



МИНИСТЕРСТВО СПОРТА
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ, СПОРТА И ТУРИЗМА»



КГУФКСТ

**ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ
I НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ СТУДЕНТОВ
И МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ ВУЗОВ
ЮЖНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА
(февраль – март 2023 г.)**

часть 1

КРАСНОДАР
КГУФКСТ
2023

УДК 796 (06)
ББК 75.1
Т 29

Печатается по решению редакционного совета
Кубанского государственного университета физической культуры,
спорта и туризма

Редакционная коллегия:

доктор экономических наук, профессор З.М. Хашева
доктор медицинских наук, профессор Е.М. Бердичевская
доктор психологических наук, профессор Г.Б. Горская
доктор педагогических наук, профессор Н.И. Дворкина
доктор педагогических наук, профессор А.П. Золотарев
доктор педагогических наук, профессор В.В. Костюков
доктор исторических наук, профессор Т.А. Самсоненко
доктор педагогических наук, профессор М.М. Шестаков
кандидат педагогических наук, доцент С.С. Воеводина
кандидат педагогических наук, доцент Е.А. Еремина
кандидат педагогических наук, доцент Л.И. Просоедова

Т 29 **Тезисы докладов I научной конференции студентов и молодых ученых вузов Южного федерального округа (февраль-март 2023 г.) г. Краснодар (текст): материалы конференции / ред. коллегия: З.М. Хашева, Е.М. Бердичевская, Г.Б. Горская, Н.И. Дворкина, А.П. Золотарев, В.В. Костюков, Т.А. Самсоненко, М.М. Шестаков, С.С. Воеводина, Е.А. Еремина, Л.И. Просоедова. – Краснодар: КГУФКСТ, 2023. – Часть 1. – 268 с.**

УДК 796 (06)
ББК 75.1

©КГУФКСТ, 2023

СОДЕРЖАНИЕ

КАФЕДРА ПСИХОЛОГИИ	12
ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	12
Боровикова И.В., Гладилина Л.А.	12
ОСОБЕННОСТИ САМООЦЕНКИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	14
Будерацкая В.А., Распопова А.С.	14
РОЛЬ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В ФОРМИРОВАНИИ САМООЦЕНКИ У ПОДРОСТКА	16
Галич А.И., Дубовова А.А.	16
ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИИ СПОРТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ТЕННИСИСТОВ	18
Гергеленко Я.В., Берилова Е.И.	18
ОСОБЕННОСТИ СФОРМИРОВАННОСТИ ПРОИЗВОЛЬНОСТИ КОГНИТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ В МЛАДШЕМ ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ	20
Головко Т.Д., Дробышева К.А.	20
ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО САМООПРЕДЕЛЕНИЯ УЧАЩИХСЯ 9 И 11 КЛАССОВ	22
Головко А.Д., Дробышева К.А.	22
ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ПОДРОСТКОВ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ	24
Дуб М.А., Распопова А.С.	24
ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА К УСЛОВИЯМ СРЕДНЕЙ ШКОЛЫ	25
Дубровина К.Ю., Распопова А.С.	25
ПРОЯВЛЕНИЕ ВИКТИМНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ	27
Заболотная О.Е., Дробышева К.А.	27
ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ	29
Зиновьева Л.А., Самоходкина Л.Г.	29
ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ АГРЕССИВНОСТИ У ОБУЧАЮЩИХСЯ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА	31
Злыденая А.А., Дубовова А.А.	31
ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛИЗАЦИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ	33
Кузнецова В.В., Дробышева К.А.	33
ОСОБЕННОСТИ СФОРМИРОВАННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У ПОДРОСТКОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ И НЕ ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ	35
Лебидка А.Р., Дубовова А.А.	35

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ВЛИЯНИИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ НА СТАНОВЛЕНИЕ ОБРАЗА «Я» ПОДРОСТКА	37
Лешко А.А., Совмиз З.Р.	37
МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ	39
Люлевич Я.С., Самоходкина Л.Г.	39
РОЛЬ ОБЩЕНИЯ В РАЗВИТИИ РЕБЕНКА	41
Марченко А.В., Совмиз З.Р.	41
ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ПЕРФЕКЦИОНИЗМА НА СПОРТСМЕНОВ	43
Михаелян В.М., Дубовова А.А.	43
ОСОБЕННОСТИ САМОЭФФЕКТИВНОСТИ СПОРТСМЕНОВ-ФУТБОЛИСТОВ В УСЛОВИЯХ КАРАНТИННЫХ ОГРАНИЧЕНИЙ	45
Моисеев С.Г. Научный руководитель доцент Берилова Е.И.	45
ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНОСТИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ВСЕСТИЛЕВЫМ КАРАТЕ, У РОДИТЕЛЕЙ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ПЕРФЕКЦИОНИЗМА	47
Петраковец О.О., Берилова Е.И.	47
АНАЛИЗ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ТРЕНЕРСКОГО СОСТАВА ПО СТРЕЛКОВОМУ СПОРТУ О ВЛИЯНИИ ОБРАЗОВ НА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СПОРТСМЕНОВ	49
Петрова С.А., Распопова А.С.	49
ПЕРЕХОД ИЗ НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЫ В СРЕДНЮЮ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ	51
Подорина Д.В., Распопова А.С.	51
ОСОБЕННОСТИ СФОРМИРОВАННОСТИ КРЕАТИВНОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ И ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ	53
Семенова А.Н., Дробышева К.А.	53
ОСОБЕННОСТИ СФОРМИРОВАННОСТИ ПРОКРАСТИНАЦИИ У ШКОЛЬНИКОВ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА	55
Сенченко С., Гладилина Л.А.	55
ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПОДРОСТКОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ	56
Снежко Д.П., Дробышева К.А.	56
ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОГО И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО САМООПРЕДЕЛЕНИЯ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ	58
Трелюс А.В., Дубовова А.А.	58
ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ ПРИ ПЕРЕХОДЕ ИЗ НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЫ В СРЕДНЕЕ ЗВЕНО	59
Филипенко С.С., Дробышева К.А.	59
ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА И СТИЛЯ РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ	61
Черкасова К.В., Дубовова А.А.	61

КАФЕДРА АДАТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ.....	63
ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ОСАНКИ	63
Алехина Н.В., Лавриченко С.П.....	63
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕТРАДИЦИОННЫХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	65
Божко Д.А., Попова О.С.....	65
СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ АДАПТИВНОГО ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ИНТЕЛЛЕКТА.....	67
Бочкарева К.С., Бойкова М.Б.....	67
ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....	69
Бузиков И.В., Лавриченко С.П.....	69
ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВАЛЬГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОП У ДЕТЕЙ..	71
Важенин Р.Р., Белоусов Н.Д., Спирина И.К.....	71
ОСОБЕННОСТИ АДАПТИВНОГО ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА ПРИ ОБУЧЕНИИ ПЛАВАНИЮ.....	73
Вац М.В., Бойкова М.Б.	73
ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ, НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ.....	75
Вернер Т.А., Лавриченко С.П.....	75
АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ДЛЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА В УСЛОВИЯХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ.....	77
Головань А.С., Липатникова М.А.	77
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ	80
Данчевская П.Г., Пастухов О.Г.....	80
ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФУТБОЛА ДЛЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА	82
Даурова О.А., Попова О.С.....	82
ОСОБЕННОСТИ СТИМУЛИРОВАНИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ	84
Дедова А.В., Бойкова М.Б.....	84
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗООТЕРАПИИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ И СОЦИАЛИЗАЦИИ ЛИЦ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	86
Землянухина К.И., Полубедова А.С.....	86
КОРРЕКЦИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	87
Кваша И.И., Спирина И.К.....	87

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНИЧЕСКИЕ УСТРОЙСТВА ТРУДОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ.....	90
Кирносова Е.О., Лавриченко С.П.	90
СПОСОБЫ СОЦИАЛИЗАЦИИ В ОБЩЕСТВО ОБУЧАЮЩИХСЯ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ.....	92
Козаченко А.Д., Божко Д.А., Лавриченко С.П.	92
ОСОБЕННОСТИ СТАЦИОНАРНОГО ЭТАПА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ.....	94
Королева А. Н., Пастухов О.Г.	94
ОСНОВЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ ПОСЛЕ ТРАВМ ПОЗВОНОЧНИКА	96
Корчемкина М., Пастухов О.Г.	96
ПРИНЦИП ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ	98
Лепа К.С., Спирина И.К.	98
ОСОБЕННОСТИ И МЕТОДЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЛИЦЕВОГО НЕРВА	100
Ли Е.В., Гулевская О.Н.	100
ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ СПОРТСМЕНОВ ПРОБЛЕМЫ, КОНЦЕПЦИИ И ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ ФЕНОМЕНА.....	103
Ли Э.Д., Полубедова А.С.	103
АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ПРИ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ ИМЕЮЩИМИ НАРУШЕНИЯ ЗРЕНИЯ	106
Манжина Э.С., Бойкова М.Б.	106
ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ С ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНЫМ ПЕРИАРТРОЗОМ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ	108
Маштаков М.П., Спирина И.К.	108
КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ СРЕДСТВАМИ АФВ У ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ.....	110
Мельникова Е.С., Бойкова М.Б.	110
ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЗАНЯТИЙ ПЛАВАНИЕМ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ.....	112
Мондикова В.В., Пономарева Т.В.	112
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ АДАПТИВНОГО ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ НА ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ.....	114
Опрышкова Т.В., Бойкова М.Б.	114
ПСИХОГЕННОЕ ВЛИЯНИЕ ИППОТЕРАПИИ НА ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ	116
Поддубная А.А., Бойкова М.Б.	116
КОРРЕКЦИЯ ДЕФОРМАЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СО СКОЛИОЗОМ I-II СТЕПЕНИ.....	118
Положаева В.В., Пономарева Т.В.	118

АНАЛИЗ ВЫСТУПЛЕНИЯ РОССИЙСКИХ СПОРТСМЕНОВ НА ЛЕТНИХ И ЗИМНИХ ПАРАЛИМПИЙСКИХ ИГРАХ	120
Потанина А.С., Попова О.С.	120
ОРТЕЗИРОВАНИЕ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ СКОЛИОЗА И КИФОЗА.....	122
Ревина Ю.О., Бризинская К.Д., Спирина И.К.	122
ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СРЕДСТВ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ.....	124
Савенко Д.А., Пономарева Т.В.	124
ВЛИЯНИЕ ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА СОЦИАЛИЗАЦИЮ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ	126
Савинченко А.А., Бойкова М.Б.	126
ВЛИЯНИЕ ЦИРКАДНЫХ РИТМОВ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА	128
Савинченко А.А., Полубедова А.С.	128
ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ГАНДБОЛИСТОВ В АДАПТИВНОМ СПОРТЕ ГЛУХИХ	129
Самойлюков С.С., Лавриченко С.П.	129
ПЛАВАНИЕ КАК ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ МЕРОПРИЯТИЕ	131
Серебрякова А.Д., Полубедова А.С.	131
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ С ПОМОЩЬЮ МЕХАНОТЕРАПИИ.....	133
Сусаева Е.А., Лавриченко С.П.	133
ОСОБЕННОСТИ АДАПТИВНОГО ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА НА ЗАНЯТИЯХ КАРАТЭ	135
Чернышев Д.В., Бойкова М.Б.	135
ТРАВМАТИЗМ В ХУДОЖЕСТВЕННОЙ ГИМНАСТИКЕ.....	137
Чех П.Е., Полубедова А.С.	137
ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ.....	139
Шелкова В.М., Спирина И.К.	139
КАФЕДРА ФИЗИОЛОГИИ	141
ВЕСТИБУЛЯРНАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ У ТЯЖЕЛОАТЛЕТОВ В ДИНАМИКЕ ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА	141
Алябьев Д.Ю., Бугаец Я.Е.	141
ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕВУШЕК, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ТЯЖЕЛОЙ АТЛЕТИКОЙ	143
Бекух З.Н., Гронская А.С.	143
ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИИ РАВНОВЕСИЯ ЮНОШЕЙ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ АКРОБАТИЧЕСКИМ РОК-Н-РОЛЛОМ	145
Белевский А.С., Исаенко Т.А.	145

СТАБИЛОГРАФИЯ КАК СПОСОБ ОЦЕНКИ ПОЗНОЙ УСТОЙЧИВОСТИ В СТРЕЛКОВЫХ ВИДАХ СПОРТА	147
Евтеева Е.А., Бердичевская Е.М.....	147
СКОРОСТНО-СИЛОВЫЕ СПОСОБНОСТИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В ЛЕГКОАТЛЕТИЧЕСКОМ МНОГООБОРЬЕ	149
Жирман В.Ю., Исаенко Т.А.	149
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНЕРЦИОННЫХ ДАТЧИКОВ «PLAYER MAKER» В ЖЕНСКОМ ФУТБОЛЕ СРЕДИ ЮНИОРОК.....	151
Зарандия Т.Г., Гронская А.С.	151
ВЛИЯНИЕ СКАНДИНАВСКОЙ ХОДЬБЫ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19	153
Козыренко Е.А., Бердичевская Е.М.	153
РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ХРОНОТИПОВ У КВАЛИФИЦИРОВАННЫХ ТЯЖЕЛОАТЛЕТОВ.....	155
Коробейников Л.А., Гронская А.С.	155
ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ И КООРДИНАЦИИ ДВИЖЕНИЙ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЗАНЯТИЙ ХОРЕОГРАФИЕЙ	157
Котлицкая А.Д., Исаенко Т.А.	157
ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА КАЛОРИЙ И ЧРЕЗМЕРНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК НА ЭНДОКРИННУЮ СИСТЕМУ ЖЕНЩИН.....	159
Мельникова Е.С., Малука М.В.	159
ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ТРЕНЕРОВ С УЧЕТОМ ТИПА ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	161
Парамонов М.П., Калюжная Л.А., Тришин Е.С.	161
ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БАСКЕТБОЛИСТОК РАЗНЫХ ИГРОВЫХ АМПЛУА	163
Поддубная А.А., Малука М.В.	163
ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТЬ СИСТЕМЫ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПЛОВЦОВ НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ СПОРТИВНОЙ ПОДГОТОВКИ.....	165
Саакян Г.М., Гронская А.С.....	165
СТЕПЕНЬ НАПРЯЖЕНИЯ АДАПТАЦИОННЫХ МЕХАНИЗМОВ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	167
Саакян Г.М., Гронская А.С.....	167
ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ВАЛЬГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ СТОП.....	169
Смалиус И.С., Бугаец Я.Е.....	169
ПОСТУРАЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ В СПОРТИВНЫХ ЕДИНОБОРСТВАХ	171
Степанян Л.В., Бугаец Я.Е.	171
ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОРГАНИЗМА КАК ФАКТОРЫ ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА ЮНОГО ФЕХТОВАЛЬЩИКА	173
Фиткулин В.С., Малука М.В.	173

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ БЫСТРОТЫ У КВАЛИФИЦИРОВАННЫХ БОКСЕРОВ В СПЕЦИАЛЬНО-ПОДГОТОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ТРЕНИРОВКИ	175
Чалукиян А.А., Гронская А.С.....	175
ХАРАКТЕРИСТИКА МЫШЕЧНОЙ АКТИВНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПРОЦЕССЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ УПРАЖНЕНИЙ ЮНЫМИ ГИМНАСТКАМИ.....	177
Шапка Е.С., Швыдченко И.Н.....	177
КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЖЕНЩИН, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ГИРЕВЫМ СПОРТОМ	179
Эйсан М.Е., Бугаец Я.Е.	179
РЕАКЦИЯ ПАРАМЕТРОВ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА НА ВЫСОКОИНТЕНСИВНЫЕ ИНТЕРВАЛЬНЫЕ ТРЕНИРОВКИ.....	181
Эмурлаев Р.С., Швыдченко И.Н.....	181
КАФЕДРА АНАТОМИИ И СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ	183
СПОРТИВНЫЕ ТРАВМЫ В ВОДНОМ ПОЛО	183
Белая В.Д., Маякова О.В.	183
ВЛИЯНИЕ АКСЕЛЕРАЦИИ НА ДЕТЕЙ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ.....	185
Белуосов Н.Д., Половникова М.Г.	185
ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ ПОДГОТОВКИ СПОРТСМЕНОВ-ПЛОВЦОВ	187
Беспалов Е.М., Пономарев И.М., Маякова О.В.....	187
ТРАВМЫ КОЛЕННОГО СУСТАВА В СПОРТЕ	189
Билокур А.А., Кудряшов М.Е., Кудряшова Ю.А.....	189
ПРОБЛЕМА АКСЕЛЕРАЦИИ	191
Важенин Р.Р., Половникова М.Г.....	191
РЕТАРДАЦИЯ: ПРИЧИНЫ И ПОСЛЕДСТВИЯ.....	193
Гаврилова Е.В., Половникова М.Г.....	193
ОБУЧЕНИЕ ТЕХНИКЕ БАРЬЕРНОГО БЕГА	195
Гилко И.Г., Федоров Д.Ф., Маякова О.В.....	195
ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ НЕКОТОРЫХ УПРАЖНЕНИЙ В ГИМНАСТИКЕ	198
Григоренко А.Д., Маякова О.В.	198
ГИПЕРАКТИВНОСТЬ ДЕТЕЙ В ОНТОГЕНЕЗЕ.....	199
Гуренко М.Ю., Кудряшова Ю.А.	199
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОФИЛЬ АСИММЕТРИИ ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫХ ТАНЦОРОВ ЕВРОПЕЙСКОЙ СОРЕВНОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ.....	201
Дудкова Е.И., Кудряшова Ю.А.	201

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОФИЛЬ АСИММЕТРИИ КВАЛИФИЦИРОВАННЫХ ТАНЦОРОВ ЕВРОПЕЙСКОЙ СОРЕВНОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ.....	203
Дудкова Е.И., Кудряшова Ю.А.	203
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОФИЛЬ АСИММЕТРИИ ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫХ ТАНЦОРОВ ЛАТИНОАМЕРИКАНСКОЙ СОРЕВНОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ	205
Дудкова Е.И., Кудряшова Ю.А.	205
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ АНТРОПОМЕТРИИ У ГИМНАСТОК, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ХУДОЖЕСТВЕННОЙ И ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ГИМНАСТИКОЙ	207
Иванова А.И., Маякова О.В.....	207
АНАЛИЗ ОСВЕДОМЛЁННОСТИ ШКОЛЬНИКОВ О РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ СПОРТИВНЫХ ЕДИНОБОРСТВ.....	209
Ивуть Е.В., Кудряшова Ю.А.....	209
АНАЛИЗ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ СПОРТСМЕНОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ТАЙСКИМ БОКСОМ, О СВОЕМ ВИДЕ СПОРТА.....	212
Ивуть Е.В., Кудряшова Ю.А.....	212
НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ У СПОРТСМЕНОВ В ПАРУСНОМ СПОРТЕ	214
Измайлова Л.Р., Жданова Е.В., Маякова О.В.	214
СПЕЦИФИКА ТРАВМАТИЗАЦИИ ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫХ СПОРТСМЕНОВ, СПЕЦИАЛИЗИРУЮЩИХСЯ ВО ВСЕСТИЛЕВОМ КАРАТЭ.....	215
Коваль М.М., Кудряшова Ю.А.	215
ОТКЛОНЕНИЯ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У СОВРЕМЕННЫХ ШКОЛЬНИКОВ.....	217
Козаченко А.Д., Половникова М.Г.	217
ВЛИЯНИЕ ЗАНЯТИЙ БОЛЬШИМ ТЕННИСОМ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА	219
Куликова В.Д., Половникова М.Г.	219
ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ СТАРЕНИЕ	221
Мавлонов Богдан, Половникова М.Г.	221
РАЗВИТИЕ ПАТОЛОГИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЛИЦ РАЗНОГО ПОЛА И ВОЗРАСТА.....	223
Маенко А.С., Кудряшов М.Е., Кудряшова Ю.А.	223
МЕТОДИКА РАЗВИТИЯ КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ В ПАРУСНОМ СПОРТЕ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	225
Мальнева Ю.А., Маякова О.В.....	225
НАЧАЛЬНЫЙ ЭТАП ОТБОРА В ПЛАВАНИИ	227
Мельникова Т.И., Маякова О.В.....	227
ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА.....	229
Микаелян Т.А., Половникова М.Г.	229

ДОЛГОЛЕТИЕ – СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКОЕ ЯВЛЕНИЕ.....	231
Микаелян Т.А., Половникова М.Г.	231
СРАВНЕНИЕ ВЕСОРОСТОВОГО ИНДЕКСА СТУДЕНТОВ XX-XXI ВЕКОВ.....	233
Микропуло К.А., Белкания Р.В., Кудряшова Ю.А.....	233
СРАВНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЛИНЫ ТЕЛА СТУДЕНТОВ XX-XXI ВЕКОВ.....	235
Микропуло К.А., Белкания Р.В., Кудряшова Ю.А.....	235
СРАВНЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА СТУДЕНТОВ XX-XXI ВЕКОВ.....	237
Микропуло К.А., Белкания Р.В., Ю.А. Кудряшова.....	237
СТРУКТУРА УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ НА ПРИМЕРЕ ФИТНЕС-КЛУБА ORANGE FITNESS	239
Остапчук А.С., Калинина И.Н.....	239
ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ АКСЕЛЕРАЦИИ.....	241
Серебрякова А.Д., Половникова М.Г.....	241
АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПРИ ОТБОРЕ В ХУДОЖЕСТВЕННУЮ ГИМНАСТИКУ.....	243
Синельникова Е.А., Маякова О.В.	243
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ УРОВНЯ ТЕХНИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ ФУТБОЛИСТОВ 10-12 ЛЕТ.....	245
Сугак Н.А., Сугак А.П., Калинина И.Н.	245
ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ ДЕЦЕЛЕРАЦИИ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ СРЕДСТВАМИ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ.....	248
Сусаева Е.А., Половникова М.Г.....	248
ВЛИЯНИЕ ГИМНАСТИКИ НА ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНУЮ СИСТЕМУ ДЕТЕЙ, НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ ТРЕНИРОВКИ.....	250
Тарасенко П.Е., Маякова О.В.....	250
ВИТАУКТ: ГЕНОТИПИЧЕСКИЕ И ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ.....	252
Хадаа Батмэнд, Половникова М.Г.	252
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ДОЛГОЛЕТИЕ	254
Хадаа Батмэнд, Половникова М.Г.	254
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АКРОБАТОК, СПЕЦИАЛИЗИРУЮЩИХСЯ В ЖЕНСКИХ ГРУППОВЫХ УПРАЖНЕНИЯХ	256
Харина М.В., Кудряшова Ю.А.	256
МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	259
Чех П.Е., Половникова М.Г.	259
ОСОБЕННОСТИ ПРЫЖКА С ОДНОЙ НОГИ.....	261
Шевков В.Е., Половникова М.Г.....	261
ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ.....	263
Шелкова В.М., Половникова М.Г.	263

КАФЕДРА ПСИХОЛОГИИ

УДК: 159.922.6

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Боровикова И.В.

Научный руководитель старший преподаватель Гладилина Л.А.

Аннотация. Рассмотрены особенности проявления тревожности у детей дошкольного возраста. В период перехода от раннего к младшему возрасту у ребёнка наступает кризис 3-х лет, в котором происходит становление самосознания и появляется собственное «Я». Неуверенный в себе, склонный к сомнениям и колебаниям, робкий, тревожный ребенок нерешителен, несамостоятелен, нередко инфантилен и повышено внушаем.

Ключевые слова: тревожность, страх, дошкольный возраст, общение.

Тревожность – это черта личности, которая обеспечивает безопасность человека на психологическом уровне, но имеет отрицательные последствия. Она может затормаживать активность ребёнка в процессе образовательной деятельности. Повышенная тревожность дошкольников может препятствовать стремлению к достижению успехов, так как обычно сопровождается потребностью избегания неудач [5].

Дети, которые имеют высокий уровень тревожности обладают специфическими особенностями в общении. Они испытывают трудности в общении, из-за этого у них могут нарушаться мотивационные компоненты общения. Они обычно не уверены в себе и имеют неустойчивую самооценку, постоянно испытывают страх и беспокойство, из-за чего редко проявляют инициативу [2].

На вопрос, почему же какие-то дети становятся тревожными, а какие-то нет, можно ответить так: это совокупность факторов и особенностей личности которые влияют на формирование этой самой тревожности. К ним можно отнести: индивидуальные особенности высшей нервной деятельности ребенка; нездоровое воспитание и неблагоприятные отношения ребенка с родителями, особенно с матерью; отсрочка подкрепления; неудовлетворение родителями потребностей ребенка согласно его желанию; смена социальных отношений; завышенные требования к ребенку которые становятся главным критерием воспитания, при этом справиться с ними ребенок не имеет возможностей или может только через значительные старания; характер внутрисемейных отношений (излишний протекционизм родителей, опека; появления второго ребенка; плохая приспособленность ребенка и т.д.); помимо внутрисемейных отношений не меньшее влияние оказывают и внешние взаимоотношения, например с воспитателем дошкольного учреждения [4, 6].

Таким образом подавление общения со стороны тревожных детей часто связано с страхом быть непонятыми, не оправдать ожидания, заниженной самооценкой и в таком случае чаще всего такие дети либо предпочитают чтобы как-то себя вести тихо, скованно, либо излишнюю прилипчивость в отношениях [1].

Исходя из вышесказанного, не остается сомнений, что тревожные дети нуждаются в особом подходе и психологической помощи. Особо опасной данная ситуация развития становится тогда мы сталкиваемся в поведении ребенка с пугливостью, нерешительностью и чувством вины. Такие дети значительно чаще испытывают тревогу и напряжение, трудности с концентрацией внимания, у них могут возникать проблемы со сном и т.д.

Теплота и доверие во взаимоотношениях с тревожными детьми могут стать залогом качества их, тем самым мы сможем создать лучшую основу для полноценного развития личности.

Важно, чтобы взрослые вовремя заметили и осознали проблему тревожных детей и помогли детям стать увереннее в себе, научили управлять собой в различных ситуациях [3].

Литература:

1. Божович, Д. И. Личность и ее формирование в детском возрасте / Д. И. Божович.– М., 2009. – 215 с.

2. Славина, Е. Тревожные дети / Е. Славина, Н. Шанина // Дошкольное воспитание. – 1996. – №4. – С.11-14.

3. Бадьина, Н. П. Профилактика и преодоление тревожности в дошкольном возрасте / Н. П. Бадьина. – М., Наука, 2014. – 110 с.

4. Исследование проявлений тревожности у детей дошкольного возраста в аспекте детско-родительских отношений / И. В. Илларионова. – Чебоксары : Чувашский государственный педагогический университет им. И. Я. Яковлева, 2011.

5. Степанов, А. Тревожность / А. Стапанов // Семья и школа. – 1994. – №1. – С. 18.

6. Влияние нарушенных детско-родительских отношений на проявления тревожности/ И. В. Смолярчук. – Тамбов: Тамбовский государственный университет имени Г. Р. Державина, 2018.

УДК: 159.922.6

ОСОБЕННОСТИ САМООЦЕНКИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Будерацкая В.А.

Научный руководитель доцент Распопова А.С.

Аннотация. Представлены результаты исследования особенностей самооценки дошкольников. Выявлены взаимосвязи самооценки и стиля воспитания. Установлено, что неустойчивый стиль воспитания и гиперопека связаны со снижением самооценки детей.

Ключевые слова: новообразование, самооценка, личностное сознание, родительское воспитание.

Развитие самооценки у ребенка – это очень важный процесс, который имеет сложнейшие системные структурные характеристики, в состав которых можно включить: эмоциональные, когнитивные, поведенческие компоненты. Все это говорит о том, что исследование развития процесса формирования самооценки у ребенка, нуждается в комплексном подходе, а также учете социальных и биологических факторов в развитии ребенка.

Цель исследования – выявить особенности взаимосвязи стиля воспитания и самооценки в дошкольном возрасте.

Для диагностики применены методика Эйдемиллера Э.Г. и Юстицкиса В.В. «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) для определения стиля родительского воспитания; методика «Лесенка»; методика Т. Дембо – С.Я. Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан. В исследовании приняли участие: дети в возрасте 5-7 лет (10 человек) и их родители (10 человек).

При обработке методики «Лесенка» были получены следующие результаты: высокий уровень самооценки выявлен у 30% опрошенных детей, средний у 40%, а низкий у 30%. При обработке результатов по методике Т. Дембо – С.Я. Рубинштейна были получены следующие результаты: очень высокий уровень самооценки выявлен у 10% опрошенных детей, высокий у 40%, средний – 50%, низкий – 0%. То есть, в группе детей преобладающим является средний уровень самооценки. В исследуемой группе наиболее ярко выражена гиперпротекция, т.е. родители уделяют ребёнку крайне много времени, сил и внимания. У всех опрошенных родителей не было выявлено таких черт как потворствование или игнорирование потребностей ребенка. Следовательно, такие родители удовлетворяют основные потребности ребенка, но не «балуют» его. В группе опрошенных родителей, преобладающими являются «недостаточность требований – обязанностей» и «недостаточность требований – запретов», т.е. их дети, имеют очень мало обязанностей в семье, и им можно «всё». Если и существуют какие-либо запреты, то ребёнок легко их нарушает, зная, что за это ему ничего не будет. В группе опрошенных родителей, преобладающей чертой является «минимальность санкций» по отношению к ребёнку. Такие родители сомневаются в действенности любых наказаний и стараются обходиться без них.

Имеются разнонаправленные связи уровня притязаний и самооценки со стилями родительского отношения. Видно, что чем выше игнорирование потребностей ребенка родителями, тем выше его уровень притязаний, то есть ребенок, рано испытавший множество удач, капризный нередко обладает завышенным уровнем притязаний. Самооценка и уровень притязаний взаимосвязаны в развитии, но сами по себе лишь в малой степени определяют те усилия, которые ребенок прилагает в решении разнообразных задач.

Также имеются обратные связи с самооценкой, то есть чем выше неустойчивость стиля воспитания и гипопротекция родителей, тем ниже самооценка ребенка. Под таким воспитанием мы понимаем резкую переменчивость стиля, приемов, представляющих собой переход от очень строгого к либеральному и затем, наоборот, переход от значительного внимания к ребенку к эмоциональному отвержению его родителями.

Неустойчивость стиля воспитания, по мнению К. Леонгарда, содействует формированию таких черт характера, как упрямство, склонность противостоять любому авторитету, и является нередкой ситуацией в семьях подростков с отклонениями характера.

Литература:

1. Бэндлер, Р. Семейная терапия / Р. Бэндлер, Д. Гриндер. – Воронеж, 2005. – 320 с.
2. Варга, А. Я. Структура и типы родительских отношений / А.Я. Варга. – М.: Педагогика, 1987. – 326 с.
3. Возрастная, педагогическая и коррекционная психология: Сборник науч. трудов вып. // Под науч. ред. Ю. Н. Карандашева, Т. В. Сенько. – Мн. : Асвета, 2003 . – 238 с.
4. Выготский, Л. С. Психология развития человека / Л. С. Выготский. – М. : Эксмо-Пресс, 2004. – 367 с.
5. Гамезо, М. В. Возрастная и педагогическая психология : учеб. пособие для студ. пед. вузов / М. В. Гамезо, Е. А. Петрова, Л. М. Орлова ; под общ. редл. М. В. Гамеза. – М. : Педагогическое общество России, 2004 . – 512 с.

УДК: 159.922.6

РОЛЬ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В ФОРМИРОВАНИИ САМООЦЕНКИ У ПОДРОСТКА

Галич А.И.

Научный руководитель доцент Дубовова А.А.

Аннотация. В работе рассматривается взаимосвязь детско-родительских отношений и процесса формирования самооценки в подростковом возрасте. В исследовании были установлены прямые достоверные взаимосвязи между показателем «самооценка» и следующими показателями родительского отношения: «вовлеченность матери», «поддержка матерью автономии», «теплота отношения матери», «вовлеченность отца», «поддержка отцом автономии», «теплота отношения отца». Были установлены обратные достоверные взаимосвязи между показателем «расхождение между самооценкой и уровнем притязаний» и следующими компонентами родительского отношения: «вовлеченность матери», «поддержка матерью автономии», «теплота отношения матери», «вовлеченность отца», «поддержка отцом автономии», «теплота отношения отца».

Ключевые слова: подростки, самооценка, семья, детско-родительские отношения.

В становлении личности ребенка большое влияние несет подростковый период. Именно поэтому он является самым тяжелым этапом и протекает достаточно бурно, ведь под собой подразумевает переход во взрослую жизнь. Ребенок претерпевает не только физические изменения, но также духовные. Происходит гормональная перестройка организма, выстраиваются коммуникативные навыки, самосознание выходит на новый осознанный уровень, формируется самооценка и ценностные ориентации. Именно из-за данных процессов подростки становятся восприимчивыми, ранимыми, эмоциональными, импульсивными, в виду чего взаимоотношения с родителями становятся неустойчивыми, а иногда и нездоровыми [3, 5].

Таким образом, актуальность данного исследования определяется тем, что семья -это главный социальный фактор, влияющий на формирование личности. То есть, внутрисемейные взаимоотношения, помимо прочего, влияют и на становление самооценки ребенка [1, 4].

Цель исследования – изучить роль детско-родительских отношений в формировании самооценки у подростков.

На первом этапе исследования изучались особенности детско-родительских отношений в группе подростков. Мы можем говорить, о том, что подростки оценивают достаточно высоко вовлеченность матери в их жизнь, эмоциональную поддержку и выражают обратную положительную связь [2]. Поддержка автономии обоих родителей свидетельствует о гармоничном стиле воспитания подростков, у которых формируется самостоятельность за счет предоставления родителями права выбора, точки зрения, что способствует снижению конфликтности в семье, гармоничному развитию личности подростка, психологической зрелости. Если автономность не поддерживается, подросток вырастает инфантильным, агрессивным и конфликтным. Иными словами, в рамках отношений сотрудничества с родителями подросток получает возможность опробовать различные стратегии обретения независимости и самостоятельности, что в свою очередь способствует развитию его личностной автономии. Фактор «Вовлеченность отца» тестируемые оценивают низко, что в свою очередь говорит нам о нехватке совместного времяпровождения и эмоциональной близости с отцом. Взаимодействие с отцом положительно влияет на когнитивное развитие подростков.

Согласно полученным данным у подростков обоих полов зафиксирована высокая самооценка, которая свидетельствует о реалистичном представлении касательно себя, положительном отношении к своим умениям и навыкам, к себе в целом и на основе этого

постановки высоких целей, что показывает высокий уровень притязаний, который стимулирует подростка к достижению высоких целей и развитию.

Проведя корреляционный анализ можно сделать вывод о том, что чем выше вовлеченность матери и отца в жизнь подростков, поддержка ими автономии и теплота взаимоотношений, тем конструктивнее подростки оценивают собственные качества и способности, готовы ставить высокие цели и понимают, как их достигнуть. Это приводит к выводу о том, что чем выше восприятие родителей, тем продуктивнее подростки ставят перед собой цели, которые действительно стремятся достичь. Следует отметить, что также были выявлены обратные взаимосвязи между показателем «расхождение между самооценкой и уровнем притязаний» и компонентами родительского отношения.

Таким образом, чем выше вовлеченность родителей в жизнь подростков, теплота взаимоотношений между ними, поддержка родителями автономии детей, тем ниже расхождение между самооценкой и уровнем притязаний. Возможно, это связано с тем, что подростки боятся ставить высокие цели, так как в случае отсутствия возможности их достижения, это отрицательно может сказаться на их взаимоотношениях с родителями.

Литература:

1. Берилова, Е. И. Влияние детско-родительских отношений на становление образа «я» подростка / Е. И. Берилова, А. И. Галич // В сборнике : Социально-гуманитарные инновации: стратегии фундаментальных и прикладных научных исследований : Материалы Всероссийской научно-практической конференции (с международным участием). – Оренбург, 2021. – С. 152-159.

2. Галич, А. И. Особенности взаимосвязи детско-родительских отношений и самооценки у подростков / А. И. Галич, К. А. Дробышева // Воспитание в современных условиях: региональный аспект. – Пенза, 2022. – С. 39-42

3. Носенко, Н.П. Особенности восприятия подростками родительского отношения / Н. П. Носенко, А. И. Галич // Культура родительства и семейные ценности в современном мире. Киров. 2022. С. 201-205

4. Распопова, А. С. Взаимосвязь стиля родительского отношения и личностных особенностей детей дошкольного возраста / А. С. Распопова, И. О. Марусич // Теория и методология инновационных направлений физкультурного воспитания детей дошкольного возраста: Материалы IX Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Краснодар, 31 октября 2019 года. – Краснодар: Кубанский государственный университет физической культуры, спорта и туризма, 2019. – С. 267-268.

5. Шуркина, Е. В. Взаимосвязь эмоционально-личностного развития ребёнка и стиля родительских отношений / Е. В. Шуркина, А. А. Дубовова, Е. А. Пархоменко // Теория и методика инновационных направлений физкультурного воспитания детей дошкольного возраста: материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием. – Краснодар, 2018. – С. 295-296.

ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИИ СПОРТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ТЕННИСИСТОВ

Гергеленко Я.В.

Научный руководитель доцент Берилова Е.И.

Аннотация. В данной работе рассматривается феномен спортивной мотивации. Спортивная деятельность сегодня характеризуется высоким уровнем конкурентоспособности атлетов. Спортивные достижения теннисистов зависят не только от уровня технико-тактической подготовки, но и от мотивации спортсменов.

Ключевые слова: спорт, спортсмены, теннис, мотивация, спортивная мотивация.

Сегодня спорт высших достижений представляет собой беспощадную соревновательную конкуренцию, которая диктует спортсмену необходимость максимально активизировать все свои возможности, требует проявления всех его сил, начиная с физических и заканчивая психологическими [1]. При этом психологическая нагрузка на спортсмена постоянно возрастает, так как выходя на более высокий уровень спортивного мастерства, результаты выступлений на соревнованиях становятся не только личным делом каждого спортсмена, но и приобретают высокую социальную значимость. В связи с этим возрастает роль личностных ресурсов в преодолении физических и психических перегрузок [2].

Современный теннисный матч характеризуется не только своей интенсивностью, требующей активизации всех физических возможностей человека, но и является противоборством характеров соревнующихся теннисистов, их силы воли и духа. Поэтому, если в начале матча успех зависит от уровня физической и технико-тактической подготовки спортсмена, то в конце именно его психологический настрой будет определять результаты игры. Теннисист, который обладает наиболее высоким уровнем мотивации, сможет максимально проявить все свои возможности для достижения поставленной цели.

Мотивация – двигатель какой бы то ни было деятельности, это именно желание начать и продолжать что-либо делать. Не обладая мотивацией человек не будет стремиться что-то делать.

В спорте непосредственно уровень мотивации спортивной деятельности будет иметь решающее значение в поединке у спортсменов с равным уровнем физической и технико-тактической подготовки [3].

Следовательно, это нужно иметь в виду не только в подготовке высококлассифицированных, но и юных спортсменов, которые только начинают занятия спортом, и выделять особое место в психологической подготовке спортсменов именно мотивации, она призывает человека заниматься спортом, и начинающего спортсмена остаться в этом виде спорта и достичь успеха.

Безусловно, то что спорт имеет схожие черты с игрой. Мотивы к игре заключены в ней самой. Человека привлекают к ней не внешние стимулы, такие как в трудовой деятельности, когда выполнение ее, очень часто связано только с получением материальных благ, а именно получение удовольствия от участия. Следовательно, и в спорте спортсмен получает удовольствие от самой спортивной деятельности и от успехов, достигаемых в ней.

В теннисе мотивация тесно связана с любовью к данному виду спорта и стремлением спортсмена к достижению результата. Мотивацию спортивной деятельности у теннисистов можно подразделить на два вида: внешнюю – это желание спортсмена достичь успеха в теннисе из-за таких внешних факторов как медали, кубки, вознаграждения и деньги; внутренняя же мотивация отличается желанием спортсмена заниматься именно этим видом спорта, достичь в нем успеха, получением удовольствия от занятий и игры.

Важную роль в спорте имеет именно мотивация из-за того, что приходится проявлять все свои возможности часто в максимально ограниченное время и с сильнейшими соперниками. Особенностью спортивной мотивации является то, что спортсмен несмотря на высочайшие физические и психические нагрузки, иногда предельные, которые выматывают и утомляют его, он продолжает борьбу и стремление к достижению высоких результатов, очень часто даже преодолевая себя.

Литература:

1. Босенко, Ю. М. Ресурсы преодоления сложностей на пути профессионального развития спортсмена / Ю. М. Босенко, А. С. Распопова, Е. И. Берилова // Ученые записки университета им. П. Ф. Лесгафта. – 2020. – № 7(185). – С. 470-472.

2. Босенко, Ю. М. Личностные и когнитивные факторы стрессоустойчивости спортсменов высокого класса / Ю. М. Босенко, Е. И. Берилова // Вестник Костромского государственного университета им. Н. А. Некрасова. Серия : Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. – 2015. – Т. 21, № 2. – С. 106-110.

3. Горская, Г. Б. Мотивационная регуляция деятельности спортсменов в спорте высших достижений: теория и практика реализации / Г. Б. Горская // Вестник Псковского государственного университета. Серия: Психолого-педагогические науки. – 2017. – № 5. – С. 27-39.

УДК: 159.922.6

ОСОБЕННОСТИ СФОРМИРОВАННОСТИ ПРОИЗВОЛЬНОСТИ КОГНИТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ В МЛАДШЕМ ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

Головки Т.Д.

Научный руководитель старший преподаватель Дробышева К.А.

Аннотация. Младший школьный возраст является одним из благоприятных периодов для развития когнитивных процессов и играет большую роль в их формировании и совершенствовании. В период младшего школьного возраста под воздействием учебной деятельности у ребенка возникает большое количество изменений в когнитивных процессах. Главным изменением в когнитивных процессах становится их произвольность. В работе рассматриваются особенности сформированности произвольности когнитивных процессов в младшем школьном возрасте. По результатам исследования, было установлено, что у девочек уровень внимания выше, чем у мальчиков, память и мышление в обоих выборках средняя.

Ключевые слова: когнитивные процессы, младший школьный возраст, произвольность, память, внимание, мышление.

Младший школьный возраст - это возраст интенсивного развития когнитивных процессов [2]. Когнитивные процессы – это процессы в которых происходит преобразование внешней информации и раздражителей, воздействующих на рецепторы, в ответную информацию, которая отвечает на внешние стимулы, к ним относятся внимание, память, мышление, речь, воображение, [1]. Когнитивные процессы в младшем школьном возрасте по сравнению с дошкольным возрастом, благодаря учебной деятельности, переходят на более высокий уровень своего развития, они совершенствуются и приобретают произвольность [3, 5]. Произвольность – особое качество когнитивных процессов, проявляющееся в способности осознанно управлять своими действиями, все процессы становятся целенаправленными и управляемыми [4]. Мы изучали такие когнитивные процессы как внимание, память, мышление.

Цель исследования – изучить особенности сформированности произвольности когнитивных процессов в младшем школьном возрасте. В исследовании принимали участие 60 учащихся 4-х классов в возрасте от 9 до 11 лет. Показатели внимания определялись по методике «Корректирующая проба» Б. Бурдона, показатели памяти определялись по методике «Изучение слуховой произвольной памяти» Л.М. Шипицыной, показатели мышления определялись по методике «Простые аналогии».

Согласно полученным данным показатель устойчивости внимания у девочек младшего школьного возраста ($7,5 \pm 2,2$) достоверно выше $p \leq 0,05$ чем у мальчиков младшего школьного возраста ($4,5 \pm 3,2$). Девочки продемонстрировали среднюю устойчивость внимания, мальчики продемонстрировали устойчивость внимания ниже среднего. Данные результаты связаны с тем, что во время выполнения задания девочки были более внимательны и сконцентрированы, а мальчики больше разговаривали и отвлекались. По показателю объема произвольной слуховой памяти, исследованные нами девочки ($6,8 \pm 1,7$) и мальчики ($6,5 \pm 1,9$) младшего школьного возраста, показали средний уровень объема произвольной слуховой памяти. Младшие школьники могут запоминать малочисленный объем информации осознанно, но большую часть информации они запоминают неосознанно. Ученики смогли запомнить достаточное количество слов, благодаря тому, что внимательно и сосредоточенно слушали слова. Достоверных различий выявленное не было. По показателю уровня развития логического мышления, исследованные нами девочки ($19,6 \pm 9,3$) и мальчики ($15,5 \pm 9,4$) имеют средний уровень развития логического мышления, при этом достоверных различий выявлено не было. И девочки, и мальчики на протяжении всего времени выполнения задания торопились и в результате допускали ошибки.

Таким образом, по результатам исследования, было установлено, что у девочек уровень внимания выше, чем у мальчиков, так как были выявлены достоверные различия ($p \leq 0,05$) по показателю устойчивости внимания. В то же время не выявлено статистически достоверных различий по показателям памяти и мышления между девочками и мальчиками. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что учебная деятельность способствует у младших школьников гармоничному развитию когнитивных процессов, которые приобретают произвольность.

Литература:

1. Дробышева, К. А. Развитие произвольного внимания в старшем дошкольном возрасте посредством игры // Теория и методология инновационных направлений физкультурного воспитания детей дошкольного возраста. – 2021. – С. 115-116.
2. Выготский, Л. С. Вопросы детской психологии. – СПб., 1999
3. Кулагина, И. Ю. Возрастная психология: Полный жизненный цикл развития человека : учеб. пособие для студ. высш учеб, заведений / И. Ю. Кулагина, В. Н. Коллюцкий. – М., 2001
4. Пархоменко, А. Е. Особенности сформированности когнитивных процессов у младших школьников с учетом включения в спортивную деятельность/ А. Е. Пархоменко, А. А. Дубова // Физическая культура и спорт. Олимпийское образование. – Краснодар, 2021. – С. 293-294.
5. Сапогова, Е. Е. Психология развития человека: учеб пособие. – М., 2001.

ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО САМООПРЕДЕЛЕНИЯ УЧАЩИХСЯ 9 И 11 КЛАССОВ

Головки А.Д.

Научный руководитель старший преподаватель Дробышева К.А.

Аннотация. В данной работе рассмотрены особенности профессионального самоопределения учащихся 9 и 11 классов.

Ключевые слова: профессиональное самоопределение, подростковый возраст, старший школьный возраст.

Профессиональное самоопределение – это первая ступень на пути ко взрослой жизни. Правильный выбор способствует гармоничному вхождению в раннюю взрослость и становлению будущего профессионала. Выбор профессии происходит на основе анализа задач и целей общества актуальных на данный период времени и индивидуальных склонностей юноши. Профессиональное самоопределение предполагает самостоятельную, активную позицию личности в освоении профессии, и поэтапную реализацию стратегии профессионального самоопределения [4]. Главной целью профессионального самоопределения является постепенное формирование внутренней готовности самостоятельно и осознанно планировать, корректировать и реализовывать перспективы своего развития, постепенно формируя готовность рассматривать себя развивающимся в рамках определенного времени, пространства и смысла, постоянно расширять свои возможности и максимально их реализовывать [3].

Ведущей деятельностью в старшем школьном возрасте, согласно Д.Б. Эльконину, является учебно-профессиональная деятельность [2]. Выбор жизненно и профессионального пути в старшем школьном возрасте является главенствующим, старше школьники осуществляют самостоятельный выбор профессии, которая раскрывает направленность личности, склонности юноши к той или иной деятельности, способствующие дальнейшей реализации [1]. В старшем подростковом возрасте так же проявляется интерес к будущей профессиональной деятельности, но он неустойчивый и не связан с учебными предметами в отличие от старших классов.

Цель исследования – выявить особенности профессионального самоопределения у обучающихся 9-х и 11-х классов. В исследовании принимали участие 30 юношей и 28 девушек, в возрасте от 15 до 18 лет. Показатели профессионального самоопределения изучались при помощи методики Анкета «Ориентация» И. Л. Соломин.

По результатам исследования 6% обучающихся 9-х классов хотели бы обладать типом профессии человек – человек, 66% оценивают свои способности как подходящие для данного типа профессии, наблюдается сильное расхождение между «Я хочу» и «Я могу». Это говорит о том, что многие обучающиеся 9-х классов смогли бы работать по профессии, связанной с взаимодействием между людьми, но не имеют желания.

41% обучающихся 9-х классов хотели бы обучаться профессиям, относящимся к типу человек – художественный образ, но при этом лишь 3% опрошенных оценивают свои способности как подходящие для данного типа профессий.

Менее всего обучающиеся 9-х классов склонны выбирать профессии типа человек-техника, причем как по показателю «Я хочу», так и по показателю «Я могу», что говорит о том, что профессии данного типа не привлекают обучающихся и они не находят у себя способностей подходящего данному типу профессий.

Таким образом, анализируя полученные данные, можно сделать вывод о том, что обучающиеся 9-х классов чаще всего выбирают профессии, как человек – художественный образ, при этом имеют очень низкие значения по показателю «Я могу», и имеют способности для профессий, относящихся к типу человек-человек, но не изъявляют желания к выбору данной профессии.

Тенденция к распределению показателей по шкалам «Я хочу» и «Я могу» у учащихся 11-х классов схожа с показателями 9-х классов, но при этом имеются некоторые изменения. Так среди учеников 11 класса выбор профессии по типу человек-человек как желанной стал выше, хотя по-прежнему по шкале «Я могу» процент выше.

Так же, тенденция сохранилась и относительно шкалы человек-художественный образ, эти профессии по-прежнему выглядят для обучающихся более привлекательными, хотя процент 11-классников имеющих склонности к данным профессиям уменьшился по сравнению с 9-классниками.

По шкале «Я могу» типа профессий человек-природа было получено 0%, что говорит о том, что учащиеся не оценивают свои способности как подходящие для данных профессий, так же по шкале «Я хочу» показатель составил 4%, что говорит о том, что и особого желания к выбору данной профессий среди учащихся 11 класса не имеется.

По результатам проведенного исследования было установлено, что обучающиеся 9 и 11 классов хотели бы обладать типом профессии человек – человек, но не имеют желания работать по профессии, связанной с взаимодействием между людьми. Так же обучающиеся чаще всего выбирают профессии, как человек-художественный образ, при этом имеют очень низкие значения по показателю «Я могу», и имеют способности для профессий относящихся к типу человек-человек, но не изъявляют желания к выбору данной профессии.

Литература:

1. Батищев, В. Н. Психология профессионального самоопределения: учебное пособие. – М.: Перо, 2019. – 46 с.

2. Володина, Ю. А. Психология профессионального самоопределения подростков и юношей : учебное пособие / Ю. А. Володина. – Москва ; Берлин : Директ-Медиа, 2022. – 200 с.

3. Гридяева, Л. Н. Самоопределение и профессиональная ориентация: учебное пособие для студентов бакалавриата, обучающихся по направлению 44.03.02 «Психолого-педагогическое образование» / Л. Н. Гридяева, Л. Э. Филатова; Министерство науки и высшего образования Российской Федерации, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Воронежский государственный педагогический университет». – Воронеж : Воронежский государственный педагогический университет, 2019. – 124 с.

4. Пряжникова, Е. Ю. Профориентация: учебное пособие для студентов высших учебных заведений / Е. Ю. Пряжникова, Н. С. Пряжников. – М. : Академия, 2013. – 496 с.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ПОДРОСТКОВ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ

Дуб М.А.

Научный руководитель доцент Распопова А.С.

Аннотация. В данном исследовании рассматриваются особенности тревожности у школьников на разных этапах обучения. Анализ показал присутствие достоверных различий среди классов 7 «А» и 9 «Б» по таким шкалам как: общая школьная тревожность, фрустрация потребности в достижении успеха, низкая физиологическая сопротивляемость стрессу. Исследование показало, что наиболее подвержены состоянию тревожности ученики 9 класса.

Ключевые слова: школьная тревожность, подростковый возраст, эмоциональное благополучие, фрустрация, страх.

В настоящее время проблема тревожности является одной из наиболее актуальных проблем [1]. Её изучали такие психологи как А.М. Прихожан, Р. Мэй, Ч.Д. Спилберг, Б. Филипс, Д. Бернс, Е.В. Новикова [3,4]. Тревожность занимает особое место среди негативных переживаний человека, она часто приводит к различным затруднениям: снижению работоспособности, переживанию трудностей в общении [3]. Понимание тревожности было внесено в психологию психоаналитиками и психиатрами. Многие из них рассматривали тревожность как врожденное свойство личности, то есть изначально присущее человеку состояние. Определение тревожности в психологическом словаре выглядит так: это «индивидуальная психологическая особенность, заключающаяся в повышенной склонности испытывать беспокойство в самых различных жизненных ситуациях, в том числе и в таких, которые к этому не предрасполагают» [2].

Цель исследования – выявить особенности школьной тревожности подростков на разных этапах обучения. В исследовании приняли участие 53 человека. Выборку составили две категории испытуемых: учащиеся 7 «А» и 9 «Б» классов МАОУ гимназии № 25 г. Краснодара. Возраст опрошенных от 13 до 15-16 лет. Показатели школьной тревожности изучались при помощи методики «Диагностика уровня школьной тревожности» Филлипса.

Среднее значение по шкале «Общая школьная тревожность» у 9 класса преобладает над средним значением 7 класса. Это обуславливается тем, что подростки, обучающиеся в 9 классе, подвержены состоянию тревожности в большей степени из-за предстоящих экзаменов, которые решают их дальнейшее будущее. Также у 9 класса в большей степени отличается и фрустрация потребности в достижении успеха. Это тоже может быть связано с предстоящими экзаменами, так как это проявляется в стремлении утвердить себя не в отношении к другим, а в отношении к делу, Низкая физиологическая сопротивляемость стрессу также имеет значительные различия между классами, у 7 класса она менее выражена, чем у 9. То есть, старшеклассники способны более адекватно реагировать на возникающие в процессе учёбы или сопряжённые со школьной жизнью стрессовые ситуации. Средний уровень выраженности наблюдается у 7 и 9 классов по шкале «Страх ситуации проверки знаний», то есть подростки данного возраста, испытывают тревогу из-за оценки окружающих их собственного «Я», их возможностей, знаний и умений, и поэтому они могут входить в состояние тревожности. Остальные шкалы имеют низкий уровень выраженности среди двух классов.

Литература:

1. Болучевская, В. В. Проявление тревожности в подростковом возрасте / В. В. Болучевская, Н. А. Чеченкова // Серия : Гуманитарные и экономические науки. – 2018. – №. 2. – С. 145-148.
2. Распопова, А. С. Факторы тревожности и социально-психологической адаптации современных подростков в условиях образовательной среды / А. С. Распопова, Е. И. Берилова, Ю. М. Босенко // Вестник Тверского государственного университета. Серия: Педагогика и психология. 2021. – № 4 (57). – С. 93-98.
3. Распопова, А. С. Особенности взаимосвязи тревожности и жизнестойкости школьников / А. С. Распопова, Е. Е. Курбала // Тезисы докладов XXXX научной конференции студентов и молодых ученых вузов южного федерального округа : Материалы конференции. редакционная коллегия Г. Д. Алексанянц, А. И. Погребной, Л. И. Просоедова. – 2013. – С. 96.

УДК: 159.922.8

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА К УСЛОВИЯМ СРЕДНЕЙ ШКОЛЫ

Дубровина К.Ю.

Научный руководитель доцент Распопова А.С.

Аннотация. Рассмотрены особенности протекания адаптационного периода детей подросткового возраста к условиям средней школы. Дети подросткового возраста при переходе из начальной школы в среднюю переживают один из кризисных периодов. В этот период изменяется социальная ситуация развития подростка, требования учителей становятся выше, ведущей деятельностью становится общение.

Ключевые слова: адаптация, подростковый возраст, начальная школа, средняя школа.

Адаптация детей подросткового возраста к условиям средней школы осложняется рядом факторов: предъявляются более высокие требования к школьникам, материал усложняется, появляются новые учителя.

Эти факторы влияют на успеваемость подростков, а также на поведение, эмоциональную стабильность, мотивацию, развитие тревожных состояний, самооценку и могут привести к сложностям во взаимодействии со взрослыми и сверстниками [2].

Для определения уровня адаптации школьников могут быть проведены следующие методы психологической диагностики: методика социометрического изучения межличностных отношений в детском коллективе, которая помогает разобраться в том, как окружение ребенка способствует его личностному развитию. Опросник С. В. Левченко «Чувства в школе», помогающий наглядно увидеть настрой класса, его «эмоциональный портрет»[4].

Результатом адаптации будет являться то, насколько ребенок сумел освоиться в школьной среде, а также приспособиться к ее требованиям и правилам[1,2].

У подростка в это время появляются возрастные изменения, ко всему этому прибавляются трудности, так как состав учителей изменяется, добавляются новые предметы и учиться становится сложнее. Некоторые школьники могут проявлять агрессию и капризность[3].

Одним из важных аспектов в развитии самосознания подростков являются физические изменения. От того, как подросток оценивает свои физические изменения будут зависеть многие моменты самосознания. Подростковый возраст можно охарактеризовать эмоциональной неустойчивостью.

С началом кризисного периода у подростка появляется чувство взрослости. Оно проявляется в потребности, чтобы взрослые относились к нему как к равному, взрослому человеку. Тут появляется стремление к самостоятельности, к тому, чтобы быть значимым в окружении взрослых. Появляется желание самоутвердиться, самореализоваться, а также самоопределиться.

В 10-11 лет у подростка своеобразное отношение к себе, так как идет принятие себя.

В 12-13 лет с принятием себя появляется еще и отрицательное отношение к себе. Он становится зависим от оценок сверстников. Актуализируется потребность в самоуважении.

В 14-15 лет появляется «оперативная самооценка», с помощью которой можно понять как подросток относится к себе прямо сейчас.

Также к новообразованиям этого сенситивного периода относят: формирование идентичности и личностная рефлексия.

Формирование идентичности - это долгий и сложный процесс самоопределения. Но чувство идентичности формирует направления, цели и смысл жизни подростка.

Важным новообразованием считается личностная рефлексия, которая дает возможность ребенку осознавать свой внутренний мир и, конечно, внутренний мир других

людей. На первой стадии личностной рефлексии подросток оценивает отдельные поступки, а на второй стадии уже рассматривает черты своего характера и особенности взаимоотношений с другими людьми. В это время происходит скачок в развитии личностной рефлексии. Это считается серьезным толчком для самовоспитания ребенка.

Как раз в пятом классе дети получают возможность начать учебную жизнь заново. Эта возможность считается ключевым положительным моментом при переходе из младшей школы в среднюю.

Процесс адаптации осложняется тем, что изменяются условия, так как в начальной школе была ориентация на одного педагога и ребенок развивался, приобретал знания в одном кабинете. В средней же школе ситуация изменяется.

Происходит изменение требований, так как у разных учителей совершенно разные требования. Отсутствует индивидуальный контроль, ведь раньше был один учитель, помогающий контролировать весь процесс обучения. В пятом классе такой контроль уходит.

За время обучения в начальной школе остаются неусвоенные темы, но так как в начальной школе учитель использует индивидуальный подход к каждому ребенку, такие моменты сглаживаются. В средней школе нет такого отслеживания, и материал осложняется от урока к уроку.

Таким образом, для учеников переход в среднюю школу - это трудный период, в котором ученикам необходимо адаптироваться, так как это важный процесс, от которого зависит дальнейшая школьная жизнь ребенка.

Литература:

1. Босенко, Ю. М. Использование средств физической культуры при работа с детьми старшего дошкольного возраста с различными проявлениями дезадаптации / Ю. М. Босенко, А. С. Распопова, Е. Н. Сулова // Теория и методология инновационных направлений физкультурного воспитания детей дошкольного возраста : Материалы IX Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – 2019. – С. 60-61.

2. Габрелян, С. Г. Особенности тревожности и социальной-психологической адаптации современных подростков / С. Г. Габрелян, А. С. Распопова // Гуманитарный вестник (Горловка). – 2015. – № 2. – С. 231-237.

3. Литвиненко, Н. В. Адаптация школьников в критические периоды развития к образовательной среде : автореф. дис. д-ра психол. наук / Н. В. Литвиненко. – Самара, 2009. – 24 с.

4. Немов, Р. С. Психология : учебник для студентов высших педагогических учеб. заведений / Р. С. Немов. – М. : КноРус, 2016. – 720 с.

5. Перминова, Ю. А. Психолого-педагогические условия адаптации пятиклассников при переходе в среднее звено / Ю. А. Перминова. – Молодой ученый. – 2015. – №4. – С. 664-667.

ПРОЯВЛЕНИЕ ВИКТИМНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

Заболотная О.Е.

Научный руководитель старший преподаватель Дробышева К.А.

Аннотация. В подростковом возрасте на детей могут отрицательно влиять взрослые, телевизионные программы, группы сверстников и различные неформальные объединения, которые формируют антисоциальную установку личности, поэтому подростки наиболее склонны к виктимному поведению. Данные факторы повышают уровень виктимности, и школьники начинают совершать антисоциальные проступки и примеряют на себя роль жертвы.

Ключевые слова: виктимное поведение, подростки, виктимность, жертвы, признаки.

Е.В. Змановская называла желание подростков узнать новое, их стремление к приключениям, некоторую наивность, восприимчивость, неумение приспособиться к окружающим условиям, неумение справиться с конфликтами, а иногда и физическую слабость – возможными психофизическими особенностями, которые приводят учащегося к роли жертвы, в пубертатном периоде. Все вышеперечисленное объясняет высокую виктимность в подростковом возрасте [5].

Исходя из этого, можно сказать, что подростки зачастую не в состоянии сами справиться с теми проблемными ситуациями в жизни, которые у них появляются [1].

Внутренние факторы, по мнению Т.Н. Матанцева, способствующие проявлению виктимности у подростков:

- потребность в престиже и в самоуважении;
- потребность рисковать, неустойчивость эмоций;
- агрессивность, различные акцентуации характера;
- отклонения в психическом развитии;
- низкий уровень самоуважения;
- неадекватная самооценка [6].

Виктимность проявляется у всех довольно разнообразно и индивидуально. Например, представим подростка, который жалуется учителю на сверстников и школьника, который специально создает конфликтную ситуацию со взрослым и более сильным человеком. Сущность таких людей в том, что они предпочитают жаловаться на свою жизнь, а еще, таким поведением они пытаются привлечь к себе внимание. Возможно, у них нет другого способа, привлечь внимания окружающих. Но выбранный ими способ, вызывает у людей скорее не жалость, а презрение и агрессию из-за систематической виктимности по отношению к ним [2].

Жертвы ведут себя по-разному, часто их поведение зависит от их психологических, личностных и возрастных особенностей [4]. В числе подростков, у которых наблюдается склонность к виктимному поведению, кроме потенциальных жертв, встречаются также и потенциальные насильники, которые в некоторых ситуациях могут ярко демонстрировать агрессию и жестокость. Опираясь на вышесказанное, М.В. Голубева выделяет несколько типов виктимного поведения.

Конформным или соглашательским называют такое поведение, при котором люди абсолютно точно готовы взять на себя роль жертвы. Они ожидают от других насилия, различных оскорблений в свою сторону, обмана и жестокости по отношению к своей личности. Дети подросткового возраста и молодые люди робки и склонны подчиняться и восхвалять насильника, который находится в их окружении. Причиной такого поведения могут быть сильные личностные качества насильника, которые позволяют ему делать то, что неизведанно его жертве. Для «жертв» свойственна определенная характеристика. Они часто не уверены в себе, у них отсутствует чувство собственной значимости, а также им необходимо повышать свою самооценку, так как обычно она у них неадекватная и заниженная [3].

Эмоционально-неустойчивое, демонстративное и вызывающее поведение находит свое проявление в агрессивном поведении самой «жертвы», которая склонна провоцировать. Это наиболее характерно для подростков и для тех, кто страдает инфантилизмом. Такие люди часто берут на себя роль насильников, а иногда и преступников, и травят тех, кого считают слабее себя. Подростки, склонные к жестокости, могут подавлять более слабых. Однако при встрече с более сильным соперником такие подростки берут на себя роль «жертвы».

Исключением считается, когда сильные, непоколебимые и надежные личности принимают на себя роль жертвы. Это объясняется тем, что иногда они осознанно встают в такую позицию, чтобы отстоять свои жизненные принципы или, например, защитить близких. Но в данном случае жертвенность не будет являться виктимностью, потому что она оправдана, несмотря на наличие признаков виктимного поведения [3].

В заключение можно сказать, что подростки наиболее склонны к виктимному поведению в силу особенностей своего возраста. Проявляется такое поведение у них неоднозначно и в различных видах и формах. Различия в том, как ведут себя жертвы, объясняются их психологическими, личностными и возрастными особенностями. У подростков с виктимным поведением наблюдается неуверенность в себе и своих силах, зачастую они эмоционально незрелы и не обладают адекватной самооценкой. Также для них характерна повышенная тревожность, склонность к депрессивному настроению и отсутствие самоконтроля. В силу возраста у них ярко проявляется чувство взрослости, внушаемость и ведомость.

Литература:

1. Андронникова, О. О. Специфика психолого-педагогического сопровождения виктимных подростков склонных к бродяжничеству / О. О. Андронникова // Вестник НГПУ. – 2019. – № 1. – С. 123-136.
2. Белинская, Т. В. Исследование склонности к виктимному поведению подростков с разным отношением родителей / Т. В. Белинская, М. К. Волкова // Прикладная юридическая психология. – 2018. – № 3. – С. 94-102.
3. Голубь, М. С. Модель педагогического предупреждения виктимизации и насилия над подростками / М. С. Голубь // Общество: социология, психология, педагогика. – 2018. – №5. – С. 104-107.
4. Егорова, А. В. Меры виктимологической защиты детей в различных жизненных ситуациях / А. В. Егорова // Виктимность и виктимологическая профилактика: Материалы круглого стола по дисциплине «Психология отклоняющегося поведения». – Тверь, 2019. – С. 13-16.
4. Змановская, Е. В. Девиантология: Психология отклоняющегося поведения / Е. В. Змановская. – Москва : Академия, 2003 – 288с.
5. Матанцева, Т. Н. Факторы виктимного поведения подростков как социальная проблема психологической науки / Т. В. Матанцева // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2016. – Т. 8. – С. 74-81.

Аннотация. В данной работе рассмотрены особенности эмоциональной сферы в дошкольном возрасте и факторы, влияющие на её изменения. Эмоции помогают детям познавать окружающий мир, осваивать высшие формы экспрессии (интонация, мимика, пантомимика), учиться эмоциональной отзывчивости и эмпатии, а также проявлять собственные чувства.

Ключевые слова: дошкольный возраст, эмоциональная сфера, эмоции, эмоциональное предвосхищение, интеллектуализация.

Согласно А.Н. Леонтьеву: «Дошкольный возраст – период первоначального фактического склада личности». В это время начинает развиваться мотивационная и эмоционально-волевая сферы, тесно связанные друг с другом, формируется нравственная саморегуляция, полноценное самосознание, самооценка [2].

