в адаптивной физической культуре, подробно остановились на противопоказаниях для занятий оздоровительной или адаптивной физической культурой лиц с патологией органов зрения, слуха, умственной отсталостью. Наиболее часто причиной инвалидизации являются поражения со стороны опорно-двигательного аппарата, поэтому следующую лекцию мы посвятим этому вопросу.

Спасибо за внимание!