Эмоциональная сфера включает в себя эмоциональные переживания, к которым относятся: аффекты, эмоции, чувства, настроения, эмоциональный стресс.

Эмоции – это субъективные реакции человека на воздействие внешних и внутренних раздражителей, отражающих в форме непосредственных переживаний их личную значимость для субъекта и проявляющихся в виде удовольствия (неудовольствия) [3].

Эмоции являются важной составляющей процесса общения, поскольку они помогают людям лучше понимать друг друга. Для эффективного взаимодействия необходимо правильно понимать эмоциональное состояние партнера, уметь выражать свои эмоции, контролировать их и управлять эмоциональным состоянием.

Изначально, на основе врожденных реакций ребёнок учится воспринимать эмоциональное состояние окружающих его людей. Затем в процессе общения усложняются социальные контакты, что приводит к формированию эмоциональных процессов. Сначала эмоции зависят от оценки результата деятельности. Со временем происходит переход от результата действия непосредственно к его содержанию. И после этого появляется эмоциональное предвосхищение, которое лежит в основе эмоциональной регуляции действий дошкольника. Оно возникает в начале деятельности и проявляется в способности ребёнка предвидеть будущий результат и то, как его оценят, а также сам процесс действия [1].

Развитие эмоциональной сферы в дошкольном возрасте связано с появлением у ребёнка новых интересов, потребностей, мотивов и их соподчинения, возникновению которых способствует эмоциональное предвосхищение. В результате соподчинения мотивов переживания становятся более глубокими и устойчивыми [4].

В период дошкольного возраста ребенок начинает всё чаще использовать речь, которая оказывает влияние на выражение эмоций и обеспечивает их интеллектуализацию. Это приводит к тому, что дошкольник постепенно начинает контролировать эмоциональные состояния, а эмоции становятся более осознанными и обобщёнными [5].

Эмоции формируются во всех видах деятельности, в которые включен ребёнок. Дошкольный возраст можно назвать возрастом познавательных эмоций, к которым относятся чувства любознательности, удивления, любопытства, радость открытия. Ребёнку нужны яркие эмоциональные впечатления. Для того, чтобы деятельность состоялась, она должна иметь эмоциональную окраску, так как дошкольник ещё не способен делать то, что ему не интересно.

Благодаря участию в совместной деятельности у ребёнка развивается эмпатия, которая является важным компонентом эмоциональной сферы. Он учится проявлять сочувствие и сопереживание эмоциональному состоянию другого человека [5].

В заключении можно сказать, что в дошкольном возрасте расширяется спектр эмоций присущих ребёнку. Бурные аффективные реакции становятся кратковременными, менее стойкими и интенсивными. В этом возрасте ребёнок подвержен влиянию эмоций, переживаемых другими людьми. Стремительно развиваются социальные и опережающие эмоции.

Литература:

1. Берилова, Е. И. Развитие эмоциональной и познавательной сферы гиперактивных дошкольников / Е. И. Берилова, А. И. Сычева // В сборнике : Теория и методология инновационных направлений физкультурного воспитания детей дошкольного возраста : Материалы IX Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – 2019. – С. 41-42.

2. Леонтьев, А. Н. Избранные психологические произведения: в 2 Т. / А. Н. Леонтьев. – М. : Педагогика, 1983. – Т.1. – С.384-385.

3. Маклаков, А. Г. Общая психология : учебник для вузов / А. Г. Маклаков. – СПб. : Питер, 2008. – 583 с.

4. Николаева, В. В. Особенности развития эмоциональной сферы детей дошкольного возраста [Электронный ресурс] / В. В. Николаева, А. Е. Байкенова, В. Е. Шевченко // Вопросы образования и подготовки кадров. – 2019. – № 1. – С. 40-45. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-razvitiya-emotsionalnoy-sfery-detey-doshkolnogo-vozrasta/viewer> (дата обращения 10.12.2022).

5. Носенко, Н. П. К вопросу о подготовке педагогических кадров для дошкольных образовательных учреждений / Н. П. Носенко, Е. П. Петров // В сборнике : Теория и методология инновационных направлений физкультурного воспитания детей дошкольного возраста : материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Кубанский государственный университет физической культуры, спорта и туризма. – 2011. – С. 126-127.

УДК: 159.922.8

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ АГРЕССИВНОСТИ У ОБУЧАЮЩИХСЯ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Злыденая А.А.

Научный руководитель доцент Дубовова А.А.

Аннотация. В работе рассматриваются особенности проявления агрессивности у школьников подросткового возраста. Установлены различия проявления агрессии в подростковом возрасте между юношами и девушками.

Ключевые слова: школьная агрессивность, подростковый возраст, юноши, девушки.

Определённый уровень агрессии в норме характерен всем детям и является необходимым для оптимальной адаптации человека к реальности. Тем не менее, наличие агрессии, как устойчивого образования указывает на нарушения в личностном развитии. Она препятствует нормальной деятельности и полноценному общению. Данная проблема имеет длительную историю, что привлекло многих исследователей в нашей стране и за рубежом к изучению темы агрессии. Исследователи сосредоточились на следующих аспектах проблемы: биологические и социальные понятия агрессии, условия, определяющие проявления агрессии, личностные и возрастные особенности проявления агрессивного поведения, а также способы предупреждения агрессии [1].

Для подросткового возраста характерным является проявление агрессивного поведения, которое может быть выражено по-разному. На формирование агрессии могут оказывать различные факторы. К наиболее распространенным можно отнести окружение, семья, школа и др. [2].

Цель исследования – установить особенности проявления агрессивности у обучающихся подросткового возраста.

В исследование принимали участие мальчики и девочки девятых классов. Диагностика агрессивности была изучена при помощи опросника уровня агрессивности Басса – Дарки.

Из проведенного исследования установлено, что у 40% девочек «косвенная агрессия» выражена на повышенном уровне, это может говорить о том, что эта агрессия проявляется неявно, направлена на другого человека или вовсе ни на кого. Например, подросток употребляет злые шутки, сплетни, издевательства, чтобы выплеснуть свои негативные эмоции на других людей, либо через кого-то из одноклассников. Также на повышенном уровне у 45% девочек находится показатель «обида». Это может говорить о том, что подросток обижается по многим поводам, привлекает к себе внимание. Такое поведение может проявляться вследствие проблем с самооценкой, недостатка внимания, потребности в одобрении и уважении. У обидчивых детей возникают межличностные проблемы из-за того, что они смотрят на себя недоброжелательными глазами других людей. У 40% чувство вины находится на повышенном уровне. Это может выражаться в том, что подросток убеждает себя в своей неправоте, злом поведении, испытывая угрызение совести. У 50% девочек враждебность находится на повышенном уровне, это может говорить о том, что недоверие к другим людям проявляется в связи с приписыванием враждебных намерений и внутренней изоляцией. Высокий уровень подозрительности наблюдается у 35% девочек, что может выражаться в диапазоне от недоверия и осторожности по отношению к людям до убеждения в том, что другие люди планируют и приносят им вред.

У 40% мальчиков наблюдается вербальная агрессия, говоря о том, что они могут не одобрять поведение людей, давая им это ощутить; не всегда могут устоять от спора, если не принимают их позицию; могут быть прямолинейны, не скрывая плохого отношения к окружающим. 40% мальчиков имеют повышенный уровень «обиды», тем самым считая, что им не всегда удастся воспользоваться благоприятными обстоятельствами в жизни по сравнению с другими людьми. Самый высокий показатель – косвенная агрессия, которая

находится на высоком уровне у 55%. Она проявляется в агрессивном поведении, которое может направляться в адрес других, не сознаваясь самим субъектом агрессии. Данные обучающиеся могут сплетничать, хлопнуть дверьми, бросать предметы, когда что-то идет не по их плану.

Из полученных данных вытекает характеристика особенностей проявления агрессивности у обучающихся подросткового возраста разного пола и уровня проявления различных видов агрессии. У девочек большинство шкал находится на повышенном уровне: косвенная агрессия, раздражение, обида, подозрительность, враждебность. Стоит заметить, что косвенная агрессия у девочек формируется раньше, чем у мальчиков. Девочки вынуждены отказаться от применения жестокости и грубой силы в играх начиная с раннего детства. Они также более восприимчивы к словесным замечаниям. Следовательно, они разрабатывают менее явные стратегии выхода агрессии, начиная с ранних лет. У мальчиков по большинству шкалам наблюдается средний уровень. Мальчики данных классов менее раздражительны и вспыльчивы, ситуативно проявляют зависть и ненависть к окружающим, в некоторых ситуациях могут применять силы при проявлении агрессии

Литература:

1. Бандура, А. Подростковая агрессия. Изучение влияния и семейных отношений / А. Бандура. – М. : Просвещение, 2008. – 202 с.
2. Распопова, А.С. Особенности школьной тревожности в подростковом возрасте / А. С. Распопова, С. Г. Габрелян // Актуальные проблемы реализации социального, профессионального и личностного ресурсов человека : Материалы III Всероссийской (заочной) научно-практической конференции с международным участием / под ред. Е. В. Харитоновой, Л. А. Эртель. – Краснодар : ИЭиУ МиСС, Парабеллум, 2015. – С. 26-30.

Аннотация. В данной работе анализируются психологические особенности социализации подростков. Изучаются факторы адаптации подростков. Подростковый возраст является важным возрастом для усвоения социальных норм и правил, установок и ролей. В подростковом возрасте значимым является общение со советниками и в процессе группового взаимодействия и реализации своих целей в этой группе происходит социализация и формирование личностных качеств и гармоничное развитие личности.

Ключевые слова: социализация, подростки, семья, школа, социум.

Социализация – это процесс становления и развития личности, который основывается на принятии и понимании определенных образцов поведения в социуме, психологических механизмов, социальных норм и ценностей. Факторами, оказывающими влияние на формирование личности, являются: школа, семья, друзья и другие социальные институты. По мере социализации человек усваивает комплекс правил и норм поведения в социуме. Процесс социализации идет параллельно развитию личности и через усвоение социального опыта формируется и обогащается личность [4].

Выделяют несколько стадий социализации:

1. Первая до 12 лет, происходит через институты социализации семью, детский сад и школы
2. Вторая стадия после 12 лет (подростковый возраст) к описанным ранее добавляется сверстники
3. Третья стадия – взрослый этап, добавляется профессиональная деятельность.

Социализация подростков в современном мире имеет свои особенности, связанные с развитием виртуальной среды. Раньше социализация подростка проходила в среде сверстников, в которой удовлетворялась их ведущая подробность в интимно-личностном общении и принадлежности к группе. В процессе общения со сверстниками усваивался кодекс чести и товарищества, формировались морально – нравственные качества личности и приобретались нормы, правила, установки поведения, которые переносились из маленькой группы, собранной согласно интересам, в мир и взаимоотношения со всеми, усваивались нормы дружбы и взаимоотношения со сверстниками. Большинство современных подростков уходят в виртуальное общение, заводят друзей по переписке или по сети компьютерных игр. В данных условиях многие механизмы социализации не реализуются или реализуются частично. В переписках лишь происходит общение и передача информации, но полноценное взаимодействие подростка с миром не осуществляется, соответственно не усваиваются механизмы общения и нормы поведения в обществе, что может приводить к дисгармонии развития личности. А между тем подростковый возраст – очень важный период формирования качеств и характеристик личности и начала формирования индивидуального стиля [4].

Подростковый возраст является кризисным возрастом, в котором идет переход от детства к взрослости. В подростковом возрасте меняется условия деятельности, происходит существенная перестройка всего организма подростка. Неустойчивость нервной системы подростка может проявляться в раздражительности, импульсивности [3]. Значимым для подростка является принадлежность к группе, в коллективе развивается чувство долга, ответственности, товарищества, коллективизма и солидарности. Для подростков является важным мнение и оценка коллектива [1]. Развитие личности подростка идет в направлении формирования нравственности, морального сознания, общения, самосознания, самооценки, взрослости. Все это является важным для социализации.

Особенности социализации личности в подростковом возрасте характеризуются формированием самосознания – процесс социализации, который означает становление в человеке образа его «я». В этот период идет активное формирование самооценки, Я – концепции, и представления о себе в этом мире, подросток отвечает на вопрос «Кто Я?». С пониманием себя происходит понимание того, что я хочу, то есть переход на следующую возрастную ступень, где происходит жизненное и профессиональное самоопределение. В благополучной среде формируется гармоничное представление о себе, при высокой ориентации на сверстников и среду вне школы по-прежнему занимает большое время подростков и как среда формирования личности, новообразований и общение со сверстниками не теряет своей актуальности [6]. Низкая адаптация к условию образовательной среды может повышать тревожность, которая может способствовать дисгармонии личности и приводить к негативным последствиям [2].

Социализация подростка идет в единстве двух параллельных линий, первая формирует механизмы приспособления к условиям среды, вторая формирует индивидуальные личностные качества [5].

Таким образом подростковый период является важным возрастным периодом формирования личности и приобретения зрелых механизмов и правил поведения с окружающими, а именно сверстниками. Для гармоничной и полноценной социализации важна благоприятная среда, как формальная образовательная, так и неформальная школьная. Именно в этот период формируется отношение к миру и понимание кто я в этом мире, которое выступает фундаментом для самоопределения.

Литература:

1. Божович, Л. И. Этапы формирования личности в онтогенезе / Под ред. Д. И. Фельдштейна. – М. : Воронеж, 1995. – 117с.
2. Дробышева, К. А. Особенности взаимосвязи характеристик образовательной среды и тревожности в подростковом и юношеском возрасте // Тезисы докладов XLIV научной конференции студентов и молодых ученых вузов Южного федерального округа. – 2017. – С. 130-131.
3. Дубовова, А. А. Эмпатия как предпосылка формирования тревожности в подростковом возрасте / А. А. Дубовова, Е. А. Пархоменко, А. С. Распопова // Материалы научной и научно-методической конференции профессорско-преподавательского состава Кубанского государственного университета физической культуры, спорта и туризма. – 2022. – № 1. – С. 257-259.
4. Кашпанова, А. К. Трудности социализации в подростковом возрасте / А. К. Кашпанова // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2016. – С. 1-2.
5. Социализация человека : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / А.В. Мудрик.– 2-е изд., испр. и доп. – М. : Издательский центр «Академия», 2006. – 304 с
6. Фельдштейн, Д. И. Психология развития личности в онтогенезе / Д. И. Фельдштейн. – М., 1989. – 361с.

**ОСОБЕННОСТИ СФОРМИРОВАННОСТИ
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У ПОДРОСТКОВ,
ЗАНИМАЮЩИХСЯ И НЕ ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ**

Лебидка А.Р.

Научный руководитель доцент Дубовова А.А.

Аннотация. Автором рассмотрены особенности сформированности компонентов социально-психологической адаптации у подростков, занимающихся и не занимающихся спортом. В качестве предпосылок формирования адаптации были рассмотрены такие показатели как: мотивация, самооценка, социально-психологические связи. Рассмотрены особенности сформированности корреляционных связей между изучаемыми показателями в группе подростков занимающихся и не занимающихся спортом.

Ключевые слова: социально-психологическая адаптация, социально-психологическая связь, мотивация, самооценка, подростки, спорт.

Актуальность. Образовательная среда, несмотря на разнообразие структур и возможную направленность, имеет непосредственное формирующее воздействие на личность, определяя внутренние социально-психологические связи. Большинство социально-психологических связей подростков различны в зависимости от среды их социализации [2].

Образовательная среда спортивного характера наделяет личность подростка характерными для среды чертами, позволяющими ему добиваться поставленных перед собой целей через нормы социально приемлемого поведения, характерного для группы участников обозначенной среды.

Проведено исследование по изучению средовых и личностных факторов социально-психологической адаптации подростков, занимающихся и не занимающихся спортом. В исследовании приняли участие 50 подростков в возрасте 14-15 лет. Из них 25 человек составили обучающиеся МБОУ СОШ №15 (не занимающихся спортом) и 25 юных спортсменов, занимающихся разными видами спорта на базе МБУ ДО ДЮСШ «Олимпиец».

Исследование средовых и личностных факторов социально-психологической адаптации подростков, занимающихся и не занимающихся спортом, позволило определить особенности формирования социально-психологической адаптации и сделать следующие выводы.

На основании диагностики социально-психических связей учащегося (Н.В. Кузьмина) были выявлены особенности отношений между значимыми для подростков взрослыми и сверстниками. Для подростков-спортсменов более значимыми, чем для неспортивных подростков, оказались следующие лица из социального окружения: мать, отец, бабушка, брат (сестра), родственники, а так же друг (подруга) из класса, родители товарища. Особенности сформированности типов отношений в подростковом возрасте заключаются в том, что у подростков-спортсменов значимо лучше развиты такие типы отношений, как «Советуюсь», «Могу довериться», «Уверен, поймет» и «Уверен, поможет», что характеризует спортсменов как более развитых в коммуникативном плане, чем ребят, не занимающихся спортом.

Согласно полученным результатам по показателям социально-психологической адаптации (К. Роджерса и Р. Даймонда) было установлено, что все изучаемые показатели находятся на среднем уровне у подростков, не занимающихся спортом, и на высоком уровне у подростков-спортсменов. У подростков-спортсменов выявлены более высокие показатели стремления к доминированию, что возможно обусловлено включением в спорт, соревновательную деятельность.

Диагностика компонентов мотивации выявила, что общий уровень мотивации деятельности подростков-спортсменов значительно превосходит мотивацию подростков, не занимающихся спортом по шкалам: знания, компетентность, новые впечатления, внешняя мотивация, интроекция, идентификация.

Особенности самооценки и уровня притязаний подростков, занимающихся и не занимающихся спортом, заключаются в том, что уровень притязаний подростков-спортсменов соответствует норме, у подростков, не занимающихся спортом, несколько занижен.

По результатам проведенного корреляционного анализа можно утверждать, что особенности взаимосвязи личностных и средовых факторов социально-психологической адаптации подростков, занимающихся и не занимающихся спортом, заключаются в следующем: у подростков-спортсменов выявлена прямая связь между стремлением к доминированию и уровнем притязаний, а также стремлением к доминированию и высотой самооценки; обратная связь выявлена между уровнем отношений с родственниками и факторами мотивации (компетентность, интроекция), а также внешней мотивацией и эмоциональным комфортом. В группе сверстников, не занимающихся спортом, были установлены прямые связи между показателями социально-психологической адаптации и показателями значимости лиц из ближайшего социального окружения; обратные связи с показателями мотивации.

Таким образом, в подростковом периоде характеристика среды определяет комплекс психологических и педагогических отношений с личностью, формирование у подростка социально-психологических связей. Спортивная среда имеет прямое воздействие на формирование социально-психологических связей подростков, его отдельных личностных качеств и свойств личности. При этом специфика социально-психологических связей подростков, занимающихся и не занимающихся спортом, различна. На это указывают различные показатели не только сформированности социально-психологических связей, но и мотивации и самооценки, интернальности и стремления к доминированию, причем в пользу подростков, выбравших для себя спорт, как вид деятельности.

Литература:

1. Зернова, Т.И. Особенности процесса социализации спортсменов-подростков // Физическая культура, спорт – наука и практика. – 2016. – № 3. – С. 14-19.
2. Лебеденко, О.А. Взаимосвязь социально-психологической адаптации и самоотношения подростков // Гуманитарные науки. – 2022. – № 3 (59). – С. 412-415.
3. Харитоновна, И.В. Особенности взаимосвязи самооценки физического развития, социально-психологической адаптации, самоотношения и субъективного благополучия спортсменов подросткового возраста / И. В. Харитоновна, Ю. М. Босенко, А. С. Распопова // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. – 2019. – № 4. – С. 240-245.

УДК: 159.922.8

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ВЛИЯНИИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ НА СТАНОВЛЕНИЕ ОБРАЗА «Я» ПОДРОСТКА

Лешко А.А.

Научный руководитель доцент Совмиз З.Р.

Аннотация. В работе рассмотрены аспекты отношений с родителями, которые влияют на формирование у подростков представлений о себе. Выявлено, что положительная эмоциональная составляющая помогает подростку формировать благоприятное восприятие себя.

Ключевые слова: детско-родительские отношения, подросток, образ «Я», семья, самоотношение.

Влияние детско-родительских отношений психологами изучается уже давно, и многие из них посвятили свои работы данному вопросу, поскольку все чаще находили важность рассмотрения влияния данной сферы на развитие личности. Особенно полно увидеть это влияние можно в подростковом возрасте, потому как это период перехода из детства к только формирующейся зрелости, который приходится на период с 11-12 до 15-17 лет. Как отмечал Л.С. Выготский, такой аспект личности как рефлексия развивается в этот период очень быстро, что является основой для самосознания. Она помогает подростку сосредоточить внимание на возникающих мыслях, оценке поступков, принятии решений, что немаловажно для того, чтобы осознавать свои ценности, чувства и убеждения, но при этом также возникает ориентировка личности на самооценку, которая формируется в процессе взаимодействия с другими людьми. Происходит усиленный процесс формирования образа «Я», что во многом определяет особенности личности, поведения подростка и поэтому имеет особую важность. Он включает в себя целостное представление о себе, в котором присутствует когнитивный компонент, эмоционально-оценочный и поведенческий [3, 5].

В семье происходит формирование своих взглядов подростком, моделей поведения, принятие опыта, традиций и под влиянием внешней оценки взрослых у формирующейся личности образовывается образ «Я» (представления о самом себе), самоотношение, самооценка, а также самосознание в целом. А.Я. Варга и В.В. Столин обозначают детско-родительские отношения как совокупность стереотипов поведения, имеющих убеждений, различных чувств к ребёнку, а также понимание его индивидуальных черт характера, действий и эмоций. Авторы, которые рассматривают проблемы детско-родительских взаимоотношений, ориентируются на два базовых родительских компонента в отношении ребёнка – эмоциональный и инструментальный (контроль и требования). Они указывают, что эмоциональное отношение к детям является более важным, что связано с тем, что эта сфера детско-родительских отношений в большей степени формирует положительное психическое развитие детей [2, 4].

Проанализировав современные исследования можно отметить, что адекватному восприятию себя подростком способствуют доверительные, тёплые отношения с родителями, в которых присутствуют требовательность с уважением и относительной автономией подростка. Внимание уделяется тому, что негативное отношение к себе, в частности – замкнутость, ощущение ненужности, подавленность и неуверенность в своих силах возникают в том случае, когда со стороны родителей преобладают «воспитательные» воздействия над эмоциональным отношением, наказание проявляется как основной способ контроля, а непоследовательность требований и поведения приводят к отсутствию доверительных отношений. В позиции «отвержения» и «безразличия» подросток чувствует себя ненужным, «не таким», «недостаточно хорошим» для своих родителей; при гиперопеке присутствует ощущение постоянного, болезненного внимания родителей, которое потом отражается на низкой самостоятельности, неумении брать ответственность. В случае «сверхтребовательности» родителей, подросток может испытывать частое давление от

ожидаемого выполнения всех требований, которое может проявляться в напряжённом состоянии и неумении определять свои желания. Позиции «устойчивости» и «активной любви» со стороны родителей являются наиболее благоприятными для подростка, поскольку ощущение стабильной поддержки, любви и понимания, помогает развить уверенность, самоуправление, чувство ценности и принятия своих качеств [1, 6].

Таким образом, можно отметить, что положительная эмоциональная составляющая во взаимоотношениях обладает особым значением при формировании доверительных и устойчивых связей между подростками и родителями.

Литература:

1. Белаш, Н. И. Содержательные аспекты образа я подростков из полных и материнских семей / Н. И. Белаш, Л. Э. Семенова // Проблемы современного педагогического образования. – 2018. – № 59-1. – С. 438-442.

2. Берилова, Е. И. Влияние детско-родительских отношений на становление образа «я» подростка / Е. И. Берилова, А. И. Галич // В сборнике : Социально-гуманитарные инновации: стратегии фундаментальных и прикладных научных исследований : Материалы Всероссийской научно-практической конференции (с международным участием). – Оренбург, 2021. – С. 152-159.

3. Игнатович, С. С. Особенности социализации детей подросткового возраста / С. С. Игнатович, Т. В. Сотникова // Педагогика: история, перспективы. – 2020. – №1. – С. 19-26. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-sotsializatsii-detey-podrostkovogo-vozrasta>

4. Кнутова, А. И. Особенности «Образа-Я» в подростковом возрасте // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2019. – № 3 (март). – 0,3 п. л. – URL: <http://e-koncept.ru/2019/192010.htm>.

5. Овчинникова, А. Г. Развитие самосознания как психологическая особенность подросткового возраста // Endless light in science. – 2022. – No 4. – С 97-102. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/az-rbaycanda-agirdl-rd-fizikadan-elmi-savadlili-in-formaladirilmasinda-m-vcud-olan-probleml-r-az-rbaycan-v-sinqapur-mumi-t-hsil>

6. Сукиасян, С. А. Особенности взаимосвязи детско-родительских отношений и самоотношения в подростковом возрасте / С. А. Сукиасян, И. В. Харитоновна // Universum: психология и образование. – 2020. – № 6(72). – С. 18-19.

Аннотация. В представленной статье рассматривается проблема взаимоотношений подростков со сверстниками, родителями и педагогами. Раскрываются возможные причины возникновения нарушений.

Ключевые слова: подростки, семья, родители, межличностные отношения, ровесники.

Подростковый период является важным периодом в жизни человека, поскольку именно здесь формируется отношение к себе, людям, к обществу и закладываются основы нравственности. Эти качества развиваются в процессе общения подростка со взрослыми и сверстниками. Главным для подростка становится общение со сверстниками. Возникают проблемы во взаимоотношениях со взрослыми. Для подросткового возраста свойственны кризисы, трудности и различные драматические переживания.

Первым кто описал психологические особенности подросткового возраста был С. Холл, который выявил противоречивость поведения подростка. Он связывал этот период с началом полового созревания ребенка.

Л.С. Выготский ввел понятие «социальная ситуация развития», которая характеризуется в подростковом возрасте объективным положением ребенка в системе отношений [3].

Для подросткового возраста характерно чувство взрослости, которое по Д.Б. Элькинину свидетельствует о начале подросткового возраста и является новообразованием сознания [4].

В отечественной психологии весомый вклад внес Л.С. Выготский, который разработал культурно историческую теорию, согласно которой, развитие ребенка происходит в процессе формирования культурно исторического опыта и социальных отношений. При этом взрослый здесь выступает для подростка в качестве носителя этого опыта и наиважнейшего источника развития.

Рассматривая роль общения подростка со взрослым, а именно с родителями, можно говорить о том, что их влияние в этот период становится достаточно ограниченным, но при этом не теряет своей значимости.

Родители и педагоги как правило не учитывают в воспитательной практике особенностей данного возраста. Они стараются применять ранее действующие средства контроля и методы общения с детьми. Но это приводит к различным серьезным переживаниями подростка [2].

Наиболее подходящей формой взаимодействия является установление дружеского контакта с подростком, посредством которого будут даваться ненавязчивые наставления.

Чрезмерная опека и контроль со стороны взрослых довольно часто несут неблагоприятные последствия.

В данном возрасте личные взаимоотношения выходят на первый план.

Во взаимоотношениях подростков чаще встречаются межличностные конфликты. Они связаны с ожиданиями и представлениями подростков о дружеских отношениях [1].

Контакт с ровесниками становится целью подростка, в результате достижения которой он реализует свои интересы и познает окружающий его мир. Взаимоотношения с товарищами обычно строятся на основе равноправия, а отношения с семьей и учителями неравноправны.

В.А Аверин утверждал, что именно общение позволяет подростку выйти за рамки школы и там искать себя. Именно общение способствует сравнению себя со сверстниками и выработыванию самооценки. Самооценка подростка связана с его статусом в групповом

взаимодействии со сверстниками. Подростки с завышенной самооценкой как правило не умеют выстраивать отношения с ровесниками. В общении усваиваются нормы социального поведения, нормы морали, устанавливаются отношения равенства и уважения друг к другу [5].

Именно в подростковом коллективе происходит овладение общечеловеческими ценностями, такими как взаимопомощь, сопереживание, эмоциональная поддержка, что является признаками всесторонне развитой личности.

Для подросткового возраста важно уметь вступать в компании и чувствовать себя в них комфортно, разделяя интересы своих товарищей; сохранять свою индивидуальность и выжать свои чувства, мысли.

В подростковом возрасте межличностные отношения выдвигаются на первое место и это является основой для формирования личности. В ходе общения с ровесниками у подростка складываются индивидуальные мотивы, цели жизни и ее смыслы, отношение к другим людям, усваиваются нормы поведения и нравственные нормы.

В подростковом возрасте формируется отношение к себе, людям, к обществу и закладываются основы нравственности. Все эти качества развиваются непосредственно в процессе общения подростка со взрослыми и сверстниками.

В заключении можно сказать, что главным для подростка становится общение со сверстниками. Целью межличностного общения в подростковом возрасте является социализация личности, которая выражается в стремлении к объединению в группы для совместного времяпрепровождения. Осознание подростком групповой принадлежности и товарищеской взаимопомощью дает ему чувство эмоционального спокойствия и устойчивости.

Литература:

1. Алиев, Н. Р. О. Взаимоотношения со сверстниками как важный фактор формирования личности подростка [Электронный ресурс] / Н. Р. О. Алиев. – Баку : International scientific review, 2020. – 115 с. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/vzaimootnosheniya-so-sverstnikami-kak-vazhnyy-faktor-formirovaniya-lichnosti-podrostka> (дата обращения 10.12.2022).

2. Берилова, Е. И. Влияние детско-родительских отношений на становление образа «Я» подростка / Е. И. Берилова, А. И. Галич // В сборнике: Социально-гуманитарные инновации: стратегии фундаментальных и прикладных научных исследований : Материалы Всероссийской научно-практической конференции (с международным участием). – Оренбург, 2021. – С. 152-159.

3. Бостанова, Л. Ш. Ведущая деятельность и особенности проявления конформизма в общении подростков со взрослыми и сверстниками [Электронный ресурс] / Л. Ш. Бостанова // Проблемы современного педагогического образования. – 2018. – №61-4. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/veduschaya-deyatelnost-i-osobennosti-proyavleniya-konformizma-v-obschenii-podrostkov-so-vzroslymi-i-sverstnikami> (дата обращения 10.12.2022).

4. Машлякевич, А. Д. К вопросу о межличностных взаимоотношений старших подростков [Электронный ресурс] / А. Д. Машлякевич, А. В. Семёнова // Педагогика: история, перспективы. – 2021. – № 4. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-o-mezhlichnostnyh-vzaimootnosheniy-starshih-podrostkov> (дата обращения 10.12.2022).

5. Сорокина, А.С. Проблема социальной незрелости молодёжи / А. С. Сорокина, Н. П. Носенко // В книге : Тезисы докладов XLIV научной конференции студентов и молодых ученых вузов Южного федерального округа : Материалы конференции ; Редколлегия: Г. Д. Алексанянц, А. И. Погребной, Л. И. Просоедова. – 2017. – С. 183-185.

РОЛЬ ОБЩЕНИЯ В РАЗВИТИИ РЕБЕНКА

Марченко А.В.

Научный руководитель доцент Совмиз З.Р.

Аннотация. В работе рассматривается вопрос о влиянии общения на развитие ребенка. Считалось, что потребность в общении начинает формироваться еще в онтогенезе. Благодаря чему в дальнейшем происходит формирование и развитие личности, путём создания необходимых условий взрослым. Но в связи с развитием технологий и Интернета общение стало заменяться гаджетами, поэтому связь между ребенком и взрослым становится не такой тесной как раньше.

Ключевые слова: общение, развитие, взрослый, ребенок, онтогенез.

Общение является ведущей формой социальной активности в младенчестве и первым видом, возникающим в онтогенезе. Эта потребность связана с ориентировочно-исследовательской активностью, ответной улыбкой, формированием «комплекса оживления». Взрослый задает ребенку образцы для подражания[3].

В отечественной психологии разработка проблем психологии общения связана с трудами Л.С. Выготского, С.Л. Рубинштейна, Б.Г. Ананьева, А.Н. Леонтьева, многократно развиваемые в трудах Г.М. Андреевой, А.А. Бодалева, которые рассматривали общение как важное условие развития человека, его социализации и индивидуализации, формирование его личности [4].

Отсутствие необходимого общения может привести к отставанию в психическом, физическом и личностном развитии. Если ребенок в семье не получает заботу, внимание, ласку, то он не может стать полноценным человеком[1]. Сюда также можно отнести явление госпитализма, которое возникает у детей в первые годы жизни оставшихся без попечения родителей, вследствие дефицита общения и созданных неблагоприятных условий[5].

Л.С. Выготский в культурно-исторической концепции говорил о том, что развитие ребенка происходит путем усвоения социокультурного опыта. Взрослый является этим носителем. Исходя из этого, главнейшим фактором общего психического развития детей является общение [2].

М.И. Лисина занималась изучением влияния общения на развитие ребенка с момента его рождения до семи лет, проводила эксперименты и исследования, связанные с детьми, которые воспитывались в семье и без семьи в детских учреждениях закрытого типа.

Известно три группы фактов, которые доказывают роль общения в развитии ребенка: прямое выявление влияния общения на психическое развитие в формирующих экспериментах; исследование природы и причин «госпитализма»; изучение «детей – маугли» [3].

Успешность общения зависит от созданных условий взрослым на ранних этапах онтогенеза. Ведь именно оно формирует личностные качества, самооценку, эмоции; способствует усвоению различных видов деятельности; развивает речь и все познавательные процессы; передает информацию; формирует отношение к другим людям.

Современные представления о роли общения свидетельствуют о проблеме ухода детей от живого общения к новой форме коммуникации – виртуальное общение. Виртуальное общение рассматривается как коммуникативное воздействие людей, осуществляемое посредством компьютера или других устройств. Теперь можно с помощью гаджетов и Интернета не только услышать, но и написать, увидеть собеседника.

Изучением вопросов общения в виртуальной среде занимаются В.А. Плешаков, О.А. Леонтович, А.Е. Жичкина и др. На сегодняшний день эта тема является актуальной, так как можно без особого труда найти любую информацию онлайн. Но есть и отрицательные моменты, которые связаны с тем, что взрослый начинает переставать играть важную роль в жизни ребенка, так как общение стало заменяться на гаджеты и социальные сети. Из-за этого

у детей могут возникнуть сложности в понимании другого человека, появится зависимость от Интернета, снизится концентрация внимания. Уже в раннем возрасте замещение реального общения на виртуальное приводит к отставанию в речевом развитии.

Поэтому в связи с развитием технологий и Интернета возникла необходимость в разработке системы мер, которые будут направлены на развитие интеллектуальных способностей и вовлечение в живое общение детей.

Таким образом, можно говорить о значимой роли общения в развитии ребенка. Человек не может существовать без общения с другими людьми, потому что это является базовой потребностью для него. На сегодняшний день современный мир невозможно представить без СМИ, технологий, гаджетов и Интернета, поэтому проблема замещение общения на виртуальное является актуальной. Из-за этого социальные сети могут приносить как пользу: безграничные возможности для общения, самовыражения, поиска информации, так и наносить вред; возникает зависимость, ухудшается зрение, снижается уровень познавательных процессов.

Литература:

1. Аблисова, Н. В. Роль общения в развитии ребенка [Электронный ресурс] / А. И. Коваль, П. С. Тищенко // Научная статья по специальности «Психологические науки». – 2021. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-obscheniya-v-ra>
2. Выготский, Л. С. Мышление и речь / Л. С. Выготский. – Москва : Лабиринт, 2007. – 362 с.
3. Лисина, М. И. Формирование личности ребенка в общении / М. И. Лисина. – СПб. : Питер, 2009. – 209 с.
4. Мандель, Б. Р. Психология общения: история и проблематика: учебное пособие [Электронный ресурс] / Б. Р. Мандель. – Москва ; Берлин : Директ-Медиа, 2018. – Режим доступа: <https://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=494799>
5. Шаповаленко, И. В. Возрастная психология / И. В. Шаповаленко – Москва : Гардарики, 2005. – 349 с.

УДК: 796.01:159.9

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ПЕРФЕКЦИОНИЗМА НА СПОРТСМЕНОВ

Михаелян В.М.

Научный руководитель доцент Дубовова А.А.

Аннотация. В данной статье рассматриваются особенности формирования перфекционизма у спортсменов. Автором уделено внимание раскрытию понятий перфекционизм патологический и здоровый, и того, как разные формы перфекционизма влияют на спортсменов.

Ключевые слова: перфекционизм, патологический перфекционизм, здоровый перфекционизм, спортсмены.

Желание являться безупречным, а также идеальным выражается на первых стадиях изучения любого вида спорта. Как фиксируют многочисленные ученые, в спортивной сфере свойственна склонность к развитию тренерских и родительских повышенных надежд, требований к стабильной демонстрации достижений от спортсмена[2].

Психологические публикации отражают следующую трактовку перфекционизма: это результат завышенных стандартов деятельности, предъявляемых себе личностью, аномально стремящейся к совершенству[4].

Перфекционизм как качество развивающейся личности обостряет ряд проблем: недостаточное осознание своих истинных потребностей, личных внутренних ресурсов; неудовлетворенность жизнью; завышенные требования, когда их невозможно достичь; переоценка степени значимости идеала, когда его считают единственно верным, при полном отрицании иных критериев достижений; полярность суждений с единственной градацией «все или ничего», причем она применяется как по отношению к себе, так и по отношению к требованиям, предъявляемым к действиям других. Эти проявления приводят к сильнейшей дезорганизации в жизни и общей дезадаптации личности. В связи с этим актуализируется необходимость изучения самосознания, мотивационно ценностно смысловой сферы спортсменов.

Согласно ряду исследований, обладатели «здорового перфекционизма» имеют следующие особенности: они побуждаемы к действиям надеждой на успех, легко приступают к делу, учитывают собственные ресурсы и ограничения, выдвигают реалистичные цели, радуются собственной силе, способны повышать качество деятельности и добиваться высоких результатов. Способны испытывать удовлетворение достигнутым и повышать самооценку на этой основе [3].

Проявлениями «патологического перфекционизма» являются: неадаптивная озабоченность оценением, иррациональность мышления, склонность к самокритике, самообвинению и обвинению других, прокрастинация, низкая эффективность в профессиональной карьере, неадаптивная мотивация, низкая эффективность в профессиональной карьере, сниженная способность к поиску помощи, наличие проблем в межличностных отношениях, неадаптивность копинг-стратегий, эмоциональная дезадаптация[1, 3].

Чтобы не было «патологического перфекционизма» для спортсменов нужно, чтобы цели были реалистичные. Главное на соревнованиях – не ориентироваться на результаты других спортсменов, а достигнуть своих намеченных целей. Необходимо поддержать у спортсменов понимание, что при стремлении к новому встречаются разные ошибки и проблемы, в дальнейшем при решении затруднений трудностей будет меньше.

Литература:

1. Босенко, Ю. М. Взаимосвязь перфекционизма и психической устойчивости спортсменов / Ю. М. Босенко, А. С. Распопова // Рудиковские чтения : материалы XIII Международной научно-практической конференции психологов физической культуры и спорта. – 2017. – С. 116-120.

2. Веракса, А. Н. Роль перфекционизма в деятельности спортсменов: диагностика и связь с тревожностью, мысленными образами и спортивной мотивацией / А. Н. Веракса, А. А. Якушина, Ю. И. Семенов // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. – 2021. – Т. 11. – Вып. 3. – С. 202-221. <https://doi.org/10.21638/spbu16.2021.301>

3.Золотарева, А. А. Дифференциальная диагностика перфекционизма //Психологический журнал. – 2013. –Т. 34, № 2. –С. 117-128.

4.Талаш, Е. Ф. Отражение феномена перфекционизма в российских научных публикациях // Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. – 2012. – Вып. 11. – С. 79-87.

УДК: 796.01:159.9

ОСОБЕННОСТИ САМОЭФФЕКТИВНОСТИ У СПОРТСМЕНОВ-ФУТБОЛИСТОВ В УСЛОВИЯХ КАРАНТИННЫХ ОГРАНИЧЕНИЙ

Моисеев С.Г.

Научный руководитель доцент Берилова Е.И.

Аннотация. В статье представлены данные исследования самоэффективности и профессиональной востребованности у спортсменов-футболистов (n=40) в условиях карантинных ограничений. Полученные данные говорят о том, что чем ниже у атлетов самоэффективность в сфере общения, тем выше переживание ими своей профессиональной востребованности.

Ключевые слова: спортсмены, футбол, профессиональная востребованность, карантин, личностные ресурсы.

Спорт высших достижений связан с большими физическими и эмоциональными перегрузками. Возможность их успешно преодолевать определяется не только технической подготовкой спортсменов, но и их психологическими ресурсами, к которым относятся личностные особенности атлетов [2, 3, 4]. Самоэффективность является также важным аспектом реализации спортсменами своего спортивного потенциала и конкурентоспособности. Проблема самоэффективности спортсменов особо актуальна в условиях карантинных ограничений во всех видах спорта[1].

Цель исследования – установить взаимосвязь между показателями самоэффективности и профессиональной востребованности у футболистов в условиях карантинных ограничений.

В исследовании приняли участие 40 спортсменов мужского пола в возрасте от 18 до 36 лет, занимающихся футболом. Из них: 20 мастеров спорта из профессионального футбольного клуба «Эсхата» г. Худжаб (Таджикистан), и 20 кандидатов в мастера спорта в возрасте от 17 до 38 лет, занимающихся футболом в не профессиональных командах г. Краснодара.

В исследовании не было выявлено достоверных различий по показателям профессиональной востребованности и самоэффективности у спортсменов разной квалификации.

Анализ достоверных взаимосвязей между показателями самоэффективности и профессиональной востребованности показывает, что взаимосвязей у спортсменов высокой квалификации нет, что подчёркивает характерность условий, в которых проходило исследование. В период карантина на самоизоляции не было никакой ясности по тому, на сколько времени затянется отсутствие соревновательной деятельности, тренировочного процесса и общекомандных сборов, соответственно профессиональные спортсмены не чувствовали профессиональную востребованность.

В корреляционном исследовании установлены достоверные взаимосвязи между показателем самоэффективности в межличностном общении и компонентами профессиональной востребованности у спортсменов, имеющих разряд кандидат в мастера спорта. Чем выше спортсмены оценивают свою самоэффективность в общении, тем более профессионально востребованными они себя чувствуют, тем выше они оценивают результаты своей профессиональной деятельности и тем более положительное у них отношение к себе как к профессионалу.

Возможно, это объясняется тем, что исследование данной выборки проводилось сразу после снятия карантинных ограничений, когда спортсменам необходимо было активно включаться в привычную тренировочную и соревновательную деятельность, что привело к поиску ими социальных контактов для того, чтобы вновь почувствовать себя профессионально востребованными.

Отсюда можно сделать вывод, что чем выше самоэффективность спортсменов в межличностных отношениях, тем выше переживание ими своей востребованности, оценка результатов профессиональной деятельности, самоотношение к себе и общий уровень профессиональной востребованности, что проявляется в отношении к себе как к компетентному и авторитетному профессионалу.

Литература:

1. Бондаренко, А. С. Предпосылки формирования самоэффективности у баскетболистов / А. С. Бондаренко, А. А. Дубовова // Ресурсы конкурентоспособности спортсменов: теория и практика реализации. – 2021. – № 11. – С. 14-16.
2. Босенко, Ю. М. Ресурсы преодоления сложностей на пути профессионального развития спортсмена / Ю. М. Босенко, А. С. Распопова, Е. И. Берилова // Ученые записки университета им. П. Ф. Лесгафта. – 2020. – № 7(185). – С. 470-472.
3. Босенко, Ю. М. Личностные и когнитивные факторы стрессоустойчивости спортсменов высокого класса / Ю. М. Босенко, Е. И. Берилова // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. Серия: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. – 2015. – Т. 21, № 2. – С. 106-110.
4. Распопова, А. С. Психологические предпосылки устойчивости к стрессу спортсменов высокой квалификации / А. С. Распопова, Ю. М. Босенко // Олимпийский спорт и спорт для всех: материалы XXV Международного научного конгресса : в 2 ч., Минск, 15-17 октября 2020 года. – Минск : Белорусский государственный университет культуры и искусств, 2020. – С. 489-493.

УДК: 796.01:159.9

ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНОСТИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ВСЕСТИЛЕВЫМ КАРАТЕ, У РОДИТЕЛЕЙ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ПЕРФЕКЦИОНИЗМА

Петраковец О.О.

Научный руководитель доцент Берилова Е.И.

Аннотация. В работе анализируются особенности взаимосвязи перфекционизма родителей и тревожности детей младшего школьного возраста, занимающихся всестилевым карате. В исследовании было установлено, что родители предъявляют завышенные требования своим детям и тем самым повышают уровень их тревожности.

Ключевые слова: родительский перфекционизм, личностная тревожность, юные спортсмены, эмоциональные нарушения, всестилевое карате.

Сегодня следует отметить существование необходимости в дальнейшем изучении особенностей взаимосвязи перфекционизма родителей и тревожности детей младшего школьного возраста. Неконструктивные проявления стремления к совершенству своих детей у родителей, повышают вероятность возникновения у юных спортсменов разного типа тревожности [1, 2, 3].

Цель исследования – установить взаимосвязь перфекционизма родителей и тревожности у детей младшего школьного возраста, занимающихся всестилевым карате. В исследовании приняли участие 49 детей младшего школьного возраста, занимающихся всестилевым карате, а также 49 родителей этих спортсменов. Методики диагностики: шкала личностной тревожности А.М. Прихожан, опросник «Многомерная шкала перфекционизма Хьюитта – Флетта».

Для того, чтобы установить особенности тревожности спортсменов у родителей с разным уровнем общего перфекционизма, выборка была разделена на 3 группы. Первую группу составили – 12 человек, у них был установлен высокий уровень перфекционизма, вторую – 17 человек, у них был установлен средний уровень перфекционизма, третью – 20 человек, у них был установлен низкий уровень перфекционизма. Рассмотрим полученные в исследовании результаты. Анализ показателей личностной тревожности детей у родителей с высоким и низким уровнем перфекционизма показал следующее. Были установлены достоверные различия по показателям личностной тревожности «Самооценочная тревожность», «Межличностная тревожность» и «Общая тревожность», показатели выше у родителей с высоким уровнем перфекционизма. Результаты говорят нам о том, что дети очень сильно зависят от мнения их родителей, поэтому у них возникают трудности при взаимодействии с окружающими их людьми, так как они считают, что любое их действие может быть оценено негативно, а значит способно повлиять на их родителей. Далее рассмотрим особенности показателей тревожности детей у родителей с высоким и средним уровнем перфекционизма. Установлены достоверные различия по показателю личностной тревожности «Школьная тревожность», который выше у родителей с высоким уровнем перфекционизма. Юные спортсмены сталкиваются с большим количеством страхов и переживаний из-за возможных неудач на школьном поприще, так как их родители наделяют их слишком большим грузом ответственности. Ведь для них их ребенок безупречен, а значит не имеет права на ошибку. Далее рассмотрим особенности тревожности детей у родителей со средним и низким уровнем перфекционизма. Были установлены достоверные различия по показателю личностной тревожности «Самооценочная тревожность», показатель выше у детей родителей со средним уровнем перфекционизма. Также, согласно задачам нашего исследования, рассмотрим особенности взаимосвязи между показателями тревожности у детей и перфекционизма у родителей. В результате корреляционного исследования были установлены достоверные прямые взаимосвязи между показателями «Перфекционизм,

ориентированный на других» и «общая тревожность», то есть чем выше интегральный показатель перфекционизма у родителей, тем выше общая тревожность у детей.

Полученные в исследовании результаты говорят о прямой взаимосвязи между завышенными требованиями и установкой высоких стандартов для собственных детей у родителей и тревожностью у их детей.

Литература:

1.Берилова, Е. И. Особенности взаимосвязи перфекционизма и личностной зрелости у спортсменов / Е. И. Берилова, Ю. М. Босенко, А. С. Распопова // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2020. – № 8(186). – С. 340-343.

2.Берилова, Е. И. Влияние детско-родительских отношений на становление образа «я» подростка / Е. И. Берилова, А. И. Галич // Социально-гуманитарные инновации: стратегии фундаментальных и прикладных научных исследований : Материалы Всероссийской научно-практической конференции (с международным участием), Оренбург, 20–21 мая 2021 года. – Оренбург: Оренбургский государственный университет, 2021. – С. 152-159.

3.Дубовова, А. А. Родительское отношение к занятиям спортом как предпосылка формирования перфекционизма у юных спортсменов / А. А. Дубовова, З. Р. Совмиз // Актуальные проблемы и перспективы развития системы спортивной подготовки, массовой физической культуры и спорта : сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Санкт-Петербург, 25-26 октября 2021 года. – Санкт-Петербург: Федеральное государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физической культуры», 2021. – С. 67-71.

УДК: 796.01:159.9

АНАЛИЗ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ТРЕНЕРСКОГО СОСТАВА ПО СТРЕЛКОВОМУ СПОРТУ О ВЛИЯНИИ ОБРАЗОВ НА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СПОРТСМЕНОВ

Петрова С.А.

Научный руководитель доцент Распопова А.С.

Аннотация. В работе рассматриваются востребованные вопросы психологической подготовки спортсмена, в том числе, поднимается проблема необходимости изучения новых систем формирования образа, а также уровень осведомленности специалистов в области пулевой стрельбы с методами формирования образа.

Ключевые слова: психологическая подготовка, образы в спорте, мышление.

Психологическая подготовка спортсмена, составляет огромную составляющую, от высокого результата на соревнованиях. При анализе научно-методической литературы, неоднократно можно натолкнуться на цитирование Роберта Найдиффера: «...И вся эта работа направлена на физическую и технико-тактическую подготовку спортсмена, от которой зависит лишь десять процентов успеха. Что же касается психологической подготовки, составляющей остальные девяносто процентов...» [2, с.201]

Если сосредоточиться только на пулевой стрельбе, то, косвенную ссылку, на книгу Найдиффера, можно увидеть, как минимум в 20% работ по пулевой стрельбе. Довольно часто поднимается тема внимания 13,4% и, не менее часто поднимается вопрос идеомоторной тренировки и внушения 11%, что, практически наравне с аутогенной тренировкой 10,3%.

Если начать развивать тему психологической подготовки в стрельбе, то, рано или поздно, мы сталкиваемся с вопросом применения образов в спорте. Цель может быть разная. Кто-то применяет образы с целью концентрировать внимание, кто-то, напротив, с целью отвлечься от какой-то проблемы, или отдохнуть (как один из вариантов применения образов: аутогенная тренировка, направленная на засыпание).

В интервью рекордсменов Мира и неоднократных победителей Чемпионатов Страны, Европы и Мира, довольно часто появляется фраза, о применении образов в процессе стрельбы. Заметим, что образы эти достаточно яркие, и запоминающиеся. Хотя и заметен выбор определённых типов образов, между представлениями среди мужчин и женщин.

После полученных, предварительных аналитических данных, было принято решение провести интернет-опрос среди тренерского персонала России и стран бывшего СССР. В данном исследовании приняло участие 42 специалиста в области ФКиС, тренеры из России, Беларуси, Казахстана.

Среди опрошенных специалистов опыт тренерской деятельности 15 лет и более: имеют 40,5%, 10-15 лет: 15,4%, 5-10 лет: 15,5%, тренеры со стажем работы от 0-5 лет: 28,6%.

В процессе работы, было определено: в подготовке НП принимают участие 32,9%, тренировочный этап 31,7%, группы СС есть у 19,5% и ВСМ – у 15,9% опрошенных.

Так как специалисты охватывают все этапы подготовки, мы предположили, что практически все должны были сталкиваться либо, хотя бы слышать, о применении образов в спорте, так как этот подход является достаточно передовым, позволяет находить личные индивидуальные резервы спортсмена для поднятия результативности.

С применением образов в спортивной деятельности знакомы подавляющие 91,5% опрошенных. Более того, среди большинства 93% считают, что образы помогают в спорте решать конкретные задачи, при этом осознанно использовали образы в своей жизни 64,3%

Большинство 76,7% опрошенных может заинтересовать информация об использовании образов в спорте, а 23,3% возможно будет интересно.

Как правило, в большинстве своём образы строятся исходя из личного опыта человека, так как, даже язык является лишь лингвистической оболочкой мысли, т.е. образа. [1, с.8].

Большое количество специалистов, сталкиваются с влиянием впечатлений от прошедших стартов на спортсмена. Так 80% опрошенных считают, что воспоминания о выступлениях влияют на эмоциональный настрой спортсмена на последующих стартах. Из них 24% ищут способы изменить эту ситуацию, и стабилизировать настрой спортсмена, а 20% считают, что воспоминания могут влиять и не влиять одновременно, и это является нормой.

Не будет секретом и то, что образы, в большинстве своём, строятся исходя из личного опыта человека. В подтверждение приведём научную статью «Эмоции в системе психического отражения и мотивации поведения человека»: «...Эмоция является еще одной общепсихологической единицей, с которой связано мышление. На тему связи эмоций и мышления существует огромное количество исследований, где рассматривается только одна схема: влияние эмоций на мышление и мыслительный процесс. Исследования С.Л. Рубинштейна, Л.С. Выготского, А.Н. Леонтьева, О.К. Тихомирова» [3, с.232]

Отметим так же и то, что исследования о влиянии и зависимости образов и эмоций проводились больше двадцати лет назад учёными HolmesandCollins, которые опубликовали модель «PETTLEP» [4, с.70-79]. О данном методе, в процессе опроса, специалисты в области пулевой стрельбы не упоминали.

Литература:

1. Виноградов, С. Н. Логика : учебник / С. Н. Виноградов, А. Ф. Кузьмин. – М. : Учпедгиз, 1954. – С. 8.
2. Найдиффер, Р. М. Психология соревнующегося спортсмена / Р. М. Найдиффер. – М. : Физкультура и спорт, 1979. – 201 с.
3. Пырьев, Е. А. Эмоции в системе психического отражения и мотивации поведения человека // «ВЕСТНИК ОГУ». – №2 – (138). – 2012. – С.232-236.
4. Scott M. W., Wright D. J., Smith D., Holmes P. S. Twenty years of PETTLEP imagery: An update and new direction for simulation-based training // Asian Journal of Sport and Exercise Psychology. 2022. №.2. P. 70-79.

ПЕРЕХОД ИЗ НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЫ В СРЕДНЮЮ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

Подорина Д.В.

Научный руководитель доцент Распопова А.С.

Аннотация. В представленной статье рассматриваются психологические проблемы при переходе детей из начальной школы в среднюю. Раскрывается понятие и структура школьной адаптации.

Ключевые слова: адаптация, адаптированный ребенок, переходный период, подростковый возраст, психологические проблемы.

Адаптация – это процесс человека как личности к существованию в обществе в соответствии с требованиями этого общества и со своими потребностями, мотивами и интересами.

Адаптированный ребенок – это ребенок, приспособленный к полному развитию своих личных, физических, интеллектуальных и других способностей в новой образовательной среде [1], по словам М.Г. Битяновой [6].

Вопросом адаптации пятиклассников к обучению в средней школе занимались Н.Н. Баранов, В.М. Григорьев, Д.А. Журавлев, Л.П. Пономаренко и многие другие отечественные психологи. Возраст учащихся 5-го класса можно назвать переходом от младшего школьного к подростковому [5].

Подростковый возраст – наиболее непростой из всех периодов, которые проходит ребенок, он является временем роста индивида. Психически данный возраст взаимосвязан с соразмерным осознанием взрослости, которая есть важная составляющая подростка. Переходный период из начальной школы в среднее звено считается значительным этапом в жизни любого ребенка. Учащийся переживает стрессовое состояние так, как процесс получения знаний постоянно претерпевает изменения, это ставит ему задачу поиска приспособления к возможной ситуации. В частности пятикласснику ставятся такие задачи, с которыми ему не приходилось справляться ранее, в момент получения этого навыка адаптации их к потребностям, у него формируется способность к ответственности [1].

Препятствия, с которыми встречается пятиклассник в переходный период:

- новый подход к общению преподавателей с учениками
- различия преподавания при обучении в начальной школе и средней;
- разница в запросах к учащимся со стороны педагогов;
- возрастает учебный объем нагрузки [2].

Успешность адаптации подростка зависит не только от его умственной готовности, но и от того, насколько хорошо он умеет налаживать социальные отношения, общаться со сверстниками и учителями, подчиняться школьным нормам и правилам, находить решение в сложных ситуациях.

Стоит особо отметить составляющие в содержании такого понятия как: «готовность к обучению в средней школе»:

1. Подготовленность базовых компонентов учебной деятельности, продуктивное восприятие учебного плана учеником.

2. Развитие у обучающегося новообразований младшего школьного возраста, таких, как самоконтроль, личностная рефлексия, мышление на уровне конкретных операций, произвольность.

3. Иной тип общения между учеником и учителем, учеником и одноклассниками.

4. Психологическая подготовленность при переходном периоде из начальной школы в среднее звено, которая проявляется в достаточности волнения и предостерегает его высокую тревожность в школе.

5. Индивидуальная, умственная и психологическая подготовленность ребенка к получению образования в той или иной школе [3].

Признаками результативной адаптации учащихся пятых классов является:

- удовлетворенность учащегося от получения знаний;
- быстрое овладение школьной программой;
- готовность ребенка выполнять домашнее задание автономно без помощи родителей;
- довольствие ребенка взаимоотношениями со сверстниками и педагогом[4].

Обобщая вышесказанное, можно сказать, что для ребенка переходный период из начальной школы в среднюю – это непростой промежуток, который требует времени для адаптации. Это закономерно, потому что социальная адаптация понимается как приспособление индивида к условиям социальной среды и считается основным социально-психологическим механизмом социализации личности, который включает в себя и принятие индивидом социальной роли.

Литература:

1. Бордовская, Н. В. Педагогика : учебник для вузов / Н. В. Бордовская, А. А. Реан. СПб. : Питер, 2015. – 304 с.
2. Горбунов, Н. П. Функциональное состояние школьников в процессе адаптации к учебной деятельности // Педагогика. – 2013. – № 8. – С. 9-13.
3. Журавлев, Д. А. Адаптация учащихся при переходе из начальной в среднюю школу // Народное образование. – 2012. – № 8. – С. 99-105.
4. Распопова, А. С. Факторы тревожности и социально-психологической адаптации современных подростков в условиях образовательной среды / А. С. Распопова, Е. И. Берилова, Ю. М. Босенко // Вестник Тверского государственного университета. Серия: Педагогика и психология. – 2021. – № 4 (57). – С. 93-98.
5. Распопова, А. С. Особенности взаимосвязи тревожности и жизнестойкости школьников / А. С. Распопова, Е. Е. Курбала // Тезисы докладов XXXX научной конференции студентов и молодых ученых вузов южного федерального округа : Материалы конференции : редакционная коллегия Г. Д. Алексанянц, А. И. Погребной, Л. И. Просоедова. – 2013. – С. 96.
6. Хавторина, Н. Переход без стресса в среднее школьное звено / Н. Хавторина, Н. Ракитина // Директор школы. – 2010. – №3. – С. 64-66.

УДК: 159.922.8

ОСОБЕННОСТИ СФОРМИРОВАННОСТИ КРЕАТИВНОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ И ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Семенова А.Н.

Научный руководитель старший преподаватель Дробышева К.А.

Аннотация. В работе показано различие формирования параметров креативности в подростковом и юношеском возрасте. Установлено, что как у юношей, так и подростков средний уровень любознательности и склонности ставить сложные и труднодостижимые цели которые будут стимулировать развитие подростков и юношей. При этом установлено, что подростки будут избирать более трудные пути достижения целей, а юноши склонны к более абстрактному анализу целей и ситуаций.

Ключевые слова: креативность, возрастные особенности, подростки, юноши.

Подростковый возраст является сложным и противоречивым этапом в жизни человека. В этот период идет активное формирование личности подростка, самосознания и психологической идентичности. Именно в этот период можно либо сформировать стереотипное мышление, либо наоборот нестандартное мышление, которое будет способствовать развитию метакогнитивных умений подростка, направленных на возможность переносить полученные умения на практические действия и решение сложных ситуаций. Доминирующей целью образования является создание среды для развития меткогнитивных умений и раскрытия интеллектуальных возможностей, которые связаны с креативностью и творческим потенциалом личности [1, 2].

Креативность понимается как способность человека порождать новые идеи, находить нестандартные решения, отходить от стереотипных моделей деятельности [3]. П. Торренс считает, что пики в развитии креативности приходятся на дошкольный возраст (5 лет), младший школьный возраст, а также на подростковый и старший школьный возраст (9 лет, 13 лет, 17 лет). В подростковом возрасте центральными способностями становятся беглость и легкость при создании образных элементов и импликаций [4].

Целью исследования: установить особенности формирования креативности у обучающихся подросткового и юношеского возраста. В исследование приняли участие 40 учащихся подросткового возраста и 40 учащихся юношеского возраста. Для реализации цели исследования использовалась диагностика личностной креативности Е.Е. Туник. Для установления достоверности различий использовался Т-критерий Стьюдента.

В результате исследования установлено, что параметр креативности «любопытность» как у обучающихся подросткового возраста ($15,1 \pm 3,2$), так и учащихся юношеского возраста ($14,2 \pm 2,2$) средний, достоверных различий выявлено не было. Обучающиеся подросткового и юношеского возраста склонны проявлять любопытность и склонны задавать большое количество вопросов, стремятся изучать новое и расширять свои знания. Параметр креативности «склонность к риску» как в подростковом ($14,5 \pm 3,3$), так и юношеском возрасте ($12,9 \pm 2,6$) средний. Учащиеся обеих групп склонны проявлять инициативу для достижения своих целей, идти до конца ради своих результатов, не склонны поддаваться влиянию если в них не верят, но при этом разумно оценивают свои силы и соотносят их с имеющимися ресурсами. Показатель креативности «сложность» в выборке учащихся подросткового возраста средний ($12,3 \pm 5,1$), в группе обучающихся юношеского возраста низкий ($11,7 \pm 2,2$) при этом установлены достоверные различия ($p \leq 0,05$). Учащиеся подросткового возраста, стремятся изучить сложные явления и механизмы действительности, любят решать сложные задачи ставить сложные цели избирают наиболее труднодостижимый путь получения намеченных результатов, в отличие от учащихся юношеского возраста. Мы предполагаем, что это связано с особенностями возраста. В подростковом возрасте идет активное развитие самосознания, которое связано с исследованием окружающей действительности, в юношеском возрасте представление о себе

и самосознание сформировано. Параметр креативности «воображение» у обучающихся подросткового возраста средний ($12,6 \pm 5,1$), у учащихся юношеского возраста так же средний ($13,9 \pm 2,3$), но достоверно более высокий, чем в подростковом возрасте ($p \leq 0,05$). У юношей больше развито абстрагирование и внутреннее планирование, они видят то что другим незаметно, выдвигают множество нестандартных идей и решений сложившейся ситуации.

Исходя из полученных данных как у юношей, так и подростков средний уровень любознательности, стремления осваивать новое, обогащая свои знания и они склонны ставить сложные и труднодостижимые цели соразмерные возможностям, прикладывать максимально усилий для их достижения, данные цели будут стимулировать развитие подростков и юношей. При этом установлено, что подростки будут избирать более трудные пути достижения целей, а юноши склонны к более абстрактному анализу целей и ситуаций.

Литература:

1. Волгуснова, Е. А. Развитие креативности в младшем подростковом возрасте // Вестник Шадринского государственного педагогического университета. – 2019. – С. 194-204.
2. Дубовова, А. А. Особенности взаимосвязи эмпатии и тревожности в подростковом возрасте / А. А. Дубовова, Е. А. Пархоменко // Материалы научной и научно-методической конференции профессорско-преподавательского состава Кубанского государственного университета физической культуры, спорта и туризма. – 2021. – № 1. – С. 256-257.
3. Дружинин, В. Н. Психология общих способностей. – М. : Питер, 2006. – 368 с.
4. Ильин, Е. П. Психология творчества, креативности, одарённости. – СПб. : Питер, 2011. – 448 с.

ОСОБЕННОСТИ СФОРМИРОВАННОСТИ ПРОКРАСТИНАЦИИ У ШКОЛЬНИКОВ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

Сенченко С.

Научный руководитель старший преподаватель Гладилина Л.А.

Аннотация. В данной работе рассмотрены особенности развития прокрастинации в юношеском возрасте, формирование академической прокрастинации и ее связи с компонентами личности.

Ключевые слова: прокрастинация, академическая прокрастинация, прокрастинация в юношеском возрасте.

Сегодня прокрастинация является самым распространенным явлением, особенно в школьной среде. Проблема заключается в негативных последствиях влияния явления прокрастинации на профессиональную, учебную деятельность человека, на снижение личной продуктивности, мотивации и трудоспособности, что проявляется в эмоциональных переживаниях личной неудачи и неудовлетворенности собственной работой, что приводит к откладыванию дел и выгоранию. Прокрастинация может отражаться не только на психических, но и также на физиологических аспектах человека (хроническая усталость, эмоциональное выгорание и т.д.).

Прокрастинация как психологическое явление, может проявляться, в разной степени, во всех возрастах, но, наибольшее распространение получила в юношеском возрасте, который является важным периодом в жизни человека, связанным с его профессиональным самоопределением, обретением идентичности и формированием собственного мировоззрения.

Чаще в юношеском возрасте возникает академическая прокрастинация, так как учебная деятельность по-прежнему играет важную роль в жизни юношей, данный вид прокрастинации связан с желанием откладывать выполнение учебных заданий на «потом». При этом академическая прокрастинация связана с различными особенностями личности, например, с перфекционизмом, тревожностью, уровнем эмоционального интеллекта и с самоопределением личности в целом. Прокрастинация часто используется субъектом для совладания с тревожностью. Страх неудачи-самый распространенный страх среди «прокрастинаторов», что усугубляется возрастными особенностями, так как на данном возрастном этапе от старшеклассников ожидают серьезных решений, связанных с их дальнейшим жизненным выбором, что несомненно повышает тревожность и усугубляет проявления прокрастинации.

Такие феномены как перфекционизм и эмоциональный интеллект оказывают влияние на здоровую оценку своих и чужих достижений. Степень зависимости эмоционального интеллекта и прокрастинации возрастает если они работают в совокупности. Плохое развитие эмоционального интеллекта может привести к сложностям с пониманием и узнаванием своих и чужих эмоций. Таким людям сложно взаимодействовать с социумом и договариваться

Прокрастинация негативно влияет на формирование и развитие личности в целом и создает препятствия для благоприятного профессионального и личностного самоопределения особенно в юношеском возрасте, что говорит о том, что данная проблема требует дальнейшего рассмотрения и изучения.

Литература:

1. Бодров, В. А. Проблема преодоления стресса. Процессы и ресурсы преодоления стресса. Часть 2 // Психологический журнал. – 2006. – Том 27. – №2.
2. Большой психологический словарь / под ред. Б. Г. Мещерякова, В. П. Зинченко. – СПб. : Прайм-Еврознак, 2003.
3. Варваричева, Я. И. Исследование связи прокрастинации, тревожности и IQ у школьников : Материалы научно-практических конгрессов Всероссийского форума «Здоровье нации – основа процветания России». – Т.2. – М., 2008.
4. Карловская, Н. Н. Взаимосвязь общей и академической прокрастинации и тревожности у студентов с разной академической успеваемостью / Н. Н. Карловская, Р. А. Баранова // Психология в вузе. – 2008. – № 3. – С. 38-49.

УДК: 159.922.8

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПОДРОСТКОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ

Снежко Д.П.

Научный руководитель старший преподаватель Дробышева К.А.

Аннотация. В статье анализируются компоненты становления социально – психологической адаптации подростков к условиям образовательного учреждения. Установлено, что для выборки подростков характерен высокий уровень адаптации. Образовательная среда колледжа способствует адаптации подростков, их эмоциональному комфорту и получению знаний.

Ключевые слова: адаптация, подростковый возраст, спортсмены.

Подростковый возраст является сложным и противоречивым этапом в жизни человека. В этот период идет активное формирование личности подростка, самосознание и психологической идентичности [2]. Подростковый возраст – это переход от детства к взрослости, изменяется социальная ситуация развития, формируется личность, идет активное становление самосознания, наряду с психологическими изменениями идет анатомо-физиологическое развитие организма. Подростковый возраст считается кризисным этапом и самым сложным возрастным периодом, так как наряду с личностными изменениями, происходят социальные изменения [5].

Многие старшие подростки выбирают получение профессионального образования и после девятого класса поступают в колледжи, техникумы и другие профессиональные образовательные учреждения. Изменение условий обучения с новыми требованиями и правилами ведет к адаптации к новой ситуации деятельности. Чем разнообразнее социальные контакты детей, тем больше сформированы механизмы адаптации к изменяющимся условиям деятельности.

Спорт способствует расширению социальных контактов и формированию различных коммуникативных умений. Подростки, занимающиеся спортом, активно используют приобретенные на предыдущих этапах развития навыки социализации, что позволяет им конструктивно взаимодействовать с группой, продуктивно выполнять деятельность и удовлетворять свои основные потребности [3].

Низкая адаптация к условиям образовательной среды может повышать тревожность, которая может способствовать дисгармонии личности и приводить к негативным последствиям [1]. При поступлении целесообразно проводить адаптационные тренинги включающие упражнения личностного раскрытия, самопрезентации, развитие коммуникативных навыков и командообразования [4].

Целью исследования являлось установить особенности формирования компонентов социально-психологической адаптации у обучавшихся подросткового возраста. В исследовании приняли участие 30 спортсменов в возрасте 15-16 лет, обучающихся на первом курсе колледжа. Для реализации цели исследования использовалась методика «Диагностика социально-психологической адаптации» (К. Роджерс, Р. Даймонд).

Согласно полученным результатам, у диагностируемых средний уровень по следующим показателям: адаптация ($58,51 \pm 8,2$), интернальность ($60,24 \pm 9,2$), эскапизм ($16,76 \pm 3,8$) и доминирование ($53,14 \pm 14,1$). Для исследуемых характерен средний уровень приспособленности к требованиям, условиям и нормам, предъявляемых социальным окружением. Они соотносят свои потребности и мотивы с интересами общества. Для данных подростков характерно следовать правилам, соотносить свои цели с групповыми, придерживаться заданной в социуме модели поведения. Исследуемые склонны видеть в качестве причин происходящих в их жизни событий преимущественно себя: свои способности, усилия, свойства характера. Они принимают на себя ответственность за что-либо происходящее, стараются реализовать свою активную позицию в жизни, но при этом

контролируют свои действия и используют различные оптимально доступные атрибуты для принятия решений. Для данной выборки подростков характерно активное решение лёгких проблем, устранение трудностей. Но при возникновении сложных ситуаций, требующих многоходовых действий, которые считаются как непосильные, подростки склонны уходить от подобных проблем. Диагностируемые стремятся к тому, чтобы их уважали в группе. Они могут брать ответственность за решение задач группы, отстаивать свои принципы и желания, готовы быть лидером для решения лёгких задач.

Также по полученным результатам у обучающихся выявлен высокий уровень по следующим показателям: самопринятия ($64,07 \pm 14,9$), принятия других ($53,93 \pm 15,9$) и эмоционального комфорта ($57,58 \pm 17,3$). Для данной выборки подростков характерен реализм в оценке своих качеств, способностей и возможностей. Исследуемые также реалистично оценивают и других, они способны принимать человека таким, какой он есть, с его принципами и характером. Диагностируемые ощущают уверенность и спокойствие в группе, не боятся выражать свои чувства и весьма оптимистичны.

Таким образом, исходя из полученных данных, можно установить, что для подростков характерна социально-психологическая адаптация. Образовательная среда колледжа способствует адаптации подростков, их эмоциональному комфорту и получению знаний. Условия колледжа, хоть и отличаются от общеобразовательной школы, но при этом удовлетворяют потребности подростка, что способствует их адаптации.

Литература:

1. Дробышева, К. А. Особенности взаимосвязи характеристик образовательной среды и тревожности в подростковом и юношеском возрасте // Тезисы докладов XLIV научной конференции студентов и молодых ученых вузов Южного федерального округа. – 2017. – С. 130-131.

2. Божович, Е. Д. Психологические особенности развития личности подростка. – М.: Педагогика, 2009. – 17 с.

3. Лейман, Ю. С. Личностные особенности, способствующие социально-психологической адаптации юношей-спортсменов / Лейман Ю. С., Пфай Т. В. // РЕМ: Psychology. Educology. Medicine. – 2014. – №2. – С. 1-7.

4. Распопова, А. С. Формирование психологической адаптации первокурсников к условиям образовательной среды вуза физической культуры в условиях учебно-оздоровительных сборов // Физиологические, психофизиологические проблемы здоровья и здорового образа жизни. – 2022. – С. 167-170.

5. Шаповаленко, И. В. Возрастная психология (Психология развития и возрастная психология). – М. : Гардарики. – 2005. – 349 с.

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОГО И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО САМООПРЕДЕЛЕНИЯ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Трелюс А.В.

Научный руководитель доцент Дубовова А.А.

Аннотация. В работе рассматриваются особенности развития личностного и профессионального самоопределения. Автором уделено внимание раскрытию факторов, которые оказывают влияние на развитие самоопределения в юношеском возрасте.

Ключевые слова: самоопределение, юношеский возраст, ценностные ориентации.

Юношеский возраст – период жизни человека, который является порогом жизненного самоопределения, период активного становления личности, формирования её направленности, убеждений и мировоззрения.

Одним из центральных новообразований ранней юности является личностное самоопределение, дающее основу всем иным видам самоопределения, выступая генетически исходной категорией. Существенной характеристикой личностного самоопределения является осмысление самого себя, сознательный выбор личностью собственной позиции, изучение и осознание человеком своих качеств, собственных психических и физических особенностей. Отмечают, что самоопределение становится результативным для тех людей, кто имеет правдивые и разумные представления о себе, своих способностях, а также об окружающем мире.

Помимо этого значительная роль в самоопределении отводится потребности личности в самосовершенствовании и самоактуализации. Активность, целеустремленность, самостоятельность и широта жизненных ценностей – это те качества, которые, с позиции И. С. Арон, характеризуют личность, способную к самореализации [1].

Существенно важными условиями возникновения и развития самоопределения являются ценностные ориентации. Они определяют направление, род занятий, жизненный путь, который выберет человек, следовательно, тесно связаны с психологическими перспективами и будущим юношей и девушек [3]. Из этого следует, что ценностные ориентации личности являются одним из показателей взаимосвязи личностного и профессионального самоопределения в юношеском возрасте.

Профессиональное самоопределение трактуется как глубокий многоступенчатый процесс формирования личностью осознанного выбора профессии с надлежащим учетом своих индивидуальных особенностей и возможностей, системы своих первостепенных отношений к профессионально-трудовой среде и созданию им соответствующих профессиональных намерений и планов [2].

Одной из важных качественных характеристик профессионального самоопределения является профессиональная готовность. Она выражается в субъективной оценке своих умений, знаний и навыков, а также в формировании эмоционального отношения к выбранной деятельности. Также важную роль в профессиональном самоопределении играют личностные качества субъекта, принятие во внимание требований профессиональной деятельности и социально-экономическую обстановку.

Таким образом, формирование профессионального и личностного самоопределения, выступающее центральным моментом личностного развития в юношеском возрасте, происходит в результате сложного взаимодействия внешних и внутренних факторов развития и является неотъемлемой частью становления каждой личности.

Литература:

1. Арон, И. С. Методы психологического сопровождения профессионального самоопределения [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование. – 2012. – № 2. Режим доступа: https://psyjournals.ru/files/53602/psyedu_ru_2012_2_Aron.pdf.
2. Буров, К. С. Профессиональное самоопределение как научное понятие / К. С. Буров // Вестник Южно-Уральского государственного университета. – 2017. – № 6. – С. 144.

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ ПРИ ПЕРЕХОДЕ ИЗ НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЫ В СРЕДНЕЕ ЗВЕНО

Филипенко С.С.

Научный руководитель старший преподаватель Дробышева К.А.

Аннотация. Главенствующей задачей образования является сохранение психического здоровья обучающихся. Переход на новые этапы обучения является стрессовым, так как меняются требования и старые механизмы деятельности являются неэффективными, а новые еще не сформированы. Переходные этапы часто могут отображаться дезадаптацией которая проявляется в повышении тревожности и агрессивности, неуверенности, снижение мотивации. Оказание своевременной психологической поддержки и осуществление психологического сопровождения на всех этапах обучения выступает профилактикой дезадаптации и способствует адаптации.

Ключевые слова: дезадаптация, адаптация, подростковый возраст, пятый класс.

Приоритетной задачей современного образования является сохранение психического и физического развития ребенка на разных этапах обучения. Переход на новые ступени получения знаний знаменует стрессовой ситуацией смены привычных механизмов деятельности и новыми требованиями к школьнику. При этом социальные изменения сопровождаются возрастными, а именно изменением ведущей деятельности, психическими новообразованиями, становлением самосознания, формированием личностной сферы. Не каждый обучающийся легко и уверенно адаптируется к новой системе обучения в среднем звене школы. Следование новым требованиям, увеличение количества учителей, система перехода из класса в класс, увеличение объема учебной нагрузки и внеклассной деятельности, усложнение предметов и появление новых предметов часто дезорганизуют учащихся, которые не всегда готовы к этому [3].

Трудности в адаптации проявляются в повышении тревожности, неуверенности в себе, снижении учебной мотивации, замкнутости, трудности установления социальных контактов. Повышенная тревожность может приводить к чувству незащищенности в стенах школы [2]. Успешная адаптация подростков к переходу в среднее звено школы по мнению Т.И. Бабаевой проявляется в позитивной динамике работоспособности, которая в первые месяцы растет, в установлении положительных межличностных контактов, в быстром усвоении школьной программы и благоприятном эмоциональном фоне [1]. Как указывает Н.Б. Пасынкова [4] германизирует эмоциональное состояние и способствует адаптации в переходный период психолого-педагогическое сопровождение и оказание поддержки младшим подросткам, которое выступает фактором профилактики дезадаптации и способствует преодолению трудностей в процессе обучения. Ознакомление младших школьников с будущими условиями обучения, с учебными предметами, которые у них будут на следующем этапе обучения и со структурой учебной деятельности в пятом классе снижает риск дезадаптации как предпосылки педагогической запущенности.

Адаптация в пятом классе – особый и сложный период в жизни ребенка: ему необходимо преодолеть более сложный этап обучения; меняется и социальная среда ребенка, появляются новые друзья, одноклассники, много новых учителей. Если у ребенка не сформированы компоненты готовности к переходу в среднее звено школы, то он становится растерянным, у него может пропасть желание посещать школу, и, как следствие, возникает «школьная дезадаптация».

Школьная дезадаптация понимается как нарушение адаптационных механизмов к меняющимся условиям, которое приводит к нарушению поведения, негативному эмоциональному фону, снижению самооценки. Существует многочисленное количество определений школьной дезадаптации, но всех их объединяет понимание того, что этот феномен приводит к нарушению приспособления личности к условиям школьной жизни, к

возникновению рассогласования требований среды с личными особенностями подростка, что может приводить к нарушениям в учебе и поведению, конфликтам, тревожности, агрессивности и деструктивным формам поведения.

Существует ряд факторов, по которым учащиеся не могут приспособиться к средней ступени образования [5]. К числу таких факторов относится не сформированная «школьная зрелость» и не готовность переносить учебные нагрузки. Одной из причин является недостаточный уровень функциональной готовности организма ребенка к повышению интенсивности обучения, отсутствие «школьной зрелости».

В заключении можно сделать вывод, что адаптация в школе в частности переход из начального звена в среднее – это очень важный процесс для ученика. Деадаптация вызывает неблагоприятное состояние для ребенка, поэтому очень важно для учителя и родителей замечать изменения у ребенка, помогать адаптироваться к новым условиям обучения, диагностировать ранние признаки деадаптации.

Литература:

1. Акиндина, А. С. Развитие ребенка дошкольного и младшего школьного возраста как субъекта деятельности. – СПб, 2019. – 332с.

2. Дробышева, К. А. Особенности взаимосвязи характеристик образовательной среды и тревожности в подростковом и юношеском возрасте // Тезисы докладов XLIV научной конференции студентов и молодых ученых вузов Южного федерального округа. – 2017. – С. 130-131.

3. Дубовова, А. А. Особенности взаимосвязи эмпатии и тревожности в подростковом возрасте / А. А. Дубовова, Е. А. Пархоменко // Материалы научной и научно-методической конференции профессорско-преподавательского состава Кубанского государственного университета физической культуры, спорта и туризма. – 2021. – № 1. – С. 256-257.

4. Пасынкова, Н. Б. Связь уровня тревожности подростков с эффективностью их интеллектуальной деятельности // Психологический журнал. – 1996. – №1. – С. 169-174.

5. Савина, Н. Н. Школьная деадаптация: природа, структура, причины / Н. Н. Савина // Наука и школа. – 2010. – С. 118-121.

УДК: 159.922.6

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА И СТИЛЯ РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ

Черкасова К.В.

Научный руководитель доцент Дубовова А.А.

Аннотация. В работе рассмотрены стили родительского воспитания и их взаимосвязь с эмоционально-личностным развитием ребёнка. Выявлено, что ребенок развивается в непосредственной зависимости от того, какой преобладает эмоциональный фон в семье и каковы особенности эмоционального склада его родителей.

Ключевые слова: эмоционально-личностное развитие ребёнка, стиль воспитания, детско-родительские отношения.

Особенности формирования эмоционально-личностного развития ребёнка до сих пор остаются проблемой для изучения современных психологов. основополагающее влияние на развитие особенностей поведения ребёнка в будущем оказывает именно детско-родительский стиль. Нахождение в неполноценной среде развития может сказаться на ребёнке в виде задержки его развития. Так же в отдельный феномен, имеющий название «синдром опасного обращения с детьми», и выделяется данное явление. Развитие у ребёнка эмоциональной сферы в большей степени зависит именно от эмоционального фона в семье, окружающего ребёнка в ходе его взросления, а также от специфики эмоционального склада родителей этого ребёнка [1, 2].

Межличностные отношения внутри семьи оказывают значительное влияние на становление личности, его внутренних психологических блоков и деструктивных программ, детские обиды, которые в дальнейшем перерастают в замкнутость и стремление к одиночеству, а также на становление социальных взаимоотношений. В тех или иных ситуациях родители не задумываются о том, что не только слова сказанные, но и эмоции и интонации, их мимика, пантомимика ребёнком воспринимается очень остро и не всегда положительно влияет на его неокрепшую душевную организацию, находящуюся на этапе становления. В раннем детстве при воспитании ребенка следует обращать внимание не только на поведение при взаимодействии с ребенком, но также и с остальными членами семьи, так как ребенок неосознанно начинает перенимать и копировать родительскую манеру поведения, их жесты. При социальном взаимодействии с людьми вне семьи он так же будет продолжать имитировать их тональность при общении, возможные привычки и жестикуляцию, возможно даже проигрывание родительской модели поведения при попадании в определённые ситуации. В современных реалиях родители стали больше заботиться о материальном благополучии своих чад и всё меньше внимания отдают их внутреннему миру и психологическому благополучию [3, 4].

При наличии у матери выраженных фобий (тревожности) и нервозности при взаимодействии с ребенком, её чрезмерных попыток сохранить своего ребёнка от опасностей мира, от влияния и общения со сверстниками могут привести только к проявлению тех же страхов у ребёнка в будущем. Ключевую роль в развитии тревоги в раннем возрасте играет именно материнская фигура, поведение матери может стать предпосылкой к возникновению детского невроза [3].

Семья не просто является фактором, влияющим на развитие ребенка. Формирует его привычки, взгляды, закладывает его гражданское самосознание. Но изначально, будучи первой социальной группой, обеспечивает защиту самого его существования, оберегает от неблагоприятной внешней среды, негативного влияния внешних факторов. Естественным образом семья обеспечивает условия для развития ребенка в физическом плане, так и как личности. Являясь своеобразным буфером, семья не только смягчает воздействие на ребенка внешней среды, экономических, социальных и психологических факторов, но и формирует способы поведения, закладывает социальные ролевые модели. Воспроизводство такой же

социальной ячейки – семьи, самостоятельное её создание, поддержание благоприятной атмосферы внутри семьи – тоже закладывается ребенку в своей семье. Во многом этот механизм строится на копировании семейных традиций, привычек, способов поведения и отношения к друг другу членов семьи. А также значительное влияние имеет отношение к ребенку родителей и других членов семьи как к личности, формирование его как полноценного члена общества и самодостаточного индивида со своими уникальными особенностями. Сформировать условия, при которых ребенок получит необходимые для жизни в здоровом обществе социальные навыки, будет уважительно относиться к другим членам общества и сам обладать чувством собственного достоинства, – важнейшая задача родителей и семьи в целом

Таким образом, эмоционально-личностное развитие ребенка находится в прямой зависимости от влияния эмоционально-личностного фона семьи, от особенностей эмоционального склада его родителей и преобладающего стиля воспитания.

Литература:

1. Босенко, Ю. М. Особенности сформированности представления о себе у дошкольников с нарушениями адаптации / Ю. М. Босенко, Е. Н. Сулова // Теория и методология инновационных направлений физкультурного воспитания детей дошкольного возраста : Материалы VIII Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – 2018. – С. 39-40.

2. Карбанова, О. А. Психология семейных отношений и основы семейного консультирования : учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению и специальностям психологии / О. А. Карбанова. – М. : Гардарики, 2004 (ОАО Можайский полигр. комб.). – 319 с.

3. Лаптева, Ю. А. Содержательные характеристики эмоционального развития детей дошкольного возраста / Ю. А. Лаптева // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия : Педагогика, психология. – 2016. – № 3 (26). – С. 84-89.

4. Распопова, А. С. Роль эмоциональной сферы в развитии дошкольников с задержкой психического развития / А. С. Распопова // Теория и методология инновационных направлений физкультурного воспитания детей дошкольного возраста. – Краснодар, 2021. – С. 294-295.

КАФЕДРА АДАТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

УДК: 615.825

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ОСАНКИ

Алехина Н.В.

Научный руководитель доцент Лавриченко С.П.

Аннотация. На основании анализа научно-методической литературы в данной работе описываются наиболее важные аспекты физической реабилитации детей с нарушением осанки, подчеркивается роль физических упражнений в профилактике заболевания.

Ключевые слова: нарушение осанки, физическая реабилитация, физические упражнения, дети младшего школьного возраста.

Одними из наиболее часто поднимаемых проблем в современном быстро меняющемся мире являются болезни цивилизации. Постоянно растущая заболеваемость представляет собой серьезную медико-санитарную проблему для всего общества. По имеющимся данным, заболевания поражают уже не только взрослое население, но все чаще проявляются в детском возрасте [5]. К подобным заболеваниям относятся нарушения осанки. О плохой осанке уже написано немало литературы, но, несмотря на такой значительный объем, остается много вопросов, на которые до сих пор нет ответа, и существует несколько мнений о причинах возникновения таких нарушений [4].

Периодом риска в правильном развитии осанки считается период младшего школьного возраста, когда из-за влияния неподходящей школьной мебели и ношения школьных портфелей, наблюдается неравномерность фактической потребности во времени, затрачиваемом детьми на занятия спортом, с целью развития опорно-двигательного аппарата, что приводит к односторонней нагрузке. Из-за такого дисбаланса увеличивается количество детей с нарушением осанки. Основой эффективной профилактики должны быть физические нагрузки, которые необходимо сочетать с правильными привычками в области ношения школьных портфелей, а также правильным оснащением учебных помещений, со сбалансированной спортивной и трудовой деятельностью в школе [3].

Не менее важна вторичная профилактика, которая чаще всего проводится во внеурочной деятельности, в свободное время ребенка. В этой профилактике основное внимание уделяется правильному воспитанию ребенка родителями. С одной стороны, это касается соответствующего оборудования детской комнаты, особенно письменного стола и стула, где ребенок проводит свое рабочее время или играет в компьютерные игры, чтобы во время этих занятий не формировалась неправильная осанка. В связи с этим родители должны знать, что и здесь чередование спортивной и трудовой (игровой) деятельности должно быть в одинаковой степени, чтобы не было односторонней нагрузки, а значит, и развития нарушений осанки. Важным фактором также является правильное питание, которое должно соответствовать физической нагрузке и быть достаточно сбалансированным. Необходимо осознать, что эти привычки потом сопровождают ребенка даже вне дома, в частности, соблюдение питьевого режима, пищевых привычек, правильное сидение на стуле и т.д. [2].

Необходимо понимать, что при поступлении ребенка в школу его двигательная активность значительно снижается, так как он вынужден сидеть за партой во время урока. Часы физической культуры не всегда достаточны для компенсации односторонней нагрузки, и поэтому необходимо, чтобы родители правильно реагировали на это изменение и поддерживали детей, или соответствующим образом мотивировали ребенка к физической активности в свободное время [4].

Генетическая предрасположенность, психическое и физическое состояние, односторонняя нагрузка оказывают большое влияние на формирование осанки. Физическая подготовка также влияет на состояние опорно-двигательного аппарата. В случае перегрузки

костно-мышечной системы возникают дегенеративные изменения, носящие отрицательный характер, что приводит к ухудшению здоровья. Правильная профилактика заключается в физическом воспитании, которое следует применять с младенчества. Хороший пример – различные регулярные занятия спортом для всей семьи или хотя бы одного члена семьи вместе с ребенком [5].

Существуют различные организованные занятия, но в идеале родители должны вовлекать детей в подвижную деятельность во время любой игры, что зачастую более эффективно, чем часовая зарядка под руководством инструктора в спортзале.

Перед началом занятия или игры дети должны разогреться и потянуться, рекомендуется проводить короткий разминочный бег. Хорошо использовать соревнования между детьми, которые мотивированы на более высокий уровень проявления их физических кондиций. На следующем этапе очень уместно включить упражнения на растяжку. Возможно использование большого мяча, различных дисков для растяжки, скакалок и других вспомогательных средств, которые можно включить в игру. После разминки и разогрева можно выбирать любые более сложные и интенсивные упражнения, ведущие к укреплению слабых мышц [1].

Упражнения должны быть направлены на растяжение и укрепление участков мышц, которые диагностированы как слабые или ослабленные. При занятиях со здоровыми детьми необходимо обратить внимание на общее развитие всех мышечных отделов и не нагружать только одну группу. Упражнения следует выполнять регулярно и с оптимальной нагрузкой [2].

Упражнения должны соответствовать возможностям и способностям ребенка, необходимо постепенно увеличивать физическую нагрузку. Для ребенка со слабыми мышцами – больше внимания уделять укрепляющим упражнениям. Важно обращать внимание на правильную технику выполнения упражнений, так как в противном случае они будут совершенно неэффективными, и наоборот, могут привести к нарушению осанки [1].

Выбор и продолжительность упражнений и их частота индивидуальны для каждого ребенка. Обязательны для применения с целью коррекции осанки дыхательные и расслабляющие упражнения, так как дети часто задерживают дыхание, что является грубой ошибкой. Дыхательные упражнения, выполняемые в начале и в конце занятия, могут привести к расслаблению. Причем, частой проблемой является мотивация детей, поскольку необходимо найти к ребенку подход, заинтересовать его, чтобы занятие проходило с удовольствием.

Таким образом, необходимо повышать уровень всесторонней двигательной активности подрастающего поколения, важно обеспечивать пропаганду и поддержку физической активности, изменить отношение детей, воспитателей, медицинских работников и всех органов государственной власти к данному вопросу. Необходимо продолжить исследовательские проекты, которые будут направлены на мониторинг и оценку распространенности нарушения осанки в детском возрасте и реабилитационные мероприятия с целью ее коррекции.

Литература:

1. Андрусева, И. В. Физическая реабилитация при нарушении осанки у детей / И. В. Андрусева, Ю. В. Бобрик, С. Р. Абдурахманов // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2020. – №1. – С. 63.
2. Артамонова, Л. Л. Лечебная и адаптивно-оздоровительная физическая культура / Артамонова Л. Л., Панфилов О. П., В. В. Борисова. – М. : Владос-Пресс, 2017. – 28 с.
3. Кузьмин, Е. Л. Современные аспекты физической реабилитации // Проблемы и перспективы развития образования в России. – 2015. – №37. – С. 162-168.
4. Цыкунов, М. Б. Медицинская реабилитация при сколиотических деформациях // Вестник восстановительной медицины. – 2018. – № 4 (86). – С. 75-91.
5. Щетинина, С. Ю. Мониторинг заболеваемости детского населения // Ученые записки университета имени П. Ф. Лесгафта. – 2012. – № 12 (94) – С. 146-150.

УДК: 615.825

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕТРАДИЦИОННЫХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Божко Д.А.

Научный руководитель старший преподаватель Попова О.С.

Аннотация. В данной работе рассматриваются возможности использования нетрадиционных средств реабилитации лиц с детским церебральным параличом.

Ключевые слова: ДЦП, реабилитация, Цигун, Туйна-терапия.

Детский церебральный паралич (ДЦП) является одним из распространенных заболеваний в мире. По данным Росстата диагноз «детский церебральный паралич» установлен у 30,3-30,8 на 100 тысяч детей в возрасте до 14 лет [1, 5]. Появление данного заболевания связано с поражением центральной нервной системы, обусловленным воздействием патологических факторов как во внутриутробном периоде, так и в период родов. Одним из наиболее частых проявлений детского церебрального паралича является нарушение двигательной сферы, что связано с неправильным распределением мышечного тонуса, нарушением координации [2]. В свою очередь, перечисленные особенности сопровождаются чаще всего повышенной спастичностью мышц ребенка, что вызывает нарушение функций суставов, болевые ощущения, нарушения овладения двигательными навыками.

Основными средствами физической реабилитации лиц с детским церебральным параличом являются: лечебная физическая культура, массаж и средства физиотерапии. Однако, помимо уже стандартных средств и методов повышения качества жизни лиц, имеющих диагноз детский церебральный паралич, используются и новые нетрадиционные средства [3].

Использование системы массажа Цигун и Туйна-терапии позволяет повысить эластичность мышечного волокна и снизить их спастичность за счет воздействия на триггерные точки. Так система Цигун массаж представляет собой древнюю и систему, разработанную в Китае, которые включают в себя акупунктурирование в комплексе с массирующими движениями, направленными от центра к периферии мануального воздействия на кожу. Система массажа Цигун предполагает работу по снятию энергетических блоков, которое образуется в позвоночнике, суставах и на коже головы. Акупунктурное воздействия пальцами направлено на активизацию биологически активных точек, что способствует стимуляции восстановления поврежденных тканей, а также снижению атрофии мышечного волокна.

Туйна-терапия представляет собой один из видов классического массажа. Как и другие методики китайской медицины, данная методика направлена на создание баланса энергетических потоков в теле человека, в результате чего организм восстанавливает естественное состояние и снижает проявление патологических процессов. Одним из основных приемов данной методики является – катание, который используется в работе с мягкими тканями, что способствует восстановлению функций сухожилий [4].

Использование Цигун и Туйна терапии являются вспомогательными, но при этом эффективными средствами физической реабилитации лиц с ДЦП, которые позволяют в большей степени повысить мобильность данного контингента, обеспечить двигательные возможности для овладения необходимыми бытовыми навыками.

Таким образом, можно заключить, что процесс физической реабилитации лиц с детским церебральным параличом требует мультидисциплинарного и комплексного подхода. Дисфункциональное состояние, обусловленное двигательными нарушениями, требует постоянной и длительной реабилитации, раннего выявления диагноза, что обеспечит эффективность реабилитационных мероприятий.

Литература:

1. Воробьева, Н. А. Изучение способов физической реабилитации при ДЦП (обзор литературы) / Н. А. Воробьева, Н. А. Гросс, В. Н. Морозов, А. Г. Пономарева, М. В. Кривошапов, А. Д. Журбина // Вестник спортивной науки. – 2019. – № 6. – С. 55-62.
2. Воронин, Д. М. Технологии использования физической реабилитации при восстановлении детей с ДЦП / Д. М. Воронин, М. В. Чайченко // Проблемы современного педагогического образования. – 2019. – № 63. – С. 95-99.
3. Махмудова, А. И. Эффективность упражнений на растягивание при спастических формах церебрального паралича у подростков / А. И. Махмудова // Медицина. Социология. Философия. Прикладные исследования. – 2021. – № 4. – С. 18-21.
4. Рогов, О. С. Методика физической реабилитации детей-инвалидов со спастической формой ДЦП / О. С. Рогов, Д. А. Поляк // Известия Тульского государственного университета. Физическая культура. Спорт. – 2021. – № 3. – С. 48-58.
5. Сычев, С. А. особенности эрготерапии по коррекции двигательных нарушений больных ДЦП и нарушениях центральной нервной системы / С. А. Сычев, Е. К. Сиротинская // Актуальные научные исследования в современном мире. – 2019. – № 2-4. – С. 127-130.

УДК: 615.825.-056.31

СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ АДАПТИВНОГО ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ИНТЕЛЛЕКТА

Бочкарева К.С.

Научный руководитель к.п.н., доцент Бойкова М.Б.

Аннотация. Данная работа раскрывает значение адаптивного физического воспитания для детей с нарушениями интеллекта, а также некоторые средства для коррекции различных качеств ребенка.

Ключевые слова: дети, адаптивное физическое воспитание, нарушения интеллекта, умственная отсталость, расстройства аутистического спектра, подвижные игры.

В настоящее время актуальной проблемой является нарушение интеллекта у детей. Наиболее распространенные формы данной патологии – умственная отсталость и расстройства аутистического спектра (РАС).

Под термином «умственная отсталость» понимается стойкое, выраженное нарушение познавательной деятельности диффузионного органического поражения центральной нервной системы. Формы умственной отсталости очень многообразны и зависят от различных факторов, таких как: время появления, степень выраженности, этиология, патогенез, клинические проявления, также структура самого нарушения. Впрочем, для всех форм без исключения присутствует объединяющий их признак – тотальность и иерархичность нервно-психического недоразвития из-за необратимого поражения центральной нервной системы ребенка до двухлетнего возраста с последующим торможением развития заболевания [5].

Расстройства аутистического спектра – расстройство нервной системы, характеризующееся дефицитом в коммуникативной сфере и социальном взаимодействии с другими людьми при наличии определенных стереотипов [4]. РАС чрезвычайно многообразен своими видами, формами, проявлениями. Может варьироваться от легкой степени выраженности, с определенным набором клинических проявлений и признаков, вплоть до крайне тяжелой, проявляющейся тотальной недееспособностью человека. Детям с РАС характерен возбудимый тип нервной системы, вместе с тем преобладает возбуждение над торможением. При этом множество детей имеют гиперактивность и сниженную концентрацию внимания [2].

Общими характерными признаками для детей с нарушениями интеллекта являются нарушения в познавательной, эмоционально-волевой сферах; задержка психо-физического развития, в частности в развитии всех без исключения физических качеств, как следствие снижена двигательная активность; страдает память, внимание, концентрация на различных вещах и объектах; идет нарушение пространственно-временной ориентации, а также ориентации в пространстве [3].

В связи с вышеперечисленным, огромную роль в адаптации детей с нарушениями интеллекта играет адаптивное физическое воспитание (АФВ).

С этой категорией лиц программа по АФВ реализуется в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях VIII вида. Особое внимание следует уделять развитию всех физических качеств посредством различных методов и методических приемов, немаловажную роль играет развитие мелкой моторики, которая, в свою очередь, оказывает положительное влияние на эмоционально-волевую сферу ребенка, улучшает внимание, мышление, пространственную ориентацию, зрительную память, воображение [6]. Обобщенно можно сказать, что хорошо развитая мелкая моторика – важный механизм функционирования высших нервных функций, которые поражены у детей с нарушениями интеллекта.

На развитие всех физических качеств детей данной нозологии положительное влияние оказывают подвижные игры – различные по своей структуре, направленности, сюжету,

двигательным действиям, степени интенсивности, правилам и др. [1]. Благодаря тому, что подвижные игры можно варьировать и подбирать под определенные поставленные задачи, например: для развития конкретных физических качеств; они являются универсальным средством всестороннего развития ребенка, что особенно важно для детей с нарушениями интеллекта. Также, подвижные игры благотворно влияют как на психо-физическую сферу, так и на эмоционально-волевую, и на такие важные аспекты, как коммуникация, социализация. В немалой степени они развивают личностные качества ребенка, память, внимание, помогают адаптироваться среди сверстников. Широкое многообразие подвижных игр позволяет развивать все физические качества в равной степени, либо же группу определенных, необходимых для конкретной задачи. Любые задания для детей с нарушениями интеллекта становятся более понятны, когда они являются целевыми, что способствует более успешному их выполнению.

Таким образом, можно сказать, что грамотно подобранная программа по АФВ способствует полноценному гармоничному развитию всех качеств ребенка с нарушениями интеллекта, которые так или иначе были не сформированы, недоразвиты, либо же лишены должного внимания их развития. Некоторыми из способов для их развития или коррекции являются вышеописанные, которые в последствие облегчают освоение основной программы обучения.

Литература:

1. Григорьева, Т. С. Развитие двигательной активности у младших школьников с интеллектуальными нарушениями на основе использования подвижных игр / Т. С. Григорьева, О. В. Ленская // Труды конференции. – Великие Луки : Великолукская государственная академия физической культуры и спорта, 2022. – С. 204-208.
2. Плаксунова, Э. В. Исследование физического развития и двигательных способностей учащихся с расстройствами аутистического спектра / Э. В. Плаксунова // Аутизм и нарушения развития. – 2014. – № 1 (42). – С. 26-32.
3. Ильин, А. В. Особенности формирования компенсаторных умений и навыков у детей с умственной отсталостью средствами адаптивной физической культуры / А. В. Ильин, А. С. Мещеряков // Известия высших учебных заведений. – 2012. – № 4 (24). – С. 174-179.
4. Мазова, А. М. Модели организации для обучения детей с расстройствами аутистического спектра / А. М. Мазова, Э. Э. Мурадова, Е. В. Оноиченко // Труды конференции. – Крымск: Крымский Республиканский Центр психолого-педагогического и медико-социального сопровождения, 2019. – С. 200-206.
5. Частные методики адаптивной физической культуры : Учебное пособие / Под ред. Л. В. Шапковой. – М. : Советский спорт, 2003. – 464 с.
6. Царева, Н. А. Развитие мелкой моторики у детей 6-7 лет с нарушением интеллекта / Н. А. Царева, А. Е. Федотова // Труды конференции. – Чебоксары : ЧГПУ им. И. Я. Яковлева, 2016. – С. 198-200.

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Бузиков И.В.

Научный руководитель к.б.н. доцент Лавриченко С.П.

Аннотация. В работе на основании изучения научной литературы представлены особенности физической реабилитации лиц с гипертонической болезнью, подчеркивается роль физических нагрузок и правильного образа жизни в профилактике заболевания.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, артериальное давление, физическая реабилитация, лечебная физическая культура.

Гипертоническая болезнь является одним из наиболее частых сердечно-сосудистых заболеваний в настоящее время. Это заболевание имеет неясную этиологию и поражает все возрастные группы. Гипертоническая болезнь - это повышенные значения артериального давления выше 140/90 мм рт.ст., которые даже при отсутствии у больного клинических симптомов вызывают поражение органов-мишеней (сердце, мозг, почки, сосуды) и в последующем могут привести к проявлению других, более тяжелых заболеваний. Прогноз зависит, в том числе, и от мотивации пациента к изменению образа жизни, что является одним из наиболее частых камней преткновения для этих больных [4].

Основной целью лечения является оптимизация показателей артериального давления, тем самым предотвращение развития сердечно-сосудистых осложнений у больного. Результатом успешного лечения является, помимо значительного снижения артериального давления, снижение риска изменений работы органов и сердечно-сосудистых осложнений, сопровождающих артериальную гипертензию.

Лечение гипертонии можно разделить на две большие группы: фармакологическое и немедикаментозное лечение. Однако, оптимальный результат терапии для больного может быть достигнут только при правильном сочетании обоих видов лечения, что подразумевает сотрудничество больного с лечащим врачом, назначающим фармакологическую помощь и немедикаментозное лечение, а также с физиотерапевтом, который контролирует правильность курса и проведение немедикаментозного лечения [1].

Немедикаментозное лечение является неотъемлемой частью реабилитации всех больных гипертонической болезнью. В целом заключается в снижении массы тела у людей с избыточной массой и ожирением, снижении потребления поваренной соли до 5-6 г в сутки, снижении потребления алкоголя, ограничении курения и стрессовых ситуаций. Также рекомендуется достаточная физическая активность, увеличение потребления фруктов и овощей и снижение потребления жиров, в основном животного происхождения.

Больным артериальной гипертензией с показателями артериального давления (АД) в пределах 140-159/90-99 мм рт.ст. показан режим, т.е. немедикаментозное лечение, во время которого у больного неоднократно проверяют давление. Фармакологическое лечение у этих больных начинают только по прошествии 2-3 месяцев с начала лечения по схеме, при условии, что артериальное давление не нормализовалось.

В последние годы все больше внимания уделяется изменению образа жизни при лечении артериальной гипертензии, что включает не только увеличение частоты соответствующих физических нагрузок, но и изменение пищевых привычек и влияние на другие факторы риска, к которым в первую очередь относятся стресс, курение, ожирение и т. д. Конечно, идеальный эффект немедикаментозного лечения может быть достигнут только при воздействии на все компоненты, а не только на отдельные подкомпоненты образа жизни. Терапевтический план должен осуществляться в соответствии с рекомендациями терапевта и лечащего кардиолога, из чего следует, что оптимальный эффект лечения является результатом хорошего сотрудничества специалистов различных специализаций [3].

В настоящее время все больше пациентов имеют сидячую и напряженную работу, а малоподвижный образ жизни характеризуется как один из основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Основной целью лечебной физкультуры является повышение кардиореспираторной подготовленности больного с помощью определенного вида программы физических упражнений. По мере улучшения физической формы пациент часто сообщает об улучшении своих функциональных возможностей и силы, что позволяет ему выполнять повседневные действия с гораздо меньшими усилиями, с большей уверенностью, и все это отражается на повышении качества его жизни. Однако, для достижения максимального эффекта необходимо правильно подобрать не только вид физической нагрузки, но и ее интенсивность. Неправильно подобранное двигательное вмешательство также может привести к декомпенсации состояния больного [2].

Для того чтобы оптимально дозировать интенсивность, частоту и вид физической нагрузки, необходимо сначала обследовать больного и, исходя из результатов, подбирать режимы нагрузки. Сначала терапевт собирает анамнестические данные, относящиеся к текущему и предыдущему состоянию больного. Далее следует физикальное обследование, при котором необходимо оценить не только состояние сердечно-сосудистой системы, включая частоту пульса и его регулярность, артериальное давление, аускультацию легких и сердца, но и исследовать нижние конечности путем осмотра и пальпации на предмет возможного наличия отеков или рубцов после инвазивных сердечно-сосудистых, ортопедических и нервно-мышечных вмешательств. Кроме того, изучаются пищевые привычки пациента, которые, среди прочего, тесно связаны с уровнем его артериального давления. При обследовании физической активности в первую очередь определяют текущий ее уровень с помощью анкеты-шагомера. Двигательный режим пациента связан с его возрастом, полом и повседневной деятельностью. Кроме того, необходимо оценить, насколько человек, страдающий гипертонией, готов изменить свое поведение, повысить свою уверенность в себе и выявить факторы, которые делают невозможным увеличение его физической активности. После вышеупомянутого обследования терапевт должен предложить пациенту вариант вмешательства, заключающийся в поддержке и предоставлении рекомендаций о том, какая физическая активность необходима больному, принимая во внимание все ограничивающие условия, вытекающие из предыдущего обследования. Рекомендуется стимулировать пациента выполнять 30-60 минут упражнений средней интенсивности не менее 5 дней в неделю. Кроме того, обычно назначаются аэробные тренировки с меньшей интенсивностью для предотвращения травм опорно-двигательного аппарата [5].

Таким образом, физическая реабилитация лиц с гипертонической болезнью заключается в снижении показателей артериального давления с помощью комбинации фармакологического и немедикаментозного лечения, влияние которого на течение заболевания сегодня часто игнорируется, несмотря на все известные данные. Прогноз зависит не только от соблюдения больными фармакологического лечения, но и от мотивации к изменению образа жизни и соблюдения всех мер профилактики.

Литература:

1. Ананьева, О. В. Гипертония. Лучшие методы лечения. – М. : Вектор, 2016. – 128 с.
2. Воронов, Н. А. Адаптивная физическая культура и здоровье / Н.А. Воронов // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. – 2018. – №8. – С. 32-34.
3. Дмитриев, Д. А. Роль лечебной физической культуры в жизни современного человека / Д. А. Дмитриев, И. И. Гетманский // Наука-2020. – 2020. – №8 (44). – С. 176-183.
4. Ермошкин, В. И. Гипотеза о беспричинной гипертонии // Здоровье и образование в XXI веке. – 2012. – №1. – С. 27-32.
5. Зотин, В. В. ЛФК при гипертонии // Наука-2020. – 2020. – №3 (39). – С. 122-126.

УДК: 615.825

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВАЛЬГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОП У ДЕТЕЙ

Важенин Р.Р., Белоусов Н.Д.

Научный руководитель к.п.н. доцент Спирина И.К.

Аннотация. В работе на основании научно-методической литературы раскрыты основные средства и методы лечения и профилактики вальгусной деформации стоп у детей.

Ключевые слова: деформация стопы, методы лечения, плоскостопие, нарушение стоп у детей, профилактика вальгуса.

Вальгусная деформация стопы – патологическое заболевание, которое проявляется уплощением стопы и ее «заваливанием» кнутри. Последствиями этой патологии являются: смещения центра тяжести тела, смещение оси позвоночника [1]. Деформация стопы делится на два вида: врожденная и приобретенная. При врожденной основные причины проявления патологии связаны с нарушением формы костей во время внутриутробного развития. Диагноз ставится в грудничковом возрасте.

Во втором случае, форма вальгусного отклонения вызвана не до конца сформированным сухожильно-связочным аппаратом, слабо развитым мышечным корсетом, слабостью суставов. Обычно диагноз «вальгусная деформация стоп» ставится детям до 1 года [2]. Отклонение часто обнаруживают у ослабленных детей с пониженным мышечным тонусом.

При вальгусной деформации стопы у детей выделяют следующие причины данной патологии:

- недоношенность;
- дефицит массы тела;
- частые заболевания ОРВИ, пневмония, бронхит;
- врожденная слабость соединительных тканей;
- рахит;
- травмы костей голени, связок и мышц;
- длительное пребывание в гипсе;
- избыточность веса;
- очень ранняя постановка ребенка на ноги на мягкой поверхности;
- использование неправильно подобранной обуви.

Главными методами лечения вальгуса являются: массаж, суставная гимнастика, ЛФК. Массаж при вальгусе стоп является важной частью терапевтического комплекса [3]. Период длительности терапии определяется с учетом тяжести состояния для каждого пациента индивидуально. Процедуры направлены на: расслабление мышц, укрепление и растягивание связочного аппарата, улучшение кровообращения. Для исправления данного заболевания не имеет никакого смысла работать только со стопами. По мнению медиков, необходимо начинать лечение вальгусной деформации с массажа спины (выше пояснично-крестцового отдела). Ручной массаж с элементами суставной гимнастики, сгибание-разгибание, супинация - пронация и ротационные движения по и против часовой стрелки с малой амплитудой. Выполняем такие же элементы движений, как и при суставной гимнастике, но с отягощением, правильно подобранными резиновыми тяжами, жгутами. Массаж считается более практичным и проверенным способом, который во многом зависит от навыков специалиста, проводящего особые приемы для укрепления мышц и связок, нормализуя кровоснабжение ног [4]. Основные приемы: поверхностное поглаживание, разминание и постукивание; вибрационное воздействие. Массируются пальцы, пятки и голеностоп.

Курс массажа составляет в среднем 10 процедур, с последующим повторением курса через 1-2 месяца. С целью повышения результата лечения не стоит забывать об ортопедическом аппликаторе.

Хорошую результативность в лечении и профилактике вальгусной деформации стоп дает лечебная физическая культура. Комплексы специальных упражнений подбираются с учетом возраста ребенка, тяжести развития патологии [5].

К основным упражнениям относятся следующие: ходьба на внешней стороне стопы, на пятках, на носках, массажная ходьба по безопасным выступам; захватывание небольших предметов пальцами нижних конечностей; подъем носков ног кверху, перекачивание суджок тренажера, упражнения на колючей массажной полусфере, прокатывание стоп на деревянном массажном ролике и др.

Врач ЛФК, в зависимости от тяжести заболевания, определяет количество сеансов, необходимых для качественного восстановления.

Таким образом, для профилактики и лечения вальгусной деформации стоп применяются следующие методы: массаж, ЛФК, ортопедическая, устойчивая, повседневная обувь.

Литература:

1.Беленький, А. Г. Плоскостопие: проявления и диагностики / А. Г. Беленький // *Consilium medicum*. – 2005. – №7, №8. – С. 618-622.

2.Беркутова, И. Ю. Особенности функционального состояния детей с нарушениями функции опорно-двигательного аппарата / И. Ю. Беркутова // *Адаптивная физическая культура*. – 2008. – № 2. – С. 20-21.

3. Власов, М. В. Новый способ оперативного лечения врожденной плоско-вальгусной деформации стоп у детей раннего возраста / М. В. Власов, О. А. Баталов, А. Б. Богосьян, Н. А. Тенилин // *Травматология и ортопедия XXI века: Сб. тезисов докладов VIII съезда травматологов-ортопедов России*. – Самара, 6-8 июня 2006. – Т. 2. – С. 878-879.

4.Котельников, Г. П. Справочник по ортопедии / Г. П. Котельников, А. П. Чернов. – М., 2005. – С.281-283.

5.Раскова, Г. В. Профилактика и коррекция плоско-вальгусной установки стопы у детей дошкольного возраста / Г. В. Раскова, Т. А. Власова. – Текст : непосредственный // *Педагогика: традиции и инновации : материалы VI Междунар. науч. конф. (г. Челябинск, февраль 2015 г.)*. – Челябинск : Два комсомольца, 2015. – С. 92-95.

УДК: 615.825-056.2

ОСОБЕННОСТИ АДАПТИВНОГО ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА ПРИ ОБУЧЕНИИ ПЛАВАНИЮ

Вац М.В.

Научный руководитель доцент Бойкова М.Б.

Аннотация. В данной работе на основе анализа научной литературы рассматриваются особенности адаптивного физического воспитания при обучении плаванию детей со стойким снижением слуха.

Ключевые слова: адаптивное физическое воспитание, спортивное плавание, дети, глухие, слабослышащие, процесс обучения.

Стойкое нарушения слуха у детей является одной из самых распространенных патологий. Согласно статистике Московского НИИ уха, горла и носа, в возрасте от 4 до 6 лет частота нарушения слуха возрастает до 1,54 случая на 1000 детей, а среди школьников 7-14 лет составляет уже 2,75 на 1000 детей. У детей дошкольного и школьного возраста наиболее заметны нарушения двигательной активности. У детей с патологией слуха сформированные движения обладают некоторыми особенностями, которые выражаются в нарушении координации, ориентировании в пространстве, замедленности, а также скованности движения.

Плавание считается одним из наиболее эффективных коррекционно-оздоровительных методов в адаптивном физическом воспитании детей со стойкими нарушениями слуха [1]. Благодаря водной среде создаются наиболее облегченные условия для выполнения движений, вследствие чего снижается скованность моторных действий, а также уменьшается нагрузка на позвоночник и мышечный корсет. При работе с данной категорией детей необходимо использовать обширный диапазон вспомогательного и поддерживающего спортивного оборудования. При обучении спортивному плаванию необходимо учитывать всю специфику работы с такими детьми [2].

Дети с нарушением слуха могут сильно отличаться по уровню восприятия информации и способностям обучения, поэтому необходимо с первых занятий уделять время развитию концентрации и внимания, крайне важен зрительный контакт. Для объяснения материала необходимо применять наглядные пособия (кинограммы, рисунки, макеты, плакаты) и использовать метод демонстрации отдельных упражнений и техники спортивного плавания [3]. Процесс обучения начальному плаванию слабослышащего ребенка должен быть основан на индивидуальном, а также дифференцированном подходе с учетом степени нарушения слуха и вторичных дефектов. На первом этапе обязательно включаются упражнения на развитие вестибулярной устойчивости [4].

Важную роль для слабослышащих в условиях водной среды приобретает специально созданная система условных жестов, которая отрабатывается предварительно. Например, использования специальных ярких тканей для обозначения стартов и остановок. Сначала занятия с детьми следует проводить на мелкой части бассейна, без погружений, так как дополнительное давление на барабанные перепонки приводит к пространственной дезориентации. Из-за отсутствия на занятиях сурдопереводчика и неумения детей «читать по губам» возникают трудности общения, необходимо использовать арсенал жестикуляций, а иногда и письменную форму. Для обучения детей основным навыкам выдоха и вдоха необходимо уделить этому особое внимание, выполняя упражнения на суше. Например, упражнение с воздушным шариком [5]. А также для понимания важно использовать картинки или видео, тогда ребенок с нарушением слуха сможет лучше освоить дыхательную систему.

Таким образом, при обучении плаванию детей с нарушением слуха необходимо учитывать все особенности адаптивного физического воспитания и составлять план тренировок с учетом всех характерных черт данной нозологической группы.

Литература:

1. Методика обучения плавания глухих и слабослышащих студентов в рамках дисциплины «Физическая культура и спорт» / Е. Г. Маряничева, С. И. Борщ, А. И. Погребной, С. А. Мясичев // Теория и методика оздоровительной и адаптивной физической культуры. – 2019. – № 2. – С. 59-60.
2. Павлова, Т. Н. Особенности организации занятий по обучению плаванию лиц с нарушениями слуха / Т. Н. Павлова, С. М. Никитина // Молодой ученый. – 2022. – № 12 (407). – С. 264-266.
3. Рыженков, А. В. Применение экспериментальной методики начального обучения плаванию слабослышащих детей в возрасте 8-9 лет // Педагогико-психологические и медико-биологические проблемы физической культуры и спорта. – 2008. – №8. – С. 8-10.
4. Грицкевич, Р. А. Предрасположенность детей с нарушением слуха к плаванию по результатам антропометрии и контрольно-педагогического тестирования / Р. А. Грицкевич, А. Н. Воскобойников, Е. С. Мурынчик // Ученые записки университета имени П. Ф. Лесгафта. – 2020. – №11. – С. 157-159.
5. Фетисов, А. М. В. Плавание в комплексной реабилитации и социализации детей с ограниченными возможностями и отклонениями в состоянии здоровья /А. М. Фетисов, С. В. Сайкин // Социально экономические явления и процессы. – 2004. – Т. 9. – С. 124-126.

УДК: 615.825

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ, НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

Вернер Т.А.

Научный руководитель к.б.н. доцент Лавриченко С.П.

Аннотация. В статье на основании обзора научной литературы рассматриваются различные методы физической реабилитации детей с церебральным параличом. В последнее время данное заболевание все больше распространяется, что связано с проблемами экологии, нарушениями в питании будущих родителей, их низким уровнем физической активности. ДЦП характеризуется повреждением центральной нервной системы и опорно-двигательного аппарата, поэтому важно начинать реабилитационные мероприятия как можно раньше, после постановки диагноза.

Ключевые слова: физическая культура, физическая реабилитация, стационарный этап, дети, церебральный паралич.

В настоящее время известно, что 85 % детей страдают детским церебральным параличом (ДЦП), и с каждым годом их рождается все больше. Поэтому все мероприятия, направленные на улучшение качества жизни детей с диагнозом ДЦП, являются востребованными. Применяют новые способы и методики поддержания нормального состояния опорно-двигательной и нервной системы ребенка с помощью адаптивной физической культуры.

Данный вопрос изучен рядом специалистов. В своих работах они подтвердили, что вовремя оказанная помощь в лечении ДЦП в виде физического воспитания детей способствует улучшению работы опорно-двигательного аппарата. Акош К.М. при исследовании данного направления утверждал, что это самая трудная категория детей, так как у них наблюдаются не только нарушения двигательных навыков, но и нарушения мыслительной работы, слепота, глухота [1]. Результаты исследований Гончаровой Н.М. подтверждают выводы о том, что у детей с ДЦП есть недостаточность мышечной, скелетной систем и нарушения в функционировании центральной нервной системы. Многие авторы акцентируют внимание на том, что детский церебральный паралич является резидуальным состоянием, т.е. не имеет прогрессирующего течения. Однако, по мере развития ребенка различные проявления недостаточности двигательных, речевых и других психических функций могут видоизменяться, что связано с возрастной динамикой морфофункциональных взаимоотношений патологически развивающегося мозга. Кроме того, более выраженные проявления декомпенсации могут определяться нарастающим несоответствием между возможностями поврежденной центральной нервной системы и требованиями, предъявляемыми окружающей средой по мере роста ребенка [2].

Детский церебральный паралич – это заболевание центральной нервной системы. Характеризуется нарушением двигательной, психологической и социальной активности. Существуют следующие формы: спастическая диплегия (постоянное напряжение мышц гладких и скелетных), гемипаретическая (легкий паралич одной из сторон тела), двойная гемиплегия (полный паралич стороны тела), гиперкинетическая (патология тонуса скелетных мышц), атоническо-астатическая (гипотония мышц).

Реабилитация для детей при таком заболевании является важной частью, и улучшает общее состояние больного. К наиболее часто используемым альтернативным методам лечения относятся гидротерапия (акватерапия), иппотерапия, рефлексотерапия стоп, гомеопатия, специальные диеты, электростимуляция черепа. Наиболее важным звеном реабилитации являются лечебная физкультура и массаж [3].

Реабилитационный этап включает в себя несколько подэтапов. Первый из них стационарный – это ранний этап реабилитации в специализированном учреждении, либо стационар на дому. Поздняя реабилитация, которая может осуществляться в

реабилитационном отделении стационара и дневном стационаре в детской поликлинике. В этот период лечат острое течение заболевания, проводят обследование, так как необходимо постоянное наблюдение специалистов.

Второй этап – амбулаторно-поликлинический. В этот период проводят курс лечения, направленный на предотвращение рецидива, это время ребенок проводит в диспансере.

Третий этап – санаторно-курортный. Проводят лечение для ликвидации последствий болезни, а также восстановление функциональных способностей ребенка с ДЦП.

Реабилитация на всех трех этапах должна быть комплексной: медицинская помощь, психологическая помощь ребенку с ДЦП и его родителям, также педагогическая. Важной частью реабилитационных программ для детей и подростков является: комплексный подход, включающий общеукрепляющую и лечебную физкультуру; фармакологические средства; физические методы [4].

Значимую роль в нормальной работе мышечного каркаса у детей с ДЦП играет лечебная гимнастика. Под ее влиянием у ребенка с ДЦП возникают адекватные двигательные акты. По итогу лечебной гимнастики нормализуются позы и положения конечностей, снижается мышечный тонус, что позволяет ребенку занимать нормальную позу без болевых ощущений.

Чтобы развивались двигательные функции у ребенка с ДЦП на стационарном этапе используют стимулирование во время лечебной физической культуры: зрительного анализатора – когда большинство упражнений проводится перед зеркалом, тактильных ощущений – когда дотрагиваются до конечностей; опора ног и рук на поверхность, покрытую различными видами материи; ходьба босиком, специальные упражнения с сопротивлением, чередование упражнений с открытыми и закрытыми глазами. Выполнение упражнений сопровождают использованием звуковых и речевых стимулов. Музыка и голос, особенно, близкого или родного человека, расслабляет психологическое напряжение ребенка во время упражнений.

Повсеместно используют лечебный массаж для развития движений детей с ДЦП. Под влиянием массажа с кожи по нервным путям идут потоки импульсов в центральную нервную систему, что стимулирует их функционирование и созревание. Поэтому в раннем возрасте важно тактильное общение, что влияет на развитие нервно-психических способностей [5].

Анализ литературных источников показал, что рождение детей с церебральным параличом увеличивается за последнее время. Стационарная реабилитация заболевания у детей не дает полное восстановление, но облегчает у них течение болезни. В настоящее время очень важно выявлять клинические признаки, которые позволят определить диагноз как можно раньше, прежде чем наступит невозвратная стадия, где сложно будет облегчить течение болезни. Правильно подобранная и своевременная терапия может очень положительно сказаться на качестве жизни ребенка. Терапевтические методы и приемы лечения включают в себя: ортопедическое лечение, реабилитацию, альтернативные методы лечения.

Литература:

1. Акош, К. М. Помощь детям с церебральным параличом. Кондуктивная педагогика. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : Просвещение. – 2016. – 248 с.
2. Гончарова, М. Н. Реабилитация детей с заболеваниями и 47 повреждениями опорно-двигательного аппарата. – М. : Просвещение, 2014.–207 с.
3. Евсеева, О. Э. Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре : учебник / О. Э. Евсеева, С. П. Евсеев. – М. : Спорт, 2016. – 384 с.
4. Зюков, И. М. Особенности реабилитации пациентов с ДЦП / И. М. Зюков // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2018. – №4. – С. 214-218.
5. Кузьмин, Е. Л. Современные аспекты физической реабилитации / Е. Л. Кузьмин, О.Н. Блинова // Проблемы и перспективы развития образования в России. – 2015. – № 37. – С. 162-168.

УДК: 615.825

АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ДЛЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА В УСЛОВИЯХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Головань А.С.

Научный руководитель к.б.н. доцент Липатникова М.А.

Аннотация. В работе описываются особенности детей с нарушением интеллекта. Представлены формы умственной отсталости, изложены причины заболевания. Роль средств реабилитации, подчеркивается важность адаптивной физической культуры для детей с нарушением интеллекта в образовательном учреждении.

Ключевые слова: нарушение интеллекта (умственная отсталость), факторы риска, реабилитация, лечебные мероприятия, адаптивная физическая культура.

Нарушение интеллекта у детей (умственная отсталость) – это стойкое, необратимое нарушение познавательной деятельности, вызванное органическим поражением головного мозга. Умственная отсталость является чрезвычайно сложным явлением из-за ряда факторов, по которым ее можно определить. У детей с психическими отклонениями возможность вербального общения ограничена или вовсе невозможна [1].

Существуют классификации по степени умственной отсталости, по этиологии, симптоматике, периоду развития и типу поведения [3]. Выделяют следующие группы умственной отсталости: легкая умственная отсталость – IQ 50-69, умеренная умственная отсталость – IQ 35-49, тяжелая умственная отсталость – IQ 20-34, глубокая умственная отсталость – IQ до 19 [2, 4].

Причины умственной отсталости можно разделить на внутренние (врожденные), и внешние (приобретенные). Большинство внутренних причин умственной отсталости вызваны изменениями числа хромосом. Внешним фактором, влияющим на здоровое развитие плода во внутриутробном периоде, является, например, заболевание матери краснухой, отравление свинцом, радиация, никотин, наркотики и др. В перинатальном периоде или во время родов умственная отсталость может быть вызваны органическими или механическими повреждениями головного мозга, недостатком кислорода, преждевременными родами или тяжелой неонатальной желтухой. В период после рождения многие воздействия могут вызвать умственную отсталость, наиболее распространенными являются воспаление головного мозга, спровоцированное, например, клещевым энцефалитом или менингитом, кровоизлиянием в мозг или раком [1]. Другими внешними факторами, влияющими на здоровое развитие плода, считаются пассивное курение; контакт с пестицидами и гербицидами; длительное воздействие высоких температур (сауна, горячие ванны); некоторые виды безрецептурных лекарств, электромагнитные поля, создаваемые, например, с помощью электрической грелки; потребление кофеина.

Нарушение интеллекта затрагивает все когнитивные функции человека, т.е. сенсорное восприятие, мышление, память, внимание, эмоциональную сторону личности и свободное самовыражение. Это также влияет на речь, социализацию и моторное развитие, что способствует уровню самообслуживания и независимости лиц с умеренными психическими отклонениями. Перцептивные способности ограничены, по темпу восприятие замедлено, а объем воспринимаемой информации значительно сужен, что затрудняет ориентировку этих лиц в новых ситуациях и последующую адаптацию. Дети с умеренной умственной отсталостью также имеют значительно ограниченные мыслительные и речевые функции. На развитие мышления влияет неполное слуховое восприятие и развитие речи. Для индивидуумов характерна специфичность и слабая способность к обобщению, поэтому мышление является простым и непродуктивным. К другим характерным особенностям мышления детей с умственными отклонениями относятся непоследовательность мышления, вызывающая колебания внимания, умственная деятельность, делающая невозможным сосредоточенное мышление, невозможность использования приобретенных мыслительных

операций и не критичность восприятия, что влечет за собой невозможность сопоставлять свои действия с реальными требованиями. Недостаточное слуховое различение не позволяет улучшить произношение, поэтому сама речь проста, с многочисленными аграмматизмами, даже во взрослом возрасте словарный запас этих лиц беден по содержанию [2].

В младенчестве и детском возрасте развитие двигательных функций задерживается, рекомендуемые ранние вмешательства включают метод Войта, который имеет очень высокий уровень успеха, или базальную стимуляцию, которая поддерживает людей в лазании. Забота о себе и независимость имеют тенденцию быть частичными и требуют специального обучения. Навыки самообслуживания, включающие гигиену, прием пищи и одевание, связаны с развитием мелкой и крупной моторики, что также замедлено. У лиц с нарушением интеллекта наблюдается постоянная общая неуклюжесть, нарушение координации движений и неспособность к мелким действиям, сохраняющаяся и во взрослом возрасте. На социализацию также влияет эмоциональная сторона личности. В большинстве случаев для этих лиц характерна эмоциональная лабильность, что влечет за собой неадекватные реакции, преимущественно аффективные. Для лиц с ограниченными интеллектуальными возможностями характерна безынициативность и неспособность направлять свои действия [1].

С педагогической точки зрения учащиеся с умеренными умственными отклонениями чаще всего получают образование в специальных образовательных учреждениях. Связь медицинских, социальных, дидактических и трудовых ресурсов обозначают термином скоординированная реабилитация. При выборе лечебных мероприятий необходимо учитывать возраст ребенка, уровень интеллекта, глубину расстройства, психосоциальные и генетические факторы.

Терапевтические средства реабилитации ориентированы на устранение функциональных нарушений. К этой группе можно отнести такие лечебные процедуры и методы, как лечебная физкультура, массаж, электротерапия, термотерапия, гидротерапия. Перед началом любого вмешательства всегда необходимо учитывать специфику проявлений инвалидности и индивидуальные особенности каждого ребенка с умственной отсталостью, а также доступное предложение и пригодность вмешательства для конкретного ребенка. Медицинская реабилитация улучшает психомоторное развитие, подвижность и изменение мышечного тонуса. Постепенно отрабатываются повороты, ползание, лазание, сидение, стояние и ходьба по методу Войта, в основе которого лежит двигательный элемент рефлекторного ползания и поворота, активирующий центральную нервную систему. В рамках концепции Бобата используются приемы удерживания и обращения с ребенком, ключевые точки и так называемое постукивание. Другими процедурами, используемыми для людей с психическими расстройствами, являются: метод реабилитации ABR (методика биомеханической реабилитации), метод Кабата или метод PNF – (проприоцептивное нейромышечное облегчение), синергетическая рефлекторная терапия, игра в мяч, а затем вмешательства, связанные с движением, например, упражнения В. Шерборна, танцевально-двигательная терапия. Таким образом, комплексный подход затрагивает всех экспертов в многопрофильной команде, поэтому от экспертов требуется сотрудничество, высокий профессионализм, способность к взаимодействию, общение со всеми членами команды и личная ответственность [3].

Адаптивная физическая культура для детей с нарушением интеллекта – это не только одно из средств устранения недостатков в двигательной сфере, но и полноценное физическое развитие, укрепление здоровья, адаптация в социуме.

К физкультурно-оздоровительным формам работы в режиме дня относятся: утренняя гимнастика, физкультминутки, лечебная физическая культура. Утренняя гигиеническая гимнастика, проводится перед уроками или в школах-интернатах после пробуждения. В режиме дня учеников специальной (коррекционной) школы используются и такие формы двигательной активности, как физкультминутки. Их проводят во время общеобразовательных уроков, на уроках с целью снижения утомления и повышения

работоспособности. Неотъемлемой частью в режиме дня является лечебная физическая культура [5].

Физическое воспитание подрастающего поколения – одна из важнейших задач, поставленных перед школой. Физическое воспитание применительно к системе специальных коррекционных школ, понимается как учебно-педагогический процесс, направленный на обучение двигательным действиям, на развитие физических качеств и на коррекцию двигательных нарушений, имеющих у учащихся этих школ [4].

В процессе физического воспитания умственно отсталые дети развивают эмоциональную устойчивость. Кроме того, у них вырабатываются такие ценные качества, как активность, инициатива, быстрота и правильность ориентировки. Физическое воспитание во вспомогательной школе заключается в коррекции личности умственно отсталых детей, а это является наиболее важной задачей в специальной педагогике.

Таким образом, оптимально организованная двигательная деятельность детей с нарушением интеллекта в условиях образовательного учреждения способствует улучшению их физического состояния, коррекции нарушений двигательной сферы и в целом социализации личности.

Литература:

1. Авдеева, Н. А. Медико-оздоровительное сопровождение занятий по адаптивной физической культуре // МНИЖ. – 2020. – № 11-2 (101). – С. 6-9.
2. Колосова, Т. А. Психология детей с нарушением интеллекта : учебное пособие для вузов / Т. А. Колосова. – М. : Юрайт, 2020. – 151 с.
3. Лернер, В. Л. Использование коррекционно-развивающих подвижных игр в адаптивной физической рекреации детей с умственной отсталостью. – М. : Психолого-педагогический журнал Гаудеамус, 2012. – №1 (19). – 127 с.
4. Мамешина, М. А. Особенности проведения подвижных игр с детьми с умственной отсталостью. – Слободжанский научно-спортивный вестник. – 2012. – № 1. – С.9-12.
5. Митрохин, Е. А. Адаптивная физическая культура и спорт // Интерэкспо Гео-Сибирь. – 2019. – №. 5 – С. 251-255.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Данчевская П.Г.

Научный руководитель к.б.н. доцент Пастухов О.Г.

Аннотация. В данной работе раскрываются особенности проведения занятий лечебной физической культуры лицам с сахарным диабетом в зависимости от степени тяжести заболевания.

Ключевые слова: сахарный диабет, степень тяжести заболевания, физические упражнения, лечебная физическая культура.

Сахарный диабет – это хроническое заболевание обмена веществ, возникающее из-за недостаточной выработки инсулина β -клетками островков Ларгенганса поджелудочной железы или по причине нарушения к нему чувствительности периферических тканей. Сахарный диабет характеризуется повышением содержания глюкозы в крови (гипергликемией), что ведет к нарушению функционирования других органов и систем организма [4].

В зависимости от выраженности проявлений и количества осложнений выделяют лёгкую, среднюю и тяжёлую степени тяжести сахарного диабета [1].

В комплексе восстановительных мероприятий для лиц с сахарным диабетом важное место отводится лечебной физической культуре, которая имеет определенные особенности [5].

При наличии у пациента легкой степени заболевания, ему разрешается выполнение движений во всех мышечных группах, в полной амплитуде и в среднем темпе. Физические упражнения могут быть различны по координации и сложности. Наиболее распространены физические упражнения на снарядах, а также плавание, бег и подвижные игры. Плотность занятия при такой степени заболевания равна 60-70% [2].

При средней степени тяжести сахарного диабета используются физические упражнения умеренной или средней интенсивности, темп, зачастую, медленный, амплитуда выраженная, но не полная, допускается применение дозированной ходьбы и плавания. Плотность занятия составляет от 30% до 40% [3].

При тяжелой степени заболевания с множественными осложнениями пациенту разрешают выполнять дыхательную гимнастику для предупреждения застойных явлений, суставную разминку только в некрупных суставах, а также упражнения на мелкие мышечные группы: мышцы кисти и фаланги пальцев, мышцы переднего и заднего свода стопы. Занятия лечебной физической культурой выполняются под строгим врачебным контролем [2].

Наиболее важным условием прогресса в лечении пациента является соблюдение следующего принципа: по мере улучшения его самочувствия уменьшать количество дыхательных упражнений, а общеразвивающих, напротив – увеличивать.

Таким образом, сахарный диабет – это грозное заболевание, которое опасно значительными осложнениями, и для достижения оптимального эффекта от лечебной физической культуры необходимо учитывать особенности ее применения в зависимости от степени тяжести болезни.

Педагогический эксперимент проводился для определения эффективности разработанной нами комплексной программы физической реабилитации детей с сахарным диабетом. Для проведения исследования были отобраны 20 мальчиков 11-12 лет с сахарным диабетом I типа, обучающиеся в Государственном казённом общеобразовательном учреждении Краснодарского края «Специальная (коррекционная) школа-интернат».

Десять детей с сахарным диабетом I типа, включённых в экспериментальную группу (ЭГ), в течение 6 месяцев занимались по разработанной нами комплексной программе физической реабилитации. Эта программа включала занятия с акцентом на аэробные

упражнения, силовые упражнения, упражнения для мимической мускулатуры и гимнастику для глаз.

Контрольная группа (КГ) из 10 детей с сахарным диабетом I типа занималась по программе реабилитации, утверждённой в Государственном казённом общеобразовательном учреждении Краснодарского края «Специальная (коррекционная) школа-интернат».

Исходное тестирование показателей у детей обеих групп не выявило достоверных межгрупповых различий уровня физической подготовленности, тогда как результаты заключительного обследования установили преобладающее число лиц с высоким уровнем физической подготовленности в ЭГ по сравнению с КГ.

Таким образом, включение в программу физической реабилитации детей с сахарным диабетом специальных занятий по развитию скоростных и силовых показателей позволило повысить у них уровень физической подготовленности.

Литература:

1. Дедов, И. И. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом // Сахарный диабет. – 2019. – № 1S1. – С. 1-144.
2. Епифанов, В. А. Лечебная физическая культура. – М. : Медицина, 1995. – 528 с.
3. Лечебная физическая культур / под ред. С. Н. Попова. – М.: Академия, 2017. – 416 с.
4. Фадеев, П. А. Сахарный диабет. – М. : Мир и образование, 2022. – 208 с.
5. Хирш, А. Преодолеть диабет. – Ростов-на-Дону : Феникс, 1996. – 313 с.

УДК: 615.825+796.332

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФУТБОЛА ДЛЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА

Даурова О.А.

Научный руководитель старший преподаватель Попова О.С.

Аннотация. В данной работе рассмотрено влияние занятий футболом на развитие физических качеств детей с синдромом Дауна.

Ключевые слова: футбол, синдром Дауна, дети, генетическое заболевание, физические качества, социализация.

Синдром Дауна – это генетическое заболевание, которое вызвано аномалией 21-ой хромосомы, проявляющееся в виде умственной отсталости, нарушений развития, врожденных пороков сердца. У детей, рождённых с данным синдромным заболеванием, наблюдается сниженный мышечный тонус, так же отмечается гипермобильность суставов, связанная с патологическим повышением эластичности связочного аппарата [3, 4].

Футбол оказывает положительное влияние на развитие всех физических качеств, повышает уровень развития выносливости и координации движений, способствует развитию мышечной силы, укрепляет опорно-двигательный аппарат. Работа с мячом в постоянно меняющихся игровых ситуациях, способствует развитию ориентирования в пространстве [2]. Занятия футболом способствуют улучшению функционального состояния кардиореспираторной системы, укрепляет иммунитет, нормализует обменные процессы, так же повышает эмоциональное состояние ребёнка, помогает быстрее адаптироваться и социализироваться в обществе за счёт общения со сверстниками [1, 2].

Для оценки эффективности влияния занятий футболом на детей с синдромом Дауна был проведен педагогический эксперимент на базе футбольной школы «Атлант».

Было проведено оценка уровня развития физических качеств детей 9-10 лет с синдромом Дауна. Результаты исходного тестирования детей КГ и ЭГ в количестве 20 человек: по показателю «бросок мяча в цель» $2,1 \pm 0,2$ и $2,4 \pm 0,2$, $P > 0,05$, по показателю «бег на 30 метров $9,8 \pm 0,5$ и $9,7 \pm 0,4$, $P > 0,05$, по показателю «прыжок в длину с места способом согнув ноги» $110,2 \pm 0,9$ и $112,6 \pm 3,0$, $P > 0,05$, по показателю «наклон вперед из положения сидя» $2,1 \pm 1,4$ и $3,0 \pm 1,2$, $P > 0,05$. Таким образом, дети с синдромом Дауна продемонстрировали недостаточный уровень развития оцениваемых показателей. Достоверные различия между группами выявлены не были.

Для оценки эффективности использования футбола для детей с синдромом Дауна было проведено заключительное тестирование после использования разработанной методики, в результате которого был выявлен значительный прирост у детей ЭГ. Так, по показателю «бросок мяча в цель» $2,1 \pm 0,2$ и $2,4 \pm 0,2$, $P > 0,05$, по показателю «бег на 30 метров $9,7 \pm 0,5$ и $9,0 \pm 0,4$, $P < 0,05$, по показателю «прыжок в длину с места способом согнув ноги» $112,2 \pm 0,9$ и $119,6 \pm 3,0$, $P < 0,05$, по показателю «наклон вперед из положения сидя» $2,4 \pm 1,3$ и $5,1 \pm 1,3$, $P < 0,05$. Результаты детей ЭГ имели значительное превосходство над показателями детей КГ, имеющиеся различия носили достоверный характер ($p < 0,05$). Показатели заключительного тестирования свидетельствуют об эффективности использования предложенной методики занятий футболом для детей с синдромом Дауна.

Таким образом, использование элементов футбола с детьми с синдромом Дауна позволит эффективно повышать уровень развития физических качеств, функционального состояния систем организма, повышать уровень социализации и интеграции в общество.

Литература:

1. Коротцова, Е. П. Социальная адаптация детей с синдромом Дауна средствами игры в футбол / Е. П. Коротцова, М. А. Правдов, А. С. Махов // Научный поиск. – 2019. – № 2. – С. 60-62.
2. Куликова, А. Г. Соревнования по мини-футболу как средство рекреации и социализации детей с синдромом Дауна / А. Г. Куликова, А. И. Сесёлкин // Сборник

материалов Национальной научно-практической конференции «Физическое воспитание в условиях современного образовательного процесса». – 2020. – С. 225-227.

3. Куликова, А. Г. Рекомендации по питанию и одежде для тренировочного процесса в адаптивном мини-футболе подростков с синдромом Дауна 14-16 лет / А.Г. Куликова // Научный поиск: личность, образование культура. – 2020. – № 1. – С. 74-79.

4. Махов, А. С. Мини-футбол с детьми с синдромом Дауна : учебное пособие / А. С. Махов, М. Б. Зубенко. – Шуя : Из ФГБОУ ВО «Ивановский государственный университет», 2017. – 177 с.

УДК: 615.825-056.3

ОСОБЕННОСТИ СТИМУЛИРОВАНИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ

Дедова А.В.

Научный руководитель к.п.н., доцент Бойкова М.Б.

Аннотация. В данной работе на основе анализа научной литературы рассматриваются особенности детей с аутизмом и стимулирование у них двигательной активности.

Ключевые слова: аутизм, двигательная активность, стимулирование, ребенок, обучение.

В настоящее время возросло число детей с отклонением в психическом развитии, поэтому актуальным являются проблемы стимулирования их двигательной активности. Аутизм является одним из наиболее распространенных нарушений в развитии. Он характеризуется замкнутостью внутреннего мира, отдалением от реальности, дефицитом эмоций на фоне нарушений развития головного мозга.

У детей с аутизмом присутствует стереотипия движений, компульсивное поведение, потребность в однообразии, аутоагрессия и нарушение социальной адаптации [1]. Так же отмечаются нарушения в движениях: бег с ациклическим ритмом и широко расставленными руками. Наблюдаются закрепощенность и вялость, движения лишены пластичности.

Особенности ребенка с аутизмом, трудности с обучением часто являются следствием дефицита или неправильного распределения психофизического тонуса. Поэтому таким детям необходимы уроки, на которых будет осуществляться развитие и коррекция двигательной сферы. С этой целью применяется игровые предметы и спортивное оборудование.

При обучении новым движениям важно использовать сенсорную интеграцию и метод сопровождения, чтобы помочь ребенку понять и овладеть двигательным умением [5]. Учитывая неспособность длительно удерживать произвольное внимание, следует постепенно обучать ребенка новым стереотипам двигательной деятельности. Если ребенок заинтересовался определенным занятием, следует чередовать его с другими, а новый урок начинать с понравившегося упражнения. Также важен эмоциональный контакт педагога и занимающегося. Следует расположить аутиста к себе, завоевать его доверие и в этом случае он с интересом будет выполнять команды и повторять за педагогом.

Должен прослеживаться элемент новизны: использование предметов и заданий, с которыми ребенок еще не сталкивался на уроках адаптивного физического воспитания. Разнообразие деятельности помогает поддержать интерес ребенка аутиста и стимулирует его двигательную деятельность.

Телесно ориентированные упражнения, в которых ребенок воспроизводит движения в пространстве собственными руками, ногами, а затем и туловищем, помогают установить прямой взгляд на преподавателя и окружающий мир [4].

Индивидуальный подход к каждому ребенку с учетом здоровья и физического развития необходим на каждом занятии. Ребенок может принять любую позу, удобную именно ему (стоя, лежа на коврик, сидя на гимнастической скамейке), это способствует лучшему усвоению информации и более продолжительной и устойчивой концентрации внимания.

При обучении новому движению, педагог может использовать ниже описанную последовательность действий. Для начала преподаватель привлекает внимание ребенка командой «Посмотри на меня» и выполняет движение, проговаривая при этом его название [3]. Затем, когда ребенок старается повторить за взрослым, следует его поощрять и подбадривать. Если же никаких попыток выполнить задание не происходит, можно физически помочь малышу, направить его. Эти действия повторяются несколько раз и помощь взрослого постепенно уменьшается, предоставляя ребенку самостоятельность в двигательной активности, ощущение свободы и собственной силы. Далее, после полного

освоения имитации, допускается усложнение упражнения, добавление новых предметов, не забывая при этом регулировать нагрузку и состояние ребенка.

Одним из самых эффективных способов стимулирования двигательной активности ребенка с аутизмом является игра. Согласно словам Выготского, игра является способом воплощения нереализованных желаний, «...по существу через игровую деятельность и движется ребенок» [2]. Она способствует гармоничному развитию аутиста и дает полную свободу движений и эмоций, кроме того игра активизирует дыхательную систему и обменные процессы, что положительно влияет на психическую деятельность ребенка.

Литература:

1. Башина, В. М. Аутизм в детстве. – М. : Медицина, 1999. – 240 с.
2. Выготский, Л. С. Игра и ее роль в психическом развитии ребенка // Вопросы психологии. – № 6. – 1966. – С. 32-36.
3. Никольская, О. С. Аутичный ребенок. Пути помощи / О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг.– М. : Теревинф, 2000. – 336 с.
4. Плаксунова, Э. В. «Адаптивное физическое воспитание детей с аутизмом // Воспитание и обучение детей с нарушениями в развитии». – М., 2011. – С. 67-72.
5. Сенсорная интеграция – метод коррекции первичного нарушения при расстройствах аутистического спектра : методическое пособие / Сост. Т. В. Кондратьева. – Самара, 2018. – 122 с.

УДК: 615.825

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗООТЕРАПИИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ И СОЦИАЛИЗАЦИИ ЛИЦ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Землянухина К.И.

Научный руководитель преподаватель Полубедова А.С.

Аннотация. В данной работе на основе анализа научной литературы рассматривается использование зоотерапии в комплексной реабилитации и социализации лиц с ДЦП. Приведены примеры благотворного воздействия животных на данную категорию людей при их лечении.

Ключевые слова: зоотерапия, реабилитация, детский церебральный паралич, анималотерапия.

Сегодня в обществе остро стоит вопрос реабилитации лиц с инвалидностью, коррекции различных нарушений и их дальнейшей социализации. Неуверенность, наличие проблем со здоровьем часто становятся барьерами к интеграции в общество. Лечение подразумевает строгий самоконтроль, стресс, а иногда и отягощающую скуку, а при детском церебральном параличе очень большой психологической нагрузке подвергаются и родители. Именно в таких ситуациях и помогает анималотерапия, которая может увлечь занимающегося, снять стресс и улучшить ход лечения [1]. Анималотерапия или зоотерапия – это методика лечения с помощью животных.

Одним из эффективных видов зоотерапии является дельфинотерапия. Ультразвук, издаваемый дельфинами, воздействует как «сонофорез», который благотворно влияет на организм, повышая уровень биологических защитных механизмов и адаптации [2, 5]. Также плавание с ними помогает снижению стресса, улучшению мозговой активности и выступает в качестве сенсорного стимулятора [3]. Занимающиеся чувствуют близкий как телесный, так и эмоциональный контакт с животным. Лица с ДЦП не только восполняют дефицит положительных эмоций, но и взаимодействуют с животным, что улучшает коммуникативные способности и повышает мотивацию.

Также не менее эффективной в реабилитации лиц с ДЦП является иппотерапия. Иппотерапия – метод кинезиотерапии, при использовании которой лечебное воздействие происходит за счет адаптивной верховой езды. Перед тем, как оседлать лошадь, детям дают покормить и погладить их для создания эмоционального контакта. Езда на лошадях оказывает биомеханическое воздействие: передает двигательные импульсы, аналогичные движениям человека при пешей прогулке. При ходьбе лошадь совершает множество колебательных движений, что способствует развитию равновесия и координации у занимающегося. Исследование показало, что верховая езда улучшает подвижность в суставах нижних конечностей, улучшение функций равновесия, улучшают силовую выносливость туловища и т.д. у лиц с ДЦП [4].

Таким образом, использование анималотерапии в реабилитационный процесс лиц с детским церебральным параличом будет способствовать улучшению как физического, так и эмоционального состояния занимающегося.

Литература:

1. Камнева, О. А. Роль анималотерапии в снижении уровня тревожности детей с ДЦП // Гуманитарные и социальные науки. – 2012. – №. 4. – С. 229-236.
2. Гундаренко, С. В. и др. Клинико-психологические аспекты развития дельфинотерапии как метода психологической коррекции психических и поведенческих расстройств у детей с ограниченными возможностями здоровья (аналитический обзор литературы). Часть 1 // Медицинская психология в России. – 2019. – №. 2. – С. 3-5.
3. Филиппенко, В. В. Роль дельфинотерапии в реабилитации детей с ограниченными возможностями // Достижения вузовской науки. – 2013. – №. 3. – С. 21-24.
4. Денисенков, А. И. Иппотерапия: возможности и перспективы реабилитации при детском церебральном параличе : метод. пособие / А. И. Денисенков, Н. С. Роберт, М. Ш. Шпицберг. – М. : Геронт. – 2004. – С. 55-59.
5. Лавриченко, В. В. Адаптивная физическая культура у детей с расстройствами аутистического спектра // Тезисы докладов XLVIII научной конференции студентов и молодых ученых вузов южного федерального округа. – 2021. – С. 44-44.

УДК: 615.825

КОРРЕКЦИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Кваша И.И.

Научный руководитель доцент Спирина И.К.

Аннотация. В работе охарактеризованы особенности аутизма, представлены особенности коррекции двигательной сферы детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра

Ключевые слова: аутизм, расстройство аутистического спектра, диагностика, коррекция, двигательная сфера.

Известно, что дошкольный возраст является одним из наиболее ответственных периодов жизни человека, обеспечивающих формирование физического здоровья и культурных навыков по контролю за его совершенствованием, укреплением и сохранением в будущем. Специалисты отмечают неуклонную тенденцию по увеличению количества детей, имеющих различные нарушения в развитии. Вместе с тем, тезис о приоритетной роли мероприятий, связанных с охраной здоровья ребенка, повышением его функциональных возможностей, уровня физической и двигательной подготовленности, является ведущим в программах образовательных учреждений [4].

Аутизм или расстройство аутистического спектра является одним из самых серьезных нарушений психического развития детей. Это врожденное нарушение определенных функций головного мозга. Расстройство возникает на нейробиологической основе. Следствием расстройства является то, что ребенок плохо понимает то, что он видит, слышит и переживает. Из-за этого недостатка умственное развитие ребенка нарушено в основном в сферах общения, социального взаимодействия и воображения. Аутизм сопровождается определенными моделями поведения. Хотя причины аутизма еще полностью не раскрыты, произошли положительные сдвиги в понимании причин проблемы, терапии и методах обучения [5].

У каждого ребенка аутизм может проявляться по-разному. Каждый с аутизмом уникален по-своему, и различий больше, чем сходств. Нельзя утверждать, что все дети, страдающие аутизмом, будут удовлетворены одним и тем же вмешательством, терапией или способами обучения. Однако у всех детей с диагнозом аутизм проявляются выраженные симптомы в области общения, социальных отношений и в области ограниченных моделей поведения и воображения. Дети и даже взрослые обычно не знают, чем отличаются аутичные люди от здоровых, с аутичными не умеют обращаться, их считают невоспитанными [3].

У ребенка с аутизмом можно наблюдать то, что он не смотрит в глаза, не улыбается, не любит, когда к нему прикасаются, не отзывается на свое имя. У такого ребенка наблюдается отсутствие интереса к контактам с людьми, в том числе с ближайшими родственниками, необычайная чувствительность к сенсорным ощущениям (звонок телефона, звук пылесоса, прикосновение), нечувствительность к боли, задержка речевого развития, неспособность использовать речь в социальном контакте, стереотипное поведение (повторяющиеся движения рук), приверженность неизменности окружающей среды и образа жизни. Однако эти проявления не означают, что ребенок обязательно должен быть аутистом. Есть здоровые дети, которые не любят, когда их обнимают, ставят игрушки рядами, начинают разговаривать после третьего года жизни, требуют определенных ритуалов, всегда носят с собой одну игрушку. При этом важно понимать, что, чем раньше будет диагностирован аутизм у ребенка, тем раньше можно будет начать эффективную помощь и развитие именно тех зон, которые ослаблены [5].

Аутизм нелегко распознать. Диагностика аутизма влечет за собой большую ответственность – это диагноз на всю жизнь, и правильная постановка диагноза значительно повышает качество жизни ребенка и его ближайшего окружения. Таким образом, диагностика детского аутизма и связанных с ним расстройств в основном входит в

компетенцию детского психиатра, который сотрудничает с клиническим психологом, знакомым с проблемами аутизма. Диагноз можно поставить ребенку после 2 лет. Детские психиатры, психологи и неврологи проводят обследование ребенка с подозрением на аутизм. Диагностика заболевания сложная, предполагает несколько часов работы с родителем и ребенком по специализированным шкалам аутизма [1].

Родители, у которых есть подозрения насчет своего ребенка, обычно первым делом обращаются к педиатру. Существует опросник для родителей, которые подозревают аутизм у своего ребенка, опросник DACH. Эта фаза называется фазой подозрения. Затем следует диагностическая фаза, требующая хороших знаний психологии развития, психопатологии или психиатрии и клинического опыта. Совместная комплексная работа включает нескольких профессий (детский психиатр, психолог, специальный педагог, невролог). Последний этап – постдиагностический, родители ориентируются в проблеме, читают рекомендованную литературу, связываются с родителями в группах самопомощи, ищут варианты лечения.

Постановка диагноза осложняется тем, что клиническая картина расстройств аутистического спектра меняется с возрастом, для постановки диагноза решающее значение имеет поведение до пятилетнего возраста. Еще один фактор, затрудняющий диагностику, заключается в том, что каждый ребенок с аутизмом развивается по-разному [1].

С возрастом ребенка, под влиянием воспитания и обучения, меняются его способности, но меняются и требования к нему. Каждый маленький ребенок зависит от ухода другого лица. Необходимо различать уход в связи с физиологической незрелостью и уход в связи с физиологической недееспособностью, так называемый чрезвычайный уход, в связи с инвалидностью. Во время оценки состояние сравнивается с состоянием, навыками и способностями ребенка того же возраста без инвалидности. В случае экстренной помощи объем, интенсивность и сложность ухода, который необходимо оказать оцениваемому лицу, сравнивают с уходом, который необходимо оказать здоровому человеку того же возраста.

Терапия детей с расстройством аутистического спектра зависит от клинических и психических проявлений у каждого ребенка. Используются как фармакологические, так и немедикаментозные методы лечения. Любое лечение направлено на смягчение проявлений проблем в социальном взаимодействии, общении и стереотипном поведении при ограниченной деятельности. Комплексный и мультидисциплинарный терапевтический подход очень важен. Различные специальные образовательные программы с поддержкой поведенческих и интерактивных методик считаются эффективной формой помощи, позволяющей ребенку максимально использовать способности и навыки, допускаемые его инвалидностью. Эффективное вмешательство включает в себя обучение рабочим и социальным навыкам и развитие функциональной коммуникации [5].

Двигательная сфера детей дошкольного возраста с аутизмом отличается стереотипными движениями, сложностями в формировании простейших бытовых навыков и предметных действий, нарушениями крупной и мелкой моторики движений. Детям с аутизмом свойственны искажения основных базовых действий [2].

Аутичным детям необходимы специально организованные занятия, направленные на коррекцию и развитие двигательной сферы или хотя бы включение эпизодов таких занятий в игру. Для этого можно использовать различное игровое и спортивное оборудование, игровые предметы и спортивный инвентарь (тренажерные устройства, спортивные комплексы, горки, батуты, мячи разных размеров, гимнастические палки, балансиры) [1].

У ребенка дошкольного возраста с расстройством аутистического спектра формирование двигательной сферы должно основываться на укреплении способности к произвольной организации движений собственного тела. Необходимо обучать детей выполнять действия, связанные с осуществлением ориентировки тела в пространстве [1].

Литература:

1. Каращук, Л. Н. Проблема аутизма в современном мире / Л. Н. Каращук, М. И. Разживина // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2014. – №1 (4). – С. 29-35.

2. Нелюбина, Д. О. Развитие научных представлений об аутизме / Д. О. Нелюбина // Образование и проблемы развития общества. – 2019. – №3 (9). – С. 54-58.
3. Скоробогатова, В. А. Связь эпилепсии и расстройств аутистического спектра (литературный обзор) / В. А. Скоробогатова // Смоленский медицинский альманах. – 2017. – № 1. – С. 325-330.
4. Спирина, И. К. Обучение пространственной ориентировке дошкольников с нарушением зрения на занятиях по физической культуре / И. К. Спирина, Т. В. Артамонова, П. П. Скрипниченко // Ученые записки университета имени П. Ф. Лесгафта. – 2020. – № 10. – С. 351-355.
5. Цыбенко, В. Л. Реабилитация детей с ранним аутизмом / В. Л. Цыбенко // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2007. – № 4. – С. 47.

УДК: 364-786.4

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНИЧЕСКИЕ УСТРОЙСТВА ТРУДОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Кирносова Е.О.

Научный руководитель доцент Лавриченко С.П.

Аннотация. В данной работе на основе анализа научной литературы рассматривается допустимость использования различных современных устройств для возможности людей с отклонениями в состоянии здоровья быть вовлеченным в трудовую деятельность. Приведены примеры технологий, которые могут дать возможность работы инвалидам.

Ключевые слова: трудовая реабилитация, инвалид, трудовая деятельность, трудоспособные, экзоскелет, тифлотехника.

Реабилитация дает возможность людям с инвалидностью улучшить качество жизни, интегрироваться в общество, а также накапливать и реализовывать собственные возможности. Трудовая реабилитация представляет одно из основных направлений в работе с лицами с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Она решает множество проблем: предупреждает возникновение явлений дезадаптации, освобождает от экономической зависимости, а также способствует физическому и интеллектуальному развитию. Трудовая деятельность выступает для инвалидов ключевым каналом общественной мобильности, позволяющим им наиболее основательно включиться в жизнь социума, а также помогает изменить общественный статус и расширить спектр социальных ролей [1]. Следовательно, необходимо создавать все возможные условия для трудовой занятости лиц с ОВЗ, в том числе разработку и внедрение современных устройств, которые позволят людям с различными ограничениями здоровья трудоустроиться и реализовывать свой потенциал в различных сферах.

Одним из таких технических средств трудовой реабилитации лиц с ОВЗ является экзоскелет, предназначенный для восполнения утраченных функций, увеличения силы мышц человека и расширения амплитуды движений за счет внешнего каркаса и проводящих элементов [2]. Существуют различные виды экзоскелета: по источнику энергии и принципу работы привода – пассивные и активные; по точке приложения – экзоскелет верхних конечностей и экзоскелет нижних конечностей [3]. Активные экзоскелеты оснащены электроприводами, а пассивные работают без внешнего источника. Последние функционируют на основе действия рычагов и противовесов, распределяя нагрузку на тело и являются более доступными, чем активные. Благодаря экзоскелету верхних конечностей люди с синдромом верхнего вялого пареза могут стать трудоспособными гражданами. Также экзоскелет «ЭКЗАР» имеет большую эффективность при заболеваниях двигательного нейрона [4]. Примеры вышеописанного технического средства: активный экзоскелет верхних конечностей ExoskeletonPrototype 3 (EXO-UL3), пассивный экзоскелет верхних конечностей WREX-Wilmington Robotic Exoskeleton (уилмингтонский роботизированный экзоскелет).

Более миллиона людей являются нетрудоспособными из-за различных заболеваний глаз. Плохое зрение или его отсутствие сказывается на всех возможностях организма и ограничивает жизнь. Существует достаточно различных технических устройств, аппаратов, которые предназначены специально для слепых. Подобная спецтехника носит название тифлотехника. В мексиканском институте Cinvestav разработали умные очки, которые описывают окружающие предметы, благодаря ультразвуку они могут различать даже прозрачные предметы [5]. Данное устройство содействует социальному продвижению слепого и дает возможность трудоустройства без дополнительных средств от работодателя.

Слабослышащие люди и люди с полным отсутствием слуха также должны иметь возможность работать. Так как их особенностью является общение жестами, которое основано на движении рук и кистей рук, здоровые люди находят такой способ общения

затруднительным и очень часто необходим переводчик. Современные ученые разработали систему распознавания жестов (LeapMotion), которая с помощью трех инфракрасных светодиодов для подсветки зоны распознавания и двух камер, может выводить 3D картинку на компьютер со средней точностью в 0,7 мм в статике и при динамическом перемещении 1,2 мм. Следовательно, данное устройство открывает новые возможности для совместной деятельности здоровых и слабослышащих или глухих людей.

В настоящее время все высокотехнологические устройства являются дорогостоящими и редкими, но они важны для трудовой реабилитации и социализации лиц с ОВЗ, что диктует необходимость усовершенствования и внедрения современных технологий в повседневную жизнь.

Литература:

1. Григорьев, Д. В. Трудовая реабилитация инвалидов и их интеграция в общество // Региональные проблемы преобразования экономики – 2020. – № 1. – С. 61-63 .
2. Кувшинова, И. А. Перспективные тифлотехнические средства для образования и развития детей и подростков с нарушением зрения / И. А. Кувшинова, А. С. Дильмухаметова // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. – 2016. – №1-4. – С. 36-40.
3. Терминология и классификация экзоскелетов / А. А. Воробьев, Ф. А. Андрющенко, О. А. Засыпкина, И. О. Соловьева, П. С. Кривоножкина, А. М. Позднякова // Волгоградский государственный медицинский университет, кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии, кафедра медицинской реабилитации и спортивной медицины с курсом медицинской реабилитации, лечебной физкультуры, спортивной медицины, физиотерапии ФУВ, Волгоградский медицинский научный центр. – 2015. – № 3. – С. 73-75.
4. Экзоскелет как новое средство в абилитации и реабилитации инвалидов (обзор) / А.А. Воробьев, А.В. Петрухин, О. А. Засыпкина, П. С. Кривоножкина, А. М. Поздняков // Современные технологии в медицине. – 2015. –№ 2 (Том 7). – С. 185-197.
5. Этапы анатомической параметризации экзоскелета верхней конечности «ЭКЗАР» / А. А. Воробьев, Ф. А. Андрющенко, О. А. Засыпкина, П. С. Кривоножкина // Журнал анатомии и гистопатологии. – 2015. – № 2(Том 4). – С. 27-31.

СПОСОБЫ СОЦИАЛИЗАЦИИ В ОБЩЕСТВО ОБУЧАЮЩИХСЯ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Козаченко А.Д., Божко Д.А.

Научный руководитель доцент Лавриченко С.П.

Аннотация. На данный период времени особо важной проблемой, которую надо решать, является социализация определённых групп людей, имеющих отклонения в состоянии здоровья, особенно эта проблема касается детей школьного возраста. В данной работе на основании изучения научных литературных источников представлен материал о способах социализации обучающихся с инвалидностью.

Ключевые слова: школьники, физическое развитие, инвалидность, саморазвитие, адаптивная физическая культура, инклюзивное образование.

Организация инклюзивного образования является одной из важнейших задач для повышения качества жизни лиц с ограничениями здоровья и должна поддерживаться не только школой и государством, но, и в первую очередь, семьёй. Для многих инвалидов основной проблемой является социализация в обществе. В таких случаях на помощь приходят преподаватели, которые помогают найти обучающимся увлечения, где они могут проявить себя, и почувствовать свою значимость. Детям с различными видами инвалидности сложнее реализовываться из-за неуверенности в себе, поэтому, в первую очередь, внимание акцентируется на процессе развития личности или саморазвития. Адаптивная физическая культура позволяет школьникам с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) начать заниматься спортом, который впоследствии приведет к развитию таких качеств как толерантность, умение работать в команде, ответственность, целеустремленность, проявлять свою творческую активность через креативные телесно-ориентированные практики, увлечься экстремальными видами адаптивной двигательной активности [1, 2].

На успешность обучения детей с ОВЗ сказываются различные условия, организация которых обязательно должна присутствовать в учебно-образовательном процессе. В частности, необходимо предусмотреть обеспечение им права выбора того или иного вида деятельности, оптимально организовать их самостоятельную работу, правильно подобрать технические средства для каждой нозологии, уделить внимание межличностному взаимодействию данной категории лиц [4].

Главенствующей целью психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ является создание определённой среды, в которой обучающимся будет проще адаптироваться и достичь личностного роста. Задачами являются:

1. выявление особых образовательных потребностей (исходя из недостатков физического/психического развития обучающихся);
2. осуществление индивидуально ориентированной психолого-педагогической помощи с учётом особенностей психофизического развития;
3. возможность освоения лицами с ОВЗ общеобразовательной программы и их интеграция в образовательном учреждении [3].

Роль преподавателей неоспоримо является ключевой в процессе социализации инвалидов, так как от действий преподавателя зависит степень вовлечённости в процесс и усвоение необходимых навыков и знаний для адаптации в социуме. Преподаватель должен по мере возможностей создать благоприятную среду для обучающегося и привить любовь к физической активности и саморазвитию. Но даже при выполнении всех поставленных задач, необходимо непосредственное желание обучающихся овладевать новыми умениями, которые позволят им более быстро и беспрепятственно социализироваться и самореализоваться [5, 3].

Таким образом, адаптироваться и социализироваться школьникам, имеющим особые потребности, позволит их личностное саморазвитие, интеграция в общество, психолого-

педагогическая поддержка окружающих. Данные вопросы возможно решить посредством привлечения их к занятиям адаптивной физической культурой. Планирование образовательного процесса детей с ОВЗ необходимо осуществлять с учетом их индивидуальных особенностей развития.

Литература:

1. Айсмонтас, Б.Б. Психолого-педагогические основы обучения студентов с ОВЗ в вузе: хрестоматия для преподавателей сферы высшего профессионального образования, работающих со студентами с ОВЗ. – М.: МГППУ, 2013. – 334 с.
2. Елисеева, Ю. Н. Особенности социализации детей школьного возраста с ОВЗ // Молодой ученый. – 2016. – № 3 (107). – С. 959-964.
3. Иващенко, Е. А. Взгляд на проблемы людей с ограниченными возможностями в вопросе физической культуры. «Актуальные проблемы медико-социальной реабилитации различных групп населения» : материалы Всероссийской научно-практической конференции / Е. А. Иващенко, С. П. Лавриченко. – Уфа : ЦНИЗ и Р, 2021. – С. 28-31.
4. Козьяков, Р. В. Некоторые особенности социально-психологической адаптации студентов-инвалидов в вузе // Молодой учёный. – 2016. – № 7. – С. 357-360.
5. Кохан, С. Т. Психолого-педагогическое сопровождение студентов с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью в вузе : учеб. пособие. – Чита : ЗабГУ, 2018. – 172 с.

ОСОБЕННОСТИ СТАЦИОНАРНОГО ЭТАПА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Королева А. Н.

Научный руководитель доцент Пастухов О.Г.

Аннотация. В работе рассматриваются особенности физической реабилитации на стационарном этапе после аортокоронарного шунтирования, методы функциональной диагностики больных для определения двигательного режима, а также основные задачи восстановления лиц с осложнениями после острого инфаркта миокарда; описывается методика отслеживания адекватности нагрузок.

Ключевые слова: физическая реабилитация, стационарный этап, аортокоронарное шунтирование.

На стационарном этапе физической реабилитации, после комплексной оценки состояния организма больного, перенесшего аортокоронарное шунтирование (АКШ), осуществляется выбор методов восстановительной терапии. Чтобы получить точные данные об изменении функционального состояния после оперативного вмешательства, определении двигательного режима и эффективности осуществляемых восстановительных мероприятий применяются методы функциональной диагностики. Состояние больного по шкале реабилитационной маршрутизации, оценку реабилитационного потенциала, определение возможности расширения двигательной активности позволяют осуществить результаты электрокардиографии, эхокардиографии, лабораторные данные [2, 5].

Для отслеживания адекватности нагрузок производится контроль показателей кровотока. Фиксируются значения до нагрузки и сразу после нее, затем через час после выполнения упражнений. Через каждые 2 дня проводится электрокардиография, каждые 5 дней – ультразвуковое исследование органов грудной клетки и плевральных полостей, отслеживаются показатели эхокардиографии. Признаками адекватной реакции организма на нагрузку являются следующие: увеличение частоты сердечных сокращений при максимальной нагрузке не более чем на 30 ударов в минуту, увеличение частоты дыхательных движений не более чем на 5-7 в минуту. Так же отсутствие повышения артериального давления: систолического более чем на 30 мм рт. ст., диастолического на 12-15 мм рт. ст. [6].

Больные с осложнениями после острого инфаркта миокарда образуют особую группу. Предоперационное состояние данных людей тяжелое, реабилитационный потенциал на очень низком уровне. Расширение двигательного режима затруднено вследствие наличия выраженной сердечной недостаточности, что увеличивает время нахождения больного в реанимации или отделении интенсивной терапии. У данной группы больных, в первые дни после операции, возможна гипертермия, тахикардия, увеличение скорости оседания эритроцитов, лейкоцитоз [1, 4].

Основные задачи стационарного этапа реабилитации данной группы больных:

- стабилизация кровотока;
- предупреждение осложнений;
- восстановление навыков самообслуживания;
- нормализация психоэмоционального состояния [3].

Продолжительность нахождения в стационаре зависит от степени послеоперационных осложнений. На протяжении всего стационарного этапа реабилитации больные усваивают основы рационального питания, происходит психоэмоциональная и бытовая реадаптация, подготовка к большей физической активности и тренировкам.

Литература:

1. Алшибая, М. М. Наш опыт хирургического лечения постинфарктного дефектам межжелудочковой перегородки / М. М. Алшибая, О. А. Коваленко, Д. Е. Мусин // Бюллетень

НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания.–2017. – Т. 18, № 6. – С.79.

2. Аронов, Д. М. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы: реабилитация и вторичная профилактика / Д. М. Аронов, М. Г. Бубнова, О. Л. Барбараш // КардиоСоматика. – 2014. – №1. – С.5-41.

3. Базылев, В. В. Физическая реабилитация пациентов в ранние сроки после операции коронарного шунтирования / В. В. Базылев, Н. В. Гальцева // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация.–2016. – Т.15, № 3. – С. 124-130.

4. Гаглюева, А. С. Различные модификации хирургического доступа и техники коррекции постинфарктного разрыва межжелудочковой перегородки / А. С. Гаглюева, Р. Н. Лысый // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2019. – Т. 61, № 3. – С. 165-170.

5. Иноземцева, А. А. Эффективность и безопасность ранних физических в реабилитации пациентов после коронарного шунтирования / А. А. Иноземцева, Ю. А. Аргунова, С. А. Помешкина // Сибирское медицинское обозрение. – 2018. – № 6. – С. 33-42.

6. Schlotter F, de WahaS, EitelH, etal. Interventional postmyocardial infarction ventricular septal defect closure : a systematic review of current evidence. EuroIntervention. 2016. №12. P.94-102.

Аннотация. В работе представлены особенности методики диагностики и лечения травм позвоночника. Описываются основные методы реабилитации больного после травмы позвоночника

Ключевые слова: травмы позвоночника, первая помощь, методики диагностики, физическая реабилитация, ЛФК, физиотерапия, трудотерапия

Травма позвоночника – очень распространенная и сложная травма. Травмы позвоночника возникают при падении с высоты, во время дорожно-транспортных происшествий либо при прыжках в воду. В последнее время начал расти спортивный травматизм, также встречаются травмы позвоночника, полученные при падении тяжелого груза на голову. Клиническими проявлениями травм позвоночника и спинного мозга являются: локальная боль, нарушение моторики и чувствительности [4].

Способ оказания первой помощи и скорость транспортировки пострадавшего в стационар является одним из решающих факторов в дальнейшей судьбе пострадавшего [5].

Диагноз повреждений позвоночника и спинного мозга в первую очередь основывается на тщательном сборе анамнеза с тщательным клиническим обследованием и последующим использованием методов визуализации в условиях стационара.

Сбор анамнеза является одним из важнейших обследований, он помогает установить правильный диагноз. Анамнез делится на несколько видов: личный, семейный, социальный анамнез, анамнез текущего заболевания. Анамнез текущего заболевания является важной частью анамнеза и включает в себя все имеющиеся сведения о текущем состоянии больного и обстоятельств, которые привели к такому состоянию. При несчастных случаях свидетели могут помочь получить важную информацию об обстоятельствах происшествия и состоянии сразу после происшествия (например, о подвижности конечностей), особенно если пострадавший находится без сознания. В случае дорожно-транспортного происшествия важно выяснить использование ремней безопасности и правильное расположение подголовников [1].

У находящихся в сознании больных информация о механизме травмы и ее обстоятельствах имеет важное анамнестическое значение для распознавания и последующей диагностики травмы позвоночника. Кроме того, необходима информация о нарушениях моторики и чувствительности. Необходимо расспросить пациента о боли. Важно спросить о локализации боли, ее характере (острая, тупая), простреливающей боли (область спины, конечности и т. д.), как долго длится проблемы, есть ли положение облегчения и какое, и, наконец, что не менее важно, тяжесть боли (шкала ВАШ 1-10 баллов). У пациентов, у которых анамнез нельзя безопасно собрать (травма со сниженным уровнем сознания или бессознательное состояние), и предполагается травма позвоночника, также необходимо предполагать возможную травму спинного мозга [3].

При травмах позвоночника необходимо подобрать методику диагностики в зависимости от тяжести клинической картины и перспективы терапии. Фундаментальным требованием во время визуализации является не причинение вреда пациенту неправильным обращением. В остром периоде после травмы подвижность позвоночника не исследуют из-за риска травмирования спинного мозга [4].

Черепно-мозговая травма требует осмотра шейного отдела позвоночника, при множественной травме – всего позвоночника. Наиболее серьезные травмы находятся в области шейного отдела позвоночника. При базовом обследовании обычно выполняют две проекции – переднезаднюю и боковую. При подозрении на травму шейного отдела позвоночника также спрашивают о боли при глотании, которая может быть связана с

образованием гематомы. Травма позвоночника всегда должна предполагаться у пациентов без сознания, у которых невозможно собрать анамнез, пока травма не будет надежно исключена с помощью визуализации [1].

Клиническое обследование является основой медицинской процедуры. При подозрении на травму спинного мозга важно провести неврологическое обследование, чтобы выявить локализацию поражения спинного мозга.

К консервативному, безоперационному лечению травм позвоночника приступают, если травма спинного мозга не связана со спинномозговой травмой и не осложнена. При лечении переломов назначается постельный режим, выполняются изометрические упражнения (специальные гимнастические упражнения для укрепления мышц спины без смещения позвоночника), затем выбирают временную наружную фиксацию. Лечение корсетами проходит в течение нескольких недель.

Показаниями к оперативному лечению являются все травмы, при которых происходит ущемление нервных структур позвоночного канала. Кроме того, в случае нестабильных травм, при которых со временем могут возникнуть последующие деформации позвоночника. Целью хирургического лечения является снижение давления на спинной мозг и стабилизация позвоночника. Ранняя реабилитация является важной частью процесса лечения и выздоровления.

Физическая реабилитация больного после травмы позвоночника включает целый ряд направлений:

– Лекарственное лечение. Для реабилитации применяется целый комплекс препаратов. Он индивидуально подбирается врачом [4].

– Физиотерапевтические процедуры [2].

– ЛФК. Основу составляют активные и пассивные упражнения. Пассивные упражнения сосредоточены на областях с потерей активного импульса и служат для поддержания объема движений в суставах и предотвращения контрактур при растяжении. Активные упражнения ориентированы на более сложную двигательную функцию и индивидуальны в зависимости от возможностей пациента [2].

– Трудотерапия (стремится сохранить и использовать способности человека, необходимые для нормальной повседневной деятельности).

Занятия по трудотерапии для людей с травмой спинного мозга варьируются в зависимости от уровня и полноты травмы. Терапевты выбирают занятия на основе уровня травмы и функциональных ожиданий с целью оптимизации функциональной независимости. Занятия, направленные на повседневную деятельность, имеют ключевое значение для того, чтобы люди могли жить независимо от других [1].

Таким образом, при травмах позвоночника пациенту оказывается всесторонняя медицинская помощь в виде физиотерапии, ЛФК, трудотерапии, а также социального консультирования и психологической помощи. В течение всего периода необходимо не допускать осложнений.

Литература:

1. Дженбаев, Е. С. Медицинская реабилитация больных с позвоночно-спинномозговой травмой // Вестник КазНМУ. – 2021. – №4. – С. 62-64.

2. Дженбаев, Е. С. Этапная медицинская реабилитация больных с позвоночно-спинномозговой травмой в условиях среднегорного специализированного стационара // Вестник КазНМУ. – 2020. – №3. – С. 200-202.

3. Иванова, Г. Е. Глобальные перспективы развития медицинской реабилитации // Вестник восстановительной медицины. – 2018. – № 6(82). – С. 172-179.

4. Калинина, С. А. Лечение, социальная и медицинская реабилитация больных с осложненной травмой позвоночника (экскурс в прошлое) // Acta Biomedica Scientifica. – 2011. – №4-1. – С. 311-315.

5. Медведев, А. С. Основы медицинской реабилитологии. – Минск : Беларус. Наука, 2018. – 267 с.

ПРИНЦИП ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Лева К.С.

Научный руководитель доцент Спирина И.К.

Аннотация. Частая физическая активность является важной составляющей здорового образа жизни. Она влияет не только на физическое здоровье, но и на психическое и является одним из факторов профилактики рецидивов хронических заболеваний.

Ключевые слова: физическая активность, здоровье, здоровый образ жизни, оздоровление, физическое воспитание.

Физическая культура, являясь частью общекультурного развития, выполняет образовательные, воспитательные и развивающие функции.

Ценности, которые формируются в сфере физической культуры и спорта можно разделить на следующие группы: физические (здоровье, телосложение, двигательные качества, умения, навыки), социально-психологические (активный отдых, развлечения, удовольствие), психические (эмоциональные переживания, быстрота мышления, творческие задатки), культурные (познание, самоутверждение, самовыражение), материально-технические условия и престиж занятий спортом [3, 4].

Физическая культура способствует достижению и сохранению крепкого здоровья, высокой и устойчивой общей и специальной работоспособности, адаптации к меняющимся и сложным условиям внешней среды, помогает формированию и соблюдению полезного для здоровья рационально организованного режима трудовой и бытового деятельности, обеспечивает необходимую и достаточную двигательную активность, а также активный отдых [3, 4].

Оздоровление является одной из главных целей физического воспитания, направленных на укрепление здоровья, повышение иммунитета и увеличение работоспособности [3, 4]. Это помогает сформировать правильную осанку, телосложение и изгибы позвоночника; развить своды стоп и исключить формирование плоскостопия; укрепить суставы; контролировать рост костей и мышц [1, 5].

Требования к реализации взяты из положения принципа оздоровительной направленности:

1. Преподаватели физической культуры, тренеры несут ответственность перед государством за сохранение укрепления здоровья занимающихся.

2. Обязательным принципом является педагогический и врачебный контроль.

Также должны учитываться особенности возраста, пола и состояния здоровья.

Врачебный контроль обязателен во всех организациях, проводящих занятия физической культурой. Он не должен ограничиваться констатацией изменений в организме. По ним можно судить об эффективности физических упражнений и корректировать дозу или сам вид упражнения. Педагог и врач на основе действующих показателей здоровья должен предвидеть предполагаемый результат занятий [2].

Для того, чтобы занятия физической культурой оказывали положительный эффект, необходимо соблюдать следующие правила:

1. Допускается применение лишь тех средств, которые научно опробованы и имеют доказанный оздоровительный эффект.

2. Физические нагрузки должны планироваться в соответствии с индивидуальными особенностями обучающихся.

3. По ходу занятия физической культурой необходимо обеспечить совокупность контроля врача, тренера и постоянного самоконтроля со стороны обучающегося.

Лишь при правильно скомбинированных и сбалансированных по направленности и мощности упражнений наблюдается оздоровительный эффект [1, 2, 5].

Таким образом, только при правильном применении, дозе и качестве физических занятий наблюдается оздоровительный эффект, который в свою очередь способствует укреплению и сохранению здоровья.

Литература:

1. Боярская, Л. А. Методика и организация физкультурно-оздоровительной работы : учебное пособие / Л. А. Боярская // Уральский федеральный университет им. Б. Н. Ельцина. – 2017. – 120 с.

2. Соколов, С. Н. Реакция и двигательная реабилитация при занятиях физической культурой и спортом : учебное пособие / Н. Г. Соколов, В. П. Овчинников // Российский Государственный Гидрометеорологический Университет, Санкт-Петербург. – 2016. – 44 с.

3. Спирина, И. К. Физическая культура как составная часть общекультурного развития личности / И. К. Спирина, Н. С. Самарчук // Сб. : Ценностные приоритеты здоровья и профессионального развития студентов в образовательном пространстве физической культуры : материалы Международной научной конференции, посвященной 90-летию профессора М. Я. Виленского, 12 сентября 2018г., г. Москва, МГОУ. – М. : МАНПО, 2018. – С. 130-133.

4. Спирина, И. К. Молодежь Волгоградской области и актуальные проблемы реализации государственной молодежной политики [Текст] : научно-практическая конференция, 16 декабря 2009 г. : сборник научных статей и докладов. Часть II. / Ком. по делам молодежи Администрации Волгоградской обл., Гос. образовательное учреждение доп. проф. образования «Волгоградский ин-т молодежной политики и социальной работы» ; [ред. кол. : Артемов Р. А. и др.]. – Волгоград : ГОУ ДПО ВИМПСР : ООО «ПринТерра-Дизайн», 2010.– С. 336-341 ; ISBN 978-5-98424-124-3.

5. Третьякова, Н. В. Теория и методика оздоровительной физической культуры : учебное пособие / Н. В. Третьякова, Т. В. Андрюхина, Е. В. Кетриш // Российский государственный университет им. А. И. Герцена. – 2017.– 18 с.

ОСОБЕННОСТИ И МЕТОДЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Ли Е.В.

Научный руководитель старший преподаватель Гулевская О.Н.

Аннотация. В работе описывается методика нейромышечной реабилитации при посттравматических повреждениях лица. Вместе с этим описана патогенетическая картина. Представлены возможные последствия после нарушений нейромышечной связи состава лицевого нерва, в тех или иных областях. Сделан акцент на раннее начало реабилитации, что гарантирует успешное восстановление после травмы.

Ключевые слова: посттравматическое повреждение, лицевой нерв, буккальный массаж, релаксация мышц, лицевая мускулатура, невралгия тройничного нерва.

Невралгия тройничного нерва представляет собой патологический процесс, характеризующийся приступообразными болями различной интенсивности и характера (стреляющие, жгучие и др.) в зонах иннервации его ветвей – височной, лобной областей, кожи лица, мышц глаз, жевательных и некоторых мышц полости рта[3].

Возбуждение в одной из единиц нервной системе (мотонейроне), развивается путем формирования акта нервно-мышечной передачи. Существуют следующие факторы, способствующие формированию акта: рефлекторный ответ, нисходящее воздействие центральной нервной системы; снижения тормозного влияния регулирующих нейронных цепей. Следует отметить, что все двигательные реакции также имеют классификацию. Так выделяют одномоментные (быстрые, немедленные, т. н. сухожильные рефлекс, которые возникают сразу после раздражения и проявляются кратковременным (фазным) мышечным сокращением) и тонические (продолжительные, медленные, т. н. рефлекс растяжения, когда растяжение мышцы способствует рефлекторному тоническому (продолжительному во времени) сокращению мышечных волокон [6].

Результатом травматических поражений лицевой мускулатуры может быть активация обоих типов этих двигательных реакций.

Нарушение анатомической целостности или функции лицевого нерва характеризуется односторонним параличом или парезом мимических мышц, двигательный дефицит которых приводит к затруднению смыкания век, приема пищи дизартрии, что значительно снижает качество жизни пациентов [2].

Основным симптомом невралгии лицевого нерва является, как правило, парез или паралич всей мимической мускулатуры соответствующей половины лица; вследствие чего создается весьма характерная лицевая асимметрия. Параличи подразделяют на периферические и центральные. В первом случае, когда происходит одностороннее разрушение корково-ядерного пути, наступает выпадение функций только нижней части лицевого нерва, поскольку часть ядра, от которого отходит верхняя часть лицевого нерва, связана с обоими полушариями. При этом клиническая картина характеризуется тем, что половина лица или его часть амимична, в покое наблюдается асимметрия лица (сторона с поврежденным лицевым нервом опущена вниз (бровь, нижнее веко, угол рта находятся ниже, ткани щеки провисают)), которая при мимике усиливается. Помимо эстетической стороны, проблема приводит к нарушениям выполнения ежедневных бытовых действий (трудности при приеме пищи, произношении речи, чистке зубов), могут быть: слюнотечение, жалобы на отсутствие слез либо постоянное слезотечение, неполное смыкание век, затрудненное носовое дыхание. Все вышеуказанные симптомы приводят к нарушению социальной и коммуникативной деятельности и значительно снижают качество жизни человека [1, 5].

Несмотря на различия строения, клиническая симптоматика неврита лицевого нерва центрального и периферического генеза имеет сходное течение. Диагноз уточняется в

результате правильно и тщательно собранного анамнеза и изучения клинических признаков неврологических проявлений.

Массаж, как средство физической реабилитации, способствующее восстановлению крово- и лимфообращения, улучшению мышечной возбудимости и нормализации работы нервно-мышечных синапсов и применяемое в работе с нарушениями лицевой мускулатуры, используют в следующей последовательности: воротниковая зона, затылок, включая область сосцевидного отростка и шеи, движения производят по току лимфы (вдоль кивательной мышцы сверху вниз), далее легкими поверхностными движениями (практически только поглаживания) массируют лицо. На здоровой стороне массаж выполняется активно, что помогает перераспределить мышечный тонус и задействовать механизм содружественных движений. Точечный массаж проводят круговыми мелкими движениями без смещения мягких тканей; общее направление – вдоль по направлению паретичных мышц. В это же время следует начать реэдукацию, которая производится посредством усиления рецептивной информации от паретичной мышцы и улучшения кровообращения в окружающей ее зоне [7].

Мероприятия лечебной гимнастики, направленные на коррекцию мимических движений необходимо проводить с активным участием больного. В этом случае методист проводит объяснение и демонстрацию упражнений перед зеркалом, воспитывая у больного способность контролировать свои произвольные движения. Методические приемы физических упражнений при поражении мимических мышц имеют ряд особенностей. Прежде всего, необходимо раннее целенаправленное обучение мышц здоровой стороны. Лечение положением обязательно должно комбинироваться с активной и пассивной гимнастикой под зрительным контролем [9, 10]. При выраженном прозопарезе или прозоплегии пациент выполняет активно-пассивные упражнения.

Также парез лицевой мускулатуры часто сопровождается развитием контрактур соответствующих мышц. Контрактура усиливает асимметрию лица и способствует возникновению синкинезий. Без длительного и упорного лечения контрактуры имеют тенденцию прогрессировать, ухудшая трофику паретичных мышц и затрудняя восстановление активных движений. Для нивелирования мышечных контрактур больному рекомендуют регулярно выполнять растягивающие движения пальцами по ходу мышечных волокон с постепенным, от занятия к занятию, увеличением прилагаемой силы.

Реабилитация после операции на лице обычно включает комплекс мероприятий, направленный на уменьшение отека, устранения кровоизлияний, повышение тонуса мышц, улучшение качества кожных покровов. Реабилитационные программы должны быть направлены на оздоровление организма в целом – его детоксикацию, улучшение микроциркуляции, повышение интенсивности обменных процессов, увлажнение и лифтинг кожи. С другой стороны, они должны быть нацелены на восстановление кожи в зоне операции. При составлении плана реабилитации учитываются многие факторы, в том числе состояние здоровья и возраст пациента, наличие у него хронических заболеваний, вредных привычек и прочие индивидуальные особенности [11].

Упражнения подбирает специалист восстановительной медицины или невролог индивидуально, учитывая остроту процесса, место поражения лицевого нерва, тяжесть симптомов, наличие других лечебно-реабилитационных мероприятий. На раннем этапе занятия проходят под руководством специалиста, который контролирует технику упражнений, прикладываемые усилия. В дальнейшем возможные самостоятельные тренировки. Гимнастику проводят дважды в день по 5-15 минут до полного выздоровления [8].

Таким образом, оптимально организованная реабилитация для лиц с повреждением ветвей лицевого нерва способствует улучшению эстетического состояния, внешней коррекции асимметрии лица и других видимых дефектов.

Литература:

1. Боголюбов, В. М. Медицинская реабилитация или восстановительная медицина. Физиотерапия, бальнеотерапия и терапия. – М. : Бином, 2006. – С. 34-45.

2. Завалий, Л. Б. Современные подходы к лечению и реабилитации пациентов с невралгией лицевого нерва /Л. Б. Завалий, С. С. Петриков, Г. Р. Рамазанов // Вестник восстановительной медицины. – 2020. – № 2 (Том 96). – С. 59-67.
3. Корешкина, М. И. Дифференциальная диагностика и лечение невралгии тройничного нерва // Ремедиум Приволжье. – 2016. – № 2 (Том 142). – С. 24-27.
4. Митин, Н. Е. Реабилитация пациентов после операций в челюстно-лицевой области / Митин Н. Е., Абдиркин М. Д., Абдиркина Е. И. // Здоровье и образование в XXI веке. – 2018. – №2. – С. 60-64.
5. Переживание болезни и эмоциональное неблагополучие при невралгии лицевого нерва / А. А. Рахманина, М. В. Калантарова, А. Б. Холмогорова, Л. Б. Завалий // II Международная конференция по консультативной психологии и психотерапии, посвященная памяти Федора Ефимовича Василюка : Сборник материалов. Электронное издание, Москва, 05-07 ноября 2020 года. – М. : Психологический институт Российской академии образования, 2020. – С. 211-212.
6. Стариков, С. М. Современные технологии восстановительной медицины и реабилитации. – М., 2019. – 41 с.
7. Чудаков, О. П. Невриты лицевого нерва: учеб.-метод. пособие / О. П. Чудаков, Л. Г. Быкадорова, Т. Б. Людчик. – Минск : МГМИ, 1999. – 21 с.
8. Эффективность ботулинотерапии при тригеминальной невралгии / Мингазова Л. Р., Орлова О. Р., Сойхер М. И., Быченко В. Г., Комиссарова Н. В. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2021. –Т. 121, № 6. –С. 40-45.
9. Choosing the best rehabilitation treatment for Bell's palsy / Dalla T. E. [et al.] // Eur. J. Phys. Rehabil. Med. 2012. №4 (Vol. 48). P. 635-642.
10. Compare the efficacy of acupuncture with drugs in the treatment of Bell's palsy: a systematic review and metaanalysis of RCTs / Zhang R., Wu T., Wang R., Wang D., Liu Q. // Medicine (Baltimore). 2019. № 19 (Vol. 98). P. 15566.
11. Orbital Fractures With Concomitant Ocular Nerve Palsy: An Insidious and Potentially Misleading Association in Surgical Decision-Making / Scolozzi P., Gigon E., Schampel P., Steffen H. // J. Oral Maxillofac Surg. 2022. № 7 (Vol. 80). P. 1198-1206.

УДК: 796.01:159.9

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ СПОРТСМЕНОВ ПРОБЛЕМЫ, КОНЦЕПЦИИ И ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ ФЕНОМЕНА

Ли Э.Д.

Научный руководитель преподаватель Полубедова А.С.

Аннотация. В данной работе на основе анализа научной литературы рассматривается такой актуальный психологический феномен, встречающийся в профессиональной спортивной деятельности, как эмоциональное выгорание спортсменов, его проблемы, а также составляющие компоненты и теоретические модели данного явления.

Ключевые слова: психическое/эмоциональное выгорание, стресс, перегрузки, соревновательная деятельность, эмоциональное давление.

Поскольку культура спорта непосредственно связана с многочисленными стрессовыми факторами, проблема исследования явления эмоционального выгорания у атлетов не теряет своей актуальности. Источником стресса становятся психические и физические перегрузки, недовосстановление организма вследствие недостатка времени, ориентированность спортсменов на выдачу высших результатов, а также соревновательная деятельность. В настоящее время наблюдается сдвиг уровня стресса от острой формы к хронической. В результате чего возникает эмоциональное выгорание, приводящее к понижению продуктивности в процессе тренировки и к снижению результатов в процессе соревнований [1, 2].

Изначально заинтересованность к вопросу психического выгорания в спорте отразилась в 1980-х годах, где изучения имели общетеоретический подход [3, 4, 5]. В современные дни не находится единого мнения на формулировку понятия «выгорание» у спортсменов [6, 7, 8, 9]. Однако большую популярность набрала концепция Р. Смита, полагавшего, что психическое выгорание – это обратная связь на хронический стресс, включительно с физиологическими, характерологическими и познавательными составляющими. Весьма выраженной особенностью психического выгорания считается психологический, а порой и физический уход от активной деятельности, прежде служившей ресурсом для получения спортсменом удовлетворения [5].

Спустя время, на основе концепции психического выгорания Т. Ридеком была создана модель, по которой эмоциональное выгорание в спорте идентифицировалось в формате трехкомпонентной структуры: телесного и психоэмоционального опустошения, приглушение ощущения достижения и девальвация результатов. Более того, доказано, что у каждого из компонента есть свой фактор. Так, первому элементу соотносится – мотив на избежание провала, второму – субъективная фрустрация, третьему – общий показатель интеллектуальной способности [10].

Исследования в области эмоционального выгорания привели к изучению стресса. Стресс рассматривается как событие, усугубляющее текущее состояние, обстоятельства. Новые изучения профессионального стресса основываются на трех ключевых концептуальных теориях. Согласно первой парадигме стресс определяется как процесс формирования самостоятельных типов адаптации к тяжёлым обстоятельствам. Базой для развития приспособленности является внутренняя оценка положения и модификация возможностей преодоления препятствий [11]. Вторая концепция гласит, что стресс является следствием несоответствия между когнитивными резервами человека и условиями, навязанными окружающим обществом и определённой рабочей обстановкой [12]. Третья теория представляет стресс как отдельную категорию состояний, ставших результатом преобразования принципов работы и образа действий под давлением «стрессоров» [13].

Стало известно, что концепция эмоционального выгорания построена на концепции профессионального стресса. За две крайние декады были рассмотрены иные модели для анализа источников психического выгорания в спорте, позже сформированные в положения,

описывающие характер его течения. Сюда вошли: «аффективно-когнитивная модель», «модель включенности в спорт», «модель закрепляемого негативного ответа на стресс», а также «модель одномерного развития идентичности и внешнего контроля».

Согласно первой модели Р. Смита, психическое выгорание рассматривалось как результат профессионального стресса, а его течение являлось следствием взаимосвязи окружающих обстоятельств, мотивационно-личностных установок спортсмена. Завершение спортивной деятельности происходит когда спортсмен ощущает несоответствие величине приложенных стараний и оценки выполненной работы, замечая наиболее ему подходящие перспективные и благополучные возможности. Модель состоит следующих элементов: физического реагирования, внутренней оценки, проявления эмотивного и психического характера. В первую очередь спортсмен встречается с определёнными условиями, предъявляемые со стороны окружающих, которые, к примеру, ждут только победы. Затем, вследствие субъективного анализа он ощущает эмоциональное давление, приводящее к психической перегрузке, личностной тревожности и далее – к депрессивным состояниям. В конце концов спортсмен показывает низкие результаты, наблюдается ненадлежащее поведение, а также не исключается возможность полного его ухода от спортивной деятельности [5].

Вторая концепция Г. Шмидта и Штейна базировалась на включении удовлетворения от занятий спортом, остановки деятельности и эмоционального выгорания. Здесь психологическое выгорание рассматривалось как следствие отсутствия удовлетворения от проделанной работы во время тренировок и соревнований, в результате чего возрастало эмоциональное напряжение. Считалось, что те, кто занимается лишь ради удовольствия, в дальнейшем, как правило покидают спорт. А те, кто находится в спорте не с целью удовольствия, не по своей воле, а вследствие обязательств, переживают эмоциональное выгорание [14].

Третья парадигма Дж. Сильвы основывалась на отрицательном реагировании на тренировочный процесс. Сначала имеет место переутомление, приводящее вследствие к развитию эмоционально выгорания. Последнее же проявляется истощением, которое было вызвано избыточными нагрузками в процессе тренировочной и соревновательной деятельности [9].

Последняя, четвёртая модель Дж. Коакли отражала связь эмоционального выгорания спортсменов с системой спорта. В определённый период спортсмены осознают ограничения, навязанные структурой спорта. Это лишает их здорового, полноценного развития себя как личности за пределами спортивной деятельности, что становится источником эмоционального выгорания и ухода из спортивной жизни [6].

Таким образом, исследования показали, что в профессиональном спорте эмоциональное выгорание оказывает на спортсменов неблагоприятное воздействие, а именно влечёт за собой безуспешные результаты, раннее завершение спортивной карьеры способных ребят, имеющих отличное атлетическое телосложение [4, 5, 6, 15,16].

Литература:

1. Raedeke Thomas D., Smith Alan L. Development and Preliminary Validation of an Athlete Burnout Measure . *Journal of Sport & Exercise Psychology*. 2001. V. 23, P. 281-306.
2. Уэйнберг Р. С., Гоулд Д. Основы психологии спорта и физической культуры. Киев : Олимпийская литература, 2001.
3. Feigely D. A. Psychological burnout in high-level athletes // *The Physician and Sports medicine*. 1984. № 12.
4. Fender L.K. Athlete burnout: potential for research and intervention strategies // *Sport Psychologist*. 1989. Vol. 3 (1).
5. Smith R. E. Toward a cognitive-affective model of athletic burnout // *Journal of Sport Psychology*. 1986. Vol. 8.
6. Coakley J. Burnout among adolescent athletes: A personal failure or social problem? // *Sociology of Sport Journal*. 1992. Vol. 9.

7. Cohn P. J. An exploratory study on sources of stress and athlete burnout in youth golf // *Sport Psychologis*. 1990. Vol. 4 (2).
8. Gould D., Udry E., Tuffey S., Loehr J. Burnout in competitive junior tennis players: I. A quantitative psychological assessment // *The Sport Psychologist*. 1996. № 10.
9. Silva J. M. An analysis of the training stress syndrome in competitive athletics // *Journal of Applied of Sport Psychology*. 1990. Vol. 2.
10. Raedeke T. D. Is athlete burnout more than just stress? A sport commitment perspective // *Journal of Sport & Exercise Psychology*. 1997. Vol. 19.
11. Кокс Т., Маккей К. Трансактный подход к изучению производственного стресса // *Психология труда и организационная психология: современное состояние и перспективы развития. Хрестоматия / сост. А. Б. Леонова, О.Н. Чернышева. – М. : Радикс, 1995. – С. 205-225.*
12. Lazarus R. S. From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks // *Annual review of psychology*. 1993. С. 44. P. 1-21.
13. Леонова, А. Б. Комплексная стратегия анализа профессионального стресса: от диагностики к профилактике и коррекции // *Психол. журн.* – 2004. – Т. 25, № 2. – С. 75-85.
14. SchmidtG. W., SteinG. L. Sport commitment: A model integrating enjoyment, dropout and burnout // *Journal of Sport and Exercise Psychology*. 1991. Vol. 8.
15. Гринь, Е. И. Личностные регуляторы эмоционального выгорания у спортсменов разной квалификации и пола // *Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова.* – 2008. – № 3. – С.163-168.
16. Позняк, А. С. Личностные регуляторы эмоционального выгорания спортсменов // *Тезисы докладов XLVII научной конференции студентов и молодых ученых вузов Южного Федерального округа.* – 2020. – С. 254-254.

УДК: 615.825.4-056.26

АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ПРИ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ ИМЕЮЩИМИ НАРУШЕНИЯ ЗРЕНИЯ

Манжина Э.С.

Научный руководитель доцент Бойкова М.Б.

Аннотация. Представленная работа описывает способы коррекции физических качеств детей с нарушениями зрения, а также реализацию адаптивного физического воспитания данной категорией лиц.

Ключевые слова: дети, нарушение зрения, адаптивное физическое воспитание, физические качества, адаптивная физическая культура.

С каждым годом возрастает количество людей, страдающих патологией органов зрения. У части больных данные заболевания приводят к стойким нарушениям зрения и как следствие инвалидности. Большой процент из них – школьники [1]. Для данной группы лиц программа по адаптивному физическому воспитанию реализуется в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях III-IV видов. Она предусматривает занятия не менее 3 раз в неделю, которые реализуются в форме уроков по физической культуре и ритмике. Также программа должна предусматривать проведение физкультурных занятий не менее 2 раз в неделю, физкультурных досугов – 1 раз в месяц, физкультурных праздников – 1 раз в сезон [6].

Наиболее пристального внимания педагогов требуют следующие умения и навыки детей с нарушениями зрения:

- навыки, позволяющие перемещаться в пространстве;
- навыки, дающие возможность правильно ориентироваться во времени;
- навыки пространственно-временной ориентировки;
- навыки жизненной компетенции перемещения груза;
- навыки жизненной компетенции по преодолению различных препятствий;
- навыки выполнения упражнений пальцами и кистями рук [3].

Также педагогам следует обратить внимание на психофизическое и психоэмоциональное развитие детей с нарушениями зрения. Так как эти аспекты являются одними из основополагающих для общего всестороннего гармоничного развития ребенка.

Учитывая, что значительную часть информации об окружающей среде мозг получает непосредственно от зрительного анализатора, на основе чего формируются базовые жизненные навыки, навык ориентировки в пространстве, координации движений и др., наличие депривации зрения у ребенка не позволяет в полной мере сформировать перечисленные навыки, что неизбежно ведет к снижению уровня двигательной активности [4, 5]. В следствие чего может развиваться гиподинамия.

Гиподинамия – характерная черта для лиц, имеющих нарушения зрения, которая, в свою очередь, приводит к задержке в формировании различных физических качеств. В наибольшей степени страдает развитие координационных способностей [1].

К базовым видам координации причисляют те, которые нужны для выполнения разных моторных действий. Это способность к сохранению равновесия, быстрому реагированию, усвоению данного ритма, способность к ориентировке в пространстве, расслаблению. Положительное влияние на вегетативные функции оказывают произвольное сокращение и расслабление мышечной мускулатуры, как одна из составляющих проявления координационных способностей. При стимуляции деятельности поврежденного отдела, в данном случае зрительного анализатора, происходит активизация психических процессов. Так для детей с нарушениями зрения в занятия включаются упражнения, требующие зрительного контроля [2].

Благотворное влияние на развитие всех физических качеств ребенка с нарушением зрения оказывает использование традиционных и нетрадиционных средств и методов

адаптивной физической культуры, методов рекреационного направления, где совместное влияние движения, образа и музыки оказывает положительное влияние на формирование интереса у детей к занятиям, приобщает к здоровому образу жизни, благотворно влияет на психо-эмоциональный фон [3].

Таким образом, можно отметить, что развитие сенсорных эталонов, навыков пространственной ориентировки, коммуникации, получение сенсорного навыка в процессе занятий адаптивной физической культурой детей с депривацией зрения приводит к уверенности в движениях, ориентировки в пространстве, подъему жизненных сил, повышению активности и, как следствие, улучшению качества жизнедеятельности в целом.

Литература:

1. Гриднева, В. В. Основные аспекты адаптивного физического воспитания детей младшего школьного возраста с депривацией зрения / В. В. Гриднева, А. Н. Налобина // Труды конференции. – Омск : Сибирский государственный университет физической культуры и спорта, 2021. – С. 125-129.

2. Евсеев, С. П. Теория и организация адаптивной физической культуры : учебник / С. П. Евсеев. – М. : Спорт, 2016. – 616 с.

3. Ростомашвили, Л. Н. Концепция адаптивного физического воспитания детей младшего школьного возраста с сенсорными и множественными нарушениями / Л. Н. Ростомашвили // Адаптивная физическая культура. – 2008. – № 2(34). – С. 7-12.

4. Попова, О. С. Реализация процесса физического воспитания детей младшего школьного возраста с депривацией зрения в условиях коррекционной школы / О. С. Попова // Ученые записки университета им. П. Ф. Лесгафта. – 2020. – № 4. – С. 346-352.

5. Попова, О. С. Особенности процесса физического воспитания детей младшего школьного возраста с нарушениями зрения в образовательных организациях / О. С. Попова, А. А. Горелов, Т. В. Пономарева // Физическая культура, спорт – наука и практика. – 2019. – № 4. – С. 142-145.

6. Влияние подвижных игр на физическое состояние старших школьников с нарушениями зрения / И. К. Спирина, А. С. Полубедова, М. Б. Бойкова, Г. Х. Щукина // Ученые записки университета им. П. Ф. Лесгафта. – 2022. – №12 (214). – С. 531-535.

УДК: 615.825

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ С ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНЫМ ПЕРИАРТРОЗОМ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

Маштаков М.П.

Научный руководитель доцент Спирина И.К.

Аннотация. В данной работе представлены основные средства и методы физической реабилитации лиц с плечелопаточным периартрозом.

Ключевые слова: физическая реабилитация, плечелопаточный периартроз, болевой синдром, кинезотерапия, приемы массажа, плечевой сустав, заболевания.

Плечевой сустав – синовиальный, сферический, многоосевой, висячий. Большая подвижность достигается за счет развитого вспомогательного периартикулярного связочно-мышечного аппарата. Стабильность плечевого сустава, почти напрямую зависит от мышц-вращателей плеча.

Плечелопаточный периартроз (ПЛП) – группа разных по этиологии и клинической картине заболеваний околосуставного аппарата плечевого сустава, проявляющихся болью и ограничением подвижности в нем. Термин ПЛП объединяет поражения как мышечных тканей, так и собственно капсулы сустава [1].

Причины развития ПЛП делятся на внешние и внутренние. К внешним относят: травмы, микротравмы, кровоизлияние, переохлаждение и малоподвижный образ. К внутренним относят: заболевания нервно-трофического и нервно-рефлекторного влияния [4].

Точный диагностический алгоритм, в первую очередь построен на мышечном тестировании пояса верхней конечности, который позволяет определить возможный тендит, бурсит, остеоартроз, разрыв сухожилия, фибромиозит и туннельный синдром, остальные методы диагностики носят дополнительный характер [3].

Способ лечения больного ПЛП составляется с учетом стадии активных триггерных точек и выявленной формы заболевания.

В настоящее время ощутимым недостатком, сдерживающим достижения высокой эффективности восстановительного процесса, является слабая научная обоснованность традиционно используемых методов и средств реабилитации [2,5].

Базовый курс физической реабилитации при ПЛП включает в себя обязательно: ЛФК и Механотерапию. Так же в комплексе физической реабилитации желательно включить лечебный массаж и методы мобилизации мануальной терапии.

Приемы массажа используются только на ранней стадии заболевания и не являются основным методом лечения, в реабилитации носят профилактический характер.

Применение приемов кинезотерапии, как и ЛФК с Механотерапией в целом плодотворно влияют на скорость лечения, и усиливают эффективность других методов лечения, позволяя частично или полностью вернуть мобильность движений плеча.

Главная задача лечения, от которого больше всего зависит его эффективность, без учета клинической формы и тяжести заболевания, является устранение мышечного компонента болевого синдрома.

Для идеальной эффективности физической реабилитации необходим полностью индивидуальный подход лечения и тщательная диагностика.

При оценивании функциональных результатов лечения при ПЛП используются следующие критерии: купирование болевого синдрома, регресс ортопедических и неврологических нарушений.

Литература:

1. Беленький, А. Г. Плечелопаточный периартрит. Прощание с термином: от приблизительности – к конкретным нозологическим формам / А. Г. Беленький // *Consilium Medicum*. – 2004. – Т. 6, № 2. – С. 72-77.
2. Бойкова, М. Б. Реабилитация спортсменов после травм коленного сустава/М.Б.

Бойкова, Б. Ф. Курдюков, И. К. Спирина, Т. С. Давудов, К. А. Светличная // Ученые записки университета имени П. Ф. Лесгафта. – 2022. – №10 (212). – С. 31-34.

3. Емец, А. Н. Алгоритм клинической диагностики локальных форм плечелопаточного периартроза / А. Н. Емец, С. А. Дудариков, Д. А. Оразлиев [и др.] // Амурский медицинский журнал. – 2015. – № 4. – С. 157-158.

4. Исайкин, А. И. Плечелопаточный периартроз / А. И. Исайкин, М. А. Иванова // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2017. – № 1. – С. 4-10.

5. Полубедова, А. С. Физическая реабилитация гребцов-академистов с травмами коленного сустава / А. С. Полубедова, И. К. Спирина, Т. А. Шевченко // Ученые записки университета имени П. Ф. Лесгафта. – 2022. – №12 (214). – С. 215-218.

УДК: 615.825

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ СРЕДСТВАМИ АФВ У ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Мельникова Е.С.

Научный руководитель доцент Бойкова М.Б.

Аннотация. В данной работе рассматриваются способы коррекции осанки у детей с умственной отсталостью с помощью средств адаптивного физического воспитания.

Ключевые слова: коррекция осанки, умственная отсталость, адаптивное физическое воспитание, упражнения, дети.

Умственная отсталость – это стойкое нарушение интеллектуального развития вследствие необратимого поражения центральной нервной системы.

Диагноз всегда сопровождается аномальным развитием других систем организма, в особенности костной и мышечной. Если говорить о вторичных нарушениях опорно-двигательного аппарата то, у детей с умственной отсталостью могут присутствовать нарушения осанки во фронтальной плоскости (сутулость, плоская спина, круглая спина, кругло-вогнутая спина) и сагиттальной плоскости (постуральный, структурный идиопатический сколиоз). Также встречаются различные деформации стопы и дисплазия соединительной ткани. Как правило, физическое развитие детей проходит на дефектной основе [3].

Коррекция осанки с помощью использования средств адаптивного физического воспитания приобретает особую актуальность. При работе с опорно-двигательным аппаратом ребенка следует учитывать характерные черты патологии, а именно: выраженные нарушения в координации движений и сложность в проприоцепции, ограниченная амплитуда, чрезмерная напряженность и скованность движений, нарушения в пространственной ориентировке [5].

У детей с нарушениями интеллекта имеется пассивность корковых процессов в головном мозге, что является причиной сложности в управлении движениями. Это влечет за собой формирование мышечных дисбалансов и двигательных асимметрий. Следовательно, в программу коррекции необходимо включать упражнения для улучшения двигательной координации и проприоцепции [4].

В качестве средств адаптивного физического воспитания рекомендуется использовать общеразвивающие, специальные и дыхательные упражнения, а также проводить коррекционную работу в области эмоциональных и речевых нарушений у детей с умственной отсталостью.

С помощью общеразвивающих упражнений укрепляются костно-мышечная система, от состояния которой зависит осанка и улучшается общее физическое развитие детей. Дыхательные упражнения играют значительную роль при коррекции осанки. Если наладить правильный паттерн дыхания, то дисбалансы в теле начнут постепенно исчезать за счет улучшения мобильности грудной клетки и функциональных мышц кора [2]. Специальные упражнения будут направлены на статическую и динамическую работу паравертебральных мышц, а также на постуральную устойчивость [1].

Анализ результатов научных исследований, описанных в научно-методической литературе, указывает на целесообразность применения следующих рекомендаций для профилактики и коррекции дефектов осанки у детей: занятия проводить в игровой форме, использовать упражнения и игры, способствующие укреплению мышечного корсета и подвижности позвоночника. Следует отметить, что основными средствами являются дозированные физические упражнения. Они строятся в соответствии с коррекционной программой, после чего оценивается успешность коррекции. С целью эффективной коррекционной работы необходимо взаимодействие целого ряда специалистов: педагогов,

психолога, логопеда, инструктора адаптивной физической культуры, врача лечебной физической культуры, невролога, а также родителей.

Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод, что дети с умственной отсталостью более подвержены нарушениям осанки. Представленные средства адаптивного физического воспитания являются отличным решением задачи по коррекции осанки.

Литература:

1. Бюске, Л. Мышечные цепи. – 5-е изд. – Москва : МИК ; Иваново : РИТМОС, 2011. – 238 с.
2. Кале-Жермен Бландин. Анатомия движения человеческое тело : научно-популярное издание. – Минск : Попурри, 2021. – С. 60-62.
3. Попов, С. Н. Физическая реабилитация : учебник для студентов высших учебных заведений. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2008. – 199 с.
4. Федулова, Д. В. Коррекция и профилактика нарушений осанки у детей с умственной отсталостью : учебно-методическое пособие / Д. В. Федулова, К. А. Бердюгин. – Екатеринбург, 2022. – С. 12-30.
5. Шапкова, Л. В. Частные методики адаптивной физической культуры : учебное пособие. – Москва : Советский спорт, 2003. – 147 с.

УДК: 615.825.4

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЗАНЯТИЙ ПЛАВАНИЕМ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ

Мондикова В.В.

Научный руководитель доцент Пономарева Т.В.

Аннотация. На основании литературных данных рассмотрена возможность использования занятий плаванием детей младшего школьного возраста с нарушением зрения. Представлены физические способности, требующие коррекции у данной категории детей, рассмотрено воздействие использования двигательной деятельности в воде и определена их корреляция для гармонично развитой личности с нарушениями зрения.

Ключевые слова: адаптивное плавание, дети с нарушением зрения, лица с ограниченными возможностями здоровья.

Не первый год в России отмечается неуклонный рост количества детей с ограниченными возможностями здоровья, это обусловлено рядом этиологических факторов. Среди детей с различными отклонениями в состоянии здоровья, дети с депривацией зрения являются самой сложной категорией [3, 5].

Дети младшего школьного возраста с нарушениями зрительной функции в силу своего дефекта отстают в физическом развитии и физической подготовленности от здоровых сверстников, что обусловлено снижением и упрощением двигательной деятельности из-за трудностей в зрительно-двигательной ориентации [1].

В связи с этим ведущим критерием для формирования гармонично развитой личности с нарушениями зрения и возможности вовлечения её в деятельность общества являются навыки пространственного ориентирования, которые являются основой активной и независимой жизни [4].

Важность формирования гармонично развитой личности с нарушениями зрения и вовлечения её в деятельность общества опосредованно связана с применениями средств адаптивной физической культуры, способствующих формированию оптимального качества жизни и социализации ребёнка. Поэтому необходимо рассматривать возможности различных технологий для коррекции вторичных отклонений и сопутствующих заболеваний при наличии основного дефекта [2-3].

На основании литературных данных наиболее эффективным реабилитационным средством адаптивной физической культуры является плавание. Данный вид двигательной активности оказывает воздействие на всестороннее развитие ребёнка с ограниченными возможностями здоровья, а особенно с зрительной депривацией, решая коррекционные и компенсаторные задачи с целью коррекции вторичных отклонений и сопутствующих заболеваний [1-3].

Высокая значимость использования адаптивного плавания на гармоничное развитие личности ребёнка с нарушениями зрения заключается в выраженном воздействии водной среды, которая обеспечивает повышение уровня психических и физических качеств, а также весьма эффективно развивает навыки пространственного ориентирования. При этом данный вид двигательной деятельности исключает осевую нагрузку, что повышает эффективность занятий в несколько раз исключая перенапряжение опорно-двигательного аппарата [2, 3].

Таким образом, занятия плаванием для лиц с нарушениями зрения являются значимыми для формирования гармонично развитого ребёнка и оказывает высокое влияние на качество его жизни и социализацию, что и обосновывает его актуальность.

Литература:

1. Кутрань, О. Н. Организация оптимальных условий для физического развития детей с патологией зрения с учетом их специфических особенностей / О. Н. Кутрань, Е. Н. Персикова, Н. И. Струкова // Материалы VIII Международной научной конференции: «Педагогика: традиции и инновации». – Челябинск: Два комсомольца, 2017. – С. 45-47.

2. Настенко, О. Е. Методика плавания HALLIWICK для лиц с ограниченными возможностями здоровья / О. Е. Настенко, О. И. Коломиец, Е. В. Быков, А. В. Чипышев // Научно-спортивный вестник Урала и Сибири. – 2016. – № 4 (12). – С. 35-45.
3. Погребной, А. И. Плавание в системе физической и психической реабилитации детей с дефектами в развитии / А. И. Погребной // Теория и практика физической культуры. – 2011. – №8. – С.58-59.
4. Попова, О. С. К проблеме содержания и направленности физического воспитания детей младшего школьного возраста с нарушением зрения в образовательных организациях / О. С. Попова, А. А. Горелов, Т. В. Пономарева // Материалы международной научно-практической конференции: Физическая культура и спорт. Олимпийское образование. – 2019. – С. 159-161.
5. Попова, О. С. Особенности процесса физического воспитания детей младшего школьного возраста с нарушениями зрения в образовательных организациях / О. С. Попова, А. А. Горелов, Т. В. Пономарева // Научно-методический журнал «Физическая культура, спорт – наука и практика». – 2019. – № 4. – С. 142-145.
6. Попова, О. С. Особенности состояния здоровья слабовидящих детей младшего школьного возраста, обучающихся в образовательных организациях / О. С. Попова // Научно-методический журнал «Физическая культура, спорт – наука и практика». – 2020. – № 4. – С. 41-46.

УДК: 615.825-056.2

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ АДАПТИВНОГО ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ НА ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Опрышкова Т.В.

Научный руководитель доцент Бойкова М.Б.

Аннотация. В данной работе рассматривается значение и влияние на психоэмоциональные аспекты детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Влияние регулярных занятий адаптивного физического воспитания на детей. Описывается значение занятий физической культурой в формирование личности ребенка.

Ключевые слова: адаптивное физическое воспитание, дети с ОВЗ, личность, качества, здоровый образ жизни.

Адаптивное физическое воспитание – это, в своем роде, наука, которая изучает не только всевозможные аспекты физического воспитания людей с ограниченными возможностями здоровья, а также формирование личностных качеств и знаний, необходимых для повседневной жизни. Важно отметить, что за последние года рост детей с ОВЗ растёт и об этом свидетельствует статистика Росстата: по сравнению с 2015 годом, в котором по данным в общеобразовательных учреждениях проходили обучение 14-15 тысяч детей с ограниченными возможностями здоровья, то в 2020 году число их уже составило более 85 тысяч. Дети с ограниченными возможностями отличаются как физически от своих здоровых сверстников, так и психологически. Анализируя все выше сказанные слова, можно сделать вывод о том, что адаптивное воспитание является неотъемлемой частью жизни для детей с ОВЗ [1].

На данный момент воспитание детей с ограниченными возможностями достаточно сложный процесс, который зависит от различных факторов. У данных детей теряется уверенность в себе и появляется чувство тревоги, поэтому занятия физической культурой способствуют улучшению не только физического состояния, но и эмоционального. Занятия двигательной активностью развивают двигательные и физические возможности, улучшают здоровье и интегрируют детей в обществе. В процессе занятий адаптивной физической культурой у детей с ОВЗ появляется осознанное отношение к своим силам и уверенность в них, возникает потребность в систематических занятиях двигательной активностью и в введении здорового образа жизни [3].

Также важно отметить, что адаптивное воспитание включает в себя и занятия профессиональной спортивной деятельностью [2]. В свою очередь занятия адаптивным спортом оказывают огромное влияние на детей с ограниченными возможностями, а именно: формируют личность и волевые качества необходимые в повседневной жизни, благоприятно влияют на психоэмоциональную сферу ребенка [4].

Адаптивный спорт оказывает многостороннее воздействие на сущностные стороны ребенка, развивая духовно и физически. Этот процесс формирования личности несет в себе ценности, нормы, идеалы и правила поведения в обществе [5]. Это накопление индивидуального опыта социальной жизни. Наиболее ярко социализация проявляется в спортивных соревнованиях для детей с ОВЗ. Выполняя и участвуя в активной физической работе, ребенок вступает в тесную связь с коллективом и приучается выполнять правила поведения в социуме.

Благодаря соревновательным играм у детей формируются смелость, чувство товарищества и трудолюбие. Дети преодолевают свои внутренние несвободы, учатся работать самостоятельно, обучаются осознанно относиться к своему здоровью [5].

Таким образом, психологические аспекты адаптивного физического воспитания направлены на формирование у детей с ОВЗ необходимых познаний, жизненно важной двигательной активности, социализации в обществе, правильного образа жизни, самооценки.

Литература:

1. Арпентьева, М. Р. Актуальные проблемы адаптивной физической культуры и адаптивного спорта: образование, наука, практика, перспективы развития // Материалы Международной научно-практической конференции Стерлитамакского института физической культуры, 2016. – №11. – С.14-18.
2. Дубровский, В. И. Реабилитация инвалидов-спортсменов. – В кн. : Спортивная медицина : учебник для студентов высших учебных заведений. – 2-е изд., доп. – М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. –С. 411-417.
3. Литош, Н. Л. Адаптивная физическая культура для детей с нарушениями в развитии. Психолого-педагогическое сопровождение. – М. : Юрайт, 2020. – 170 с.
4. Особенности адаптивного физического воспитания детей [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://onlymama.ru/motornye-narusheniya/zmr/adaptivnoe-fizicheskoe-voospitanie-detej/>(дата обращения: 09.11.2022).
5. Специальная педагогика : учебно-методическое пособие / сост. С. Б. Нарзулаев, Г. Н. Попов, И. Н. Сафронова и др. – Томск : Полиграф. Фирма «STAR», 2006. – 147 с.

УДК: 615.825-056.3

ПСИХОГЕННОЕ ВЛИЯНИЕ ИППОТЕРАПИИ НА ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ

Поддубная А.А.

Научный руководитель доцент Бойкова М.Б.

Аннотация. В данной работе рассматривается использование иппотерапии как средства реабилитации детей с аутизмом, ее влияние и научное обоснование.

Ключевые слова: ранний детский аутизм, иппотерапия, средство реабилитации, социализация.

В настоящее время аутизм диагностируется всё чаще. Ежегодно количество детей с неврологическими патологиями, в частности с аутизмом, растет в геометрической прогрессии. Согласно данным ВОЗ, каждые двадцать минут рождается ребенок, у которого уже в ближайшие два-три года проявятся все симптомы этого заболевания [1]. Ранний детский аутизм (РДА) – это один из самых сложных типов нарушения всех сфер психического развития: когнитивной, эмоциональной и сенсорной [2]. Эти изменения оказывают непосредственное влияние на развитие ребенка и его личности в целом. Помимо того, что РДА имеет очень сложную структуру, четко прослеживается его зависимость от формы заболевания, его тяжести, вторичных синдромов, а также от нарушений, которые затрагивают двигательную и эмоционально-волевую сферы человека [2].

На данный момент существует множество способов лечения РДА. Одним из наиболее популярных и научно обоснованных из них является иппотерапия. Иппотерапия – это средство адаптивной физической культуры, в основе которого лежит метод реабилитации ряда заболеваний, в том числе и аутизма, посредством взаимодействия с лошадью. У иппотерапии есть два пути воздействия – биомеханический и психогенный [5].

Биомеханическое воздействие иппотерапии объясняется особенностями движений лошади и ее теплом (температура тела лошади на 1,5 градуса выше температуры человеческого тела). Под влиянием физических упражнений отмечается усиление функций вегетативных систем, что немаловажно для детей, отнесенных к любой из групп аутизма, что оказывает положительное влияние на физическое состояние ребенка. При регулярных занятиях иппотерапией отмечаются улучшение координации движений, мелкой моторики, ориентации в пространстве, повышается мышечный тонус. Важным является и тот факт, что иппотерапия не требует сильных энергозатрат от ребенка и это несомненный плюс для занимающихся, отнесенных к первой и второй группам аутизма (со слабым энергетическим потенциалом).

Однако при работе с детьми с аутизмом гораздо большее значение имеет психогенный фактор.

Во время занятий иппотерапией лошадь выступает определенным посредником между ребёнком и окружающим миром. Взаимодействие с животным происходит на невербальном уровне, который является «безопасным» для всадника. Это позволяет ему оставаться в своей зоне комфорта. Появляется возможность получить социальный опыт и навык социализации. Положительное воздействие лошади заметно и при простом контакте с ней – после занятий дети проявляют живой интерес не только к общению, но и к игровой деятельности, что несвойственно ребёнку с подобным заболеванием [4]. К тому же, верховая езда требует определенной концентрации внимания и самоорганизации, что крайне благотворно влияет на развитие памяти и мышления [3]. Нахождение в седле повышает умение ориентироваться в пространстве, знакомит занимающегося с собственным телом, и, что самое важное, происходит это неосознанно, без давления. Иппотерапия позволяет в значительной степени разнообразить жизненный опыт ребенка, адаптировать его к изменяющимся условиям и обучить правильному построению поведенческого фона в социально-бытовых ситуациях.

Подводя итог, можно обозначить, что иппотерапия обладает множеством преимуществ по сравнению с другими методами и средствами реабилитации детей с РДА, оказывая крайне сильное психогенное влияние. Верховая езда оказывает значительное положительное влияние на психоэмоциональное состояние детей с аутизмом, помогает повысить уровень самооценки, внимания и способности концентрироваться, оказывает воздействие на волевую сферу, даёт возможность обрести новых друзей и разнообразить двигательную деятельность. Тем не менее, для достижения наилучшего результата в коррекции дефекта, рекомендуется использовать комплексный подход.

Литература:

1. Акбаева, Д. Ж. Коэффициент людей с расстройством аутистического спектра в мире и альтернативные методы его коррекции и лечения / Д. Ж. Акбаева, В. В. Боброва // Научное обозрение. Педагогические науки. – 2019. – № 1. – С. 54-58.
2. Башина, В. М. Ранний детский аутизм. – М. : Альманах, 1993. – С. 154-165.
3. Гурвич, П. Т. Какие заболевания лечат верховой ездой // Коневодство и конный спорт. – 1997. – №1. – С. 22-23.
4. Никольская, О. С. Аутичный ребенок: пути помощи. – Изд. 3-е, стер. / О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. – М. : Теревинф, 2005. – 286 с.
5. Родионова, В. И. Методы иппотерапии и процессы комплексной социальной реабилитации детей и взрослых с ограниченными возможностями / В. И. Родионова, С. В. Нотченко, Е. А. Сутайкина // Молодой ученый. – 2016. – № 8 (112). – С. 856-858.

УДК: 615.825

КОРРЕКЦИЯ ДЕФОРМАЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СО СКОЛИОЗОМ I-II СТЕПЕНИ

Положаева В.В.

Научный руководитель доцент Пономарева Т.В.

Аннотация. Современные требования общества внедрения цифровизации вызывают снижение двигательной активности, что способствует развитию нарушений опорно-двигательного аппарата, наиболее часто встречается сколиотическая деформация. Существует множество эффективных программ реабилитации данной патологии, однако, для их реализации необходимо посещение лечебных учреждений, а использование средств физической культуры в домашних условиях снижает эффективность реабилитации. Поэтому возникла необходимость для поиска новых подходов в реабилитации сколиоза, оценив возможность использования дистанционных технологий в процессе самостоятельных занятий при реабилитации сколиоза у детей младшего школьного возраста.

Ключевые слова: сколиоз, поражения ОДА, деформация позвоночника.

В период развития цифровизации отмечается увеличение случаев гиподинамии, дети реже используют активные игры, заменив их на эксплуатацию гаджетов. Снижение двигательной активности в системе образования, особенно у детей младшего школьного возраста приводит к нарушениям опорно-двигательного аппарата, в частности к нарушениям осанки и сколиозу [1, 29].

На данном этапе современного общества неуклонно растет количество случаев сколиотических деформаций, что связано с высокой школьной нагрузкой в вынужденном положении и слабостью пастуральных мышц, обеспечивающих мышечный корсет [2, 3].

На основании литературных данных использование традиционных методов реабилитации являлось эффективным, при использовании их в условиях инструктор – занимающийся, однако при использовании упражнений в домашних условиях эффективность реабилитации сокращалась [4, 5, 6].

В период активного процесса цифровизации и использования методов дистанционной работы, возникло предположение, что при использовании дистанционных технологий позволит повысить эффективность реабилитации в домашних условиях, что и явилось научной проблемой проводимого исследования.

Цель исследования – оценить возможность использования дистанционных технологий в процессе самостоятельных занятий при реабилитации сколиоза у детей младшего школьного возраста.

В педагогическом эксперименте принимали участие 2 группы школьников 7-9 лет по 15 человек. Программа реабилитации в обеих группах была идентичная и включала в себя: плавание брасс на груди, массаж по А.М. Рейзману; физиотерапия: ДМВ-терапия и локальная электростимуляция и лечебная гимнастика. Отличием являлось организация занятий лечебной гимнастикой: в экспериментальной группе участники эксперимента выполняли комплекс упражнений самостоятельно, но под дистанционным контролем инструктора, а в контрольной группе данная технология не использовалась.

Анализ показателя «Ромб Мошкова» на начальном этапе исследования составил в экспериментальной группе $0,59 \pm 0,03$ см, а в контрольной – $0,58 \pm 0,02$ см. Сравнительный анализ результатов динамики выявил прирост показателя в экспериментальной группе на 27%, а в контрольной на 12%. Отмечено, по окончании педагогического исследования преобладание показателя экспериментальной группы над контрольной.

Оценка показателя отклонения оси позвоночника от вертикали на начальном этапе проведения исследования составила в экспериментальной группе на $1,80 \pm 0,05$ см, а в контрольной – $1,72 \pm 0,06$ см. В процессе педагогического исследования данный показатель улучшился в экспериментальной группе на 47%, а в контрольной на 18%. А по окончании

исследования отражено преобладание показателя экспериментальной группы над контрольной.

При определении исходных показателей силовой выносливости мышц спины и брюшного пресса выявлено, что время выполнения упражнения составило в экспериментальной группе для мышц спины – $30,2 \pm 0,08$ с, для мышц живота – $29,5 \pm 0,04$ с, а в контрольной группе для мышц спины – $29,8 \pm 0,03$ с, для мышц живота – $27,2 \pm 0,2$ с. Показатели располагались на одном уровне, что говорит об однородности группы.

После применения рекомендованных самостоятельных занятий под контролем инструктора в экспериментальной группе силовая выносливость достоверно повысилась для мышц спины на 108% и для мышц брюшного пресса 109%, а в контрольной группы, где занятия проводились без дистанционного контроля прирост составил для мышц спины - 80% и для мышц брюшного пресса – 95%.

Сравнительный анализ результатов уровня развития силовой выносливости мышц спины и брюшного пресса между экспериментальной и контрольной группами по окончании проведенного эксперимента выявил преобладание результатов в экспериментальной группе над контрольной.

Таким образом, следует отметить, что после применения рекомендованных самостоятельных занятий под контролем инструктора в экспериментальной группе эффективность проводимых занятий была выше, чем в контрольной, что подтверждается представленными данными.

Следовательно, использование дистанционных технологий в реабилитации сколиоза при применении самостоятельных занятий весьма эффективно.

Литература:

1. Алиев, М. Н. Формирование правильной осанки / М. Н. Алиев // Дошкольное воспитание. – 2010. – № 2. – С. 17-21.
2. Еникеев, А. Р. Роль факторов риска в развитии и прогрессировании сколиоза у детей и подростков / А. Р. Еникеев, Э. Н. Ахмадеева, З. М. Еникеева // Педиатрия, 2008. – Т. 87, № 1. – С. 84-87.
3. Ефремов, А. Ю. Типичные искривления позвоночника в детском и подростковом возрасте / А. Ю. Ефремов, Ю. С. Трофимова // Новое слово в науке: перспективы развития. – 2015. – Т. 4, № 2. – С. 71-72.
4. Лямкина, Е. В. Влияние сколиоза на организм человека. Отдалённые последствия болезни. Методы профилактики и лечения / Е. В. Лямкина // Материалы международной научно-практической конференции студентов и аспирантов «Потенциал российской экономики и инновационные пути его реализации». – Омск, 2016. – С. 295-298.
5. Мирская, Н. Б. Профилактика и коррекция нарушений и заболеваний костно-мышечной системы у детей и подростков / Н. Б. Мирская, А. Н. Коломенская, А. В. Ляхович, А. Д. Синякина, И. Ю. Самусенко ; под ред. д-ра мед. наук, проф. А. В. Ляховича. – 3-е изд., стер. – Москва : пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей, 2017. – 225 с.
6. Покатилов, А. Б. Профилактика нарушения осанки у детей / А. Б. Покатилов, А. П. Новак, А. В. Хворостова // Педиатрия. – 2017. – № 3 (56) – С. 13-19.

УДК: 796.032

АНАЛИЗ ВЫСТУПЛЕНИЯ РОССИЙСКИХ СПОРТСМЕНОВ НА ЛЕТНИХ И ЗИМНИХ ПАРАЛИМПИЙСКИХ ИГРАХ

Потанина А.С.

Научный руководитель старший преподаватель Попова О.С.

Аннотация. В данной работе проведен анализ выступления российских спортсменов на летних и зимних Паралимпийских играх.

Ключевые слова: адаптивный спорт, социализация, интеграция, Паралимпийские игры, анализ выступления.

Адаптивный спорт представляет собой вид адаптивной физической культуры, который удовлетворяет потребности лиц с отклонениями в состоянии здоровья в самоактуализации и самореализации [2, 3]. Так же занятия спортом среди лиц, имеющих какие-либо индивидуальные особенности, обусловленные состоянием здоровья и наличием установленной категории «инвалидность», позволяет активно их социализировать и интегрировать в общество [5]. Благодаря участию в спортивной деятельности, а так же подготовке к ней, организм спортсмена подвергает тренирующему воздействию физических упражнений, что положительно влияет на функциональное состояние всех систем организма, способствует повышению уровня развития физических качеств и координационных способностей.

Так же результаты выступления спортсменов на Паралимпийских и Сурдлимпийских играх является гордостью страны, отражением уровня развития спорта в целом, конкурентоспособностью, что так же привлекает интерес общественности, и в свою очередь, повышает интерес как общества, так и представителей власти к развитию адаптивного спорта в целом. Спортсмены нашей страны впервые приняли участие на летних играх, на зимних играх. Всего наша страна под разными флагами приняла участие в 15 летних и зимних Паралимпийских играх, завоевав в общем 625 медалей, уступая только командам Австрии, Великобритании, США, Франции, Австралии, Швеции, Канады, Нидерландов, Испании, Польши, Китая, с учетом того, что перечисленные страны участвовали в среднем на 25 Паралимпиадах. Анализируя выступления наших спортсменов важно отметить высокую результативность. Так впервые наши спортсмены приняли участие на VIII летних Паралимпийских играх 1988 г. и заняли 12 место в медальном зачете, завоевав 56 медалей, а на XIV летних Паралимпийских играх 2012 г. уже наша сборная команда заняла 2 место в медальном зачете, завоевав 102 медали [1, 4]. Впервые на зимних играх приняли участие на IV зимних Паралимпийских играх 1988 г. и заняли последнее 14 место в медальном зачете, завоевав 2 медали. Однако с каждым годом, результативность выступлений на зимних играх улучшалась и пика достигла на домашних XI зимних Паралимпийских играх 2012г. в г. Сочи, тогда наша сборная заняла 1 место в командном зачете, завоевав 80 медалей, и значительно опередив ближайших преследователей.

Однако, такое блестящее выступление нашей команды повлекло за собой отстранение Олимпийского и Паралимпийского комитетов России по подозрению в употреблении допинга, спортсмены нашей страны не были допущены к выступлениям на XV летних Паралимпийских играх 2016 г. в Бразилии, а на зимних Паралимпийских играх 2018 г. спортсмены нашей страны выступали под нейтральным флагом в количестве 30 человек, при этом завоевав 2 место в общекомандном зачете с результатом – 24 медали, что подтвердило высокий уровень спортивного мастерства и силы характера несмотря на все внешние преграды. На XVI летних Паралимпийских играх 2020г. наша команда выступала под флагом Паралимпийского комитета России и заняла 4 место с результатом 118 медалей.

Однако, на XIII зимних Паралимпийских играх 2022г. сборная команда нашей страны и Республики Беларусь была дисквалифицирована в самый последний момент уже после заселения команд в спортивную деревню в связи с политической обстановкой.

Таким образом, уже более 10 лет спортсмены-паралимпийцы находятся под ограничительными санкциями, не могут в полном объеме соревноваться на международных аренах, что негативно влияет на эмоциональное состояние, мотивацию, а так же на уровень развития адаптивного спорта в целом в нашей стране. Руководство нашей страны предпринимает значительные меры для поддержания и повышения уровня развития всех направлений адаптивного спорта, однако возможный результат введенных санкций нам только предстоит оценить.

Литература:

1. Ворошин, И. Н. Итоги выступления легкоатлетов сборной команды России на Паралимпийских играх 2012 в Лондоне / И. Н. Ворошин, О. М. Шелков, А. В. Шевцов // Адаптивная физическая культура. – 2012. – № 3. – С. 2-4.

2. Евсеев, С. П. Адаптивный спорт. Настольная книга тренера / С. П. Евсеев. – М. : ООО «ПринтЛето», 2021. – 600 с.

3. Евсеев, С. П. Теория и организация адаптивной физической культуры : учебник / С. П. Евсеев. – М. : Спорт, 2016. – 616 с.

4. Томилова, М. В. Анализ итогов участия сборной команды России в Паралимпийских играх-2012 в Лондоне / М. В. Томилова, С. П. Евсеев, В. Н. Малиц // Адаптивная физическая культура. – 2012. – № 4. – С. 2-8.

5. Трёмбач, А. Б. Разработка технологии планирования внутренировочных средств физического воздействия в соответствии с задачами тренировочных микроциклов различной направленности в подготовке спортсменов высокой квалификации / А. Б. Трёмбач, А. И. Погребной, Т. В. Пономарева, О. С. Попова // Сборник тезисов Всероссийской научно-практической конференции «Инновационные технологии повышения спортивной работоспособности». – (23-24 апреля 2013г.), г. Великие Луки. – С. 69-70.

ОРТЕЗИРОВАНИЕ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ СКОЛИОЗА И КИФОЗА

Ревина Ю.О., Бризинская К.Д.

Научный руководитель доцент Спирина И.К.

Аннотация. В данной работе на основе анализа литературных источников раскрывается основная информация об ортезировании, методике, позволяющей человеку с искривлениями позвоночника держать осанку в правильном положении, а также уменьшить нагрузку на спину.

Ключевые слова: ортезирование, сколиоз, кифоз, осанка, метод лечения.

Искривление позвоночника в наше время является очень распространенным заболеванием, которым страдает множество людей разного возраста. Особенно распространено данное заболевание среди учащихся школ. Деформации позвоночника относятся к «школьным патологиям». Факторы риска в школьный период воздействуют на протяжении всего периода обучения. В этих изменяющихся условиях ресурсы организма привлекаются для перестройки его деятельности. Соответственно, возникающая дополнительная нагрузка во время обучения приводит к тому, что происходит резкий упадок физической и умственной работоспособности. Ребенок быстро утомляется, снижаются компенсаторно-приспособительные механизмы, что ведет к возникновению функциональных или органических нарушений. Профилактикой «школьных» патологий должны заниматься как учителя, так и родители постоянно [2, 5]. Лечение же данного недуга занимаются врачи ортопеды-травматологи.

Сколиоз – это нарушения скелетно-мышечной системы, при которой явно выражено боковым искривлением в позвоночнике, сопровождающееся нарушением позвонков. Кифоз – искривление позвоночника в переднезадней сагиттальной плоскости. Точную причину развития данного недуга в общем случае установить сложно, нужно проводить обследование конкретного человека, чтобы понимать, в чем кроется проблема и непосредственно производить лечение. Часто встречающиеся причины развития искривлений: неправильный образ жизни, остеопороз, травмы позвонков, костей таза и ног, врожденная деформация позвонков, детский церебральный паралич. Помимо этого, отсутствие физических нагрузок, особенно в раннем возрасте, когда происходит активный рост организма, мышцы спины не укрепляются и осанка искривляется [1].

Деформации будут выражены при любом положении тел, для более точного понимания степени искривления применяется рентгенография позвоночника. При выборе лечения необходимо чтобы врач ортопед оценил диагноз, именно от этого будет зависеть как долго и какого типа носить корсет. Именно это и есть ортезирование. Данная методика, позволяет подобрать пациенту индивидуальный корсет или пояс для лучшего удержания спины, а также уменьшить нагрузку на позвоночник. Данные устройства принято называть – ортезы. Они бывают фиксирующие и корригирующие. При обследовании врач-ортопед подбирает нужный тип ортеза, который будет направлен на лечение различных степеней и профилактики. Для коррекции сколиоза 2-3 степени необходимо применять груднопоясничный корректор осанки сильной степени фиксации; при начальных стадиях: 1-2 степени – средней степени фиксации; для профилактики – грудной легкой степени фиксации. Основой коррекции и профилактики сколиоза является правильная установка позвоночного столба для предотвращения формирования патологических установок. Именно корсеты помогают закрепить позвоночный столб в правильном положении и уменьшить нагрузку на спину. Корсет – необходимая часть лечения, так как обеспечивает главную функцию, фиксацию позвоночника в анатомически правильном положении, в результате чего осуществляется восстановление тканей и укрепление мышц спины [3, 4].

Но корсеты и различные корректоры осанки – это пред крайняя стадия исправления осанки, и поэтому нужно с ранних лет следить за положением своей спины. Однако надо

помнить, что лечение должно носить комплексный характер: ношение корсета должно совмещаться с занятиями ЛФК, массажем и др.

Литература:

1. Кириллов, А. И. Сколиоз: эффективное лечение и профилактика: [причины заболевания, диагностика, массаж, специальные упражнения, оперативные методы лечения] / А. И. Кириллов. – Москва : АСТ ; Санкт-Петербург : Сова, 2010. – 126 с.

2. Мальцева, Ю. Г. Профилактика и коррекция нарушений осанки у детей дошкольного возраста / Ю. Г. Мальцева, А. С. Полубедова // Тезисы докладов XLIX научной конференции студентов и молодых ученых вузов южного федерального округа. Краснодар.– 2022. – С. 109-110.

3. Никитин, С. Е. Современные тенденции лечебного протезирования при изготовлении и применении корсетов в комплексном лечении заболеваний и повреждений позвоночника / С. Е. Никитин, Г. А. Эйнгорн // Вестн. гильдии протезистов-ортопедов. – 2002. – № 1 (7). –С. 33-38.

4. Тесаков, Д. К. Коррекция деформации позвоночника у больных с диспластическим (идиопатическим) сколиозом / Д. К. Тесаков // Актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии : Тез. докл. науч.-практ. конф. М., 2001. – С. 288-289.

5. Шурова, К. С. Меры профилактики «школьных» патологий у детей младшего школьного возраста / К. С. Шурова, И. К. Спирина // Тезисы докладов XLIX научной конференции студентов и молодых ученых вузов южного федерального округа. – Краснодар, 2022. – С. 114-115.

УДК: 796.011.1

ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СРЕДСТВ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Савенко Д.А.

Научный руководитель Пономарева Т.В.

Аннотация. В связи с высоким ростом применения цифровых технологий в повседневной жизни проблема влияния компьютерных технологий на формирование личности стоит весьма остро. Поэтому необходимо рассматривать возможности профилактики возникающей зависимости за счёт применения различных средств физической культуры.

Ключевые слова: гейминг, компьютерная зависимость, физическая культура, цифровизация.

Современное обстоятельство определяет новые условия жизни и предлагает новые социальные устои. В эпоху цифровизации компьютерные технологии занимают существенную часть нашей жизни. Можно сказать, что любой вид жизнедеятельности осуществляется с учетом компьютерных технологий. На данный момент наиболее актуальным направлением в цифровых технологиях является гейминг (компьютерные игры), являющимся одним из наиболее актуальных путей времяпрепровождения [3, 4].

Ряд исследователей отмечали, что наиболее подвержена геймингу возрастная категория детей периода подросткового возраста, так как в этот период происходит активное формирование аддиктивных паттернов поведения. Альтернативная реальность привлекает вседозволенностью и анонимностью, позволяя отстраниться от действительности в наиболее привлекательный альтернативный мир киберпространства [1, 4].

Проблема влияния компьютерных технологий на формирование личности подростка характеризуется следующим: повышенное увлечение компьютерными технологиями вызывает негативные изменения в поведении, эмоционально-аффективной сфере и мотивации подростка, что способствует снижению школьной успеваемости и ухудшению физического состояния; отрицательное влияние ролевых игр агрессивного содержания, что способствует нарушению общекультурных ценностей. Таким образом, компьютерные технологии при их злоупотреблении, в любом их виде, способствуют изменению психического состояния [5].

На данный момент остается острым вопрос установления того момента, когда киберпространство подчиняет психику подростка и вызывает зависимость.

Проведенный анализ научных работ, изучающих компьютерную зависимость, позволил сделать вывод, что нет чёткого ответа является ли гейминг объектом аддиктивного поведения или же это альтернативная социализирующая среда для современного поколения. Вопрос компьютерной зависимости является острым и малоизученным. Важность его заключается в своевременном распознавании признаков зависимости и её профилактики, т.к. от вида деятельности, которую использует подросток формируются его личностные качества, потребности, ценностные и мировоззренческие установки [1-7].

При злоупотреблении геймингом возникает стойкое желание использовать цифровые технологии более длительное время. Однако, часто одни геймеры не взирая на увлечение не испытывают трудности в социальной адаптации и оценивают качество своей жизни, как удовлетворительное, а другие наоборот асоциализированы с серьёзным уроном здоровью [6].

Поэтому весьма своевременно особую ценность обретают вопросы укрепления физического здоровья граждан, формирования здорового образа жизни и отказ от пагубного влияния вредных привычек. Что повышает интерес к использованию средств оздоровительной и адаптивной физической культуры для формирования приоритетного направления в противостоянии с вредоносным влиянием цифровизации [7].

Досадно, что степень увлечения занятиями физической культурой уступает такому проведению досуга как гейминг или интернет-зависимость [2, 4].

Известно, что средства физической культуры помимо оздоровительных задач, решают ещё образовательные и воспитательные, что способствует приобретению и репродукции социального опыта и позволяет присвоить ведущую роль [3].

Анализ литературных данных позволил выявить необходимость комплексного подхода к использованию средств физической культуры, что будет активно способствовать формированию знаний и установок, социальных норм, обеспечивающих гармоничное развитие ребёнка во всех его аспектах [3, 7].

Следовательно, для решения данной проблемы необходимо использовать организованный и комплексный подход с привлечением всего педагогического сообщества.

Литература:

1. Баева, Л. В. Виртуализация жизненного пространства человека и проблемы интернет – игровой зависимости (IGD) / Л. В. Баева // Виртуальное пространство и жизненные миры человека. – 2016. – № 1 (11). – С. 8-19.

2. Безруких, М. М. Компьютерные игры. плюсы и минусы. формирование субкультуры детства / М.М. БЕЗРУКИХ // Библиотечное дело, 2020. – №12 (366). – С. 19-20.

3. Беляев, О. В. Занятия физической культурой как профилактика гипертрофированной компьютеризации современного подростка / О. В. Беляев // Современные наукоемкие технологии. – 2021. – № 11-2. – С. 319-323.

4. Журавлева, О. В. Компьютерная зависимость подростков как фактор развития социальной дезадаптации / О. В. Журавлева // Сборник статей III Международной научно-практической конференции: Правовые и социально-экономические проблемы современной России: теория и практика. – 2014. – С. 21-25.

5. Лукьянов, Н. Е. Компьютерное игровое расстройство: вопросов больше, чем ответов? / Н. Е. Лукьянов // Социальная и клиническая психиатрия.– 2021. – Т. 31, № 1 – С. 90-95.

6. Палагина, А. А. Проявление аутоагрессии у подростков, склонных к компьютерной зависимости / А.А. Палагина // Сборник научных трудов Всероссийской научно-практической конференции: Психолого-гуманитарный ресурс технического вуза. – Хабаровск, 2021. – С. 149-156.

7. Строков, А. А. Влияние цифровых коммуникаций на формирование культуры в молодежной среде / А. А. Строков // Материалы межвузовской научно-практической конференции: Современные тенденции развития молодежной среды: проблемы, вызовы, перспективы. – 2021. – С. 237-243.

ВЛИЯНИЕ ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА СОЦИАЛИЗАЦИЮ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ

Савинченко А.А.

Научный руководитель доцент Бойкова М.Б.

Аннотация. В настоящей работе рассмотрено влияние танцевально-двигательной терапии, а также ее воздействие на социализацию для детей с нарушением зрения.

Ключевые слова: социализация, танцевальная терапия, нарушение, зрение, дети.

Нарушение зрения является распространенным заболеванием среди современных детей. В связи с взаимообусловленностью и взаимосвязанностью двигательных нарушений и первичных недостатков использование танцевально-двигательной терапии на данный момент очень актуально. Важную роль в социальной адаптации детей с нарушением зрения, играет искусство, в частности танцевально-двигательная терапия, которая, не только постепенно и незаметно для ребенка вовлекает его в коммуникативную деятельность, но и также способствует развитию эмоциональной чуткости и отзывчивости. В процессе данных занятий происходит общефизическое развитие, общее музыкальное развитие, формирование двигательных навыков, воспитательная работа, дети получают развитие волевых качеств, повышаются познавательные и коммуникативные качества [3].

В общепринятой классификации, дети с нарушением зрения условно делятся на следующие категории: слепые, слабовидящие и дети с пониженным зрением или с пограничным зрением между слабовидением и нормой [2].

У детей с нарушением зрения обычно выделяют такие трудности в поведении как:

1. Нескоординированные, недостаточно целенаправленные и неуверенные движения, на фоне этого заметно снижена активность, как в двигательной, так и в познавательной деятельности.

2. Внимание снижено в силу ограничения зрительного восприятия, из-за этого таким детям свойственна неустойчивость, более низкая концентрации по сравнению, со здоровыми детьми.

3. Звукопроизношение и мимическое сопровождение речевого высказывания также страдает, поэтому происходит отставание в развитии наглядно-действенного и наглядно-образного мышления.

4. Нарушение в эмоционально-волевой и коммуникативной сферах, обычно такие дети легкоранимы, обидчивы, конфликтны, имеют повышенную напряженность.

5. Эмоциональный контакт с окружающими людьми.

1. Танцевальная терапия – это вид психотерапии, который использует движение для формирования социальной, когнитивной, эмоциональной и физической жизни человека. Танцевальные терапевты работают с людьми с разнообразными эмоциональными проблемами, подобная терапия для детей с нарушением зрения – очень сложный и трудоемкий процесс, который помогает решить ряд сложностей в социализации детей [5].

Цель танцевальной терапии для слабовидящих детей основана на применении потенциала хореографической культуры, адаптации к реальным условиям жизни, обучения, работы, семьи и общества, а также на развитии целостного образа жизни и предпосылки адаптации к обществу [1].

Учитывая данные учащихся с патологией зрения, танцевально-двигательная терапия, сформировала определённые задачи, которые на протяжении длительного отбора временем, положительно сказываются на здоровье и социализации детей с данным отклонением. Помимо развития ритма, использование танцевальной терапии на коррекционных занятиях решает и другие, не менее важные вопросы, в том числе и коррекционные задачи:

– формируются коммуникативные навыки, тем самым повышая уровень социальной адаптации учащихся в обществе;

- развитие памяти и других когнитивных процессов, таких как: ощущения, мышления, воображения;
- развитие функции равновесия;
- исправления нарушения в регулировании мышечного тонуса;
- совершенствование быстроты двигательной реакции;
- коррекция недостаточной ориентированности во времени и пространстве;
- развития навыка регулировать темп движений, соответственно с музыкальным аккомпанементом;
- развитие творчества;
- формирование заинтересованности.

Танцы оказывают содействие гармоничному развитию ребенка, вырабатывает его художественное «я». Хореография ненавязчиво, воспитывает и образует. Она развивает у детей с нарушением зрения максимум способностей: чувство ритма, координацию, пластику, грацию, усиливает силу волю. Подобные занятия помогают становиться более организованным, целеустремленным человеком, с сильным характером, нравом и чувством долга. Так же танцевально-двигательная терапия оказывает влияние на физическое формирование организма ребёнка и учит общаться детей с отклонениями в состоянии здоровья в обществе [4].

В педагогике выделяют основные принципы танцевально-двигательной терапии:

1. Тело и психика объединены воедино и проявляют постоянное взаимное воздействие друг на друга.
2. Танец – это коммуникация, которая реализуется на трех уровнях: с самим собой, с другими индивидуумами и с миром.
3. Обращение к созидательным ресурсам человека как к неиссякаемому источнику жизненной силы и творческой энергии.
4. Раскрепощение, своего внутреннего мира.
5. Релаксация, ослабление, научиться чувствовать свои внутренние состояния [5].

Танцевальная терапия является одним из эффективных средств воспитания, в котором тесно переплетаются формирование определенных навыков и художественно-творческое и физическое развитие, поэтому танцевально-двигательная терапия оказывает важное влияние на социализацию у детей с нарушением зрения.

Литература:

1. Котышева, Е. Н. Музыкальная психологическая коррекция в процессе реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья // Омский научный вестник. - 2009. – № 2 (76). – С. 179-182.
2. Маллер, А. Р. Ребенок с ограниченными возможностями. – М. : Аркти, 1996. – С. 32.
3. Мелехова, В. М. Особенности социального развития детей с ограниченными возможностями здоровья / В. М. Мелехова, И. В. Смолярчук // Психолого-педагогический журнал Гаудеамус. – 2019. – Т. 18, № 39. – С. 60-66.
4. Овчинникова, Т. С. Метод коррекционной ритмики в музыкальном воспитании дошкольников с ограниченными возможностями здоровья // Вестник Ленинградского государственного университета им. А. С. Пушкина. – 2015. – Т. Выготский, Л. С. Психология искусства / Л. С. Выготский, М. Г. Ярошевский. – М. : Педагогика, 1987. – 341 с.
5. Якубович, М. А. Коррекция двигательных и речевых нарушений методами физического воспитания / М. А. Якубович, О. В. Преснова. – М. : ВЛАДОС, 2006. – С. 287.

ВЛИЯНИЕ ЦИРКАДНЫХ РИТМОВ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Савинченко А.А.

Научный руководитель преподаватель Полубедова А.С.

Аннотация. В данной работе представлен анализ научно-методической литературы, посвященный циркадным ритмам и их влияние на организм человека.

Ключевые слова: циркадные ритмы, человек, организм, хронотип, работоспособность.

Биологические ритмы представляют собой естественные биологические явления, происходящие в живых организмах. Биологические ритмы следуют повторяющимся паттернам, определяемым внутренним и внешним изменениям. Биоритмы бывают разные: ультрадианные, инфрадианные и циркадные.

Циркадные ритмы – это естественные физические, психические и поведенческие изменения, которые происходят в организме и они следуют 24-часовому циклу, обычно в ответ на свет и темноту. Одним из примеров является бодрствование в дневное время и сон ночью. Хронобиология изучает циркадные ритмы. Одним из примеров связанных со светом циркадных ритмов является сон ночью и бодрствование днем. Ввел это понятие Ф. Халберг в 1959 году. Циркадному ритму подчиняются эндокринная, сердечно-сосудистая, дыхательная системы, а также нервная система и мышцы нашего организма [3, 4].

Т.Е. Алёшина проанализировав хронобиологическую активность обучающихся 10 и 11 классов получила следующие результаты: 26 обучающихся относятся к «жаворонкам» это означает, что их умственная работоспособность преобладает в первой половине дня, 70 обучающихся относятся к «голубям», то есть их умственная работоспособность может продлиться в течение всего рабочего дня. И 25 учеников относятся к «совам», их умственная работоспособность преобладает во второй половине дня. Следовательно, обучающимся необходимо знать к какому физиологическому типу они относятся, так как, это поможет им лучше усваивать информацию на занятиях в школе и во время домашнего обучения [1].

А.Д. Афанасьева в своем исследовании установила, что у большинства обучающихся есть несоответствия половозрастным нормам это может свидетельствовать о низкой адаптации организма к различным условиям [2]. Е.В. Шуравлёва говорит, что циркадные ритмы оказывают непосредственное влияние на физическое, психологическое и умственное здоровье организма. Человек подчиняется биологическим ритмам, которые оказывают значительное влияние на все процессы организма [1]. Циркадные ритмы и их водитель гормон мелатонин, а также физиологические проявления, гораздо более тесно связаны с нормальным функционированием нашего организма, чем мы думали, поэтому лучше не жертвовать ночным временем, игнорируя его.

Таким образом, для достижения хорошего здоровья, нормальной психики важно соблюдать цикличность во всём, и как мы выяснили нам в этом помогают биоритмы, а именно циркадные часы, главное стараться их не нарушать.

Литература:

1. Афанасьева, А. Д. Биоритмы и их влияние на адаптивные возможности человека //Бюллетень медицинских интернет-конференций «Наука и инновации». – 2016. – Т. 6, №. 5. – С. 653.
2. Влияние биоритмов на умственную работоспособность / Т. Е. Алёшина [и др.] // Universum: химия и биология. – 2016. – № 9 (27). – С. 11-13.
3. Путилов, А. А. «Совы», «жаворонки» и другие люди. О влиянии наших внутренних часах и их влиянии на здоровье и характер. – Новосибирск, 1997. – 264 с.
4. Цфасман, А. З. Циркадная ритмика артериального давления при измененном суточном ритме / А. З. Цфасман, Д. В. Алпаев. – М., 2011. – 144 с.

УДК: 796.322.2

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ГАНДБОЛИСТОВ В АДАПТИВНОМ СПОРТЕ ГЛУХИХ

Самойлюков С.С.

Научный руководитель доцент Лавриченко С.П.

Аннотация. В работе поднимаются проблемы развития координационных способностей гандболистов в адаптивном спорте глухих, как одного из факторов эффективности совершенствования специальных двигательных навыков и ловкости. Авторами проанализированы и обобщены имеющиеся в научно-методической литературе публикации.

Ключевые слова: гандбол, спорт глухих, координационные способности, специальные двигательные навыки, сопряжённый метод.

В современной России уделяется большое внимание развитию спорта в целом, и в том числе развитию адаптивных видов спорта для лиц с различными нарушениями в состоянии здоровья. Спорт для лиц с депривацией слуха становится важным аспектом для социализации в гражданском обществе, коммуникации с другими членами общества и спортсменами из других стран.

Проблема особенностей тренировочного процесса в адаптивном спорте глухих (гандбол) крайне мало исследована. Это происходит из-за того, что российский гандбол долгое время не был представлен на международной площадке и мало рекламировался в среде лиц с депривацией по слуху. Первая сборная РФ по гандболу приняла участие в XXII летних Сурдлимпийских играх, что и послужило мотивацией для большого числа спортсменов-гандболистов.

В научном сообществе большое количество авторов занимается изучением современных тенденций в совершенствовании тренировочных процессов. В тренировке спортсменов-гандболистов среди двигательных способностей координационным способностям отводится одно из важнейших мест, а проблема их развития и совершенствования является предметом многочисленных исследований и непрекращающихся дискуссий. Но большинство глухих спортсменов испытывают некоторые трудности с координацией и пространственной ориентацией, связанные с физиологическими особенностями развития [1].

Большинство глухих спортсменов высокой квалификации в юности не имели возможности заниматься в ДЮСШ, а все двигательные навыки получали на уроках физической культуры в специализированных коррекционных школах, поэтому и проблемы с нарушением координации, пространственной ориентации, неточностью взаимодействия с внешними предметами частично присутствуют и в дальнейшей их жизнедеятельности.

При достаточно интенсивной и многоступенчатой координационной подготовке значительное влияние оказывается на динамику овладения новыми движениями и совершенствование имеющихся навыков [3]. Но при этом в работе с глухими и слабослышащими атлетами возникает вопрос экономии времени, в связи со сложностью коммуникации при обучении, поэтому главный акцент в работе тренеры делают на кондиционную, техническую и тактическую подготовку.

Использование методов подготовки высококвалифицированных спортсменов в спорте глухих эффект даёт не всегда, поэтому необходима переработка методик с ориентировкой на недостаточно подготовленных игроков.

Специализированная разминка позволяет не только подготовить организм гандболиста к освоению техники и тактики игры, но и позволяет одновременно с подготовкой к основной части занятия, развивать и совершенствовать координационные способности и специальную ловкость спортсменов [2].

Шнейдер В.Ю. в своих исследованиях сделал вывод, что сопряжённый метод тренировки атлетов с депривацией по слуху, в виде специализированной разминки, используемый при каждом занятии, наиболее оптимально позволит улучшить координационные способности и оптимизировать учебно-тренировочный процесс в целом.

В более ранних и современных научно-исследовательских работах о координационных способностях используется термин «ловкость» [1, 4]. Однако, в настоящее время добавляются и другие понятия, такие как «способность управлять движениями», «общее равновесие», а также более узкие – «мелкая моторика», «ручная координация», «прыжковая ловкость» «динамическое равновесие» и др. [2, 4].

Критерием сформированности координационных способностей спортсмена является умение эффективно выполнять двигательные задачи (быстрее и точнее). Эти умения отражаются в ежедневных бытовых и спортивных двигательных навыках.

Координационные способности продуктивно формируются с помощью упражнений, которые определяют высокие требования к согласованности и упорядоченности двигательных актов, их объединению в единую систему [3, 5].

Многочисленные исследования проблем развития координационных способностей позволяют сделать вывод, что различные их показатели в значимом числе случаев не коррелируют между собой и достоверно не связаны с уровнем показателей перцептивных, сенсомоторных и других психофизиологических функций спортсмена. Поэтому высокое развитие какой-то одной функции не допустимо. Необходимо пропорциональное развитие всех функций, или определённого их сочетания.

Литература:

1. Никифорова, О. Н. Характеристика физической и функциональной подготовленности футболисток высокой квалификации с нарушениями слуха / О. Н. Никифорова, В. В. Селезнев, Т. И. Прохорова // Теория и практика физической культуры. – 2021. – №4. – С. 72-74.

2. Платонов, В. Н. Двигательные качества и физическая подготовка спортсменов / В. Н. Платонов. – М. : Спорт, 2022. – 656 с.

3. Суслов, Ф. П. Спорт высших достижений: теория и методика : учебное пособие / Ф. П. Суслов. – М. : Спорт, 2019. – 123 с.

4. Шнейдер, В. Ю. Сопряжённое развитие координационных способностей в волейболе глухих / В. Ю. Шнейдер // Гуманитарные науки. – 2020. – №12. – С. 113-118.

5. Шустин, Б. Н. Современная система спортивной подготовки / Б. Н. Шустин. – М. : Спорт, 2021. – 440 с.

УДК: 615.825.4

ПЛАВАНИЕ КАК ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ МЕРОПРИЯТИЕ

Серебрякова А.Д.

Научный руководитель преподаватель Полубедова А.С.

Аннотация. В данной работе рассматривается положительное воздействие плавания на здоровье человека, развитие физических возможностей, влияние на опорно-двигательный аппарат.

Ключевые слова: физическая активность, лечебное плавание, работоспособность, развитие дыхания.

Плавание отличается от других видов физической активности, так как человек выполняет упражнения в водной среде. К тому же оно способно корректировать функции многих жизненно важных органов и систем. При погружении в воду, на человека действует гидростатическое давление. Это способствует воздействию на нервные центры, рецепторы и тонизирует их, после занятий чувствуется спокойствие и повышается работоспособность. Такие лечебные мероприятия улучшает обмен веществ, укрепляет мышечный корсет и связки, способствует коррекции осанки. Поэтому плавание хорошо воздействует на людей с нарушением опорно-двигательного аппарата, в том числе позвоночника [1].

Плавание хорошо воздействует на сердечно-сосудистую систему в горизонтальном положении тела. Для сердца создаются более благоприятные условия. Глубокое диафрагмальное дыхание, облегчает работу сердца и способствует притоку крови к нему, это способствует повышению эластичности сосудов, снижается систолическое давление крови и увеличивается ударный объем сердца. Немалую роль это играет при развитии дыхательных мышц, увеличивается работа грудной клетки, улучшение жизненной ёмкости легких.

Беспрерывная работа ногами помогает тренировать и укреплять мышцы и связки в голеностопном суставе. У детей идет положительное воздействие на формирование стопы. Занятие плаванием укрепляет опорно-двигательный аппарат и развивает координационные движения [1, 2].

Лечебное плавание будет оказывать положительный эффект после травм опорно-двигательного аппарата. В суставах конечностей будет чувствоваться стабильность, так как вес тела в воде не ощущается. Если плавать с большой интенсивностью, то не возникнет угрозы травмирования на конечность или сустав. В лечебном плавании используется лечебная гимнастика. Больную конечность или сустав разогревают в горячей воде в течение 3 минут и потом 20 минут выполняются упражнения сначала в медленном темпе и с маленькой амплитудой, затем нагрузка увеличивается [4].

Плавание хорошо стимулирует обмен веществ, увеличивает тонус, функций пищеварения, поэтому программу оздоровительных мероприятий проводят для людей с хроническими заболеваниями (гастрит, холецистит, диабет, подагра). Используются не просто двигательные действия, а комплекс несложных умеренных по объему и интенсивности упражнений в воде [5].

Было проведено исследование для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Основной этап проводился в период с сентябрь по февраль. Курс составлял 67 занятий ЛФК (3 раза в неделю), 46 занятий лечебным плаванием (2 раза в неделю).

При организации лечебного плавания использовались две методики которые чередовались раз в неделю. Это необходимо для нагрузки на разные группы мышц с учетом коррекции основного заболевания. Первый комплекс направлен на статические и корригирующие упражнения, а второй на динамические упражнения со сменной положением [3].

После наблюдения проводились контрольные упражнения. «Удержание спины» показатель силовой выносливости спины улучшился на 0.13,27 минут и прирост результатов составляет 22,3%; показатель «Удержание пресса» улучшился на 0.11,17 минут и прирост

составил 26,4%. В ходе эксперимента под влиянием физических нагрузок также произошел прирост показателей объема легких, результат составляет 18,9%.

Благодаря адаптивному плаванию у детей с нарушением опорно-двигательного аппарата улучшаются функциональные возможности грудной клетки, формируется правильная осанка, нормализуется двигательная активность.

Литература:

1. Балашова, В. Ф. Компетентность специалиста по адаптивной физической культуре // Физическая культура. – 2008. – С. 246.
2. Варламова, Н. М. Влияние ЛФК и плавания на детей младшего школьного возраста со сколиозом // Ученые записки университета им. П. Ф. Лесгафта. – 2021. – №. 4 (194). – С. 77-82.
3. Каптелин, А. Ф. Плавание в лечебных целях // Здоровье. – 1980. – №. 7. – С. 26-27.
4. Спирина, И. К. Духовное и физическое развитие молодежи на современном этапе / И. К. Спирина, А. А. Пантелеева // Исторический опыт, современные направления и проблемы социально-культурной деятельности. – 2019. – С. 77-81.
5. Федотова, Е. А. Физическая реабилитация больных с бронхолегочной патологией в послеоперационном периоде на этапе санаторно-курортного лечения / Е. А. Федотова, С. П. Лавриченко // Тезисы докладов XLIV научной конференции студентов и молодых ученых вузов Южного федерального округа. – 2017. – С. 30-32.

УДК: 615.825.6

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ С ПОМОЩЬЮ МЕХАНОТЕРАПИИ.

Сусаева Е.А.

Научный руководитель доцент Лавриченко С.П.

Аннотация. В работе на основе анализа научно-методической литературы указана необходимость включения детей младшего школьного возраста с детским церебральным параличом (далее ДЦП) в процесс физической реабилитации, в том числе отмечена значительная роль механотерапии. Предложено использование программы физической реабилитации, которая является комплексной, детей младшего школьного возраста с ДЦП с применением механотерапии с целью расширения их двигательных возможностей, снижения степени спастичности мышц, укрепления мышечного корсета, повышения эмоционального настроя, а также социализации в целом.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, физическая реабилитация, механотерапия, младшие школьники, инвалидность.

Детский церебральный паралич (ДЦП) поражает центральную нервную систему (ЦНС) и ее удаленные от центра отделы, что в свою очередь способствует дезорганизации двигательных возможностей, патологии и задержке психического и умственного развития, впоследствии - сенсорных, зрительных и речевых функций [1]. Дети со средней степенью поражения ЦНС в своем большинстве частично способны к самообслуживанию, обучению, коммуникации с другими детьми и взрослыми. Также многочисленными исследованиями доказано, что в данном периоде реабилитации и на последующих этапах лечебная и общеукрепляющая гимнастика, массаж, специальные положения и укладки детей 7-10 лет с ДЦП являются важнейшими средствами увеличения у них двигательных навыков [3]. Для коррекции и развития разных видов моторики детей данной категории физические упражнения обладают высоким потенциалом, их множество и вариативность выполнения позволяют оптимизировать двигательные умения, которые необходимы для расширения окружающего пространства, улучшения навыков самообслуживания и социализации в целом [2].

Следует отметить, что в процессе реабилитации детей младшего школьного возраста с ДЦП зачастую используют средства механотерапии. Механотерапия очень хорошо сочетается в комплексе с адаптивной физической культурой: улучшается и совершенствуется работа внутренних органов и систем, укрепляет опорно-двигательный аппарат [6]. В настоящее время происходит постоянное совершенствование технических средств в механотерапии, появляются новые разработки, с помощью которых детям намного легче и интереснее, а самое главное – правильное усваивать и совершенствовать новые движения рук и ног. Реабилитационные программы учитывают возраст ребенка, его поставленный диагноз, степень спастичности (дистонии) мышц [4]. В современных реабилитационных центрах существует многообразие механотерапии: инноволк, мотомед (разработка рук и ног), NF – wolker или экзобот (аналог), Lokomat, Armeo-pro (разработка рук), вибрационная терапия, прессотерапия нижних конечностей, бесконтактный гидромассаж, аппараты для разработки голеностопного и бедренного суставов, корвит (восстановление навыков ходьбы, нормализации мышечного тонуса ног, правильной установки поз, механическое моделирование опорных реакций с использованием давления на соответствующие опорные зоны стопы посредством специальных пневмокамер, осуществляющих давление импульсами (режим реальной ходьбы)) [5].

Эти программы значительно повышают результаты детей с ДЦП при прохождении реабилитаций в центрах, в которых есть максимальное использование механотерапии. У детей младшего школьного возраста в домашнем использовании должны быть необходимые

технические средства реабилитации для закрепления достигнутых результатов на реабилитациях.

Таким образом, использование механотерапии в комплексной реабилитации в центрах и дальнейшее использование индивидуальных технических средств в домашних занятиях будет способствовать расширению двигательных возможностей детей, снижению у них спастичности мышц (укреплению мышц), повышению эмоционального настроения, еще большего желанья контактировать с другими детьми и взрослыми, социализации в целом.

Литература:

1. Бадалян, Л. О. Детские церебральные параличи / Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба. – Киев : Здоровья, 2008. – 328с.
2. Бегидова, Т. П. Основы адаптационной физической культуры : учебное пособие. – М. : Физическая культура и спорт, 2007. – 192 с.
3. Зельдин, Л. М. Развитие движений при различных формах ДЦП. – М. : Теревинф, 2017. – 136 с.
4. Лавриченко, С. П. Спорт для людей с ограниченными физическими возможностями / С. П. Лавриченко, А. А. Поддубская // Молодой ученый. – 2022. – №42 (437). – С. 259-260.
5. Физическая реабилитация инвалидов с поражением опорно-двигательной системы : учеб. пособие / С. П. Евсеев, С. Ф. Курдыбайло, А. И. Малышев, Г. В. Герасимов, А. А. Потапчук, Д. С. Поляков. – М. : Советский спорт, 2010. – 488 с.
6. Фомичева, С. В. Развитие навыков мобильности у детей дошкольного возраста с детским церебральным параличом : рекомендации для родителей и специалистов детского сада / С. В. Фомичева, Л. А. Голотина. – Ирбит : Ирбитский ЦППМСП, 2020. – 22 с.

ОСОБЕННОСТИ АДАПТИВНОГО ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА НА ЗАНЯТИЯХ КАРАТЭ

Чернышев Д.В.

Научный руководитель к.п.н., доцент Бойкова М.Б.

Аннотация. В данной работе на основе анализа научной литературы рассматриваются особенности адаптивного физического воспитания детей с нарушением слуха в адаптивном каратэ.

Ключевые слова: адаптивное физическое воспитание, глухие, слабослышащие, нарушение слуха, адаптивное каратэ, средства каратэ.

Нарушение слуха у детей является довольно частым недугом. Причины данного нарушения могут быть связаны с различными факторами: генетика - предрасположенность к патологии; инфекции – после рождения ребенка или во время беременности матери; неправильная гигиена; ошибка врачей при рождении ребенка и т.д. [4].

Не секрет, что у глухих и слабослышащих детей так же страдают координационные способности: равновесие, ориентирование в пространстве, реакция, вестибулярный аппарат и др. Степень нарушений этих способностей зависит от типа поражения слуха, как следствие уровня владения речью [3].

Развитию координационных способностей у детей с нарушением слуха отводится большое количество времени, т.к. это важное составляющее в их тренировке. Благодаря этому у них формируются и развиваются необходимые двигательные навыки и умения, нужные им в повседневной жизни.

Адаптивное физическое воспитание для детей с нарушением слуха возможно через вид спорта, не требующий значительных материальных затрат для организации и проведения занятий – адаптивного каратэ. Это один из лучших примеров, который сочетает в себе развитие таких физических качеств как сила, выносливость, быстрота, гибкость, так же тренирует и улучшает двигательные навыки, координационные способности и что немало важно – воспитывает силу духа и дисциплину [1].

Элементы каратэ, являются одним из способов, который положительно влияет на развитие и улучшение двигательных качеств и координации.

Во время боя каратист должен многократно менять положение своего тела, активно перемещаться по татами, работать руками и ногами, удерживать равновесие, уметь применять различные, технически сложные связки и принимать решения в доли секунды - все это невероятным образом благотворно влияет на формирование, коррекцию и развитие координационных и адаптационных способностей [2].

В обучении карате существуют два этапа: подготовительный и основной. В подготовительном этапе юные каратисты приобретают навыки, которые улучшают работу организма и готовят его к будущим физическим нагрузкам. В течении данного этапа у спортсмена появляется желание к дальнейшим занятиям, он становится более дисциплинированным [1].

В основном этапе акцент ставится на обучение техники и тактики. Так же внимание уделяется общим физическим показателям: силе, выносливости, ловкости, быстроте и координационным способностям.

Работу в этих этапах осуществляют следующие средства карате:

- освоение и ощущение татами;
- чувство дистанции с соперником;
- использование игры для улучшения всех физических качеств

Приемы и методы в обучении адаптивному каратэ:

- 1) Наглядный. Показ упражнений на своем примере.

2) Словесный. Рассказ правильного выполнения техники и объяснения исходного положения, движения и удара.

3) Звуковой. Подача сигнала с помощью хлопка или свистка.

Таким образом, координационные способности детей с нарушением слуха имеют отклонения. Поэтому коррекция и развитие этих способностей является одной из главных задач адаптивной физической культуры, а адаптивное каратэ благотворно влияет на развитие многих сторон жизни глухих и слабослышащих детей и помогает им быть уверенными в себе.

Литература:

1. Особенности этапов обучения средствам карате детей младшего школьного возраста с нарушением слуха / А. С. Филаткин, Г. И. Дерябина, В. Л. Лернер // Физическая культура. Спорт. Туризм. Двигательная рекреация. – 2018. – № 3. – С. 33-37.

2. Дерябина, Г. И. Адаптивное карате как средство развития координационных способностей у детей 8-10 лет с нарушением слуха / Г. И. Дерябина, А. С. Филаткина, С. А. Калмыков // Культура физ. и здоровье. – 2018. – № 1(65) – С. 132-136.

3. Лернер, В. Л. Теоретическое обоснование включения средств карате в коррекцию и развитие компонентов координационных способностей детей с нарушением слуха / Г. И. Дерябина, 2020. – С. 2-3.

4. Теория и организация адаптивной физической культуры : учебник, в 2 т. Т.1: Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физической культуры / под общ. ред. проф. С. П. Евсеева. – М., Совет. спорт, 2003. – 448 с.

Аннотация. В данной работе рассмотрены причины и статистика травматизма в гимнастике. Профилактика и реабилитация травм гимнастов после травм.

Ключевые слова: травматизм, реабилитация, художественная гимнастика, физиотерапия, механотерапия и биомеханическая стимуляция.

Гимнастика, отличается от других видов спорта тем, что для нее свойственны острые и хронические травмы на их долю, приходится 75% всех повреждений у спортсменов. Выделяют две группы:

1. Специфика тренировок (воспроизведение одних и тех же упражнений, движений, до формирования травматизма, в результате чего происходит перенапряжение, опорно-двигательный аппарат повреждается).

2. Накопление микротравм и другие микроповреждения. После их накопления развиваются серьезные проблема со здоровьем спортсмена.

Острые травмы их доля 25% повреждения в связи с нарушением целостности функций организма. Растяжение связок 29,7%, повреждение ростовых пластинок 12,3%, переломы 8,3%, вывихи 0,6%, сотрясения мозга 6%.

При выполнении упражнений на растяжку имеет место, высокий травматизм мышц, сухожилий и связок. Травмы у спортсменок случаются уже среди шестилетних детей, то есть на начальных этапах тренировки. Причиной этого полагают неокрепший опорно-двигательный аппарат, не соответствующая разминка, дефицит спортивных навыков и техник.

По результатам исследований, наибольшее количество травм в художественной гимнастике приходится на нижние конечности (голеностоп, колени, тазобедренный сустав, позвоночника). Фактором риска в художественной гимнастике представляется последствием перетренированности среди высококвалифицированных спортсменов [1].

Курс реабилитации гимнасток: комплексные упражнения, массаж, физиотерапия, механотерапия и биомеханическая стимуляция. Для каждого спортсмена подбирается индивидуальная программа реабилитации, которая ориентирована на более эффективный результат. Они помогают восстановить амплитуду движения в месте травм и полного восстановления функциональных способностей. Соблюдение реабилитационного процесса и меры предотвращения травм в художественной гимнастике. Существуют меры по предотвращению травм: длительность занятий не должна превышать 30 часов в неделю; растягивающие упражнения надлежит выполнять не менее, чем 40 мин в неделю; общая физическая подготовка не должна занимать у гимнастов более, чем 5-6 часов в неделю; спустя применения комплекса индивидуальных упражнений заметно повышается подвижность суставов и мышц [2, 3].

Реабилитация связок голеностопного сустава. Чаще всего сталкиваются с растяжением передней таранно-малоберцовой и пяточной малоберцовой связок, более тяжелых случаях повреждается и межберцовый синдесмоз. Лечение представляет собой прикладывание льда и наложение фиксирующих бинтов, так же могут быть бандажи и ортезы. Так же из наиболее нередких травм гимнастов встречается медиальный синдром ущемления голеностопного сустава. Растяжение связок и переломов шейки таранной кости голеностопного сустава. Назначается методика ЛФК состоящие из 3 этапов: создание неподвижности и поврежденной части и наложение тугой повязки; восстановления подвижности и укрепление околосуставных мышц; преступление к физическим нагрузкам.

Растяжение мышц и сухожилий в художественной гимнастике, не избежать, так как главным составляющим в гимнастике является гибкость. Чаще всего травмируются мышцы

бедра и паховой области. Ключевая их задача – приведение бедра. Нужно не забывать, что существует классификация мышечных болей: внутренняя и внешняя. И важно для правильной реабилитации и восстановления установить вид болей. Также тщательное изучение и возникновение болей [4, 5].

При травме коленного сустава, происходит разрыв передней крестообразной связки, в момент приземления после прыжка. Профилактика и реабилитация в этом случае будет: устранение болей, отека и воспаления; стабилизации коленного сустава различными фиксаторами (бандаж, отрез или суппорт), так же проводится физиотерапия, ЛФК, лечебный массаж.

Таким образом, необходимо совершенствовать профилактику реабилитации, для предотвращения травм, развития болезней, паталогического изменений у спортсменов. Поэтому совершенствование методов реабилитации является актуальным в современной гимнастике. Спортсменки должны обязательно проходить медицинские обследование на выявление патологий, в зоне поясничного отдела, голени и голеностопного, коленного сустава и стопы.

Литература:

1. Бойкова, М. Б. Особенности физической реабилитации голеностопного сустава гимнасток / М. Б. Бойкова, С. В. Рочева // Тезисы докладов XLVII науч. конференции студентов и молодых ученых вузов южного федерального округа (февраль-март 2020). – Краснодар, 2020. – С. 72-72.

2. Новожилова, Д. А. Травматизм и его особенности в различных гимнастических дисциплинах / Д. А. Новожилова, Р. В. Титаренко // Физическая культура, спорт и туризм в высшем образовании. – 2018. – С. 255-257.

3. Гришанова, Н. В. Использование функционального скрининга движений в художественной гимнастике с целью профилактики травматизма / Н. В. Гришанова, Ц. Вэньцян // Вестник Полоцкого государственного университета. Серия Е. Педагогические науки. – 2022. – №. 7. – С. 35-38.

4. Пиллюк, Н. Н. и др. Перспективная модель соревновательных программ гимнасток высокой квалификации, специализирующихся в прыжках на батуте // Физическая культура, спорт-наука и практика. – 2022. – № 2. – С. 15-19.

5. Морозова, О. В. и др. Взаимосвязь структуры спортивного травматизма и уровня спортивной квалификации в художественной гимнастике // Педагогико-психологические и медико-биологические проблемы физической культуры и спорта. – 2019. – Т. 14, №. 1. – С. 89-93.

Аннотация. В данной работе рассматриваются особенности восстановления женщин после родов.

Ключевые слова: восстановление, физическая реабилитация, послеродовой период.

Рождение ребенка является важнейшим этапом в жизни женщины. С этого момента родители полностью погружаются в процесс воспитания малыша и заботы о нем. Но не стоит забывать о том, что роды это колоссальная нагрузка на тело женщины, которая ведет к многочисленным изменениям в организме и, как следствие, к стрессу. Следовательно, теперь необходимо проявить заботу не только по отношению к новорожденному, но и в значительной мере к новоиспеченной матери [1, 2].

Основными проблемами в послеродовом периоде являются изменения в поясе нижних конечностей (в особенности претерпевают изменения тазовые кости и мышцы тазового дна), излишняя нагрузка на позвоночный столб (поясничный отдел несет на себе большую нагрузку), а так же осложнения в психологической сфере.

После родов, не сопровождавшихся осложнениями, женский организм нуждается в специальном уходе и режиме, нарушение которого подвергает риску здоровье матери и младенца из-за возникновения патологических состояний в функционировании организма. Немаловажная роль в постродовом периоде отводится двигательной активности родильницы и распорядку ее дня [4].

Важно, чтобы после родов женщине помогал специалист в сфере психологии для того, чтобы помочь ей перестроиться на новый этап жизни, привыкнуть к ребенку и предотвратить послеродовую депрессию.

Так как в процессе родов организм испытывает сильные нагрузки, и начинать физическую реабилитацию необходимо в период с 6-8 день после рождения малыша. Особенности проведения занятий в постродовом периоде являются постепенное и равномерное увеличение физической активности и усложнение нагрузки при улучшении состояния родильницы. С помощью специалиста по физической реабилитации постепенно вводится комплекс гимнастических упражнений. Гимнастика позволит усилить кровообращение и газообмен в организме, положительно повлияет на общее состояние всех систем, ускорит процесс восстановления мышц тазового дна, и, что немаловажно, физические упражнения положительно влияют на психологический фон женщин. Восстановить полное дыхание с вовлечением диафрагмы помогут динамические и статические упражнения. Кроме того, гимнастика повлияет на деятельность кишечного тракта и восстановит деятельность мочеполовой системы.

К комплексу гимнастических упражнений стоит добавить массаж. Массаж расслабит мышцы, ускорит микроциркуляцию, снизит уровень тревожности и стресса, а так же уменьшит болевой синдром [3, 5].

Слаженная работа специалиста по физической реабилитации и психолога в совокупности с применением массажа облегчит восстановление организма женщины, увеличит положительные эмоции от рождения малыша, поможет решить ряд важных задач по профилактике послеродовой депрессии, повысит адаптацию к физическим нагрузкам после выписки из роддома.

Литература:

1. Абрамян, Е. З. Влияние физической нагрузки в послеродовой период / Е. З. Абрамян, К. М. Нажмутдинова, Л. А. Яцкова // Научно-образовательный журнал для студентов и преподавателей «StudNet». – 2021. – №7. – С. 2-6.

2. Заволока, П. Г. Лечебная физическая культура в период беременности / П. Г. Заволока, М. Б. Бойкова // Тезисы докладов XLVII науч. конференции студентов и молодых ученых вузов южного федерального округа (февраль-март 2020). – Краснодар, 2020. – С. 60-61.
3. Кавторова, Н. Е. Гимнастика в послеродовом периоде / Н. Е. Кавторова, О. А. Султанова // Лечебная физическая культура : справочник. – М. : Медицина. – 2004. – 380 с.
4. Подлесная, Н. А. Особенности лечебной физической культуры в послеродовом периоде женщины / Н. А. Подлесная, М. Б. Бойкова // Тезисы докладов XLVII науч. конференции студентов и молодых ученых вузов южного федерального округа (февраль-март 2020). – Краснодар, 2020. – С. 69.
5. Рахматуллин, Р. Р. Особенности занятий физкультурой и спортом у женщин / Р. Р. Рахматуллин // Молодой ученый. – 2019. – № 19. – С. 384-386.

КАФЕДРА ФИЗИОЛОГИИ

УДК: 796.88+796.01:612

ВЕСТИБУЛЯРНАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ У ТЯЖЕЛОАТЛЕТОВ В ДИНАМИКЕ ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА

Алябьев Д.Ю.

Научный руководитель доцент Бугаец Я.Е.

Аннотация. В работе представлена динамика показателей вестибулярной устойчивости тяжелоатлетов в процессе тренировочного занятия. Обнаружено снижение способности к поддержанию вертикального баланса возникающее на фоне физических нагрузок.

Ключевые слова: тяжелая атлетика, вестибулярная устойчивость, тренировочное занятие.

Тяжелая атлетика характеризуется высокоскоростной работой, которая сопровождается нарушениями стабильности и поддержанием равновесия [4]. Постуральные механизмы при выполнении значительных нагрузок формируются в результате афферентации и моторной деятельности при неустойчивом положении тела в пространстве [3]. Адаптационные процессы в играют решающую роль при реализации тяжелого веса, поднимаемого выше высоты головы с полностью вытянутыми руками в течение нескольких секунд [5]. Высоко расположенный центр тяжести создает неустойчивое состояние, происходит потеря равновесия при выходе проекции оси за пределы опорной поверхности, что связано с относительно малыми размерами площади для стояния. Даже незначительные изменения положения тела требуют постоянной регуляции равновесия. Поэтому равновесие в тяжелой атлетике как фундаментальный двигательный навык напрямую связан со спортивной результативностью. В связи с этим, исследования функционального состояния вестибулярного аппарата являются актуальными.

Вертикальную устойчивость определяли у 10 спортсменов-тяжелоатлетов 24±5 лет разной спортивной квалификации в начале тренировочного занятия и сразу после его окончания. Для оценки состояния вестибулярного анализатора использовали две пробы Ромберга: при расположении стоп на одной линии (усложненная) и в позе стоя на одной ноге (сложную). Фиксировали время устойчивости при условии отсутствия пошатывания, тремора пальцев рук и век, сравнивали с нормативными показателями у здоровых нетренированных лиц [2], проводили оценку статической координации [1]. Сравнение по количественным признакам проводили с использованием параметрических (t-критерий Стьюдента). Наблюдаемые различия считались не случайными при $P < 0,05$.

В начале тренировочного занятия среднее значение реализации усложненной пробы Ромберга у тяжелоатлетов составляло $16,21 \pm 4,94$ с. Распределение оценок вестибулярной устойчивости в данном тесте показало, что в 50% случаев отмечается «хороший» уровень поддержания равновесия, в 20% – «удовлетворительный», в 30% – «неудовлетворительный». В конце тренировочного занятия показатели статистически значимо уменьшились до $12,60 \pm 3,96$ с, а количество спортсменов с «хорошими» результатами снизилось до 30%, «удовлетворительные» имели 10%, «неудовлетворительные» – 60%.

Средние показатели реализации сложной пробы Ромберга в начале тренировочного занятия составляли $12,01 \pm 3,43$ с. Количество «хороших» оценок было 20%, у остальных 80% испытуемых отмечался тремор пальцев, покачивание и невозможность выполнения задания в пределах нормативных значений, что отражало «неудовлетворительный» уровень. В конце занятия наблюдалось статистически значимое снижение времени выполнения данного теста до $8,99 \pm 3,38$ с, увеличилось число испытуемых с «неудовлетворительной» оценкой (90%), а «хороший» уровень отмечался только в 10% случаев.

Таким образом, в процессе тренировочного занятия было обнаружено снижение способности к поддержанию вертикального баланса у тяжелоатлетов, что, вероятно, связано с напряжением системы постурального контроля и нейромышечным утомлением, развивающимся под влиянием физических нагрузок.

Литература:

1. Динамическая позная устойчивость высококвалифицированных спортсменов, специализирующихся в игровых видах спорта / А. С. Тришин, Е. М. Бердичевская, Е. С. Тришин, А. М. Пантелева // Журнал медико-биологических исследований. – 2020. – Т. 8, № 4. – С. 401-408.
2. Коваль, Л. Н. Самостоятельная работа по дисциплине «Физическая культура» : учебно-методическое пособие по дисциплине «Физическая культура» для студентов заочной формы обучения всех направлений подготовки бакалавров / Л. Н. Коваль, Е. Н. Алексева, Е. В. Ярошенко. – Пятигорск : СКФУ, 2014. – 158 с.
3. Миллер, Л. Спортивная медицина : учебное пособие. – М. : Спорт, 2015. – 184 с.
4. Bryanton, M. A. The effect of vision and surface compliance on balance in untrained and strength athletes / M. A. Bryanton, M. Bilodeau. // J. Mot. Behav. – 2018. – N 51. – P. 75-82.
5. Kang, S. H. Alterations of muscular strength and left and right limb balance in weightlifters after an 8-week balance-training program / S. H. Kang, C. W. Kim, Y. I. Kim, K. B. Kim, S. S. Lee, K. O. Shin, et al. // J. Phys. Ther. Sci. – 2013. – N 25. – P. 895-900.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕВУШЕК, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ТЯЖЕЛОЙ АТЛЕТИКОЙ

Бекух З.Н.

Научный руководитель доцент Гронская А.С.

Аннотация. Представлен анализ показателей, характеризующих психофизиологический статус квалифицированных тяжелоатлеток. У спортсменок установлен высокий уровень силы воли и настойчивости, средний уровень терпеливости, социальной смелости, осторожности и предрасположенности к агрессии, незначительное преобладание феминных признаков над маскулинными, а также состояние нормотонии по показателю вегетативного тонуса.

Ключевые слова: тяжелая атлетика, силовые виды спорта, волевые качества, вегетативный тонус.

Тренировки в тяжелой атлетике предъявляют высокие требования к функциональным возможностям и психологическому состоянию спортсменок. Предельные нагрузки оказывают существенное влияние на качество их жизни, социализацию и репродуктивное здоровье. Рост спортивных результатов происходит на фоне недостаточной разработанности научных концепций, определяющих критерии контроля психофизиологических параметров организма женщин, занимающихся видами деятельности, длительное время считавшимися «мужскими» [2, 4]. В соответствии с этим, оценка показателей психофизиологического статуса квалифицированных тяжелоатлеток представляется актуальной.

В исследовании на добровольной основе приняли участие 10 тяжелоатлеток (КМС и I разряд), тренирующихся на базе МБУ Многофункциональный спортивный комплекс «Нарт». Психологическое тестирование (определение уровня силы воли, терпеливости, настойчивости, социальной смелости, готовности к риску, предрасположенности к агрессии, признаков «маскулинности – феминности») и оценку вегетативного тонуса спортсменок проводили в переходном периоде подготовки [1, 5].

При ответах на вопросы, характеризующие уровень силы воли, количество баллов варьировало от 17 (средняя оценка) до 27 (высокая оценка). Низкие показатели отсутствовали. Средняя величина составила $23,1 \pm 2,7$ балла, что соответствует высокому уровню данного качества у спортсменок и свидетельствует об их способности за счет внутреннего контроля управлять своим поведением и, преодолевая препятствия, достигать поставленных целей [2]. Средняя оценка уровня терпеливости ($11,8 \pm 2,2$ балла) находилась на верхней границе нормы среднего уровня, соответствующего способности сохранять спокойствие в неприятных ситуациях. Индивидуальный разброс значений был достаточно высоким (от 6 баллов – низкий уровень до 15 баллов – высокий уровень). Оценки волевого качества настойчивости ($12,3 \pm 2,0$ балла) варьировали от 8 баллов (средний уровень) до 16 баллов (высокий уровень), что согласуется с высокими баллами качества силы воли. Показатель социальной смелости, определяющей успешность контактов с другими людьми, соответствовал среднему уровню ($8,5 \pm 1,8$ балла). Две тяжелоатлетки получили низкие баллы (4), две – высокие (12). Данная характеристика является неотъемлемой частью жизни спортсменов, постоянно взаимодействующих с разными людьми на соревнованиях, тренировках, при переездах и т.д. [5].

Высокий уровень «типично мужского» качества готовности к риску выявлен у 40% спортсменок. Оно благоприятно сказывается на спортивной карьере, так как позволяет человеку бесстрашно принимать нестандартные решения. Большинство обследованных тяжелоатлеток (60%) характеризовались средним уровнем осторожности – оптимальным балансом между высокой осторожностью и стремлением к риску, позволяющим обдумывать и регулировать свои действия, что также очень полезно в ряде спортивных ситуаций [2, 5]. Агрессия – поведение, при котором человек способен добиваться своей цели, игнорируя

интересы окружающих, также считается «мужским» качеством, в то время как женщина является более гуманной, тактичной и понимающей. Многие тренеры и спортсмены считают агрессию необходимой для достижения успеха [5]. У обследованных нами тяжелоатлетов показатели предрасположенности к агрессии варьировали от 12 баллов (низкий уровень) у 50% до 33 баллов (высокий уровень) у 10%. У 40% спортсменок установлен средний уровень агрессивности. Оценка всей группы ($18,5 \pm 5,0$ балла) согласуется с полученными данными о среднем уровне терпеливости обследованных спортсменок. Среднее значение по шкале маскулинности было выше нуля ($0,7 \pm 3,58$ балла), что указывает на наличие у обследованных спортсменок мужских качеств личности. С другой стороны, показатель шкалы феминности был выше ($2,9 \pm 1,34$ балла). Индивидуальный анализ показал, что феминный тип был характерен для 80%, маскулинный – для 10%, андрогинный – для 10% тяжелоатлетов. Таким образом, полученные результаты не совпали с достаточно распространенным мнением о влиянии мужских видов спорта на маскулинизацию женщин [3, 4, 7].

Функционирование организма спортсмена в условиях действия на него различных факторов в значительной степени определяется активностью вегетативных нервных центров [6]. В нашем исследовании показатель вегетативного тонуса 30% спортсменок свидетельствовал о преобладании влияния симпатического отдела автономной нервной системы. Большинство (60%) тяжелоатлетов характеризовались состоянием нормотонии, 10% – парасимпатикотонии.

Таким образом, психофизиологический статус обследованных тяжелоатлетов можно охарактеризовать высоким уровнем развития волевых качеств личности, средним уровнем проявления «мужских качеств» и доминированием состояния нормотонии, обеспечивающего оптимальное протекание адаптационных процессов.

Литература:

1. Бруннер, Е. Ю. Практикум по психологии состояний : учебное пособие. – СПб. : Речь, 2004. – 480 с.
2. Грабовская, Е. Ю. Психофизиологическое состояние организма спортсменов, занимающихся тяжелой атлетикой, на разных этапах тренировочного процесса / Е. Ю. Грабовская, И. Н. Табах // Ученые записки Крымского федерального университета имени В. И. Вернадского. – 2020. – Т. 6 (72), № 1. – С. 26-35.
3. Дамадаева, А. С. Влияние занятий спортом на гендерные характеристики личности женщин // Учёные записки университета имени П. Ф. Лесгафта. – 2010. – № 3 (61). – С. 45-47.
4. Маскаева, Т. Ю. Гендерные психические и поведенческие особенности женщин и их проявление как результат занятий различными видами спорта / Т. Ю. Маскаева, Г. Н. Германов // Научно-теоретический журнал «Ученые записки». – 2014. – №12 (118). – С. 266-272.
5. Огородова, Т. В. Психология спорта: учебное пособие. – Ярославль : ЯрГУ, 2013 – 120 с.
6. Трифонова, Т. А. Оценка адаптационного состояния студентов : монография / Т. А. Трифонова, Н. В. Мищенко, И. А. Климов. – Владимир : Изд-во ООО «Аркаим», 2016. – 94 с.
7. Шахов, Ш. К. Спорт как фактор формирования психологического пола личности / Ш. К. Шахов, А. С. Дамадаева // Вестник спортивной науки. – 2011. – № 6. – С. 16-18.

УДК: 796.01:612

ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИИ РАВНОВЕСИЯ ЮНОШЕЙ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ АКРОБАТИЧЕСКИМ РОК-Н-РОЛЛОМ

Белевский А.С.

Научный руководитель доцент Исаенко Т.А.

Аннотация. В работе раскрываются особенности акробатического рок-н-ролла и значение исследования функции равновесия организма спортсменов для успешного тренировочного процесса и выступления на отечественных и международных соревнованиях.

Ключевые слова: акробатический рок-н-ролл, юноши, вертикальная устойчивость.

В последние годы в нашей стране большую популярность набирает зрелищный и динамичный танцевальный вид спорта – акробатический рок-н-ролл. Его постановочная программа сочетает в себе базовую рок-н-рольную технику, танцевальные движения под ритмичную музыку с акробатическими элементами. На сегодняшний день акробатический рок-н-ролл официально признан Олимпийским комитетом и Госкомспортом России как спортивный вид деятельности и имеет вполне реальные перспективы стать олимпийским видом спорта [1].

Акробатический рок-н-ролл от других спортивных видов отличает критерий «heartattack»–«чтобы сердце было спокойным». Каждый элемент выполняется легко и не принужденно, «чтобы не страшно было смотреть». Сочетая красоту танца и сложность акробатики, акробатический рок-н-ролл предъявляет высокие требования к физической подготовке и функциональным системам организма спортсменов, имея продолжительность композиции до 2 мин и темп движений от 45 до 52 тактов в минуту. Эффективность выступления также зависит от работы статокINETической системы, включающей проприоцептивную, зрительную, вестибулярную, мышечную и центральную нервную системы, которые обеспечивают ориентацию в пространстве и поддержание равновесия тела в статических и динамических условиях [3, 4]. Однако, вертикальная устойчивость зависит не только от здорового состояния перечисленных систем, но и их тактичного взаимодействия, при этом, все-таки, доминирующее значение отводится вестибулярному анализатору. Вертикальная устойчивость может существенно снижаться во время тренировочной и соревновательной деятельности в связи с развитием сенсорного и нейромышечного утомления, которые могут вызвать рассогласование механизмов регуляции и неточность дифференцировки движений [6]. Соответственно необходимо с юных лет ее совершенствовать воздействием специальных упражнений и систематическими занятиями спортом.

Исходя из вышесказанного, спортсменам в акробатическом рок-н-ролле предъявляются повышенные требования к вертикальной устойчивости из-за быстрой смены движений и отклонений в плоскостях при выполнении соревновательного упражнения. От чувства направления движения партнера и умения быстро и точно корректировать позу зависит поддержка партнерши и результативность соревновательной деятельности. Анализ научной литературы обнаружил крайне мало работ, посвященных изучению акробатического рок-н-ролла [2, 5], а исследований о постральной устойчивости спортсменов-рок-н-рольщиков выявлено не было. Следовательно, изучение функции равновесия в танцевальном спорте, в частности в акробатическом рок-н-ролле, актуально и имеет практическое и теоретическое значение.

Литература:

1. Акробатический рок-н-ролл: правила соревнований [Электронный ресурс]. URL: <http://www.fdsarr.ru> (дата обращения: 20.12.2022).

2. Балунова, Е. Н. Развитие двигательных способностей юных спортсменов в акробатическом рок-н-ролле // Известия российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. – 2007. – Т. 15, №39. – С. 242-244.
3. Бердичевская, Е. М. Применение стабилотрии для анализа функции равновесия у спортсменов // Журн. мед.-биол. исследований. – 2017. – Т. 5, № 1. – С. 93-95. doi: 10.17238/issn2542-1298.2017
4. Красноперова, Т. В. «Физиологическая значимость стабилотрического исследования в сложнокоординационных видах спорта «Теория и практика физической культуры» / Т. В. Красноперова, Н. Б. Котелевская, Т. Ф. Абрамова.– 2020. – №7. – С. 13-15.
5. Руденко, Т.В. Классификация бесполетных акробатических упражнений в акробатическом рок-н-ролле // Известия ТулГУ. Физическая культура. Спорт. – 2022. – Вып. 10. – С. 104-110.
6. Melnikov A. A., Savin A. A., Emelyanova L. V., Vikulov A. D. Postural stability during static strain before and after a submaximal aerobic bicycle test in athletes // J. Human Physiology, 2012, Vol. 38, № 2, pp. 176-181

СТАБИЛОГРАФИЯ КАК СПОСОБ ОЦЕНКИ ПОЗНОЙ УСТОЙЧИВОСТИ В СТРЕЛКОВЫХ ВИДАХ СПОРТА

Евтеева Е.А.

Научный руководитель профессор Бердичевская Е.М.

Аннотация. Представлен анализ современных исследований, посвященных позной устойчивости квалифицированных стрелков и использовавших различные варианты метода компьютерной стабิโลграфии. Обоснована актуальность дальнейшего исследования вертикальной устойчивости с помощью билатеральной стабילוграфии, которая перспективна для получения детального «стабילוграфического портрета» стрелка не только в различных условиях регуляции стандартных, но и имитационных стабилометрических поз.

Ключевые слова: вертикальная устойчивость, билатеральная компьютерная стабילוграфия, квалифицированные стрелки из пневматической винтовки.

Вертикальная устойчивость – важнейший компонент успешности спортсменов, специализирующихся во многих видах спорта [2, 6]. Для оценки способности человека к поддержанию вертикальной позы в последние годы в спортивной физиологии, биомеханике, медицине все активнее применяется компьютерная стабילוграфия [2, 7]. Оснащение стабилографов в настоящее время позволяет оценить не только позную устойчивость в целом, но и состояние различных сенсорных систем организма, участвующих в управлении телом. Современная двухплатформенная комплектация стабילוграфического комплекса даёт еще более точные показатели, так как позволяет изучить отдельно вклад левой и правой опоры в поддержание равновесия, а, следовательно, детально рассмотреть механизмы постурального управления вертикальной позой спортсмена [3].

Вертикальная устойчивость – обязательное условие успешности стрелка из пневматической винтовки [1, 5]. Результаты единичных исследований последних лет свидетельствуют, что именно стрелки проявляют наиболее высокую постуральную устойчивость, что связано непосредственно со спецификой данного вида спорта [1]. Стрелки способны почти полностью сглаживать позные колебания перед выстрелом [5]. При росте спортивного мастерства в пулевой стрельбе выявлена тенденция к увеличению качества функции равновесия [7].

Немаловажным аспектом изучения вертикальной позы у стрелков также является функциональная симметрия – асимметрия при ее поддержании [4]. Как показали исследования в других видах спорта, с помощью билатеральной стабילוграфии возможна оценка роли функциональных асимметрий в физиологических механизмах позного контроля [3].

На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что исследования позной устойчивости квалифицированных стрелков на моноплатформе единичны, а сведения о результатах двухплатформенного исследования практически отсутствуют. Последнее определяет актуальность и своевременность нашей работы, позволяет сформулировать цель и задачи дальнейшего исследования, посвященного особенностям постуральной регуляции у квалифицированных стрелков из пневматической винтовки в стандартных и модельных условиях.

Литература:

1. Бердичевская, Е. М. Компьютерная стабילוграфия в исследовании функциональных асимметрий в стрелковом спорте // Журнал «Известия ЮФУ. Технические науки. Тематический выпуск. Всероссийская научно-техническая конференция с международным участием «Медицинские информационные системы». – Таганрог, 2008. – №6 (83). – С. 120-123.
2. Бердичевская, Е. М. Применение стабилометрии для анализа функции равновесия у спортсменов // Журнал медико-биологических исследований. – 2017. – №1. – С. 93-95.

3. Бердичевская, Е. М. Билатеральная стабиллография в оценке индивидуальности постуральной регуляции в спорте // Международная научно-практическая конференция «Физическая культура и спорт. Олимпийское образование» (11 февраля 2019 г., г. Краснодар). – Краснодар : КГУФКСТ, 2019. – С. 240-243.

4. Бердичевская, Е. М. Асимметрия вестибулярной устойчивости у квалифицированных спортсменов-стрелков / Е. М. Бердичевская, И. Э. Хачатурова // VI Сибирский физиологический съезд. Тезисы докладов. – Барнаул : Принтэкспресс – 2008. – Т. 2. – С. 94.

5. Сабирова, И. А. Компьютерная стабиллография в исследовании статокINETической устойчивости в пулевой стрельбе / И. А. Сабирова, С. В. Седоченко, А. А. Ломакин // Ученые записки университета им. П. Ф. Лесгафта. – 2011. – № 12(82). – С. 140-143.

6. Стабилометрия в спорте: реальности и перспективы / А. А. Маличенко [и др.] // Вестник Полоцкого государственного университета. – Серия Е. Педагогические науки. – 2019. – №15. – С. 142-146.

7. Postural Stability in Athletes: The Role of Age, Sex, Performance Level, and Athlete Shoe Features / A. Andreeva [et al.] // Sports. – 2020. – № 8(6). – P. 89-103.

УДК: 796.093.6

СКОРОСТНО-СИЛОВЫЕ СПОСОБНОСТИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В ЛЕГКОАТЛЕТИЧЕСКОМ МНОГОБОРЬЕ

Жирман В.Ю.

Научный руководитель доцент Исаенко Т.А.

Аннотация. Успешность выступления в легкоатлетическом многоборье во многом зависит от развития скоростно-силовых способностей. У девочек-подростков, занимающихся легкоатлетическим семиборьем, определены и описаны скоростные и скоростно-силовые показатели и их особенности проявления в пубертате.

Ключевые слова: женское многоборье, семиборье, скоростно-силовые способности, девочки-подростки.

Семиборье у женщин включено в программу соревнований, проводимых на открытых стадионах в летний период. В данный вид легкой атлетики входит семь дисциплин, большинство из которых предъявляют высокие требования к развитию скоростно-силовых способностей, таких видов, как прыжок в высоту и в длину с разбега, толкание ядра, метание копья и бег на 100 м с барьерами [4].

Скоростно-силовая работа – это способность развивать максимальные мышечные усилия за минимальный промежуток времени, т.е. необходимо в равной степени обладать такими физическими качествами, как быстрота и взрывная сила [3]. Для наилучшего, полного раскрытия скоростно-силовых способностей у легкоатлета, необходимо развивать их на определенных этапах онтогенеза. Сенситивным периодом для скоростно-силовых способностей является возраст 11-14 лет, максимальный уровень достигается к 15-16 годам. Успех в скоростно-силовой работе во многом зависит от мышечного компонента, в частности, от соотношения быстрых и медленных волокон, активная дифференцировка которых продолжается до окончания периода полового созревания [1, 2].

На базе государственного бюджетного учреждения Краснодарского края «Центр олимпийской подготовки по легкой атлетике» были протестированы скоростно-силовые способности 15 девочек-подростков в возрасте 12-14 лет, занимающихся семиборьем. Тестовую батарею составили: прыжок в длину с места, вертикальный прыжок, челночный бег 3×10 м и бег на 30 м. Индивидуально рассчитывали пиковую анаэробную мощность по значению прыжка вверх.

Полученные средние результаты, согласно возрастным нормативам, соответствовали высокой оценке. Вертикальный прыжок составил $39,8 \pm 6,9$ см, прыжок в длину с места $214,6 \pm 19,6$ см. В прыжках в высоту 54% обследованных спортсменок показывали результат от 40 до 50 см, 36% – в диапазоне 30-40 см и одна девочка менее 30 см. Похожее распределение имело место в тесте прыжок в длину с места, где 45% спортсменок прыгали в интервале от 220 до 240 см, а 18% не достигли результата 200 см. В оценке значений челночного бега среднее время выполнения задания составило $8,0 \pm 0,4$ с (высокий нормативный результат), при этом разброс составлял от 7,5 до 8,75 с. В группе обследованных спортсменок 45% показывали результат ниже 8 с. Та же закономерность наблюдалась в беге на 30 м.

Во всех исследуемых скоростно-силовых показателях проявляется достаточно большое стандартное отклонение, отражающее разброс данных внутри группы, что возможно связано с физиологическими особенностями пубертата - нестабильным гормональным фоном, процессами возбуждения и торможения, а также возрастными изменениями в композиции мышц.

Литература:

1. Безруких, М. М. Возрастная физиология: (Физиология развития ребенка) : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / М. М. Безруких, В. Д. Сонькин, Д. А. Фарбер. – М. : Издательский центр «Академия», 2003 – 416 с.

2. Бердичевская, Е. М. Возрастная физиология физической культуры и спорта : учебное пособие / Е. М. Бердичевская, Е. С. Тришин. – Краснодар : КГУФКСТ, 2021. – 112 с.
3. Коц, Я. М. Спортивная физиология : учебник для институтов физической культуры / Я. М. Коц. – 1998. – 200 с.
4. Теория и методика обучения базовым видам спорта: Легкая атлетика : учебник для студ. учреждений высш. образования / Г. В. Грецов, С. Е. Войнова, А. А. Германова и др. ; под ред. Г. В. Грецова, А. Б. Янковского. – 2-е изд., стер. – М. : Издательский центр «Академия», 2014 – 288 с.

УДК: 796.332

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНЕРЦИОННЫХ ДАТЧИКОВ «PLAYER MAKER» В ЖЕНСКОМ ФУТБОЛЕ СРЕДИ ЮНИОРОК

Зарандия Т.Г.

Научный руководитель доцент Гронская А.С.

Аннотация. Рассмотрена значимость мониторинга технической и физической нагрузки в женском футболе, а также перспективы использования инерционных датчиков «PlayerMaker» на примере футболисток-юниорок.

Ключевые слова: женский футбол, юниорки, инерционные датчики, тренировочная нагрузка, метрики.

В настоящее время женский футбол, ввиду его специфичности и зрелищности, начинает пользоваться большой популярностью. В связи с тем, что данный вид спорта становится все более интенсивным и энергозатратным, необходим постоянный мониторинг ежедневной нагрузки, выполняемой спортсменками [3]. Специалисты отмечают, что эффективность подготовки девушек-футболисток является острой проблемой Российской школы спорта на современном этапе, что обусловлено нестабильными выступлениями клубов и сборных команд в международных соревнованиях. Для более эффективной организации тренировочного процесса и грамотного планирования микро-, макро- и мезоциклов, необходимо анализировать реальный объем и интенсивность нагрузки каждой футболистки. Для этого целесообразно использовать специальное оборудование, которое позволит анализировать совершенствование приемов и действий, начиная с первых шагов обучения в режиме, близком к соревновательному, чтобы в дальнейшем не переучивать спортсменок на другой ритм работы [5]. В этом случае помощниками могут явиться инерционные датчики «PlayerMaker», с помощью которых можно оценить физическую и техническую составляющие всех этапов тренировочного процесса. Вариант для одного спортсмена – «UNO» – профессиональные футболисты используют на индивидуальных занятиях, кейс из 27 парных датчиков может одновременно использовать вся команда. Все данные, полученные в ходе игры или тренировочного процесса, можно проанализировать на любом гаджете, который имеет доступ к интернету. Однако на официальных матчах их использование запрещено. Данный способ мониторинга был разработан и внедрен в Лондоне. Сначала трекеры использовались исключительно в мужском футболе. Наиболее известными клубами, применяющими инерционные датчики «PlayerMaker», являются «Рейнджерс» (Шотландия), «Фулхем» (Британия), «Лестер» (Британия), а также сборная Аргентины, которая стала победителем Чемпионата Мира 2022 года в Катаре. В настоящее время происходит активное внедрение датчиков в тренировочный процесс Российских клубов, в том числе, женских [1, 3].

У футболисток инерционные датчики актуально использовать, уже начиная с этапа спортивной специализации, в течение которого происходит развитие технического мастерства спортсменок. Данный пятилетний этап приходится на возраст 12-16 лет – подростковый период. В детско-юношеских школах этапы подготовки юных футболистов соответствуют периодам онтогенеза. Однако очень часто девушки достигают вершин мастерства на 2-3 года раньше, чем юноши (за 10-12 лет). Это объясняется их более ранним формированием, а также сокращением сроков подготовки на тренировочном этапе. Футболистки подросткового и юношеского возраста, минуя юниорский период, переходят в разряд взрослых, играют в резервном составе или даже выступают за команды мастеров. Поэтому в настоящее время многолетняя подготовка футболисток носит частично обособленный характер, а не является «копией» работы с юношами. Это выдвигает перед тренерами женских команд необходимость поиска средств и методов подготовки воспитанниц с учетом особенностей их организма. В связи с этим, требуется внедрение в тренировочную практику футболисток-юниорок максимально объективного мониторинга. В настоящее время наиболее изучены особенности становления быстроты и выносливости

спортсменов, а возрастная динамика специфического для футбола качества ловкости исследована недостаточно. Следствием этого является ухудшение техники игры, а также снижение уровня спортивного мастерства в целом [4, 5, 7].

К физическим метрикам, которые можно определить с использованием «PlayerMaker», относятся: преодоленная дистанция, максимальная скорость, пройденное расстояние в разных скоростных зонах. На основе этих данных можно понять, какой объем нагрузки спортсменки выполняют в течение одного дня и еженедельно [2]. В среднем, за тренировку футболистки пробегают 5-7 км в зависимости от направленности тренировочного процесса. Максимальную скорость, которую могут развивать юниорки, составляет 7-8 м/с или 25,2-28,8 км/ч. На основе анализа скоростных зон, мы можем понять, в какой из них чаще всего находится футболистка на протяжении тренировки или матча. Если рассматривать тренировочный процесс, то прохождение той или иной зоны будет зависеть от цели занятия. Во время футбольного матча более скоростные футболистки (нападающие, вингеры, крайние защитники) работают, в основном, в пятой и шестой зонах (со скоростью 4-7м/с), а центральные полузащитники – в третьей и четвертой (2-4м/с). Вышеприведенные факты указывают на важность своевременной оценки физических метрик для понимания тренером текущей формы футболисток на разных этапах подготовки [1].

Еще одним, и не менее важным фактором, является техническая составляющая подготовки юниорок. Её значимость обуславливается тем, что в данном возрасте корректировка техники играет ключевую роль наряду с физическим развитием спортсменок. С помощью инерционных датчиков «PlayerMaker» мы можем определить количество касаний, передач и ударов, а также использование правой и левой ноги во время тренировочной сессии [6]. Так, количество касаний мяча во время тренировки может колебаться от 90 до 400, а количество передач и ударов – от 50 до 200. При этом игроки центра поля во время футбольного матча встречаются с мячом чаще. На основе полученных данных можно немедленно влиять на футболисток с помощью педагогических методов [4].

Таким образом, с помощью инерционных датчиков «PlayerMaker» можно проводить более эффективный мониторинг физических и технических метрик во время одной тренировки, микро, макро и мезоцикла, а также во время матча.

Литература:

1. Губа, В. П. Теория и методика футбола : учебник / В. П. Губа, А. В. Лексаков. – М. : Litres, 2017. – 574 с.
2. Зайцева, Т. В. Представители ФК «Кубаночка» в КГУФКСТ / Т. В. Зайцева, Р. З. Гакаме // Актуальные проблемы современного футбола : сборник научных трудов, посвященный 25-летию кафедры теории и методики футбола и регби. – Краснодар : Просвещение-Юг, 2011. – С. 61-68.
3. Зайцева, Т. В. Многолетняя динамика физической подготовленности спортсменок-юниорок в профессиональном футболе / Т. В. Зайцева, А. П. Золотарев, М. А. Рубин // Ученые записки университета им. П. Ф. Лесгафта. – 2018. – №6 (160). – С. 56-62.
4. Зайцева, Т. В. Педагогический контроль физической подготовленности футболисток-юниорок на этапе совершенствования спортивного мастерства / Т. В. Зайцева, А. П. Золотарев // Современный менеджмент в игровых видах спорта: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием 11 апреля 2018 г. / под общей редакцией О. В. Жуковой. – М. : РГУФКСМиТ. – 2018. – С. 104-111.
5. Иванов, О. Н. Этапы многолетней подготовки юных футболисток : учебно-методическое пособие. – Малаховка : МГАФК. – 2018. – 112 с.
6. Сравнительный анализ показателей двигательной активности высококвалифицированных футболисток разных игровых амплуа в условиях соревновательной деятельности / Н.Б.Гасанова [и др.] // Ученые записки университета им. П. Ф. Лесгафта. – 2020. – №3 (181). – С. 97-101.
7. Типовая программа спортивной подготовки по виду спорта «футбол» (юноши, девушки) (тренировочный этап) : методическое пособие / авторы – составители : Иванов О. Н., Кузнецов А. А. – М. : ФГБУ ФЦПСР. – 2021. – 107с.

УДК: 796.01:612

ВЛИЯНИЕ СКАНДИНАВСКОЙ ХОДЬБЫ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19

Козыренко Е.А.

Научный руководитель профессор Бердичевская Е.М.

Аннотация. Разработан новый подход к организации занятий с использованием скандинавской ходьбы в рамках учебной дисциплины «Элективные курсы по физической культуре и спорту» в вузе медицинского профиля. Доказана эффективность скандинавской ходьбы как альтернативного средства физической реабилитации студентов, перенесших COVID-19.

Ключевые слова: скандинавская ходьба, организация занятий по физической культуре в вузе, COVID-19, функциональное состояние организма.

Анализ литературы, проведенный нами [3], продемонстрировал негативные постковидные изменения, в том числе и у молодых людей [1, 2], указал на попытки использовать для их компенсации некоторые методики физической реабилитации [6, 7]. В то же время известно положительное влияние скандинавской ходьбы на организм человека [4, 5].

Поэтому на основе результатов обзора литературы нами был разработан новый подход к организации занятий с использованием скандинавской ходьбы в рамках учебной дисциплины «Элективные курсы по физической культуре и спорту» в вузе медицинского профиля.

Модифицированные занятия проводились согласно учебному плану в течение 2021/2022 учебного года. Для оценки эффективности влияния занятий на организм студентов-медиков, перенесших COVID-19 в легкой форме, и, учитывая специфику проявления постковидного синдрома, анализировали динамику функционального состояния занимающихся. С этой целью использовали основные стандартные показатели дыхательной системы. Эмпирические данные обрабатывали статистически по программе STATISTICA12 с расчетом достоверности различий ($p \leq 0,05$).

Полученные результаты позволили сделать вывод, что применение скандинавской ходьбы на занятиях по физической культуре является эффективным альтернативным средством физической реабилитации у студентов, перенесших COVID-19, и может быть рекомендовано для использования в вузах.

Литература:

1. Гуляев, П. В. Выявление постковидного синдрома у пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию / П. В. Гуляев, С. В. Реснянская // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. – № 52. – С. 107-128.

2. Игина, И. М. Особенности течения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) и постковидный синдром у студентов высших учебных заведений России / И. М. Игина, А. А. Загайнов // Тезисы докладов 88-я Всероссийской Байкальской научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием, посвященной 100-летию НОМУС им. И. И. Мечникова (27-29 апреля, 2021 г., Иркутск). – Иркутск : НОМУС, 2021. – С.47-54.

3. Козыренко, Е. А. Адаптация организма при занятиях скандинавской ходьбой // Тезисы докладов XLIX научной конференции студентов и молодых ученых вузов Южного Федерального округа (01 февраля – 31 марта 2022 г., Краснодар). – Краснодар : ФГБОУ КГУФКСТ, 2022. – Ч.1. – С. 177-179.

4. Козыренко, Е. А. Скандинавская ходьба как средство увеличения двигательной активности студентов специальной медицинской группы / Е. А. Козыренко, Л. А. Якимова, О. П. Десенко // Новые направления в формировании здорового образа жизни : материалы

Международной научно-практической конференции (25-26 октября, 2019 г., Краснодар). – Краснодар : ИПЦ КубГУ, 2019. – С. 51-54.

5. Курбатова, Т. К. Влияние занятий «скандинавской» ходьбой на организм студента / Т. К. Курбатова, М. А. Лукьянов // Аллея науки. – 2018. – Т. 1, № 11-27. – С. 484-487.

6. Мишнева, С. Д. Физическая культура как лечебное средство после COVID-19 / С. Д. Мишнева, М. В. Шаров // Перспективные направления в области физической культуры, спорта и туризма : материалы XI Всероссийской научно-практической конференции (21 октября 2021 года, Нижневартовск). – Нижневартовск : НГУ, 2021. – С. 330-334.

7. Рыжкина, А. С. Физическая реабилитация студентов и преподавателей, переболевших COVID-19 / А. С. Рыжкина, Г. И. Дерябина, В. Л. Лернер // Перспективы развития студенческого спорта и олимпизма: сборник статей Всероссийской с международным участием научно-практической конференции студентов. – Воронеж : ВГИФК, 2021. – С. 113-121.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ХРОНОТИПОВ У КВАЛИФИЦИРОВАННЫХ
ТЯЖЕЛОАТЛЕТОВ

Коробейников Л.А.

Научный руководитель доцент Гронская А.С.

Аннотация. Представлена характеристика распределения вариантов временной организации суточной активности у квалифицированных тяжелоатлетов. Выявлено преобладание спортсменов с хронотипом «голубь», что подтверждает литературные данные о влиянии силовой направленности тренировочного процесса на формирование аритмичного хронотипа по мере роста спортивного мастерства.

Ключевые слова: тяжелоатлеты, хронотип, тренировочный процесс, суточная активность.

В современных условиях постоянно возрастающих требований к уровню подготовленности спортсменов, актуальной междисциплинарной проблемой повышения результативности тренировочного процесса является изучение процессов их адаптации к физическим нагрузкам с учетом ритмичности функций. Установлено, что подключение максимальных возможностей организма происходит в определенное время суток, в то время как в «неэффективное» время работоспособность снижается. Поэтому проведение тренировок в часы, совпадающие с физиологическим пиком жизнедеятельности, увеличивает способность человека к адаптации [1, 2, 5]. В соответствии с этим, изучение вариантов суточной активности у квалифицированных спортсменов является значимой задачей практики спорта.

В эксперименте приняли участие квалифицированные (1, 2 разряд) тяжелоатлеты юношеского возраста (21 человек), тренирующиеся на базе ДЮСШ по тяжелой атлетике в городе Горячий Ключ. Принадлежность спортсменов к одному из трех основных хронотипов («жаворонок», «сова», «голубь») определяли на основании совокупности результатов опросника, температурного теста и расчета индекса Хильдебрандта [6].

По результатам ответов на вопросы установлено преобладание спортсменов с хронотипом «голубь» – 52,4% (11 человек). «Жаворонки» и «совы» составили по 23,8% (по 5 человек). Статистически значимые отличия ($P < 0,001$) установлены между значениями «голубей» ($10,2 \pm 1,4$ балла) и «жаворонков» ($5,3 \pm 0,8$ балла), а также «голубей» и «сов» ($15,4 \pm 0,9$ балла) ($P < 0,01$).

Анализ показателей температурного теста выявил следующее соотношение: «голуби» – 61,9% (13 человек), «жаворонки» – 23,8% (5 человек), «совы» – 14,3% (3 человека). Достоверных отличий между значениями утреннего измерения температуры с интервалом в 1 час после пробуждения у представителей разных хронотипов не установлено. У «аритмиков» изменения составили $0,3 \pm 0,1^\circ\text{C}$, у «жаворонков» – $0,1 \pm 0,1^\circ\text{C}$, у «сов» – $0,6 \pm 0,1^\circ\text{C}$.

Расчет индекса Хильдебрандта (отношения частоты сердечных сокращений к частоте дыхания) показал следующее распределение хронотипов: «голуби» – 66,7% (14 спортсменов), «совы» – 23,8% (5 человек), «жаворонки» – 9,5% (2 спортсмена). Значения индекса у тяжелоатлетов с хронотипами «сова» и «голубь» соответствовали норме ($3,7 \pm 0,2$ у.е. и $4,7 \pm 0,4$ у.е. соответственно). У «жаворонков» показатели находились выше нормы ($5,6 \pm 0,3$ у.е.). Статистически значимые отличия имели место между значениями у «жаворонков» и «сов» ($P < 0,01$), а также «голубей» и «сов» ($P < 0,05$).

На основании сочетания у тяжелоатлетов двух или трех проанализированных признаков, установлено следующее распределение вариантов организации суточной активности: «голуби» – 57,1% (12 спортсменов), «совы» – 23,8% (5 спортсменов), «жаворонки» – 19,1% (4 спортсмена).

Полученные результаты подтверждают информацию из литературных источников о влиянии систематических силовых тренировок и квалификации спортсменов на формирование аритмичного хронотипа. Так, по данным С.А. Лычак и Ю.В. Корягиной (2004), среди спортсменов 1 и 2 разрядов выявляется около 50% «голубей», среди КМС и МС – около 80% [4]. У высококвалифицированных представителей силовых видов спорта количество аритмиков доходит до 93,3% [3].

Литература:

1. Берестнева, О. Г. Биологические ритмы человека и их адаптационная динамика / О. Г. Берестнева, А. М. Уразаев, Г. Е. Шевелев // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – М., 2018. – С. 138-142.
2. Биологические ритмы в спорте: методы исследования и анализа : Методические рекомендации / Ю. В. Корягина, Г. Н. Тер-Акопов, С. В. Нопин, Л. Г. Роголева. – Ессентуки : ФГБУ СКФНКЦ ФМБА России, 2017. – 32 с.
3. Корягина, Ю. В. Восприятие времени и пространства в спортивной деятельности : монография. – М. : Научно-издательский центр «Теория и практика физической культуры и спорта», 2006. – 224 с.
4. Лычак, С. А. Циркадианные изменения процессов восприятия времени и пространства у человека при занятиях спортом / С. А. Лычак, Ю. В. Корягина // Рос. физиол. журн. им. И. М. Сеченова. – СПб. : Наука, 2004. – Т. 90, № 8. – С. 207.
5. Прохорова, Э.М. Биологические ритмы и здоровье / Э.М. Прохорова // Научный журнал «Сервис Plus». – М., 2010. – С. 20-26.
6. Спортивная физиология : сборник заданий для проведения лабораторных работ / авт.-сост. С. С. Павленкович. – Саратов : Изд-во Саратовского государственного университета, 2018. – 51 с.

УДК: 796.01:612

ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ И КООРДИНАЦИИ ДВИЖЕНИЙ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЗАНЯТИЙ ХОРЕОГРАФИЕЙ

Котлицкая А.Д.

Научный руководитель доцент Исаенко Т.А.

Аннотация. Обследование детей периода первого детства с расстройством аутистического спектра выявило низкий уровень развития психомоторики и координации движений. Поиск способов коррекции психофизического здоровья таких детей остается актуальным. Одним из них может стать хореография, обучая пониманию возможности своего тела.

Ключевые слова: дети с расстройством аутистического спектра, первое детство, психомоторика, координация движений, хореография.

Особую категорию среди детей с ограниченными возможностями здоровья представляют ребята с расстройством аутистического спектра (РАС). Это обусловлено спецификой нарушений функций организма. Таким детям свойственны фрагментированное и искаженное восприятие, трудности в обработке ощущений, сенсорная гиперчувствительность, которые формируют двигательную дезадаптацию, снижение уровня физической активности и переносимости физических нагрузок [5], а также, как следствие, нарушения в процессе общения с внешним миром и формировании эмоциональных контактов с людьми [3]. Кроме того, у детей с РАС прослеживаются проблемы с развитием мелкой моторики и координации, что обусловлено дефектом высших уровней регуляции [4].

Значительное влияние на физическое развитие детей оказывает хореография. Сам термин «хореография» означает искусство записи танца. При обучении хореографии используется широкий комплекс движений, в котором изучается спектр положения рук, ног, корпуса, головы, осваиваются всевозможные позы и движения, а также логичные и слитные переходы от одних движений и поз к другим. Все это стимулирует мозговую деятельность, помогает детям развивать координацию и учиться свободно управлять своими движениями. Танец всегда сопровождается проживанием разных эмоций и способствует снятию мышечного напряжения. Следовательно, занятия хореографией могут стать частью работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья для их физического и эмоционального развития [2, 5].

Учитывая вышеизложенное, в центре искусств и спорта ARTVISION Инклюзивный центр «Преград нет» г. Симферополь перед началом занятий хореографией с детьми 4-7 лет с РАС проведена оценка их психомоторного развития по тестам «Кольцо» и «Фонарики», координации движений в тестах «прыжок с поворотом на 360°», «подбрасывание и ловля мяча», «отбивание мяча от пола» [1]. В тесте Ромберга оценивали способность к удержанию равновесия.

При анализе результатов психомоторного теста «Кольцо» выявили, что из 10 обследованных детей с РАС 50% затруднялись выполнить задание, 40% использовали вербальную и физическую поддержку, а один справился с заданием самостоятельно. Среднее количество баллов получилось $1,6 \pm 0,7$. Подобное распределение обнаружилось и в тесте «Фонарики». Среднее значение баллов также составило $1,6 \pm 0,7$. Исследование координации движений в тесте «прыжок с поворотом на 360°» показало, что 60% детей оказались способны к выполнению такого задания, 20% – падали во время приземления, а двое ребят не смогли выполнить тест, осуществляя поворот только на 180°. Подбрасывание и ловлю мяча также выполнили только 60% детей, а 40% обследованных не справились с заданием. Тест с отбиванием мяча от пола оказался не доступен для детей с РАС на данном этапе обследования. Удержание позы Ромберга с закрытыми глазами, стоя на одной ноге с

вытянутыми руками вперед уверенно реализовали 60% детей, но затрачивая разное количество времени, 40% стояли не более 3 с.

Разбор итогов тестирования детей 4-7 лет с РАС выявил слабую координацию движений и зрительное восприятие пространства, низкий уровень концентрации внимания и психомоторики. Таким образом, опираясь на результаты исследования, при составлении программы хореографического занятия целесообразно сделать акцент на движениях и позах, редко используемых в повседневной жизни, но активно задействующих разные отделы и уровни центральной регуляции для эффективной реабилитации детей с РАС.

Литература:

1. Бударин, М. В. Методика обучения детей 11-12 лет с интеллектуальными нарушениями адаптивному плаванию на этапе начальной спортивной подготовки : дис. ... канд. пед. наук, 13.00.04 / Бударин Михаил Валерьевич. – Тамбов, 2018. – 135 с.
2. Гугушвили, Н. С. Влияние занятий хореографией на человека / Н. С. Гугушвили // Молодой ученый. 2015. – № 3. – С. 893-895.
3. Каган, В. А. Аутизм. Родителям об аутизме. – СПб. : Питер, 2016. – 216 с.
4. Никольская, О. С. Аутичный ребенок. Пути помощи / О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. – М. : Теревинф, 2010. – 76 с.
5. Фомичева, Е. Н. Адаптивная физическая культура в реабилитации детей школьного возраста с расстройством аутистического спектра // Антропные образовательные технологии в сфере физической культуры: сб. статей по матер. I Всерос науч.-практ. конф. НГПУ им. К. Минина. – Нижний Новгород, 2015. – С. 243-248.
6. Baranek G. Sensory and motor features in autism: assessment and intervention. In: Volkmar FR, Paul R, Klin A, Cohen D, ed. Handbook of autism and pervasive developmental disorders. 3rd ed. Hoboken/NJ: John Wiley & Sons Inc, 2005; p. 831-57

УДК: 612.43

ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА КАЛОРИЙ И ЧРЕЗМЕРНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК НА ЭНДОКРИННУЮ СИСТЕМУ ЖЕНЩИН

Мельникова Е.С.

Научный руководитель доцент Малука М.В.

Аннотация. В данной статье описано влияние недостаточного питания и чрезмерных физических нагрузок на эндокринную систему женщин.

Ключевые слова: эндокринная система, гормоны, дефицит калорий, физические нагрузки, аменорея.

Состояние эндокринной системы во многом зависит от физических и психических факторов. В результате адаптации к стрессу уровень половых гормонов снижается, репродуктивная система приостанавливает свою функцию с целью экономии энергии. Когда в жизни женщины присутствует огромное количество тренировок, а ее организм находится в дефиците калорий, то тело такие действия воспринимает как угрозу выживания. Соответственно, замедляются те системы организма, которые не являются важными для сохранения жизни [4].

Из-за уменьшения процента жировой ткани подавляется функция гипоталамо-гипофизарно-половой системы. Снижается количество гонадотропных половых гормонов (фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), прогестерона, эстрогенов). Вследствие дефицита эстрогена нарушается выделение физиологически активных веществ гипоталамуса, а их недостаток нарушает контроль гипофизом функций яичников, по причине этого отсутствует овуляция. Также, чрезмерные физические нагрузки и недостаток калорий вызывают повышенное выделение адренокортикотропного гормона (АКТГ), следовательно, выброса андрогенов надпочечниками. Переизбыток АКТГ ухудшает гонадотропную функцию гипофиза, работа яичников нарушается. При низком проценте жира в организме снижается функция щитовидной железы [1], падает секреция гормона роста, но активизируются процессы адаптации. Действие симпатической нервной системы уменьшается, что вместе со сниженной функцией щитовидной железы в значительной степени снижает скорость метаболизма. Уровень кортизола поднимается, вследствие этого поднимается голод. Растет уровень пролактина, так как он тесно связан с уровнем кортизола. Под влиянием высокого уровня пролактина снижается синтез и высвобождение гонадотропин-рилизинг-гормона, аналогично снижается чувствительность гипоталамуса к эстрогенам [3]. У девушек отмечается увеличение дофаминергического воздействия на гонадотропин-рилизинг гормон (ГнРГ). В яичниках по причине гиперпролактинемии тормозится синтез стероидов, происходит раннее рассасывание желтого тела (лютеолиз). Следовательно, функциональная гиперпролактинемия является одной из причин гормонального сбоя.

Длительная задержка менструального цикла (более 2-х месяцев) приводит к снижению уровня половых гормонов, которые удерживают минеральные вещества в костях. В результате сниженного воздействия эстрогенов на белковую матрицу кости ухудшается функциональное состояние остеогенных клеток костного мозга, могут проявляться начальные признаки остеопороза [4, 5].

Учеными был открыт гормон – лептин, с помощью которого сигналы о пищевом поведении и проценте жировой ткани могут передаваться с помощью репродуктивной оси. Рецепторы к лептину находятся в гипоталамусе, клетках аденогипофиза, гранулезных и тека-клетках яичников, эндометрии [7]. Встречаются исследования, которые показывают, что недостаток лептина (при голодании) может ухудшать работу репродуктивной системы и вызвать дисфункцию щитовидной железы. Дефицит калорий и потеря веса приводят к снижению циркулирующего лептина в матричной РНК у женщин. В гипоталамусе мишенью лептина является нейропептид Y (НП-Y). Лептин тормозит активность НП-Y. При

гиполептинемии уровень НП-У увеличивается. Это провоцирует выброс АКТГ с последующей усиленным выбросом кортизола и к уменьшению секреции ФСГ и ЛГ.

Последствия адаптации к стрессовому фактору определяются способностью организма с этим стрессом справляться. Устойчивость к стрессу обусловлена генетически запрограммированными сложными нейрохимическими процессами в лимбико-ретикулярных структурах мозга [2].

Исходя из вышеперечисленного, можно сделать вывод, что для осуществления ремиссии необходимо: обеспечить достаточное поступление калорий с пищей (для занимающихся спортом увеличить потребление белка – не менее 1,5 гр/кг веса тела, потребление жиров не менее 1-1,1 гр/кг веса тела), снизить интенсивность физических нагрузок, обеспечить отдых и восстановление, принимать витаминно-минеральные комплексы, нормализовать психологическое состояние, обратиться к врачу и сдать анализы на гормональный фон [5, 6].

Литература:

1. Алиев, Т. Р. Изменения в функционировании щитовидной железы при нагрузках у спортсменов / Т. Р. Алиев // Физическая культура и здоровье молодежи. – 2022. – С. 120-121.
2. Волель, Б. А. Стресс-зависимые нарушения менструального цикла / А. А. Рагимова, Д. И. Бурчаков и др. // Consilium Medicum. – 2016. – 18 (№6). – С. 8-13.
3. Давидсен, Л. Влияние менструального цикла на детерминанты энергетического баланса: предполагаемая роль в потере веса / Л. Давидсен // Международный журнал по ожирению. – 2007. – № 31. – С. 887-890
4. Кобелькова, И. В. Триада спортсменок и профилактика железodefицитной анемии / И. В. Кобелькова, М. М. Коростелева // Актуальные проблемы физической культуры, спорта, здорового и безопасного образа жизни. – Нижний Новгород, 2021. – №4. – С. 103-104.
5. Лазарев, Э. Н. Влияние занятий профессиональным спортом на менструальную функцию / Э. Н. Лазарев, А. М. Хайтин, Е. М. Барскова, Ю. А. Колода // Проблемы репродукции.– 2020. – № 4. – С. 37-47.
6. Чернуха, Г. Е. Особенности метаболического и пищевого статуса пациенток с функциональной гипоталамической аменореей / Г. Е. Чернуха, Д. В. Гусев, Ю. Б. Москвичева, Г. И. Табеева // Гинекология. – 2017. – №19 (2).– С. 15-18.
7. Чубриева, С. Ю. Жировая ткань как эндокринный регулятор / С. Ю. Чубриева, Н. В. Глухов, А. М. Зайчик // Вестн. Санкт-Петербургского ун-та. – 2008. – № 1. – С. 32-43.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ТРЕНЕРОВ С УЧЕТОМ ТИПА ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Парамонов М.П., Калюжная Л.А.

Научный руководитель доцент Тришин Е.С.

Аннотация. Изучение феномена «эмоционального выгорания» представляет большой интерес в области спортивной науки. Однако исследований, посвященных проблеме эмоционального выгорания у тренеров, тем более с учетом индивидуально-типологических свойств личности, недостаточно. В статье проводится анализ особенностей синдрома психического выгорания у тренеров с учетом типа высшей нервной деятельности.

Ключевые слова: эмоциональное выгорание, высшая нервная деятельность, тренеры.

В настоящее время в спортивной науке феномену «эмоционального выгорания» («синдром психического выгорания», «информационный невроз») уделяется все большее внимание [3, 4]. Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) – это защитный механизм, регламентирующийся полным или частичным исключением эмоций в ответ на психотравмирующие воздействия [6]. Известно, что СЭВ зависит от множества факторов [4]. Одними из важнейших являются индивидуально-типологические свойства личности, в том числе тип высшей нервной деятельности (ВНД) [2, 5]. Несмотря на высокую актуальность рассматриваемой проблемы исследований в этой области недостаточно.

Для определения степени и характера эмоционального выгорания была выбрана методика «Maslach Burnout Inventory» – МБИ (Maslach, Jackson, 1981) [6]. Тип высшей нервной деятельности (темперамент) определяли при помощи классической методики А. Белова [4]. Полученные данные обрабатывали с использованием программы «Statistica 12». Исследования проводились на базе БОУСОШ «ДЮСШ№2» МО Динской район. Всего было обследовано 30 тренеров. Возраст исследуемых составил 32-53 лет.

Сначала нами были исследованы типы ВНД (темперамента). Установлено, что спектр вариантов ВНД тренеров, состоял из 3 типов темперамента, характеризующихся преобладанием одного из вариантов. У большинства тренеров (40%) обнаружен преимущественно сангвинический тип. Следующие в рейтинге занимали преимущественно холерический (33%) и флегматический типы (27%). Следует отметить, что нами не был обнаружен меланхолический вариант, что, скорее всего, связано со спецификой тренерской деятельности.

Рассмотрим влияние, оказываемое типом ВНД на формирование информационного невроза у тренеров. Большинство специалистов спортивной тренировки (42%) подвержены деперсонализации, проявляющаяся в отстранении и даже безразличии к прогрессу технико-тактического мастерства и результатам своих подопечных. У 25% тренеров-сангвиников эмоциональное выгорание формируется по типу истощения эмоциональных и физических ресурсов, связанного с нарушением в работе нейромедиаторов, ответственных за формирование эмоционального статуса [1]. Скорее всего, это происходит в связи с высоким уровнем вовлеченности сангвиников в тренировочный процесс. У 25% зафиксирована редукция должностных обязанностей. Интересно, что стабильный эмоциональный фон обнаружен лишь у 8% специалистов.

В группе холериков у половины опрошенных тренеров (50%) выгорание формируется по типу эмоционального истощения. У представителей данной категории наблюдается снижение подвижности нервных процессов. У 20% тренеров-преподавателей обнаружена деперсонализация, проявляющаяся сильным преобладанием процессов возбуждения над процессами торможения [6]. Редукция личных достижений обнаружена у 30% специалистов. Стабильного эмоционального фона у тренеров холерического темперамента не выявлено.

У подавляющего большинства (63%) тренеров-флегматиков эмоциональное выгорание формируется по типу деперсонализации. У 12% зафиксирована редукция

должностных обязанностей. Интересно, что именно у флегматиков наблюдается самый высокий процент тренеров (25%), имеющих стабильный эмоциональный фон. Скорее всего, это связано с тем, что для сильного, уравновешенного, инертного типа ВНД доминирование системы миндалины – лобная кора определяет хорошо сбалансированные потребности без особого выделения одного из них. Субъект с подобными свойствами игнорирует многие события и реагирует только на высокочастотные сигналы [1].

Таким образом, полученные данные подтверждают зависимость и специфику формирования эмоционального выгорания у тренеров от типа высшей нервной деятельности. Тренерам необходим тщательный самоконтроль за своим психофизиологическим статусом с учетом его индивидуально-типологических свойств личности.

Литература:

1. Беар, М. Ф. Нейронауки. Исследование мозга. – 4-е изд., в трех томах. Том 3. Мозг и поведение. Изменяющийся мозг : Пер. с англ. / М. Ф. Беар, Б. У. Коннорс, М. А. Парадизо. – СПб. : «Диалектика», 2021. – 640 с.
2. Бердичевская, Е. М. Функциональные асимметрии в адаптации человека к экстремальным нагрузкам в настольном теннисе: монография / Е. М. Бердичевская, Е. С. Тришин. – Краснодар : КГУФКСТ, 2018. – 171 с.
3. Гронская, А. С. Особенности психического состояния и уровня стрессоустойчивости студентов в процессе адаптации к условиям самоизоляции / А. С. Гронская, Г. М. Саакян // Сборник материалов XXIII Всероссийской научно-практической конференции «Инновационные преобразования в сфере физической культуры, спорта и туризма». Новомихайловский. Изд-во : Ростовский государственный экономический университет «РИНХ» (Ростов н/Д). – 2020. – С. 226-229.
4. Столяренко, Л. Д. Основы психологии : учебное пособие / Л. Д. Столяренко. – 17-е изд. – Ростов н/Д. : Феникс, 2007. – 672 с.
5. Тришин, Е. С. Psychophysiological features of space-time perception in young qualified athletes taking in light of functional asymmetries / Е. С. Тришин, Е.М. Бердичевская // Журнал «Вестник психофизиологии». – 2020. – №1. – С. 138-140.
6. Maslach С. The measurement of experienced burnout / С. Maslach, S. E. Jackson // Journal of Occupational Behavior. – 1981. – №2. – P. 99-113.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БАСКЕТБОЛИСТОК РАЗНЫХ ИГРОВЫХ АМПЛУА

Поддубная А.А.

Научный руководитель доцент Малука М.В.

Аннотация. На сегодняшний день женский баскетбол является достаточно популярным и быстро развивающимся видом спорта. Систематические занятия баскетболом приводят к качественным физиологическим изменениям в организме, которые отличаются у игроков разных амплуа. В работе проведен анализ литературных данных, посвященных исследованию показателей сердечно-сосудистой системы баскетболисток разных амплуа.

Ключевые слова: женский баскетбол, игровые виды спорта, игровые амплуа, физиологические особенности, соматические особенности, реакция на нагрузку.

Современный баскетбол представляет собой динамичный вид спорта с большим количеством прерывистых, резких движений. Соответственно, физическая подготовленность игроков должна отвечать высоким требованиям, предъявляемым игрой. Помимо уровня развития физических качеств и физического состояния баскетболисток в целом, при создании команды необходимо учитывать и антропометрические данные девушек. Это объясняется уникальной особенностью баскетбола, которая заключается в объединении в одной команде игроков с совершенно разными соматическими показателями [1,2]. Достигается это за счет выделения игровых амплуа – защитник (игрок, который одинаково хорошо показывает себя как в защите, так и в нападении), форвард (игрок, основной функцией которого является набор очков) и центровый (игрок, задача которого бороться за подбор, играя под кольцом). Рассмотрим физиологические изменения, происходящие в организме баскетболисток во время игры.

Согласно статистическим данным, в течение матча игроки преодолевают порядка 4-4,5 км посредством различного рода движений – прыжков, ускорений, перемещений в защитной стойке, ходьбы [4]. Соответственно, нервная система играющих находится в условиях значительного эмоционального возбуждения, что сопровождается выраженными изменениями функций сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также повышением уровня адреналина и глюкозы в крови. Частота сердечных сокращений, к примеру, может достигать 180-230 мин⁻¹, систолическое артериальное давление – 180-200 мм рт ст, а частота дыхания увеличивается до 50-60 дыхательных циклов в минуту [3].

Тем не менее, исследования показали, что игровая позиция баскетболистки оказывает значительное влияние на ее физиологическую форму и физическое состояние. Например, G. S. Bogdanis (2007) были обнаружены значительно более высокие показатели ЧСС во время игры у защитников (185 мин⁻¹), чем у форвардов (175 мин⁻¹) и центровых (167 мин⁻¹) [6]. Также, в рамках одного из исследований было обнаружено, что среднее значение МПК у защитников (60,04 мл/кг/мин) выше, чем у форвардов (59,3 мл/кг/мин) и центровых (56,2 мл/кг/мин) [7]. При анализе этих данных нужно помнить о том, что рост и масса тела баскетболисток разных амплуа отличаются, что сказывается на функциональных показателях.

Для того, чтобы подтвердить связь физиологических и соматических данных игроков было Ж.Л. Козиной и Е.П. Волковым было проведено исследование, в котором в качестве основы был использован метод контроля нагрузки по ЧСС [5]. Баскетболистки разного игрового амплуа выполняли работу на велоэргометре с постепенно повышающимся уровнем нагрузки до личного максимума. Результаты исследования показали, что показатель ЧСС увеличивается у всех спортсменок прямо пропорционально увеличению нагрузки. Наибольшая мощность была зафиксирована при работе форвардов и центровых. Наименьшие значения показателя ЧСС продемонстрировали центровые, а наибольшие – защитники. Это может быть обусловлено тем, что защитники выполняют

высокоинтенсивные технико-тактические элементы (такие как ускорения с ведением мяча) чаще, чем центровые и форварды. Анализируя результаты этого исследования, нельзя заявить о большей работоспособности центровых, так как при соотношении значения мощности к весу баскетболисток, показатели противоположным образом меняются. Это говорит о том, что выносливость спортсменов увеличивается по мере уменьшения ростовых показателей.

Таким образом, можно сделать вывод: игроки, имеющие разные амплуа, демонстрируют разные физиологические показатели. Тем не менее, опираясь на вышеуказанные исследования, можно предположить, что эти отличия обусловлены не выбором конкретной игровой позиции, а соматическими особенностями игроков, начинающих заниматься баскетболом. Вышеописанные исследования могут помочь в индивидуализации тренировочного процесса игроков, что повлечет за собой качественные изменения в результатах, демонстрируемых командами. Анализ литературы показал, что исследования зависимости функциональных показателей организма спортсменов от игрового амплуа в настоящее время становятся актуальными в связи с их малочисленностью и давностью тестирования.

Литература:

1. Аблов, А. Г. Врачебные наблюдения за баскетболистами / А. Г. Аблов. – М., 1982. – 30 с.
2. Баскетбол. Игра центрового // Физическая культура в школе. – 1991. – № 2. – С.59.
3. Буданова, О. Н. Физиологические особенности функционирования систем организма спортсмена в баскетболе : магистерская диссертация. – Самара : СГУ, 2018. – 51 с.
4. Ибо, Ч. Психофизиологический статус баскетболистов-подростков различного игрового амплуа / Ч. Ибо, В. И. Дунай // Мир спорта. – 2021. – № 2(83). – С. 99-102.
5. Козина, Ж. Л. Особенности реакции на физическую нагрузку высокорослых баскетболисток / Ж. Л. Козина, Е. П. Волков // Физическое воспитание студентов. –2001. – №2. –С.9-15.
6. Bogdanis, G. C. Effect soft woddifferentshort-termtraining programs on the physical and technical abilities of adolescent basketball players / G. C. Bogdanis // Journal of science and medicine in sport // Sports Medicine Australia. – 2007. – N 10 (2). – P. 79-88.
7. Short term performance effects of high speed, high force or combined weight training / G. R. Harris [et al.] // Journal of Strength Conditioning. – 2000. – N 14. – P. 14-20.

УДК: 796.01:16+797.2

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТЬ СИСТЕМЫ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПЛОВЦОВ НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ СПОРТИВНОЙ ПОДГОТОВКИ

Саакян Г.М.

Научный руководитель доцент Гронская А.С.

Аннотация. В работе представлена динамика и оценка функциональной производительности респираторной системы пловцов на начальном этапе спортивной подготовки. Было выявлено, что адаптация происходит за счёт напряжения механизмов регуляции при незначительном расширении функциональных резервов системы внешнего дыхания. У большинства исследуемых выявлен нормальный уровень функционирования дыхательной системы, что позволяет говорить о высокой эффективности механизмов адаптации и оптимальном уровне предъявляемых нагрузок.

Ключевые слова: спорт, плавание, адаптация, спортивная подготовка, функциональные резервы, дыхательная система.

Эффективность адаптации спортсменов к физическим нагрузкам (ФН) определяется особенностями физического развития и функциональных резервов организма. В циклических видах спорта уровень физической работоспособности (ФР), прежде всего, определяется показателями адаптационного потенциала сердечно-сосудистой и дыхательной систем [1]. Дыхательная производительность зависит от возрастных особенностей и адаптационно-приспособительных механизмов, а также от воздействия внешних факторов, в том числе и изменений параметров специфической ФН. Снижение эффективности респираторной системы является фактором, главным образом, лимитирующим уровень ФР [2, 3]. Следовательно, динамика и оценка функциональной производительности системы внешнего дыхания и уровня устойчивости организма к специфике нагрузки в плавании остаются актуальными и на сегодняшний день.

Исследование было организовано на базе МАОУ ДО СШ №6 г. Краснодара. В выборку вошли 12 пловцов группы начальной подготовки 2013-2014 года рождения. Измерение показателей проходило в 2 этапа, в начале и конце учебного года.

Для оценки функциональных возможностей респираторной системы были определены частота дыхания (ЧД); жизненная ёмкость лёгких (ЖЕЛ); должная ЖЕЛ (ДЖЕЛ); процентное соотношение ЖЕЛ/ДЖЕЛ; время задержки дыхания на вдохе и выдохе (пробы Штанге и Генчи) и жизненный индекс (ЖИ), а также показатели длины и массы тела [4, 5].

Средние показатели ЧД на первом и втором этапах исследования находились в пределах возрастной нормы (20-22 мин⁻¹) и различия статистически не значимы ($p > 0,01$). Средний показатель ЖЕЛ $1641,67 \pm 132,65$ л, выявленный в начале года, значительно отстаёт от нормы (1,9-2,1 л). Годовой прирост показателя составил всего 0,3 л, что также является статистически не значимым ($p > 0,01$). Примечательно, что показатель соотношения ЖЕЛ/ДЖЕЛ возрос на 8%, а значения ЖИ находились в пределах нормы на всех этапах измерений (45-55 мл/кг).

На основе отдельных показателей, у 41% пловцов значения ЖЕЛ, ЖЕЛ/ДЖЕЛ и ЖИ находились ниже границы нормы даже на втором этапе измерений, что может свидетельствовать о недостаточности дыхательной производительности. Выявлены статистически значимые ($p < 0,01$) различия показателей на разных этапах исследования в пробах Штанге и Генчи, позволяющих косвенно оценить уровень обменных процессов и степень адаптированности дыхательного центра к гипоксемии и гипоксии. Высокие значения данных параметров ($58,58 \pm 7,15$ с и $33,92 \pm 3,81$ с соответственно), свидетельствуют об оптимальности окислительных процессов, кислородной емкости крови и эффективной мобилизации кислородотранспортных систем.

На основе отдельных данных, у 67% параметры находились в границах нормы и даже выше, однако у 33% исследуемых выявленные показатели были значительно ниже нормы, что также может свидетельствовать о недостаточности респираторной функции и низком уровне мобилизации функциональных резервов системы внешнего дыхания к предъявляемым нагрузкам.

Таким образом, на начальных этапах спортивной подготовки резервы респираторной системы изменяются незначительно, а адаптация к нагрузкам происходит за счёт напряжения механизмов регуляции. Знание и учёт возрастных особенностей развития системы внешнего дыхания и специфики тренировочной деятельности пловцов помогут наиболее грамотно подойти к процессу нормирования нагрузки на различных этапах спортивной подготовки.

Литература:

1. Булгакова, Н. Ж. Учёт возрастных закономерностей развития морфологических, функциональных и силовых показателей в спортивном отборе и многолетней подготовке юных пловцов / Н. Ж. Булгакова, В. Р. Соломатин // Учёные записки университета им. П. Ф. Лесгафта. – 2010. – С. 97-102.

2. Говорухина, А. А. Особенности функционального состояния респираторной системы пловцов на разных этапах спортивной подготовки / А. А. Говорухина, Н. С. Ветлакова // Вестник Нижневартковского государственного университета. – 2017. – № 1. – С. 74-79.

3. Каменская, В. Г. Возрастная анатомия, физиология и гигиена : учебник для вузов. Стандарт третьего поколения / В. Г. Каменская, И. Е. Мельникова. – СПб. : Питер, 2018. – 272 с.

4. Нарскин, А. Г. Эффективность использования жизненной ёмкости лёгких у пловцов различной специализации / А. Г. Нарскин, С. В. Мельников, Е. В. Врублёвский // Учёные записки университета им. П. Ф. Лесгафта. – 2016. – № 2(132). – С. 135-139.

5. Шестаков, А. О. Мониторинг морфофункционального и метаболического состояния юных / А. О. Шестаков, А. О. Шепилов, А. В. Ненашева // Человек. Спорт. Медицина. – 2018. – № 1. – С. 60-73.

УДК: 612.6

СТЕПЕНЬ НАПРЯЖЕНИЯ АДАПТАЦИОННЫХ МЕХАНИЗМОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Саакян Г.М.

Научный руководитель доцент Гронская А.С.

Аннотация. В работе представлены результаты исследования адаптационного потенциала сердечно-сосудистой системы детей в процессе начальной адаптации к школьным нагрузкам. Подавляющее большинство детей успешно адаптировались к учебной деятельности. Выявление ранних патологических изменений и пограничных состояний организма играет большую роль в профилактике и предупреждении функциональных нарушений.

Ключевые слова: сердечно-сосудистая система, адаптационный потенциал, здоровье, физиологические резервы, младший школьный возраст, умственная работоспособность.

Актуальность. В настоящее время, наиболее актуальной является проблема состояния здоровья детей и подростков. Важность данного вопроса обусловлена прогрессирующим ухудшением экологической, экономической и эпидемиологической обстановки на современном этапе развития общества. Состояние здоровья детей и адаптационные возможности организма в целом, тесно связаны с уровнем их физической дееспособности, и напрямую определяют успешность педагогических воздействий. В период начала обучения в школе детский организм претерпевает существенные изменения, связанные с резким снижением двигательной активности и увеличением длительности статических нагрузок [1, 2].

Незавершённая организация физиологических систем и механизмов регуляции функций сердечно-сосудистой системы (ССС) в детском возрасте увеличивает риск возникновения функциональных сдвигов при воздействии неблагоприятных факторов. Особое внимание исследователей привлекает изучение функционального состояния ССС детей как «индикатора адаптационно-приспособительной деятельности целостного организма» с учётом возрастных закономерностей развития и специфическими условиями основного вида деятельности [4, 5]. Следовательно, вопрос изучения функционального состояния и механизмов адаптации ССС детей к школьным нагрузкам остаётся актуальным.

Исследование проводилось на базе МБОУ МО СОШ №34 города Краснодар. В выборку вошли 59 учеников 1 класса, не посещающих дополнительные спортивные секции, а занимающиеся только на уроках физической культуры.

Степень напряжения механизмов регуляции ССС оценивалась по показателю адаптационного потенциала (АП), методика которого основана на кибернетическом анализе сердечного ритма [3].

Среднее значение ЧСС $88,42 \pm 0,34$ мин⁻¹, выявленное у детей, несколько превышает показатели нормы в данном возрасте (80-85 мин⁻¹). На основе отдельных данных, у 12-ти человек (31,57%), показатель превышает 90 мин⁻¹. Показатели систолического артериального давления несколько ниже возрастной нормы (100-110 мм.рт.ст.), что может быть обусловлено малым систолическим объёмом вследствие низкой мощности миокарда, а также широким просветом и повышенной эластичностью сосудов.

Средний показатель АП $1,83 \pm 0,72$ балла, выявленный в ходе исследования, свидетельствует о том, что большинство школьников адаптировались к условиям нового основного вида деятельности без функциональных нарушений. Однако, на основе отдельных показателей, у 14-ти человек (36,84%) показатель превышает 2,4 балла, что свидетельствует о смещении показателей АП ССС относительно нормы, и может проявляться в снижении иммунных и компенсаторных возможностей организма, вследствие неэкономного расхода физиологических ресурсов.

Таким образом, определение и прогностическая оценка АП ССС детей на доврачебном этапе, позволяет выявить индивидуальные особенности функционального состояния организма, функциональных резервов и направленности их изменений.

Подавляющее большинство детей успешно адаптировались к учебной деятельности, но стоит принять во внимание и то, что школьников с повышенным значением АП также много, что косвенно может свидетельствовать о негативном влиянии длительных статических нагрузок, преобладающих в повседневной жизни школьника, на состояние организма в целом, что особенно проявляется в период первичной адаптации.

Литература:

1. Адамова, М. В. Педагогические проблемы здоровья в медицинские задачи в педагогике / М. В. Адамова, В. Д. Ловицкий // Объединённый научный журнал. – М. : Тезариус, 2002. – С. 32-34.

2. Богданов, А. В. Физиология центральной нервной системы и основы адаптивных форм поведения : учебник для вузов. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва : Изд-во Юрайт, 2019. – 351 с.

3. Баевский, Р. М. Современное состояние исследований по variability сердечного ритма в России / Р. М. Баевский, Г. Г. Иванов, Г. В. Рябыкина // Вестник аритмологии. – 1999. – №14. – С. 71-75.

4. Гронская, А. С. Уровень адаптационного потенциала сердечно-сосудистой системы пловцов группы начальной подготовки / А. С. Гронская, Г. М. Саакян // Интеграция науки и общества в современных социально-экономических условиях : сборник научных статей. Издательство «Перо», 2020. – С. 9-12.

5. Каменская, В. Г. Возрастная анатомия, физиология и гигиена : учебник для вузов. Стандарт третьего поколения / В. Г. Каменская, И. Е. Мельникова. – СПб. : Питер, 2018. – 272 с.

УДК: 615.825

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ВАЛЬГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ СТОП Смалиус И.С.

Научный руководитель доцент Бугаец Я.Е.

Аннотация. В работе представлены результаты исследования физической реабилитации у детей 4-6 лет с диагнозом вальгусная деформация стоп. Обнаружены более значительные положительные сдвиги в коррекционном процессе в экспериментальной группе, использующей разработанную комплексную программу.

Ключевые слова: вальгусная деформация стоп, дети 4-6 лет, физическая реабилитация.

Дети с вальгусной деформацией стоп при своевременной постановке диагноза имеют положительный прогноз на реабилитационный процесс [2, 4]. Основными средствами коррекции при вальгусной деформации стоп являются ЛФК и массаж, вспомогательными – кинезиотейпирование, физиотерапия, ортезирование, применение ортопедической обуви, стелек [1]. Применение несколько корректирующих средств одновременно. Комплексное применение корректирующих реабилитационных средств позволяет проводить профилактику и восстановление нарушенных функций, препятствовать возникновению вторичных дефектов, тем самым повышая эффективность реабилитационного процесса [3].

Целью исследования явилось исследование эффективности применения комплекса реабилитационных средств при вальгусной деформации стоп у детей 4-6 лет.

Исследования проводили на базе Государственного казенного учреждения социального обслуживания Краснодарского края «Краснодарский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями». Обследовали 16 детей с диагнозом вальгусная деформация стоп I, II и III степени тяжести. Методом случайной выборки испытуемые были разделены на две группы. Контрольная группа (8 человек) проходила восстановительный процесс по программе реабилитации, включающей стандартные компоненты – ЛФК, массаж и физиотерапия. Экспериментальная группа (8 человек) занималась по разработанной программе реабилитации на основе применения ЛФК, массажа и кинезиотейпирования, направленной на нормализацию мышечного тонуса нижних конечностей и восстановление нарушенных функций стоп. Степень тяжести вальгусной деформации стоп анализировали по углу отклонения пятки к оси голени. Для определения опущения свода стопы использовали метод подометрии (индекс Фриндлянда). Силу мышц нижних конечностей характеризовали с помощью тестов «Приседания» и «Подъем на полупальцы». Статистическую обработку результатов проводили с помощью t-критерия Стьюдента для установления различий средних значений двух выборок.

Анализ проведенных исследований показал высокую эффективность применения реабилитационных программ в обеих группах. Среди испытуемых не было выявлено детей с III степенью вальгусной деформации. В контрольной группе 38% детей имели вторую степень деформации, увеличилось количество детей с I степенью. Вальгусная деформация стоп не обнаруживалась у 25% испытуемых. В экспериментальной группе выявлено значительное снижение количества детей со второй степенью деформации, а у 50% детей по окончании исследования вальгусные изменения отсутствовали.

После эксперимента средние показатели угла отклонения пятки к оси голени в экспериментальной группе были на 27% ниже, чем в контрольной. Индекс Фриндлянда в экспериментальной группе свидетельствовал о лучших результатах высоты свода стопы, по сравнению с контрольной группой на 10%.

Сравнительный анализ результатов повторного педагогического тестирования свидетельствует о превосходстве уровня развития силы мышц нижних конечностей у детей экспериментальной группы в среднем на 13%.

Полученные данные свидетельствуют о более значительных сдвигах в коррекционном процессе у детей экспериментальной группы. У половины испытуемых не выявлена вальгусная деформация при анализе медицинских карт, а данные подометрии показывают нормализацию высоты свода стоп.

Литература:

1. Гацкан, О. В. Формирование плоскостопия, его профилактика и лечение при различных формах // Тенденции развития науки и образования. – 2020. – № 65 (часть 1). – С. 60-65.
2. Затравкина, Т. Ю. Плоскостопие у детей: этиопатогенез и диагностика (обзор) / Т. Ю. Затравкина, С. А. Рубашкин, М. М. Дохов // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2018. – 14 (3). – С. 389-395.
3. Конюхов, М. П. Тактика и принципы лечения врожденных деформаций стоп / М. П. Конюхов, Ю. А. Лапкин, А. Н. Янов // Оптимальные технологии диагностики и лечения в детской травматологии и ортопедии. Ошибки и осложнения. – СПб. : Человек, 2003. – С. 327-329.
4. Раскова, Г. В. Профилактика и коррекция плоско-вальгусной установки стопы у детей дошкольного возраста / Г. В. Раскова, Т. А. Власова // Педагогика: традиции и инновации : Материалы VI Международной научной конференции. – 2015. – С. 92-95.

Аннотация. Представлен анализ научной литературы по проблеме вестибулярной устойчивости спортсменов. Выявлены необходимость исследования постурального баланса в спортивных единоборствах, изучение устойчивости в вертикальной позе при помощи метода компьютерной стабиллографии как объективного способа проведения оперативного контроля

Ключевые слова: постуральный баланс, стабиллометрия, спортсмены-единоборцы.

Положение тела в состоянии покоя является важной частью жизни человека, как в повседневной деятельности, так и в спортивной. Нарушения в движении и удержании этого положения могут проявляться, например, негативным изменением координации движений, недостаточной нагрузкой опорно-двигательного аппарата. Таким образом, способность сохранять положение покоя играет относительно важную роль в предотвращении травм. В обществе спорт в основном ассоциируется с хорошим состоянием тела, считается полезным (за исключением получения спортивных травм) для организма человека и рекомендуется многими специалистами. При занятиях спортом повышаются требования к организму человека, нарушается гомеостаз, что в разумных количествах приносит пользу, а благодаря повторению спортивной деятельности организм человека адаптируется к нагрузке. Через адаптацию происходит и улучшение в сфере спортивной деятельности. В спорте более высокие требования предъявляются к координации, мышечной силе, восприятию окружающей среды через сенсорные функции, проприоцептивной информации от мягких тканей, тренированности и психологической стороне личности. В каждом виде спорта существуют определенные позы, в которых человек выполняет спортивную деятельность, и упомянутые аспекты затрагиваются в большей или меньшей степени. В целом, результаты теста вертикальной позы должны быть лучше у спортсмена, чем у человека, который не занимается частой физической активностью [3].

Поза является необходимым компонентом механизмов ходьбы и других форм передвижения человека и является решающим компонентом всех двигательных программ. Во время движения постуральная система заменяется фазовой мускулатурой, так как без этой системы невозможно выполнение движения. После окончания движения достигается новое положение и снова преобладает постуральная функция, контролируемая преимущественно тоническими (постуральными) мышцами. Сохранение позы инициируется деятельностью коротких мышц, стабилизирующих положения отдельных сегментов. При этом происходит деятельность более длинных мышц, объединяющих отдельные сегменты в устойчивое единое целое. Смещенное положение сегментов постоянно уравнивается вокруг среднего положения. Это обеспечивает устойчивость и переход от спокойного положения к движению и наоборот [2].

Постуральный баланс представляет собой координационную способность поддержания и управления общим центром масс тела, препятствующую падению или нарушению равновесия в статических или динамических положениях. На устойчивость постурального баланса влияет множество факторов: например, биомеханических (рост), психологических (усталость, психическое состояние) или экологических (например, количество света). Существуют следующие компоненты, имеющие принципиальное значение для обеспечения постуральной устойчивости: сенсорный компонент - обеспечивается проприоцепцией, зрением, вестибулярным аппаратом, слухом; исполнительный компонент - обеспечивается опорно-двигательным аппаратом (кости, мышцы, связки); управленческий компонент - обеспечивается ЦНС. Оптимальное положение тела в пространстве, по отношению к объектам окружающей среды обуславливает оптимальную реализацию двигательных циклических, ациклических, акробатических, спортивно-игровых действий [4].

Спортсмены-единоборцы, в отличие от людей, не занимающихся спортом, имеют высокие показатели вертикальной устойчивости, а также некоторыми навыками ее обеспечения и сохранения. Это связано с тем, что спортсмены-единоборцы адаптированы к тяжелым условиям удержания нужной позы с учетом вестибулярной, скоростно-силовой и субмаксимальной нагрузки. Условия формирования и функционирования всего специфического двигательного стереотипа напрямую зависит от условий, в которых развивается и функционирует опорно-двигательный аппарат спортсмена [5].

Асимметричность распределения нагрузок на мышцы и суставы, условия соревновательной деятельности влияют на проприоцептивную афферентацию, на основе которой центральная нервная система адаптируется к особенностям профессиональной деятельности [5]. Для спортсменов-единоборцев характерно формирование специфических особенностей функционирования постуральной системы. Заключается это в том, что во время профессиональной деятельности спортсмена ограничивается восприятие той сенсорной информации, которую менее целесообразно воспринимать, а приоритет отдается другим сенсорным системам. Необходимо это для того, чтобы обеспечить высокий уровень вертикальной устойчивости. Такие факторы, как, например, утомление, могут серьезно нарушать ориентацию в пространстве, сохранение равновесия, корректное выполнение технических элементов в единоборствах. В конечном счете, это приводит к снижению работоспособности. Именно поэтому необходим постоянный и полноценный контроль функционального состояния организма спортсмена в процесс макро- и мезоциклов подготовки, его статокINETической устойчивости. Одним из наиболее объективных способов оперативного контроля в спорте высших достижений является исследование устойчивости в вертикальной позе при помощи метода компьютерной стабилотрии. Благодаря этому методу становится возможным эффективно оценить биомеханические показатели, а также определить соотношения зрительной и проприоцептивной систем количественно. Это необходимо для поддержания равновесия в соответствующей стойке на основе таких параметров как коэффициент Ромберга и площадь статокИнезиограммы [1].

Таким образом, при изучении постурального баланса в единоборствах необходимо учитывать особенности вида спорта. На этом основании должны отбираться те оценочные тесты, которые максимально близко моделируют специфику спортивной деятельности. Максимально объективно оценить состояние постуральной системы, координационно-двигательных способностей спортсмена возможно при использовании компьютерной стабилотрии [2]. Результаты подобных исследований позволяют получить представление о физиологических механизмах управления движениями, расширить теорию и методику подготовки спортсменов-единоборцев.

Литература:

1. Батыршина, Г. Р. Сравнительный анализ результатов исследования статокИнетической системы у спортсменов-единоборцев в морфологическом аспекте / Г. Р. Батыршина, А. Э. Батуева // Физическая реабилитация в спорте, медицине и АФК. – 2018. – С. 22-24.
2. Нагаева, Е. И. Развитие способностей к поддержанию равновесия у единоборцев на этапе начальной спортивной подготовки / Е. И. Нагаева, Е. А. Бирюкова, Н. П. Мишин // Научный Вестник Крыма. – 2020. – №. 4 (27). – С. 1-12.
3. Нопин, С. В. Характеристики постурального контроля движений спортсменов различных видов спорта с позиции формирования двигательного динамического стереотипа / С. В. Нопин, Ю. В. Корягина, Ю. В. Кушнарева // Современные вопросы биомедицины. – 2022. – Т. 6, № 2. – С. 370-375.
4. Динамика постурального баланса в вертикальной позе тхэквондистов высокой квалификации в годовом макроцикле / Д. А. Сарайкин, В. В. Епишев, В. И. Павлова, Ю. Г. Камскова // Человек. Спорт. Медицина. – 2017. – Т. 17, № 3. – С. 25-34.
5. Динамическая позная устойчивость высококвалифицированных спортсменов, специализирующихся в игровых видах спорта / А. С. Тришин, Е. М. Бердичевская, Е. С. Тришин, А. М. Пантелева // Журнал медико-биологических исследований. – 2020. – Т. 8, № 4. – С. 401-408.

УДК: 796.86

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОРГАНИЗМА КАК ФАКТОРЫ ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА ЮНОГО ФЕХТОВАЛЬЩИКА

Фиткулин В.С.

Научный руководитель доцент Малука М.В.

Аннотация. В данной работе проведен анализ научной литературы, связанной с психофизиологическими характеристиками и их значением в тренировочном процессе.

Ключевые слова: фехтование, свойства внимания, сенсомоторные реакции, пространственно-временные характеристики.

Фехтование является одним из самых сложно-координационных и скоростных видов спортивных единоборств, в котором важную роль играет взаимосвязь физических качеств, врожденных способностей и различных психомоторных качеств спортсмена, обусловленных комплексом простых и сложных сенсомоторных реакций. В этом виде спорта требуется высокий уровень развития восприятия движения, пространства и времени. Все это вместе с технико-тактической составляющей тренировочного процесса обеспечивает эффективность подготовки фехтовальщиков [2, 4].

Спортсмену-фехтовальщику важно обладать рядом определенных психофизиологических свойств, развитию которых следует уделять особое место в тренировочном процессе.

Фехтовальщику необходимо воспринимать и перерабатывать большой объем информации о намерениях и действиях противника, обстановке боя в целом, что требует постоянной концентрации внимания. Важно оценивать тактическую ситуацию и выбирать из массы технико-тактических действий наиболее эффективные, способствующие спортсмену завершить боевой эпизод в свою пользу [6]. Техническая подготовка фехтовальщика неразрывно связана с развитием специальных физических качеств и свойств восприятия: целостности, константности, предметности и др., которые необходимы в освоении техники движения [4].

В свою очередь, восприятие движения пространства и времени связано с образом движения, т.е. проецированием и реализацией двигательных действий спортсменом, обеспечивающими решение конкретной двигательной (технической) задачи. В фехтовании наибольшую значимость для создания образа движения и овладения техническими элементами имеет оценка дистанции, направления движения и его амплитуды, скорости выполнения и ускорения в необходимый момент, темпа и ритма, преемственности в используемой последовательности движений. Наличие специализированного восприятия времени у спортсмена создает предпосылки развития быстроты, точности и качества координации движений [3, 4].

В научной литературе встречаются данные о взаимосвязи уровня спортивной результативности с показателями простых и сложных сенсомоторных реакций, особенностями пространственно-временного восприятия [1, 3, 5, 7].

В связи с этим, а также малочисленностью научных работ, исследование психофизиологических характеристик организма фехтовальщика является актуальным.

Литература:

1. Абдуллаев, И. М. Зависимость успешности в спринтерских видах легкой атлетики от моторной асимметрии и особенностей психологического профиля / И. М. Абдуллаев, Л. И. Губарева // Вестник Северо-Кавказского федерального университета. – 2014. – №4. – С. 83-88.

2. Бернштейн, Н. А. О ловкости и ее развитии / Н. А. Бернштейн. – М. : Физкультура и спорт, 1991. – 288 с.

3. Корягина, Ю. В. Хронобиологические основы спортивной деятельности / Ю. В. Корягина. – Омск : Изд-во СибГУФК, 2008б. – 264 с.
4. Развитие сенсорно-перцептивных качеств спортсменов на этапах становления спортивного мастерства : практ. пособие / Е. В. Микуло [и др.]. – Минск : БГУФК, 2014. – 104 с.
5. Сологуб, Е. Б. Спортивная генетика : учебное пособие для высших учебных заведений физической культуры / Е. Б. Сологуб, В. А. Таймазов. – М. : Терра-Спорт, 2000. – 127 с.
6. Тышлер, Д. А. Фехтование : учебник для институтов физической культуры / Д. А. Тышлер. – Москва : Физкультура и спорт, 1978. – 336 с.
7. Чарыкова, И. А. Анализ особенностей сенсомоторного реагирования в условиях адаптации к физической активности разной направленности / И. А. Чарыкова, Е. А. Стаценко, Н. А. Парамонова // Медицинский журнал. – 2009. – № 4. – С. 119-121.

УДК: 796.83

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ БЫСТРОТЫ У КВАЛИФИЦИРОВАННЫХ БОКСЕРОВ В СПЕЦИАЛЬНО-ПОДГОТОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ТРЕНИРОВКИ

Чалукян А.А.

Научный руководитель доцент Гронская А.С.

Аннотация. Представлен анализ динамики показателей быстроты у квалифицированных боксеров разного пола в специально-подготовительном периоде тренировки. Выявлен высокий исходный уровень исследованных параметров, полностью соответствовавших специализации и квалификации спортсменов, а также их положительные изменения в результате тренировки, направленной на совершенствование координационных механизмов.

Ключевые слова: боксеры, быстрота, тренировочный процесс, подготовительный период, время реакции.

Одной из задач тренировочного процесса в боксе является гармоничное развитие скоростных способностей, в значительной степени определяющих успешность ударов, передвижений, контрдействий и других приемов в течение боя. Кроме того, максимальный темп нагрузки неизбежно приводит к развитию утомления, снижающему динамику и частоту движений. По мнению А. Wandee, В. Benjaralakorn (2018), важным фактором результативности поединка в боксе является поддержание стабильной частоты выполнения соревновательных действий в условиях психологического напряжения [7]. Это определяет необходимость доведения до совершенства скоростной подготовки боксера. Однако, в ряде случаев, в частности, при подготовке спортсменов высокой квалификации, методы и средства, которые были использованы на предшествующих этапах тренировки, оказываются недостаточными для дальнейшего прогресса. В таких ситуациях уровень специальной работоспособности может быть повышен за счет применения специализированных средств, рационально организованных в рамках определенных периодов тренировочного процесса [1, 2, 6].

В эксперименте приняли участие 13 квалифицированных (6 КМС, 4 МС, 3 МСМК) боксеров (6 юношей и 7 девушек) – членов сборной команды КГУФКСТ, отобранных для участия в VIII Всероссийской летней Универсиаде в г. Ульяновск. С использованием программно-аппаратного комплекса «Спортивный психофизиолог» определяли время простой двигательной реакции на свет (ВПДРС) и реакцию на движущийся объект (РДО). Промежуток между измерениями показателей составил 3 недели. За это время в тренировочный процесс специально-подготовительного периода была внедрена методика 3-х-минутных спаррингов с противниками разных весовых категорий, направленная на совершенствование координационных механизмов, обеспечивающих скоростно-силовые способности, а также на развитие скоростной выносливости.

Индивидуальная вариабельность показателей ВПДРС в первом тестировании была незначительной. Все значения соответствовали нормам для спортсменов (0,134±0,009с – девушки, 0,131±0,008 с – юноши) [3]. Статистически значимых отличий между боксерами разного пола не установлено. При проведении боя простые двигательные реакции имеют место в виде predetermined ответов на внезапно проявляющиеся, но заранее известные действия противника. Более частым проявлением быстроты в реальных условиях является РДО, характеризующая способность спортсмена соотносить пространственные отношения между предметами с временными характеристиками перемещения. Кроме того, данный показатель отражает соотношение в коре головного мозга процессов возбуждения и торможения. В соответствии с данными Ю.В. Корягиной (2006), боксеры, баскетболисты и волейболисты совершают в данном тесте наименьшее количество ошибок [4]. У обследованных боксеров суммарное время реакций опережения (-0,316±0,031с – девушки, -0,302±0,039с – юноши) было больше, чем время реакций опоздания (0,049±0,006с и

0,045±0,007с соответственно). Это указывает на закономерное преобладание возбуждающих центральных механизмов при подготовке спортсменов к ответственным соревнованиям. Статистически значимые отличия ($P<0,05$) установлены по значениям ошибки реакций опережения, которая у юношей-боксеров была меньше, чем у девушек.

Второе тестирование показателей ВПДРС (0,130±0,008с – девушки, 0,127±0,007с – юноши) не выявило статистически значимой динамики. Можно предположить, что значения элементарных форм быстроты в результате рационально организованного тренировочного процесса закрепились на изначально высоком уровне с изменением их вклада в эффективность выполняемых действий. Кроме того, это подтверждает литературные данные о стабильности врожденных характеристик нервно-мышечного аппарата. Интенсивная двигательная деятельность способствует увеличению лабильности мионевральных синапсов, совершенствованию межмышечной и внутримышечной координации за счет чего происходит более быстрая смена возбуждения и торможения, а также уменьшается время реакций опоздания [3, 5]. В нашем исследовании суммарное время реакций опоздания статистически значимо ($P<0,05$) укоротилось у девушек до 0,037±0,005с (на 32,4%), у юношей – до 0,034±0,006с (на 32,3%). Уменьшение времени реакций опоздания у девушек-боксеров до -0,295±0,028с составило 7,1%, у юношей до -0,272±0,049с – на 11%. Достоверные изменения ($P<0,05$) выявлены только по значениям юношей.

Таким образом, показатели, характеризующие проявление форм быстроты у обследованных боксеров в конце специально-подготовительного периода полностью соответствовали их спортивной квалификации, что указывало на готовность членов сборной команды КГУФКСТ по боксу участвовать в ответственных соревнованиях. Практическим подтверждением эффективности тренировочного процесса в команде явились высокие результаты (1-е место в командном зачете) ее представителей на VIII Всероссийской летней Универсиаде в г. Ульяновск.

Литература:

1. Аксютин, В. В. Исследование специальной работоспособности у боксеров с различными стилями ведения поединка / В. В. Аксютин, Г. В. Коробейников // Физическое воспитание студентов. – 2014. – № 5. – С. 3-7.
2. Волкова, Е. В. Методика развития скоростно-силовых способностей у начинающих боксеров / Е. В. Волкова, Р. Ж. Мамедов // Автономия личности. – 2020. – № 1 (21). – С. 117-125.
3. Катрич, Л. В. Проблемы адаптации в спорте высших достижений : курс лекций / Л. В. Катрич, Е. С. Тришин. – Краснодар : КГУФКСТ, 2020. – 80 с.
4. Корягина, Ю. В. Восприятие времени и пространства в спортивной деятельности. – М. : Научно-издательский центр «Теория и практика физической культуры и спорта», 2006. – 224 с.
5. Мужбатулин, Р. Р. Скоростно-силовая подготовка боксеров : учебно-методическое пособие. – Анжеро-Судженск : МБ ФСУ СШ «Сибиряк», 2020. – 29 с.
6. Новое в системе спортивной подготовки в боксе: зарубежный опыт. Выпуск 21 : научно-методическое пособие / авт.-сост. А. И. Погребной, И. О. Комлев, переводчики : В. А. Горбунов, Е. В. Литвишко. – Краснодар : КГУФКСТ, 2020. – 64 с.
7. Wandee A., Benjapalakorn B. The Activity Profiles of Winning Male Amateur Boxers in the 2012 Olympic Games // Journal of Exercise Physiology (online). – 2018. – Vol. 21. – №3. – pp. 183-192.

УДК: 796.01:612+796.412.2

ХАРАКТЕРИСТИКА МЫШЕЧНОЙ АКТИВНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПРОЦЕССЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ УПРАЖНЕНИЙ ЮНЫМИ ГИМНАСТКАМИ

Шапка Е.С.

Научный руководитель доцент Швыдченко И.Н.

Аннотация. Выявлены особенности адаптации нервно-мышечного аппарата в тренировочном процессе юных гимнасток. Установлено равное распределение амплитудно-частотных характеристик электромиографической активности левой и правой нижних конечностей, что может свидетельствовать о равномерном симметричном вовлечении моторных единиц в процесс выполнения специфической тренировочной нагрузки.

Ключевые слова: электромиограмма, икроножные мышцы, художественная гимнастика.

Достижение значимых результатов в спорте сопряжено с высокой конкурентоспособностью, что требует тщательного планирования реализации тренировочного процесса и глубоких знаний механизмов адаптации к спортивной деятельности [3]. В этих условиях уделяется особое внимание совершенствованию функциональных возможностей организма, организации контроля физических нагрузок и методикам исследования спортсменов, особенно на начальных этапах тренировочного процесса у детей. Актуальным направлением спортивной физиологии является изучение особенностей адаптации нервно-мышечного аппарата спортсменов к физической нагрузке. Комплексный подход в исследовании двигательной активности с включением электромиографических методов позволяет оценить уровень адаптационных процессов моторной системы при выполнении физических нагрузок на всех этапах медико-биологического сопровождения спортсменов [2, 4]. Электромиография эффективно решает задачи, связанные с двигательной деятельностью, определяет роль конкретных мышечных групп, участвующих в том или ином моторном акте, что делает данный метод исследования важным в спортивной физиологии [1].

Цель данной работы – выявление особенностей адаптации нервно-мышечного аппарата в тренировочном процессе юных гимнасток на основе анализа электромиографической активности мышц нижних конечностей.

В исследовании приняли участие 33 девочки 7-11 лет, занимающиеся художественной гимнастикой и имеющие спортивный разряд от юношеского до взрослого. Мониторинг мышечной активности (электромиограмма (ЭМГ) мышц левой и правой конечности) в процессе выполнения двигательных упражнений проводили с помощью системы «Callibri Muscle Tracker» (Нейротех, Россия). Местом наложения модуля регистрации явилась латеральная головка икроножной мышцы (*caput laterale m. Gastrocnemius*). Передача информации с датчика на персональный компьютер осуществлялась Bluetooth-связью. Полученные записи ЭМГ были обработаны с помощью программного обеспечения «НейроМД Спортивная ЭМГ», что позволило рассчитать следующие параметры: максимальную амплитуду повторения (A_{max} , мкВ), среднюю амплитуду повторения ($A_{ср}$, мкВ), среднее значение площади повторения (S , мВ*мс), среднюю длительность повторения ($T_{ср}$, с), частоту повторений (F , пвт/с). ЭМГ проводили при выполнении упражнений «перекат» и «прыжок». В первом случае спортсменки в вертикальной позе пять раз вставали на носки, затем на пятки, задерживаясь последний раз на носках до 5 с. Во втором случае обследуемые выполняли три прыжка вверх со взмахом рук с интервалом 2 с.

Полученные результаты показали, что все исследуемые параметры ЭМГ при выполнении специфических упражнений юными гимнастками не имели статистически значимых отличий между левой и правой нижними конечностями, несмотря на незначительные расхождения в распределении средних амплитудных паттернов в

упражнении «перекат»: 53,00 (47,00-59,00) % слева и 47,00 (41,00-53,00) % справа ($p>0,05$). Распределение средних амплитудных паттернов в упражнении «прыжок» было равным с обеих сторон: 50,00 (40,00-62,00) % и 50,00 (38,00-60,00) %, слева и справа, соответственно.

На основании полученных результатов, можно сделать вывод, что ЭМГ-активность мышц левой и правой нижних конечностей в процессе выполнения специфической тренировочной нагрузки юными гимнастками характеризуется равным распределением амплитудно-частотных параметров, что может свидетельствовать о равномерном симметричном вовлечении моторных единиц в процесс выполнения специфической тренировочной нагрузки, что особенно важно с точки зрения обеспечения эффективности отталкивания стопы от опоры у гимнасток.

Литература:

1. Абуталимова, С. М. Применение электромиографии для исследования функционального состояния нервно-мышечного аппарата спортсменов с разной направленностью тренировочного процесса // *Современные вопросы биомедицины*. – 2022. – Т. 6, № 1. – С. 73-79.
2. Капилевич, Л. В. Электрофизиологические характеристики нервно-мышечной системы у спортсменов в тренировочном процессе силовой направленности /Л. В. Капилевич, М. Б. Ложкина, С. Г. Кривошеков // *Физиология человека* – 2016. – Т. 42, №. 4. – С. 51-60.
3. Регуляция концентрического мышечного сокращения у спортсменов, адаптированных к двигательной деятельности разной направленности / М. Н. Поповская, С. А. Моисеев, И. И. Таран, А. М. Пухов и др. // *Наука и спорт: современные тенденции*. – 2018. – Т.18, №1. – С. 101-105.
4. Шишкин, А. В. Проблема применения электромиографии с целью повышения эффективности тренировочного и соревновательного процессов в адаптивном спорте / А. В. Шишкин, А. Е. Митин, С. О. Филиппова // *Современные проблемы науки и образования*. – 2013. – № 6. – URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=11055>.

КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЖЕНЩИН, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ГИРЕВЫМ СПОРТОМ

Эйсан М.Е.

Научный руководитель доцент Бугаец Я.Е.

Аннотация. Представлен сравнительный анализ кардиореспираторных показателей у женщин, занимающихся гиревым спортом. Представительницы высокой квалификации обнаруживали меньшие показатели частоты сердечных сокращений, индекса Робинсона и увеличение времени задержки дыхания в пробе Штанге, что характеризовало более стабильный уровень гемодинамической нагрузки и экономизацию кардиореспираторных процессов.

Ключевые слова: гиревой спорт, женщины, кардиореспираторные показатели.

Многолетние и систематические занятия гиревым спортом положительно влияют на функциональное состояние организма, расширяют его возможности и совершенствуют работоспособность [3]. Исследования в области женского гиревого спорта немногочисленны и рассматриваются, в основном, с позиций спортивной тренировки, отбора перспективных спортсменок, профилактики и восстановления нарушений половой сферы [1].

Данный вид спорта характеризуется значительной мощностью реализуемой работы, которая формирует определенные особенности адаптивных реакций организма спортсменок, в первую очередь функциональное состояние лёгочной и сердечнососудистой системы, являющихся регламентирующим фактором в достижении желаемого результата [2]. Поэтому изучение функциональной адаптации женского организма к силовым нагрузкам, направленной на оптимизацию спортивной тренировки, представляют научный и практический интерес [4].

Целью работы явился сравнительный анализ кардиореспираторных показателей женщин, занимающихся гиревым спортом. В эксперименте приняли участие 16 спортсменок 18±3 лет разных весовых категорий. Первую группу составили 9 человек с квалификацией первый спортивный разряд, вторую – 7 КМС. С помощью общепринятых методик определяли частоту сердечных сокращений (ЧСС) и систолическое артериальное давление (АДсис) в покое, рассчитывали индекс Робинсона (ИР), выполняли пробу Штанге. Для статистической обработки результатов использовали пакет прикладных программ Statistica 10. Сравнение групп по количественным признакам проводили с использованием параметрических (t-критерий Стьюдента). Наблюдаемые различия считались не случайными при $P < 0,05$.

В результате проведенных исследований было обнаружено, что в первой группе средняя ЧСС в состоянии покоя составила $65,1 \pm 4,7$ мин⁻¹, во второй значения были статистически значимо меньше $-59,7 \pm 4,2$ мин⁻¹ ($p < 0,05$). Различий АДсис в группах не обнаруживалось ($p > 0,05$), показатели составляли $120,1 \pm 6,2$ мм рт. ст. и $118,4 \pm 5,6$ мм рт. ст., соответственно.

Функциональные возможности сердечной деятельности оценивали по показателям индекса Робинсона. В нашем исследовании средний ИР составлял у перворазрядниц $78,2 \pm 6,3$ у.е., в группе КМС индекс статистически был меньше – $70,6 \pm 3,4$ у.е. ($p < 0,05$). В первой группе большинство спортсменок (67%) проявляли «средние» значения, что отражало недостаточные функциональные возможности сердечно-сосудистой системы. Характеристики «выше среднего» имели 33% женщин, что демонстрировало нормальный уровень гемодинамического функционирования. В группе КМС наблюдалась обратная картина, при которой большинство спортсменок (86%) проявляли результаты «выше среднего», и только 14% представительниц данного вида спорта имели «средние» значения.

Определение функциональных кардиореспираторных возможностей проводили с помощью пробы Штанге, средние результаты которой имели статистические различия

($p < 0,05$). В первой группе среднее значение индекса составляло $50,9 \pm 4,5$ с, во второй – $55,4 \pm 2,8$ с, что соответствовало нормативным показателям, характерным для спортсменов.

Реакции организма на задержку дыхания показали, что 44% перворазрядниц характеризовались «удовлетворительными» показателями, 56% – «хорошими». Большинство высококвалифицированных представительниц (86%) имели «хорошие» результаты, а также встречались «отличные» параметры у 14% исследуемых.

Таким образом, женщины, занимающихся гиревым спортом и имеющие квалификацию КМС, обнаруживают меньшие показатели частоты сердечных сокращений, индекса Робинсона и увеличение времени задержки дыхания в пробе Штанге, следовательно, характеризуются более стабильным уровнем гемодинамической нагрузки и экономизацией кардиореспираторных процессов.

Литература:

1. Кочеткова, Е. Ф. Физиологические особенности организации учебно-тренировочного процесса девушек в силовых видах спорта / Е. Ф. Кочеткова, О. Н. Опарина // Исследования в области естественных наук. – 2014. – № 8. – URL: <http://science.snauka.ru/2014/08/8264.7>

2. Мартыанова, И. В. Физиологические особенности женского организма при занятиях гиревым спортом // Стратегия формирования здорового образа жизни средствами физической культуры и спорта. «Спорт для всех» и внедрение всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «ГТО». – 2017. – С. 206-209.

3. Симень, В. П. Модельные характеристики физического развития и физической подготовленности гиревиков / В. П. Симень, Г. Л. Драндров // Педагогико-психологические и медико-биологические проблемы физической культуры и спорта. – 2013. – № 1(26). – С. 181-187.

4. Симень, В. П. Особенности физического развития занимающихся гиревым спортом девушек-перворазрядниц в возрасте 15-19 лет / В. П. Симень, Н. В. Васильева // Фундаментальные исследования. – 2015. – № 2-27. – С. 6096-6099.

УДК: 796.01:612

РЕАКЦИЯ ПАРАМЕТРОВ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА НА ВЫСОКОИНТЕНСИВНЫЕ ИНТЕРВАЛЬНЫЕ ТРЕНИРОВКИ

Эмурлаев Р.С.

Научный руководитель доцент Швыдченко И.Н.

Аннотация. На основе анализа научно-методической литературы предоставлен материал, подтверждающий необходимость в установлении особенностей влияния высокоинтенсивных физических нагрузок на вариабельность сердечного ритма с целью оценки адаптационного резерва организма и осуществления индивидуального подхода к тренировочному процессу.

Ключевые слова: вариабельность сердечного ритма, высокоинтенсивные интервальные тренировки, автономная нервная система, адаптационный резерв.

Программы упражнений направленные на развитие выносливости представляют интерес для тренеров спортивных врачей и ученых, так как улучшают различные показатели, связанные со здоровьем и работоспособностью человека [8].

Функциональное состояние кардиореспираторной и автономной нервной систем (АНС) отражает течение адаптационных процессов в организме в ответ на физическую нагрузку, которая является стрессовым фактором. Для объективной оценки и измерения степени влияния этих факторов широко применяется анализ вариабельности сердечного ритма (ВСР). Метод оценки ВСР, основанный на анализе изменчивости ритма сердца от удара к удару относительно двух соседних R-R интервалов, обладает высокой чувствительностью к неблагоприятным сдвигам в организме, отражает состояние нейрогуморальной регуляции организма, по характеру которой можно оценить общую устойчивость организма к нагрузкам, баланс АНС, уровень стресса и резервы адаптационных возможностей [1].

Высокоинтенсивная интервальная тренировка (англ. high-intensity interval training, НИТ) в настоящее время является чрезвычайно популярным видом тренировки как среди спортсменов, так и среди людей, занимающихся оздоровительным фитнесом. НИТ - это периоды высокоинтенсивных эпизодов аэробной нагрузки от мощности или скорости анаэробного порога до максимального потребления кислорода (МПК), которые чередуются с интервалами активного или пассивного отдыха, или нагрузкой меньшей интенсивности. Спринтерская интервальная тренировка (sprint interval training, SIT) является подтипом НИТ, но сильно отличается по нескольким параметрам, таким как интенсивность (она начинается с той нагрузки, на которой НИТ уже закончена – от МПК до максимальной алактатной мощности, т.е. превышает 100% МПК) и продолжительностью как эпизодов нагрузки, так и общим временем тренировки. В научных исследованиях применяются различные протоколы и сочетания продолжительности нагрузки и интервалов отдыха, количество таких эпизодов может варьироваться от 2 до 20 [5].

Кроме воздействия на метаболизм, программы интервальных тренировок, оказывают влияние на сердечно-сосудистую систему, снижая частоту сердечных сокращений (ЧСС) в покое и увеличивая ударный объем сердца, а также способствуют увеличению общего объема крови, МПК и анаэробной работоспособности [6]. Определено, что в сравнении с другими тренировками на выносливость по влиянию на МПК короткий спринт обладает сопоставимой эффективностью [7].

Интересные данные демонстрируют исследования, изучающие учет ВСР для индивидуального дозирования нагрузки. ВСР может применяться как средство определяющее функциональное состояние организма спортсмена и его адаптационный резерв, и на основе объективных данных можно дозировать нагрузку, подбирая методологические переменные, соответствующие текущему состоянию спортсмена, таким образом, снижая риск негативных последствий [2].

Исследования показывают, что ВСП подвержена адаптации в ответ на оптимальные тренировочные нагрузки. В покое это характеризуется экономизацией функции и снижением напряжения систем регуляции, преобладанием тонуса парасимпатической нервной системы, а при нагрузке – более мощной мобилизацией симпатического отдела, и в восстановительный период – быстрый возврат к исходным показателям. С увеличением выносливости и аэробных возможностей спортсменов наблюдается повышение основных временных и снижение интегральных геометрических показателей ВСП [3].

Зарубежные авторы сходятся в мнении что определяющей переменной в величине воздействия нагрузки на ВСП после тренировки является интенсивность. По сравнению с упражнениями средней интенсивности высокая интенсивность, как правило, приводит к более медленному восстановлению ВСП из-за активации симпатической нервной системы и повышенного накопления побочных продуктов метаболизма [4].

Применение НШТ в работе с активным населением и фитнес-контингентом, предъявляет повышенные требования к контролю состояния занимающихся и получению объективной обратной связи от организма. Для решения этих задач специалистам требуются простые и доступные методы с возможностью применения в «полевых условиях». С этой задачей позволяет справиться применение нагрудных датчиков регистрации ЧСС, среди которых много качественных и современных моделей по надежности не уступающих классическим методам регистрации ритма сердца, и в то же время имеющим значительные преимущества, связанные с простотой в использовании и возможностью регистрации ритма сердца во время выполнения упражнений в естественных условиях тренировок, что в сочетании с современным программным обеспечением позволяет получить математически обработанные интегральные показатели ВСП [9]. Экспресс-оценка ВСП позволяет решать задачи эффективного управления тренировочным процессом и снижения рисков негативных последствий для здоровья. Таким образом, возникает необходимость дальнейшего изучения влияния различных протоколов и программ НШТ на вариабельность ритма сердца.

Литература:

1. Гаврилова, Е. А. Спорт, стресс, вариабельность: монография / Е. А. Гаврилова. – М. : Спорт, 2015. –168 с.
2. Вариабельность ритма сердца в экспресс-оценке функционального состояния спортсмена / Н. И. Шлык, Е. А. Гаврилова // Прикладная спортивная наука. – 2015. – № 2. – С.115-125.
3. Preevaphorn, S. The effect of whole-body high-intensity interval training on heart rate variability in insufficiently active adults / S. Preevaphorn // J. of exercise science and fitness. – 2022. – Vol. 20. P. 48-53.
4. Oliveira J. Effects of high intensity interval training versus sprint interval training on cardiac autonomic modulation in healthy women / J. Oliveira // International journal of environmental research and public health – 2022. – Vol. 19. P. 12-18.
5. Rosenblat, M. A. Effect of high-intensity interval training versus sprint interval training on time-trial performance: a systematic review and meta-analysis / M.A. Rosenblat, A.A. Perotta, S. Tomas // J. Sports medicine – 2020. – Vol. 50. P. 145 - 161.
6. Satiroglu R. Four-Second Power Cycling Training Increases Maximal Anaerobic Power, Peak Oxygen Consumption, and Total Blood Volume / S. Lalande, S. Hong, M.J. Nagel, E.F. Coyle // J. Med Sci Sports Exercise – 2021. – Vol. 53. P. 536-254.
7. Hatle, H. Effect of 24 sessions of high-intensity aerobic interval training carried out at either high or moderate frequency, a randomized trial. / P.K. Stobakk, H.E. Molmen, E.Bronstad // J. Plo S one – 2014. – Vol. 9. P. 75-88.
8. Xiaochen L. Effects of exercise training on cardiorespiratory fitness and biomarkers of cardiometabolic health: a, systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials / L. Xiaochen, X. Zhang, J. Guo at al // J. of the American Heart Association – 2015. –Vol. 4. P.115-116.
9. Schaffarczyk, M. Validity of the Polar H10 sensor for heart rate variability analysis during resting state and incremental exercise in recreational men and women. /B. Rogers, R. Reer, T. Gronwald// J. Sensors. – 2022. – Vol. 22. P. 17-19.

КАФЕДРА АНАТОМИИ И СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

УДК: 797.253

СПОРТИВНЫЕ ТРАВМЫ В ВОДНОМ ПОЛО

Белая В.Д.

Научный руководитель доцент Маякова О.В.

Аннотация. В работе описываются виды спортивных травм, которые встречаются у высококвалифицированных спортсменов в водном поло. Результаты анализа травм у членов юношеской сборной по водному поло Краснодарского края.

Ключевые слова: травмы в водном поло, травмы опорно-двигательной системы, скелета верхней конечности, нижней конечности, органов чувств.

Водное поло – спортивная командная игра, которая проводится в воде. В игре участвуют две команды, задача которых забить как можно больше голов в ворота соперника за время игры. Продолжительность игры может составлять до 60 минут и более. Повышенный травматизм чаще всего в игровых видах спорта, где существует контакт с другими игроками. Острые травмы ватерполистов: растяжения мышц, вывихи суставов, раны, ушибы и переломы [4].

Целью исследования явился анализ литературы по проблеме спортивного травматизма в водном поло. Спортивный травматизм – изменения, которые возникают из-за чрезмерных функциональных перегрузок тканей, являются неотъемлемой составляющей тренировочной и соревновательной деятельности спортсмена. Снижению частоты травм послужит правильная медицинская помощь [2].

Различают следующие виды травм. Тяжелые – травмы, которые вызывают резкое нарушение здоровья. Средние – это травмы, не вызывающие изменения в организме.

Легкие – травмы, не вызывающие значительных нарушений в организме (ссадины, потертости, поверхностные раны, легкие ушибы, растяжения).

Анализ травм ватерполистов, а также частота травматизма у юношеской сборной Краснодарского края показал, что ватерполисты различной квалификации, подвергаются различным видам травматизма, сформировавшиеся под действием технических особенностей и тренировочного процесса. Наиболее частые травмы позвоночника, головы, верхних и нижних конечностей.

В основе профилактики следует: соблюдать режим, регламент соревнований, проведение разминки и страховки при выполнении упражнений [1].

Высокая скорость полета мяча – 60-70 км/ч, может вызывать травму головы. Тесный контакт с другим игроком может вызвать перелом костей лица. Частая травма, которую получают ударом по голове – перфорация барабанной перепонки. Также повреждение глаза, а именно роговицы и даже кровотечение в переднюю камеру глаза. Полученная травма может быть от ногтей или иных предметов [1, 3].

Травматические вывихи у ватерполистов происходят в плечевом и акромиально-ключичном суставах. Происходит от падения или прямого удара по плечу. Частая боль в спине может беспокоить спортсменов от резких бросков или передач мяча. Происходит чаще всего от защемления нервов.

Немаловажная и распространенная травма запястья. Может возникнуть от блокировки броска или же от ловли мяча. Однако, не редки переломы в фалангах пальцев, возникшие так же от ловли мяча. Травма локтевого сустава сопровождается перенапряжением мышц локтевого сустава и болями в мышцах [1, 3].

При осмотре нижних конечностей спортсменов, травмы коленного сустава выявляются не так часто, так как работа ног у ватерполистов зависит от тактики игры.

Нагрузка на ноги – 40-50%. Встречается немало растяжений, ушибов нижней конечности, ссадины и повреждения кожных покровов [4].

Выявлено, что большинство травм локализуются на верхних конечностях. Это происходит из-за того, что во время борьбы и взаимодействия с мячом, большая часть нагрузки приходится на верхние конечности. Травмы головы, лица и нижних конечностей встречаются гораздо реже [2].

Таким образом своевременная профилактика, адекватные и дозированные нагрузки, с учетом возрастных особенностей, совершенствование тренировочного процесса на научной основе позволит снизить травматизм в водном поло.

Литература:

1. Анализ спортивных травм ватерполистов юношеской сборной Краснодарского края / Ю. А. Кудряшова, Д. А. Ровный, О. В. Маякова, М. Г. Половникова // Физическая культура, спорт – наука и практика. – 2018. – № 1. – С. 82-88.

2. Бердичевская, Е. М. Функциональная асимметрия и спорт / Е. М. Бердичевская, А. С. Гронская // Руководство по функциональной межполушарной асимметрии. Научное издание. – М. : Научный мир, 2009. – С. 647-691.

3. Морфологические показатели и асимметрии юных ватерполистов / Ю. А. Кудряшова, Д. А. Ровный, Е. А. Кудряшов, О. А. Медведева, О. В. Маякова, М. Г. Половникова // Физическая культура, спорт – наука и практика. – 2018. – № 3. – С. 74-81.

4. Ровный, Д. А. Морфологические характеристики и функциональный профиль асимметрии юных ватерполистов / Д. А. Ровный, Ю. А. Кудряшова. – КГУФКСТ, 2018. – С. 1-65.

5. Таймазов, В. А. Значение функциональной асимметрии как генетического маркера спортивных способностей / В. А. Таймазов, С. Е. Бакулев // Ученые записки университета имени П. Ф. Лесгафта. – 2006. – № 22. – С. 74-82.

УДК: 796.01:61

ВЛИЯНИЕ АКСЕЛЕРАЦИИ НА ДЕТЕЙ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ

Белоусов Н.Д.

Научный руководитель доцент Половникова М.Г.

Аннотация. В статье описаны особенности влияния процесса акселерации на детей, занимающихся спортом.

Ключевые слова: акселерация, физические нагрузки, спорт, дети-спортсмены.

Характерной особенностью современного спорта является усиление тренировочного процесса и снижение возрастного ценза на всех этапах подготовки юных спортсменов. Спортсмены 12-16 лет успешно выступают на соревнованиях различного уровня, в том числе на чемпионатах мира и Европы, Олимпийских играх. Данная тенденция наблюдается во многих видах спорта. В его основе лежит не только постоянное совершенствование методики отбора, обучения и тренировки, а также и феномен «акселерации».

Цель исследования: анализ основных литературных источников, касающийся проблемы акселерации в спорте.

Акселерация у детей – это процесс ускорения темпов физического и полового развития детей по сравнению с предыдущими поколениями. Эксперты пока не пришли к единой теории, которая бы разъяснила причины акселерации [1-2].

Во время занятий спортом в детском возрасте ставится одновременно несколько задач. В первую очередь, необходимо адаптировать организм ребенка к физическим нагрузкам и психоэмоциональным напряжениям. А также поддерживать процессы роста и развития на соответствующем для возрастного периода уровне. Эти задачи взаимосвязаны: решение первой задачи способствует осуществлению второй. Однако необходимо понимать, что во время тренировочного процесса нужно обязательно учитывать анатомо-физиологические особенности развития ребенка. В противном случае физические упражнения могут спровоцировать перегрузки, что приведет к различным патологиям. В связи с усилением процесса акселерации в последнее время поднимаются вопросы, связанные со снижением возрастных сроков начала занятия спортом у детей, учетом их индивидуальных свойств при установлении физических нагрузок, нормативов физической подготовленности для отбора и спортивной ориентации [1, 3].

Акселерация проявляется не только в увеличении соматометрических показателей, но и в степени изменения двигательных качеств. Важным элементом современной системы воспитания резерва спорта высших достижений, является отбор детей, способных в юном возрасте переносить психоэмоциональные и физические нагрузки и показывать спортивные результаты международного класса.

Однако акселерацию нужно рассмотреть в двух направлениях: с одной стороны – она имеет положительное проявление, а с другой – отрицательное, которое выражается в негармоничности, асинхронности развития организма ребенка. Независимо от процессов индивидуальной акселерации, спортивная специализация не должна быть ранней. Физические нагрузки должны соответствовать возрасту, индивидуальным возможностям детей. Ранняя спортивная специализация при недопустимых физических нагрузках может приостановить процессы созревания, снизить результативность. Например, мальчики, начавшие обучаться плаванию в 10-13 лет, выполняли нормативы мастера спорта в 66% случаев, а начавшие заниматься в 6-9 лет – только в 12,5% случаев [4]. Регулярная, дозированная физическая нагрузка укрепляет здоровье, повышает иммунитет к различным заболеваниям. Например, многолетние наблюдения за девочками-гимнастками показали, что острые респираторные заболевания у них встречались в 3 раза реже, чем у нетренированных сверстниц [4].

В настоящее время система подготовки юных спортсменов регламентирует возраст занятий отдельными видами спорта, масштаб и число соревнований в течение года. В

учебных программах детско-юношеских спортивных школ указываются сроки начала занятий определенными видами спорта. С 7 лет разрешаются занятия фигурным катанием, плаванием, теннисом, спортивной и художественной гимнастикой. С 8 лет начинается отбор детей на акробатику, прыжки в воду, слалом; с 9 – на биатлон, лыжное двоеборье, парусный спорт, прыжки на лыжах с трамплина, борьбу. По регламенту с 10 лет разрешаются занятия академической греблей, волейболом, баскетболом, фехтованием, конькобежным спортом. Дети в возрасте 11 лет допускаются к занятиям хоккеем, современным пятиборьем, легкой атлетикой. Тогда как занятия боксом и тяжелой атлетикой разрешаются только с 12-13 лет. Некоторые отечественные и зарубежные тренеры по фигурному катанию, спортивной и художественной гимнастике, плаванию, конькобежному спорту, основываясь на своем многолетнем опыте, предлагают начинать тренировки на 2-3 года раньше указанных выше сроков (рис. 1) [5].



Рис. 1. Занятие детей дошкольного возраста художественной гимнастикой и фигурным катанием

Начало спортивной специализации и усиленные тренировки во многих видах спорта у юных спортсменов приурочены к возрасту 12-16 лет, что связано с периодом полового созревания. Однако дети одного календарного возраста, но с разным биологическим развитием, существенно отличаются уровнем развития морфо-функциональных параметров, двигательных качеств, адаптации. Эти показатели связаны с индивидуальными особенностями роста и развития детей. При установлении возрастных критериев занятия спортом, учитывается пока только паспортный возраст, а не индивидуальные особенности развития.

Таким образом, во время занятий спортом детей-акселераторов главное внимание нужно уделять их индивидуальным особенностям, генетическому потенциалу и внешним факторам. К профилактическим мерам по предупреждению негативных последствий акселерации относятся введение здорового образа жизни и устранение факторов риска, вызывающих болезненные состояния.

Литература:

1. Анатомия и возрастная физиология : учебное пособие / Ю. А. Кудряшова, М. Г. Половникова, Т. В. Пономарева. – Краснодар : Кубанский государственный университет физической культуры, спорта и туризма, 2019. – 192 с.
2. Возрастная анатомия и физиология: курс лекций / Л. А. Варич, Н. Г. Блинова. – Кемерово : Кемеровский гос. ун-т, 2012. – 167 с.
3. Возрастная морфология (особенности развития систем органов в онтогенезе) / Т. Г. Гричанова, О. В. Маякова, А. М. Филенко [и др.]. – 3-е изд., перераб. и доп. – Краснодар : КГУФКСТ, 2021. – 80 с.
4. Михель, Д. В. Медицинская антропология: исследуя опыт болезни и системы врачевания : монография. – Саратов : Саратов. гос. техн. ун-т, 2015. – 320 с.
5. Рекомендации для медицинских работников детских поликлиник, детских дошкольных учреждений и школ. Показания и противопоказания к занятиям спортом. – М., 1993. – 37 с.

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ ПОДГОТОВКИ СПОРТСМЕНОВ-ПЛОВЦОВ

Беспалов Е.М., Пономарев И.М.

Научный руководитель доцент Маякова О.В.

Аннотация. В работе рассматриваются основные этапы многолетней подготовки спортсменов-пловцов, с учетом возрастных особенностей при построении тренировочного процесса. Дана характеристика этапов тренировки: предварительной спортивной подготовки, базовой подготовки, углубленной специализации, с учетом возраста и пола.

Ключевые слова: возрастные особенности, многолетняя подготовка пловцов, этапы предварительной, базовой и углубленной спортивной подготовки.

Для достижения высших показателей в спортивном плавании требуются многолетняя подготовка, настойчивость и терпение. Конечная цель данной подготовки – это приемлемое развитие двигательных умений, функциональной мощности, физиологических способностей и результативности движений. В современном плавании средний возраст на этапе высших достижений составляет 17-20 лет для женщин и 19-22 года для мужчин. Следовательно, долгосрочное обучение длится 10-12 лет, т.к. средний возраст старта тренировочного процесса – 7-9 лет у девочек и 8-10 лет у мальчиков. В соответствии с возрастными особенностями, с развитием двигательных и психологических способностей, подготовка делится на определенное количество этапов. Все этапы имеют конкретные цели и задачи, обусловленные индивидуальными особенностями развития. В литературе выделяются четыре этапа, которые применяются при планировании многолетней подготовки спортсменов [4, 5].

Подходящим возрастом для старта занятий плаванием (этап предварительной спортивной подготовки) считается 7-9 лет для девочек и 8-10 лет для мальчиков. Начало занятий в слишком юном возрасте может вызвать утрату интереса к плаванию. Данный этап подготовки занимает 1-2 года. На этот период ставятся следующие цели: установление базовых морфологических критериев (рост, тип телосложения, вес, пропорции и т.д.) и определенных двигательных способностей к плаванию; достижение стабильного интереса к данному виду спорта; изучение главных приемов и широкого спектра двигательных навыков; укрепление здоровья. Периодичность занятий должна постепенно увеличиваться с 3 до 5-6 в неделю. Интенсификация нагрузки приведет к улучшению как плавательной, так и общей физической подготовленности [1, 2].

На втором этапе (этап базовой подготовки) целесообразно приступить к занятиям с 9-10 лет у девочек и 10-11 лет у мальчиков. Обычно эта стадия занимает 3-4 года. Можно выделить следующие цели данного этапа: улучшение общих двигательных способностей и функциональной основы плавания; отбор самых перспективных спортсменов-пловцов на базе морфологических критериев, показателей выносливости и силы общего и специфического характера; формирование мотивации к непрерывному тренировочному процессу. Для увеличения аэробных способностей молодых спортсменов этот этап считается основным и отличается ежегодным ростом общего объема плавания и физических упражнений на суше. В заключительной стадии второго этапа общий объем может достигать 1200-1400 км для девочек и 1000-1200 км для мальчиков [1].

Третий этап в плавании (этап углубленной специализации), начинается у девочек в 12-14 лет, у мальчиков в 13-15 лет, что вызвано различием в скорости созревания. Готовность к интенсивным тренировкам зависит от уровня зрелости юного пловца. Созревание воздействует на морфологический рост, двигательные умения и функциональное развитие. Этот этап длится около 3 лет. Целями этапа специализации являются: повышение общего функционального уровня и подготовка к усиленным тренировочным нагрузкам; развитие технических и тактических навыков; сохранение устойчивой мотивации к тяжелым тренировкам. В этот период подготовка пловцов становится все более индивидуальной. С

наступлением половой зрелости, объемы и интенсивность тренировок, как правило, увеличиваются неравномерно. Анаэробная производительность и сила у подростков довольно быстро развиваются наряду с увеличением мышечной массы. Эти параметры имеют особое значение при плавании на короткие и средние дистанции. В процессе интенсивного роста мышечной массы и запасов гликогена, а также увеличения выработки адреналина, норадреналина и половых гормонов возникает оптимальный биологический фон для расширения анаэробных возможностей организма, максимальной мощности, специфической мышечной выносливости и скоростно-силовых способностей. Следовательно, тренировочный процесс нуждается в коррекции, для того, чтобы отразить эти изменения в развитии. Общий объем тренировок в заключительный год этого этапа может составлять 1600-1900 км [2].

Четвертый этап (этап спортивного совершенствования) начинается в 15-17 лет у девушек и 16-19 лет у юношей. На этом этапе при грамотном комплексном подходе к организации тренировочного процесса и достаточной устойчивой мотивации спортсмена достигается максимальный уровень физического, функционального и двигательного развития. На этой стадии рост физических и двигательных способностей замедляется со снижением темпов созревания. Главной целью подготовки на уровне совершенствования ставится овладение максимальным объемом плавания: 1800-2200 км в год для пловцов на короткие дистанции, 2200-2600 км для пловцов на средние дистанции и 2600-3000 км для пловцов на стайерские дистанции. Важной особенностью данного этапа является начало полномасштабных интенсивных силовых тренировок, до 250-300 часов в год, меняется их характер. Доля анаэробной работы возрастает до 15-18% от общего объема тренировок, при этом спринтерские нагрузки составляют 3-6%. Потенциал увеличения объемов тренировок имеет физиологические и временные пределы. После прекращения роста совершенствование физического состояния будет зависеть от интенсивности плавания, силовых нагрузок, а также от применения достижений в области физиотерапии, питания и спортивной психологии [3].

Литература:

1. Булгакова, Н. Ж. Теория и методика плавания : учебник для студ. учреждений высш. проф. образования / Н. Ж. Булгакова, О. И. Попов, Е. А. Распопова ; под ред. Н. Ж. Булгаковой. – М. : Издательский центр «Академия», 2014 – 320 с.
2. Давыдов, В. Ю. Телосложение и эффективность плавания / В. Ю. Давыдов [и др.] : методические рекомендации. – Пинск : ПолесГУ, 2018. – 52 с.
3. Платонов, В. Н. Специальная физическая подготовка пловцов высших разрядов / В. Н. Платонов – Киев : Здоровья, 1983. – 238 с.
4. Возрастная и спортивная морфология : учеб.-метод. пособие / сост.: Г. Д. Алексанянц, И. Н. Калинина, М. Г. Половникова [и др.] ; Куб. гос. ун-т физ. культуры, спорта и туризма. – Краснодар : КГУФКСТ, 2019. – 196 с.
5. Спортивная морфология : рабочая тетрадь / Г. Д. Алексанянц, В. В. Абушкевич, Д. Б. Глехас, А. М. Филенко, И. Н. Ананьев, Т. Г. Гричанова. – 7-е изд., перераб. – Краснодар : КГУФКСТ, 2016. – 83 с.

ТРАВМЫ КОЛЕННОГО СУСТАВА В СПОРТЕ

Билокур А.А.¹, Кудряшов М.Е.²

Научный руководитель доцент Кудряшова Ю.А.

¹ФГБОУ ВО «Кубанский государственный университет физической культуры, спорта и туризма», г. Краснодар.

²ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», г. Краснодар.

Аннотация. В работе рассмотрены особенности строения и работы коленного сустава, исследованы возможные травмы и проведён анализ научных данных по возникновению травм коленного сустава у спортсменов.

Ключевые слова: коленный сустав, травма, крестообразные связки, мениски, надколенник.

Травмы коленного сустава наиболее частые и опасные при занятиях спортом. Футбол, все виды единоборств, хоккей и горнолыжный спорт – лидирующие виды спорта по травмированию колен. Далее идут большой теннис, баскетбол, регби и гандбол. Европейская ассоциация спортивной медицины выяснила, что более 90% игроков команд высших дивизионов немецкого спорта обращались по поводу проблем с коленными суставами [5]. Чтобы говорить о возможных повреждениях коленного сустава в спорте необходимо рассмотреть особенности его строения и функционирования.

Цель настоящей работы – исследование научно-методической литературы по проблеме изучения особенностей строения и функционирования коленного сустава для выявления ситуаций в спорте, при которых возможно получение травмы.

Коленный сустав по строению сложный, так как соединяет большеберцовую, бедренную кости, а также надколенник. Суставные поверхности: надколенник, мыщелки бедренной и большеберцовой кости. По форме он блоковидно-шаровидный. Сустав двуостный: фронтальная и вертикальная оси. Вокруг фронтальной оси выполняется сгибание и разгибание, вокруг вертикальной – супинация и пронация (вокруг вертикальной оси движения могут выполняться только при согнутом положении ноги в коленном суставе, так как межмышцелковое возвышение большеберцовой кости выдвигается из межмышцелковой ямки бедренной кости, давая возможность суставу действовать как шаровидный и выполнять супинацию/пронацию). Связки, укрепляющие сустав: а) наружные (большеберцовая коллатеральная, малоберцовая коллатеральная, связка надколенника, косая подколенная, дугообразная подколенная); б) внутрисуставные (крестообразные передняя и задняя, поперечная связка колена). Также внутри сустава присутствуют латеральный и медиальный мениски из волокнистого хряща (функция-амортизация), которые выстилают поверхность медиального и латерального мыщелков большеберцовой кости (площадь медиального мениска больше площади латерального) [1, 2, 3, 4].

Эластичное коленное сочленение помогает распределению мышечной нагрузки и выступает в роли амортизатора для всего опорно-двигательного аппарата человека. По этой причине травма коленного сустава более вероятна, чем любого другого сустава. Чаще всего подвержены риску травматизации спортсмены и лица с избыточной массой тела.

Наиболее травмируемыми частями колена считаются:

- **Надколенник** (нарушение стабильности надколенника связано с резкими поворотами, в особенности при прыжках, а также в спортивных состязаниях и в танцах. Все эти движения провоцируют вывихи, которые нарушают целостность связок и приводят к нарушению стабильности надколенника);

- **Мениски** (мениск помогает равномерно распределить нагрузку на колено. Повреждение мениска приводит к блокаде коленного сустава, в результате чего спортсмен не способен полностью разогнуть ногу и нормально передвигаться. Если же при травме мениска

повреждается хрящ, то это приводит к соприкосновению суставных поверхностей, что приводит к разрушению самого сустава.

▪ **Крестообразные связки.** Если мениск отвечает за контроль коленного сустава в целом, то на крестообразную связку возложена функция контроля голени, а точнее удерживания её от смещения. Лечение травмы крестообразной связки всегда идёт комплексно. Сначала травматолог осматривает травму визуально на повреждение, далее – диагностика МРТ, далее – оперативное вмешательство и в конечном итоге – реабилитация.

Повреждения мениска и крестообразных связок – наиболее частые виды травм коленного сустава в спорте. Они могут возникнуть по нескольким причинам:

- Чрезмерно резкое вращательное движение, которое выполняется на опорной ноге;
- При передвижениях не свойственных обычной ходьбе;
- При слишком долгом нахождении в положении «на корточках»;
- При прямом ударе коленом.

Перед началом лечения травмы коленного сустава врач проводит полный осмотр повреждённого места и назначает рентген для более полной диагностики. Дальше, от степени серьёзности травмы врачом назначается консервативное лечение или же оперативное вмешательство. Наиболее эффективным способом лечения спортивных травм коленного сустава является метод артроскопических лечебных мероприятий. С помощью данного метода у врача есть возможность в режиме реального времени наблюдать на мониторе происходящее в области суставов и осуществлять манипулирующие действия для исправления повреждения, при этом нанося минимум ущерба тканям и близлежащим суставным конструкциям. Данная процедура помогает вылечить наиболее сложные травмы колена, при этом нанося им минимум вреда, реабилитационный период существенно сокращается, что помогает спортсмену в короткие сроки вернуться к своему основному роду деятельности.

Таким образом, морфофункциональные особенности строения коленного сустава являются определяющими при травматизации данного сустава в таких видах спорта, как футбол, все виды единоборств, хоккей, горнолыжный спорт, фигурное катание, танцевальный спорт. Основные спортивные движения, приводящие к травме коленного сустава: резкая ротация в суставе при приземлении, смещение голени, прямой удар коленом или по колену. Наиболее эффективным способом лечения спортивных травм коленного сустава является метод артроскопических лечебных мероприятий.

Литература:

1. Анатомия и возрастная физиология : учебное пособие / Ю. А. Кудряшова, М. Г. Половникова, Т. В. Пономарева. – Краснодар : КГУФКСТ, 2019. – 192 с.
2. Анатомия человека / Б. А. Никитюк, А. А. Гладышева, Ф. В. Судзиловский. – М. : Терра-Спорт. – 2003. – 624 с.
3. Возрастная морфология (особенности развития систем органов в онтогенезе) / Т. Г. Гричанова, О. В. Маякова, А. М. Филенко [и др.]. – 3-е изд., перераб. и доп. – Краснодар : КГУФКСТ, 2021. – 80 с.
4. Лечебная физическая культура при деформациях и заболеваниях опорно-двигательного аппарата у детей : учебно-методическое пособие / Н. И. Шлык, И. И. Шумихина, А. П. Жужгов. – Ижевск : УдГУ, 2014. – 168 с.
5. Теория и организация адаптивной физической культуры : учебник / С. П. Евсеев. – М. : Советский спорт, 2007. – 448 с.

ПРОБЛЕМА АКСЕЛЕРАЦИИ

Важенин Р.Р.

Научный руководитель доцент Половникова М.Г.

Аннотация. В статье представлен анализ современных литературных источников, касающихся вопросов акселерации в современном мире. Рассматриваются гипотезы возникновения акселерации.

Ключевые слова: акселерация, гипотезы возникновения акселерации, дети.

Акселерация у детей и подростков – это процесс увеличения скорости полового и физического развития по сравнению с предшествующими поколениями. Ученые до конца не пришли к единой теории, объясняющей возникновение процесса акселерации.

Цель исследования – анализ литературы по вопросам, касающимся акселерации в современном мире.

Относительно причин акселерации имеется много различных, во многом противоречивых мнений, и в литературе отсутствует единая точка зрения. Существует несколько гипотез, каждая из которых пытается объяснить основные причины возникновения акселерации [2, 5].

Согласно «гелиогенной» гипотезе основной причиной появления акселерации является повышение уровня солнечной радиации, которой подвержено большое количество современных детей и подростков. По словам Е. Коха, выдвинувшую данную теорию, облучение ультрафиолетом активизирует абсолютно все процессы, которые происходят в организме, что способствует ускорению роста.

Генетическая гипотеза объясняет причину возникновения акселерации тем, что в последнее время увеличивается количество браков между людьми, которые проживают территориально в разных местах. Это приводит к росту гетеролокальных браков, и действию, схожему с гетерозисом.

Гипотеза цикличности развития и темпов роста в зависимости от активности солнечных циклов опирается на анализ антропологических показателей людей, проживающих в разные века. Учеными было обнаружено то, что волнообразные периоды скорости развития были и раньше, но менее выражены. На этом они основывают фазность процесса акселерации. А также приверженцы данной теории прогнозируют постепенное уменьшение темпов ускоренного развития.

Сторонники мутагенной и контаминационной гипотез видят главную причину появления акселерации в загрязнении окружающей среды промышленными отходами, которые обладают мощными мутагенными свойствами, что вызывает биостимулирующий эффект похожий на гетерозис.

Сторонники алиментарной (питательной) гипотезы не сильно, но расходятся во мнении. Одни объясняют причину появления акселерации увеличением потребления в рационе питания жиров и белков животного происхождения, а другие – витаминов и молока, особенно на ранних стадиях развития ребенка.

Приверженцы гипотезы урбанизации связывают акселерацию с быстрым темпом жизни в мегаполисах. Увеличение психической нагрузки из-за различных источников информации (телевидение, Интернет и т.д.), повышенный уровень шума на городских улицах и многие другие негативные антропогенные факторы оказывают влияние на центральную нервную систему детей, активируют ее соматотропную функцию [2, 5].

Существующие гипотезы акселерации подвергались глубокому и критическому анализу. Некоторые ученые (Соловьева В.С., Бунак В.В., Карсаевская Т.В.) указывают, что данный сложный феномен нельзя объяснять действиями только одного фактора. Другие авторы (Сальникова Г.П., Карсаевская Т.В., Студеникин М.Я.) предполагают, что

акселерация обусловлена комплексом генетических и средовых факторов, причем доминирующее значение имеют социально-экономические условия жизни [4, 6].

Возможно, причиной акселерации является комплексное влияние ряда факторов, причем в разных местах и в разное время ведущая роль принадлежит различным факторам. При этом немаловажную роль играет социальная обусловленность акселерации. В странах, где условия жизни населения улучшились, темпы акселерации выше. Особенно высоки темпы акселерации в тех социальных группах, в которых ранее в связи с плохими условиями жизни показатели физического развития были ниже.

Многими авторами ускоренное развитие рассматривается как положительное явление, отражающее влияние социальных и медико-биологических факторов на организм детей, так как наряду со сдвигами в физическом развитии и в темпах полового созревания у них отмечается также улучшение двигательных возможностей, повышение спортивных результатов. По данным социологических исследований, увеличивается разрыв между биологической и социальной зрелостью индивидуумов [4, 6].

Однако исследования акселеративных процессов также показало, что у детей с ускоренным темпом развития чаще обычного выявляются дисгармоничные состояния, которые могут вызывать появление различных заболеваний (заболевания сердца, почек, легких, ожирение, нарушения осанки, вегетативные расстройства и т.д.). Кроме этого, акселерация также имеет и психологический негативный аспект, связанный с несоответствием функционального и физического развития ребенка с его социальным статусом [1, 3].

Таким образом, акселерация ставит перед собой много социальных, психологических, медицинских, педагогических, юридических и других проблем. Акселерация делает актуальным пересмотр многих вопросов, связанных с физическим и сексуальным воспитанием молодежи, гигиеническим нормированием, стандартом одежды, мебели для детей и подростков и т.д. Акселерация – сложная социально-биологическая проблема, требующая всестороннего изучения ее специалистами различных дисциплин и пересмотра методических приемов и подходов к оценке физического и психического развития подрастающего поколения, что подчеркивает социально-гигиеническое значение данной проблемы.

Литература:

1. Анатомия и возрастная физиология : учебное пособие / Ю. А. Кудряшова, М. Г. Половникова, Т. В. Пономарева. – Краснодар, 2019. – 108 с.
2. Безруких, М. М. Возрастная физиология : физиология развития ребенка : учеб. пособие для вузов / М. М. Безруких, В. Д. Сонькин, Д. А. Фарбер. – М. : Академия, 2009. – 416 с.
3. Возрастная морфология (особенности развития систем органов в онтогенезе) / Т. Г. Гричанова, О. В. Маякова, А. М. Филенко [и др.]. – 3-е издание, переработанное и дополненное. – Краснодар : Кубанский государственный университет физической культуры, спорта и туризма, 2021. – 80 с.
4. Исмаилова, С. С. Физиология ребенка: теоретические аспекты и информационная гипотеза акселерации // Биомедицина. – 2010. – № 2. – С. 29-30.
5. Самусев, Р. П. Возрастная морфология / Р. П. Самусев, Е. В. Зубарева, Е. С. Рудаскова. – Часть 1. – Волгоград : ФГБОУ ВПО «ВГАФК», 2012. – 230 с.
6. Стрымова, С. А. Проблема акселерации в науке // Гуманитарные научные исследования. – 2017. – № 7 [Электронный ресурс]. – URL: <https://human.snauka.ru/2017/07/24226> (дата обращения: 25.12.2022).

РЕТАРДАЦИЯ: ПРИЧИНЫ И ПОСЛЕДСТВИЯ

Гаврилова Е.В.

Научный руководитель доцент Половникова М.Г.

Аннотация. В статье рассматриваются исследования, встречающиеся в научно-методической литературе и касающиеся причин и последствий ретардации.

Ключевые слова: ретардация, запаздывание в развитии, физическое развитие, психическое развитие, дети.

Ретардация выражается в задержке физического развития и формирования функциональных систем организма детей и подростков. Этот процесс противоположен акселерации [3]. Биологические механизмы анализируемого явления мало изучены.

Цель исследования – анализ научно-методической литературы, касающейся изучения вопросов возникновения и последствий ретардации.

В наши дни основные причины ретардации четко разграничивают на две группы. К первой относят разнообразие врожденных или наследственных нарушений, а также впоследствии приобретенных. Ко второй – различные социальные факторы. Таким образом, первую группу составляют эндогенные причины, а вторую – экзогенные [1, 3, 5, 6].

Эндогенной причиной запаздывания формирования часто являются перенесенные недуги, приводящие к преходящей задержке созревания. Такое отставание прекращается, и темпы созревания увеличиваются (генетическая программа выполняется за более короткий период времени) после выздоровления.

Экзогенные причины ретардации весьма разнообразны: плохая экология, низкий социальный уровень развития населения, эмоциональные потрясения, стрессы, неправильное питание, большое количество браков, где супруги проживают географически далеко друг от друга из-за разных причин и т.д. [4].

Ретардация детей, независимо от факторов, детерминирующих ее возникновение, может сказываться как на скорости психического созревания, так и на сроках физического.

По мнению ряда исследователей, очень важную роль в процессах становления функциональных возможностей человека играют социально детерминированные факторы окружающей среды. Существенное негативное влияние на развитие ребенка оказывает отрицательный эмоциональный микроклимат в семье или в детских учреждениях. Например, дети из неблагоприятных семей или детских домов отстают в своем развитии на 1,5-2 года от сверстников.

Пиковые нагрузки приходятся на возраст 7-14 лет, характеризующийся интенсивным ростом, значительными морфологическими и функциональными перестройками организма и обостренной реакцией на возникающие факторы внешней среды [2]. Только комплексное исследование всего многообразия факторов окружающей среды может позволить вычлениить те из них, которые обеспечивают наиболее острую мобилизацию и последующее истощение адаптационных резервов детского организма.

Если изучать факторы, влияющие на акселерацию, и провести сравнительный анализ с ретардацией, то можно прийти к выводу, что на современном этапе развития общества можно заметить преобладание процесса ретардации над акселерацией. Исследователи заявляют, что отставание в развитии происходит у 45% детей дошкольного возраста, у которых также наблюдается замедление становления иммунитета, психологическая неготовность к учебе в школе [1, 3].

Выявление степени незрелости детей, поступающих в образовательное учреждение, поможет своевременно сформировать специальные коррекционные классы. Поскольку успешное обучение таких деток возможно исключительно при наличии надлежащей учебно-воспитательной деятельности. Иногда с целью предотвращения возможных последствий ретардации целесообразно временно отсрочить зачисление детей в школу [4].

Психическая и физическая ретардация не всегда взаимосвязаны. Также необходимо учитывать и различие частичного запоздания и тотальной ретардации. При тотальной задержке отмечается целостное отставание в психическом либо физиологическом развитии. Частичное запаздывание развития наблюдается, когда одна функция либо несколько, например, прорезывание зубов, формирование речи, запаздывает в сравнении с нормальными темпами созревания.

Ретардация не всегда приводит к серьезным последствиям, поскольку запаздывание в развитии часто может быть в разной степени компенсировано. Определяется выраженность проявлений по отставанию психофизиологического созревания от биологического, психического либо паспортного возраста.

Явление ретардации может характеризоваться равномерным запозданием созревания функций, систем организма и неравномерным (дисгармоничным). При сильном различии темпов формирования разных систем, возникает рассогласованность регуляции и опасность дальнейшего тотального дисгармоничного развития [5].

Таким образом, анализ современной литературы показал, что ретардация оказывает влияние и на физическое, и на психологическое развитие детей независимо от факторов, ее вызывающих. Важно помнить, что не всегда нужно бояться процесса ретардации. В большинстве случаев она не наносит тяжелого вреда, потому что запаздывание в развитии дошкольников и школьников может быть по-разному возмещено. К концу ростового процесса у таких детей отставание от сверстников в показателе роста не наблюдается.

Литература:

1. Анатомия и возрастная физиология: учебное пособие / Ю. А. Кудряшова, М. Г. Половникова, Т. В. Пономарева. – Краснодар, 2019. – 108 с.
2. Болотников, И. Ю. Ретардация как основная тенденция физического развития у детей, оставшихся без попечения родителей // Здоровье населения и среда обитания. – 2007. – № 2. – С. 11-15.
3. Возрастная морфология (особенности развития систем органов в онтогенезе) / Т. Г. Гричанова, О. В. Маякова, А. М. Филенко [и др.]. – 3-е издание, переработанное и дополненное. – Краснодар : Кубанский государственный университет физической культуры, спорта и туризма, 2021. – 80 с.
4. Гражданцева, Н. Н. Дети, подростки и факторы, влияющие на их здоровье / Н. Н. Гражданцева, Е. Б. Хлебцова, М. А. Самотруева // Природопользование в аграрных регионах России : Материалы междунар. науч.-практ. конф. – М. : Изд-во «Современные тетради». 2006. – С. 656-662.
5. Капилевич, Л.В. Возрастная морфология : учебное пособие / Л. В. Капилевич, А. В. Кабачкова, Е. Ю. Дьякова. – Томск : Томский государственный университет, 2009. – 207 с.
6. Сапин, М. Р. Анатомия и физиология детей и подростков : учеб. пособие для студ. пед. вузов / М. Р. Сапин, З. Г. Брыксина. – М. : Издательский центр «Академия», 2009. – 432 с.

ОБУЧЕНИЕ ТЕХНИКЕ БАРЬЕРНОГО БЕГА

Гилко И.Г., Федоров Д.Ф.

Научный руководитель доцент Маякова О.В.

Аннотация. Рассмотрены подводящие упражнения для обучения техники барьерного бега. Методика тренировки Е.Н. Буланчик, современные модификации, методические подходы.

Ключевые слова: барьерный бег, подводящие упражнения, барьерные упражнения, спринтерский бег, физические средства. Методика Е.Н. Буланчик.

Барьерный бег – высококоординационный, скоростно-силовой вид легкой атлетики, целью которой является преодоление дистанции с препятствиями (барьерами) за наименьшее количество времени. Вариативность и объем различных типов нагрузки, цели и задачи этапов тренировки, средства для решения этих задач и этапы подготовки имеют значительные отличия. Одним из приемов повышения техники являются подводящие упражнения.

Со временем при росте мастерства и квалификации, данные средства меняют свой характер с обучающих на совершенствующие. Спустя многие годы, подводящие упражнения начинают изменяться и преобразоваться в средства специальной подготовки, посредством увеличения скорости исполнения, подключением факторов усложняющих (утяжелители, эластичные ленты и прочее) или облегчающих (в основном тянущие конструкции) их выполнение и т.д.

Смотря на опыт прошлых лет, можно выделить эксперимент заслуженного мастера спорта СССР Евгения Никитича Буланчика, в котором он на протяжении нескольких лет занимался подготовкой барьеристов [2]. Из описанных используемых подводящих упражнений в его системе подготовки были:

1. Ходьба через барьеры – наиболее распространенное упражнение среди барьеристов. Оно имеет несколько вариаций – для толчковой или маховой ноги, через середину или сбоку, лицом, боком или спиной, на скорость или точность движения;
2. «Выхлест» маховой ноги – упражнение, в котором атлету необходимо имитируя беговой шаг, дотянуться до определенной отметки;
3. Бег с разной расстановкой барьеров – в таком беге расстояние может быть укороченным (5,5-7,5 метров) или удлинненным (11-12 метров), такое упражнение отличным образом позволяет тренировать ритм бега.

Стоит указать на то, что Буланчик занимался подготовкой достаточно юных атлетов 9-13 лет. По итогу экспериментов Евгений Никитич сделал акцент на том, что дети остались барьеристами по собственному желанию, а не по принуждению [2].

Не менее замечательную статью об обучении технике барьерного бега написал заслуженный тренер РСФСР Борис Филиппович Щенников [6]. В ней он смог уместить основные знания того времени о последовательности подготовки барьериста:

1. Развитие гибкости и повышенной подвижности, особенно в тазобедренных суставах;
2. Создание представления о технике преодоления барьера;
3. Барьерный бег – обучение, которому делится на четыре фазы:
 - а) Старт;
 - б) Стартовый разбег и преодоление первого барьера;
 - в) Бег по дистанции;
 - г) Финиширование после «схода» с последнего барьера.

Борис Филиппович указал немало упражнений к каждому из вышеперечисленных разделов подготовки барьериста. Так, например, для гибкости он рекомендовал [6]:

- Стоя в упоре к барьеру, попеременные махи ногой вперед-вверх и назад-вверх;
- Шпагат со сменой ног;

– Сидя на полу в положении барьерного шага наклоны вперед или круговые движения туловищем;

– Толчковая нога, согнутая в коленном суставе, лежит на барьере. Наклоны к опорной ноге, к согнутой толчковой ноге и выведение таза вперед.

Для изучения основных движений и представления преодоления барьера, помимо изучения кинограмм и забегов [6]:

– Ускорения по 60-100 м с задачами: а) высоко держаться на стопе, б) высоко поднимать колено без активного продвижения вперед, в) активно работать руками, одновременно высоко поднимая колено, г) акцентированно поднимать вверх колено на каждый 4-й шаг и быстро опускать ногу вниз;

– Движение руками на месте как при барьерном беге (с различной амплитудой и скоростью);

– Преодоление 3-5 зон с пробеганием между зонами в 3 шага.

Для обучения техники преодоления барьера [6]:

– Перенос толчковой ноги через барьер, стоящий параллельно гимнастической стенке на расстоянии 90-100 см. Стоя сбоку от барьера со стороны маховой ноги, которая ставится впереди него на одну ступню. Толчковая нога отставляется назад на расстояние обычного шага, а обе руки держатся за рейку гимнастической стенки на уровне груди. Толчковая нога движением колена вперед и в сторону переносится через барьер. Во время движения пятка толчковой ноги идет под ягодицу, носок взят «на себя». Угол между голенью и бедром толчковой ноги – острый. Как только стопа минует барьер, колено продолжает движение вперед к средней линии туловища;

– Во время движения рук как при обычном беге следует периодически (по сигналу) посылать противоположную маховой ноге руку вперед ладонью вниз, а затем широким движением с поворотом кисти внутрь подвести ее к туловищу и, согнув в локтевом суставе, окружным движением снова вывести вперед;

– Стоя перед учебный барьером поднять маховую ногу, согнутую в коленном суставе, и опустить ее за барьер на носок. Одновременно толчковая нога с отведенным в сторону коленом поднимается вверх до уровня пояса с носком, взятым «на себя», а пятка толчковой ноги идет под ягодицу. Движения рук как при переходе через барьер. Для многократного выполнения упражнения, занимающиеся должны обратным движением вернуться в исходное положение.

Переходя к современным методикам тренировки можно отметить, что наиболее эффективные средства прошлых лет остались в обиходе, однако, они были усовершенствованы и дополнены различными приспособлениями, предметами или были укорочены до более мелких фаз. Но в целом свою суть они не изменили, так, например, сейчас в подготовке молодых атлетов используют [1, 3, 4, 5]:

1. Перенос толчковой ноги через барьер с резиновым амортизатором;

2. Поднимание маховой ноги с последующим быстрым «загребающим» движением ноги под себя;

3. Ходьба через барьеры с ноги на ногу и стоя сбоку;

4. Бег на месте с высоким подниманием бедра с опорой рук о стенку, на каждый 4-й шаг сделать мах толчковой ногой (имитация преодоления барьера) с разной частотой;

5. Бег в упоре на брусьях, с переключениями ритма бега на 3-х шаговые ускорения (имитация бега между барьерами);

6. «Вперед-назад». Барьеры стоят точно так же, спортсмен переходит через один барьер, потом возвращается поочередно каждой ногой назад, вновь переступает вперед и переходит на следующий барьер;

7. «Через-под» – через один барьер спортсмен перешагивает, под другой пролазит;

8. Спортсмен становится со стороны барьера, сбоку, и переносит ноги через барьер поочередно, то левую, то правую, с маленьким подскоком в сторону.

Такой спектр упражнений поможет значительно повысить технические характеристики барьериста.

Литература:

1. Бугай, М. В. Формирование техники барьерного бега у мальчиков на основе выявления и реализации специфических координационных способностей / М. В. Бугай [и др.] // Учен. зап. ун-та им. П. Ф. Лесгафта. – 2019. – № 7 (173). – С. 23-26.
2. Буланчик, Е. Барьерный бег доступен детям // Лег. атлетика. – 1962. – № 5. – С. 15-16.
3. Добрынская, Н. Специальные упражнения в легкоатлетическом многоборье / Н. Добрынская // Наука в олимп. спорте. – 2014. – № 2. – С. 69-78.
4. Зеленцова, Т. Школа барьерных упражнений Зеленцовой / Т. Зеленцова // Лег. атлетика. – 2010. – № 5-6. – С. 17-19.
5. Попов, В. Б. 555 специальных упражнений в подготовке легкоатлетов : метод. пособие для спортсменов, тренеров, преподавателей / В. Б. Попов. – М. : Человек, 2012. – 224 с.
6. Щенников, Б. Барьерный бег. Обучение технике / Б. Щенников, Н. Щенников // Лег. атлетика. – 1980. – № 6. – С. 8-10.

Аннотация. Рассмотрены морфологические особенности опорно-двигательной системы человека необходимые для выполнения упражнения «поперечный шпагат» требования к тазобедренному суставу, глубина и положение вертлужной впадины. размещение впадины в сторону или слегка назад.

Ключевые слова: поперечный шпагат, растяжка, вертлужная впадина, морфологические особенности тазобедренного сустава, тест на готовность к выполнению упражнения «поперечный шпагат».

В гимнастике много упражнений, которые выглядят эффектно и изящно, но стоит ли это зрелище проблем со здоровьем? Одним из таких упражнений является поперечный шпагат. Шпагат является необходимым упражнением характеризующее мастерство и квалификацию спортсмена, оказывает разносторонние влияния на различные системы органов. Например нормализует деятельность органов малого таза и мочеполовой системы, увеличивает выносливость, гибкость, сжигает много калорий, усиливает связки и мышцы [4]. При этом может вызывать болезни и травмы суставов нижних конечностей и таза [2]. При растяжке на правую или левую ногу, он же продольный шпагат, растягиваются мышцы и нет костного лимитирования [3]. Но при поперечном шпагате большие требования предъявляются к тазобедренному суставу. Влияют такие факторы, как: глубина и положение вертлужной впадины. С глубокой впадиной бедренная кость не сможет отходить в сторону. Для поперечного шпагата оптимальный вариант: размещение впадины в сторону или слегка назад. Так, отвод нижних конечностей в боковую сторону будет больше. При расположении немного вперед появляется костный барьер, который нельзя устранить [1].

Существует тест, который может помочь определить, возможно ли выполнение этого упражнения данным спортсменом, является ли структура суставов препятствием для выполнения поперечного шпагата. Упражнение тест выполняется следующим образом. Спортсмену нужно встать боком к стулу и положить на него ногу, удостоверится, что оба бедра и нога, которую вы поставили на стул, находятся в одной линии. Повторите этот тест на другую ногу. Если у вас получилось это повторить, то оба ваших тазобедренных сустава имеют необходимый диапазон движения для выполнения этого упражнения[3].

Поперечный шпагат могут выполнять спортсменки с определенными морфологическими особенностями строения тазобедренного сустава. Анатомо-морфологические особенности спортсмена должны учитываться при спортивном отборе и планировании учебно-тренировочного процесса.

Литература:

1. Анатомия человека (с основами динамической и спортивной морфологии) : Учебник для институтов физической культуры. – Изд. 7-е / Под ред. Б. А. Никитюка, А. А. Гладышевой, Ф. В. Судзиловского. – М. : Олимпия, 2008. – 624 с.
2. Кудряшова, Ю. А. Состояние опорно-двигательного аппарата у акробатов различной классификации / Ю. А. Кудряшова, М. Г. Половникова, О. В. Маякова // В сборнике : Спортивная медицина и реабилитация: традиции, опыт и инновации : Материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Краснодар, 2022. – С. 17-21.
3. Арнольд, Нельсон Анатомия упражнений на растяжку. Иллюстрированное пособие по развитию гибкости и мышечной силы / Нельсон Арнольд. – М. : Попурри, 2016. – 63 с.
4. Боб, Андерсон Растяжка для поддержания гибкости мышц и суставов / Андерсон Боб. – М. : Попурри, 2017. – 781 с.

ГИПЕРАКТИВНОСТЬ ДЕТЕЙ В ОНТОГЕНЕЗЕ

Гуренко М.Ю.

Научный руководитель доцент Кудряшова Ю.А.

Аннотация. В данной статье раскрываются теоретические аспекты изучения гиперактивности детей в различных периодах индивидуального развития, а также представлен анализ подходов к рассмотрению данной проблемы в различных исследованиях.

Ключевые слова: гиперактивность, индивидуальное развитие организма, онтогенез, возбудимость, симптомы гиперактивности.

Гипер... (от греч. *hyper* – над, сверх) составная часть сложных слов, указывающая на нахождение наверху, а также на превышение нормы, например, гиперактивность (ГПА). ГПА – это синдром патологически повышенной активности и возбудимости, которая выражается в поступках и поведении.

С середины XIX ученые и врачи сделали множество выводов и открытий по изучению ГПА. Синдром представляет собой большую социальную проблему, так как встречается у большинства детей. Актуальность проблемы сложно переоценить [7].

Цель настоящей работы: исследование научно-методической литературы по проблеме проявления ГПА у детей разного возраста.

Количество детей с ГПА в последнее время заметно увеличилось в современном обществе. Дошкольный возраст является главным этапом в физическом развитии ребенка, в котором интенсивно формируется и происходит становление важнейших систем организма. Ребенок 3-7 лет в силу возрастных особенностей довольно активен и подвижен. Поэтому, важно учитывать возрастную морфологию дошкольников и своевременно определить первые признаки ГПА [1, 5, 8].

К основным причинам возникновения ГПА относят: генетические факторы, родовые травмы, инфекционные заболевания, перенесенные в первые дни жизни ребенка, особенности строения и функционирования головного мозга и врожденные нарушения центральной нервной системы (ЦНС). Как правило, в основе синдрома ГПА лежит минимальная мозговая дисфункция (ММД) [6]. К внешнему проявлению ГПА относят: импульсивность, повышенную двигательную активность, снижение концентрации внимания, тяжелые взаимоотношения, как со сверстниками, так и со взрослыми [3]. Отличительной особенностью данного синдрома – автономность и, в некоторых случаях, повышенные показатели возрастной нормы интеллектуального развития у детей. Первые проявления ГПА наблюдаются в постэмбриональном периоде онтогенеза в дошкольном возрасте, чаще встречающиеся у мальчиков, чем у девочек [7].

Р. Баркли и Журба Л.Т считают, что первая возрастная периодизация заболевания наблюдается в возрасте 3-4 года, однако начало проявления симптоматики можно выявить и в первый год жизни ребенка. Ч. Венар и П. Керинг считают, что дети в возрасте до 3-х лет демонстрируют модель «*undercontrolled pattern of conduct*» – недостаточно контролируемое паттерное поведение. Согласно взглядам советского психолога, Л. С. Выготского 3 года – это период третьего возрастного кризиса «кризис трех лет».

Период активного проявления симптоматики синдрома – дошкольный возраст. Избыточная двигательная активность принимает характер расторможенности и оказывает существенное влияние на возможное развитие диспраксии – синдром «неуклюжего ребенка». Статико-моторную недостаточность обнаруживают у большинства детей с ММД. [7].

Данный синдром совпадает с четвертым возрастным кризисом – кризисом 7 лет (по Л.С. Выготскому). В начальной школе у детей с данным синдромом повышается оппозиционно-вызывающая активность на фоне сверстников, возрастает чувство беспокойства, отсутствует усидчивость и возникает расстройство социального поведения. Проявления типичных симптомов, характерных для ГПА, способствует развитию

социальной дезадаптации и низкой успеваемости, несмотря на их высокую умственную способность. Р. Баркли связывает проявление этих признаков с неспособностью ЦНС реагировать на проявление этих признаков.

По мнению соотечественников Е.В. Касатикова и И.П. Брызгунова примерно в 50-80% ГП может перейти в пятый возрастной кризис (по С. Выготскому) – 13-14 лет [2].

В отрочестве ведущим симптомом ГПА является импульсивность, иногда в совокупности с агрессией. Многие авторы отмечают у подростков наличие тревожно-депрессивных расстройств (ТДР).

Диагностика ГПА проводится в диагностических критериях, применимая к детям, но в них не отражена возрастная динамика, американской психиатрической ассоциации DSM-IV [4].

В настоящее время доказано общепринятое положение, согласно которому методика реабилитации детей с ГПА имеет комплексную систему, включающую как психотерапевтические методы, так и медикаментозную терапию.

К важным компонентам многоуровневой системы реабилитации также можно отнести нейропсихологическую диагностику, комплекс развивающих игр, позволяющих изолированно воздействовать на отдельные элементы ГПА, бихевиоральную терапию, основанную на трудах И.П. Павлова и Б. Скиннера, использование различных видов индивидуальной и групповой психотерапии, направленной на разрешение внешних и внутренних психогенных конфликтов, личностный рост, эффективное взаимодействие со взрослыми и сверстниками [7].

Вывод: ГПА является самой частой причиной нарушений поведения и трудностей обучения в дошкольном и младшем школьном возрасте (3-5 лет). Безусловно, в коррекционной работе с детьми и подростками с ГПА необходимо принимать во внимание их возрастные особенности, но на первый план выходит необходимость учета особенностей онтогенеза ребенка [7].

Литература:

1. Бердичевская, Е. М. Оценка физических возможностей детей дошкольного возраста методом шкалирования / Е. М. Бердичевская, Ю. А. Зузик // Российский педиатрический журнал. – 2004. – №. 4. – С. 58-59.
2. Брызгунов, И. П. Непоседливый ребенок, или все о гиперактивных детях / И. П. Брызгунов, Е. В. Касатикова. – М. : Психотерапия. – 2008. – Т. 2088. – С. 1-45.
3. Возрастные особенности состояния здоровья детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью / О. Ю. Кочерова, О. М. Филькина, Н. Ю. Сотникова, Н. В. Долотова // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2010. – №. 1 (39). – С. 41-45.
4. Заваденко, Н. Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте: учеб. пособие для вузов – М. : Издательство Юрайт. – 2018. – 274 с.
5. Корень, Е. В. Гиперкинетические расстройства (СДВГ) / Е. В. Корень, Т. А. Куприянова. – М. : ФМИЦПН им. Сербского. – 2015. – 82 с.
6. Лютова, Е. К. Шпаргалка для родителей: Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми / Е. К. Лютова, Г. Б. Моница. – СПб. : Речь. – 2007. – 136 с.
7. Моница, Г. Б. Гиперактивные дети: психолого-педагогическая Помощь : Монография / Г. Б. Моница, Е. К. Лютова-Робертс, Л. С. Чутко. – СПб. : Речь. – 2007. – 186 с.
8. Тарасова, Т. А. «Контроль физического состояния детей дошкольного возраста» : Методические рекомендации для руководителей и педагогов ДОУ. – М., 2005. – 176 с.

**ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОФИЛЬ АСИММЕТРИИ
ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫХ ТАНЦОРОВ ЕВРОПЕЙСКОЙ
СОРЕВНОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ**

Дудкова Е.И.

Научный руководитель доцент Кудряшова Ю.А.

Аннотация. Характеристика функциональной асимметрии носит довольно стойкий характер, связанный с особенностями генотипа, и в ряде случаев может выступать как стимулом, так и помехой в достижении спортивного результата. В настоящей работе проведен анализ индивидуального профиля асимметрии высококвалифицированных спортсменок Европейской танцевальной программы в возрасте от 18 до 22 лет.

Ключевые слова: индивидуальный профиль асимметрии, танцевальный спорт, европейская танцевальная программа.

Танцевальный спорт – это сложно-координационный вид спорта, с предельно активной двигательной деятельностью, результаты которого зависят от двигательных возможностей самого спортсмена и выявляются в процессе соревнования. Характеристика функциональной асимметрии носит довольно стойкий характер, связанный с особенностями генотипа, и в ряде случаев может выступать как стимулом, так и помехой в достижении спортивного результата. Проблема межполушарной асимметрии широко исследуется в различных видах спорта [1, 2, 3, 4, 5]. Работ по изучению индивидуального профиля асимметрии (ИПА) у высококвалифицированных танцоров, специализирующихся в Европейской соревновательной программе нами не обнаружено.

Целью данной работы является изучение индивидуального профиля асимметрии высококвалифицированных спортсменок, специализирующихся в Европейской танцевальной программе.

Для определения индивидуального профиля сенсомоторной асимметрии 14 высококвалифицированных спортсменок (МС, КМС, I разряд) Европейской соревновательной программы использовали методику Е.М. Бердичевской [1,2].

Анализ функциональной асимметрии отдельных билатеральных органов у высококвалифицированных танцоров Европейской соревновательной программы выявил:

1. У 29% спортсменок – «абсолютно правый» вариант ИПА – «пппп» (ведущие: правая рука, нога, глаз, ухо)

2. У 22 % спортсменок – «преимущественно правый» вариант ИПА: 15% – «пппА» (ведущие: правая рука, нога, глаз, амбидекстрия уха), 7% – «пАпп» (ведущие: правая рука, глаз, ухо, амбидекстрия ног).

3. У 35% спортсменок – «смешанный» вариант ИПА: 14%–«ппЛА» (ведущие: правая рука, нога, левый глаз, амбидекстрия уха), 14% – «ппАЛ» (ведущие: правая рука, нога, амбидекстрия ног, левое ухо) и 7% – «пААп» (ведущие: правая рука, ухо, амбидекстрия ног и глаз).

4. У 7% спортсменок – «преимущественно левый» вариант ИПА – «ллЛА» (ведущие: левая рука, нога, глаз, амбидекстрия уха).

5. У 7% спортсменок – «абсолютно левый» вариант ИПА – «ЛЛЛЛ» (ведущие: левая рука, нога, глаз, ухо).

Таким образом, выявлено, что для танцоров Европейской соревновательной программы, обладающих высоким уровнем спортивного мастерства, характерно наличие, как левосторонних асимметрий, так и амбидекстрии некоторых функций, что определяет значительную роль правого полушария в осуществлении сенсорных и моторных функций и обеспечивает наглядно-образное мышление, связанное с целостным представлением ситуации, отличную пространственную ориентировку, эмоциональность и

впечатлительность, так необходимые спортсменкам для победы на соревнованиях мирового уровня.

Литература:

1. Бердичевская, Е. М. Индивидуальный профиль асимметрии как фактор оптимизации спортивного отбора ватерполистов / Е. М. Бердичевская, Ю. А. Кудряшова, Д. А. Ровный // Физическая культура, спорт – наука и практика. – 2019. – № 4. – С. 34-39.

2. Кудряшова, Ю. А. Функциональный профиль асимметрии у квалифицированных спортсменов, специализирующихся в легкой атлетике (прыжки в длину) / Ю. А. Кудряшова, Е. М. Бердичевская, А. А. Мошой // Вестник Уральской медицинской академии науки. – 2014. – № 3(49). – С. 186-188.

3. Кудряшова, Ю. А. Функциональный профиль асимметрии у квалифицированных спортсменов, специализирующихся в фехтовании / Ю. А. Кудряшова, Е. М. Бердичевская, В. В. Мартыненко // Физическая культура, спорт – наука и практика. – 2015. – №2. – С. 47-51.

4. Кудряшова, Ю. А. Функциональный профиль асимметрии у квалифицированных и высококвалифицированных футболистов различных амплуа / Ю. А. Кудряшова, М. Г. Половникова, О. В. Маякова // В сборнике : Актуальные вопросы спортивной медицины. Материалы региональной научно-практической конференции. – Краснодар, 2021. – С. 43-46.

5. Тришин, А. С. Индивидуальный профиль асимметрии как фактор двигательного стереотипа квалифицированных спортсменов / А. С. Тришин, Е. С. Тришин, Ю. А. Кудряшова, Е. М. Бердичевская, Е. А. Кудряшов // Физическая культура, спорт – наука и практика. – 2020. – № 3. – С. 30-34.

**ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОФИЛЬ АСИММЕТРИИ КВАЛИФИЦИРОВАННЫХ
ТАНЦОРОВ ЕВРОПЕЙСКОЙ СОРЕВНОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ**

Дудкова Е.И.

Научный руководитель доцент Кудряшова Ю.А.

Аннотация. Межполушарная асимметрия является биологическим фактором, который определяется как генетикой, так и внешне средовыми условиями развития индивида. В настоящей работе проведен анализ индивидуального профиля асимметрии квалифицированных спортсменок Европейской танцевальной программы 18-22 лет.

Ключевые слова: индивидуальный профиль асимметрии, танцевальный спорт, европейская танцевальная программа.

В специальных источниках на примере различных видов спорта накопились факты, указывающие на значимость проявления моторной и сенсорной дихотомии [1, 3, 4, 5, 6]. Научных исследований по изучению специфики индивидуального профиля асимметрии (ИПА) у танцоров нами не обнаружено.

Цель настоящей работы: изучение индивидуального профиля асимметрии квалифицированных спортсменок, специализирующихся в Европейской танцевальной программе.

Обследовано 18 квалифицированных спортсменок (II-III разряд) 18-22 лет, специализирующихся в Европейской соревновательной программе. Для определения латеральных предпочтений моторных и сенсорных функций использовали методику Е.М. Бердичевской [1,3].

Анализ функциональной асимметрии отдельных билатеральных органов у квалифицированных танцоров Европейской соревновательной программы выявил:

1. У 39% спортсменок – «абсолютно правый» вариант ИПА – «пппп» (ведущие: правая рука, нога, глаз, ухо)

2. У 28 % спортсменок – «преимущественно правый» вариант ИПА: 11% – «пппЛ» (ведущие: правая рука, нога, глаз, левое ухо), 6% – «ппАп» (ведущие: правая рука, нога, ухо, амбидекстрия глаз), 6% – «пппА» (ведущие: правая рука, нога, глаз, амбидекстрия уха), 5% – «ппЛп» (ведущие: правая рука, нога, ухо, левый глаз)

3. У 28% спортсменок – «смешанный» вариант ИПА: 11% – «ппЛА» (ведущие: правая рука, нога, левый глаз, амбидекстрия уха), 6% – «ппАА» (ведущие: правая рука, нога, амбидекстрия глаз, ухо), 6% – «пАЛА» (ведущие: правая рука, левый глаз, амбидекстрия ног, уха), 5% – «пАЛЛ» (ведущие: правая рука, амбидекстрия рук, левый глаз, ухо)

4. У 5% спортсменок – «абсолютно левый» вариант ИПА – «ЛЛЛЛ» (ведущие: левая рука, нога, глаз, ухо)

Таким образом, анализ индивидуальных особенностей латерализации сенсомоторных функций у квалифицированных танцоров, специализирующихся в Европейской соревновательной программе, не выявил существенных отличий от средних данных по популяции [2]. Обследуемые спортсменки к возрасту 18-22 года достигли только II-III разряда в своей танцевальной программе. Возможно, генетически обусловленная организация функций мозга и, в частности межполушарная асимметрия, явилась лимитирующим фактором для достижения более высоких результатов в данном виде спорта. Дальнейшее исследование танцоров, достигших более высоких спортивных результатов, и обладающих званиями КМС и МС, позволит выявить специфику межполушарной асимметрии мозга, характерную для спорта высших достижений в Европейской соревновательной программе.

Литература:

1. Бердичевская, Е. М. Индивидуальный профиль асимметрии как фактор оптимизации спортивного отбора ватерполистов / Е. М. Бердичевская, Ю. А. Кудряшова, Д. А. Ровный //Физическая культура, спорт – наука и практика. – 2019. – № 4. – С. 34-39.

2. Брагина, Н. Н. Функциональные асимметрии человека / Н. Н. Брагина, Т. А. Доброхотова. – М. : Медицина, 1988. – 240 с.
3. Индивидуальный профиль асимметрии как фактор двигательного стереотипа квалифицированных спортсменов / А. С. Тришин, Е. С. Тришин, Ю. А. Кудряшова, Е. М. Бердичевская, Е. А. Кудряшов // Физическая культура, спорт – наука и практика. – 2020. – № 3. – С. 30-34.
4. Кудряшова, Ю. А. Функциональный профиль асимметрии у квалифицированных спортсменов, специализирующихся в легкой атлетике (прыжки в длину) / Ю. А. Кудряшова, Е. М. Бердичевская, А. А. Мошой // Вестник Уральской медицинской академии науки. – 2014. – № 3(49). – С.186-188.
5. Кудряшова, Ю. А. Функциональный профиль асимметрии у квалифицированных спортсменов, специализирующихся в фехтовании / Ю. А. Кудряшова, Е. М. Бердичевская, В. В. Мартыненко // Физическая культура, спорт – наука и практика. – 2015. – № 2. – С. 47-51.
6. Кудряшова, Ю. А. Функциональный профиль асимметрии у квалифицированных и высококвалифицированных футболистов различных амплуа / Ю. А. Кудряшова, М. Г. Половникова, О. В. Маякова // В сборнике : Актуальные вопросы спортивной медицины. Материалы региональной научно-практической конференции. – Краснодар, 2021. – С. 43-46.

**ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОФИЛЬ АСИММЕТРИИ
ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫХ ТАНЦОРОВ
ЛАТИНОАМЕРИКАНСКОЙ СОРЕВНОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ**

Дудкова Е.И.

Научный руководитель доцент Кудряшова Ю.А.

Аннотация. Результаты многочисленных исследований индивидуального профиля асимметрии доказывают, что данную функциональную характеристику организма спортсмена целесообразно учитывать во время спортивного отбора и при выборе оптимальной методики обучения. В настоящей работе проведен анализ индивидуального профиля асимметрии высококвалифицированных спортсменок Латиноамериканской танцевальной программы 18-22 лет.

Ключевые слова: индивидуальный профиль асимметрии, танцевальный спорт, латиноамериканская танцевальная программа.

Результаты многочисленных исследований индивидуального профиля асимметрии (ИПА) доказывают, что данную функциональную характеристику организма спортсмена целесообразно учитывать во время спортивного отбора и при выборе оптимальной методики обучения [1, 2, 3, 4, 5]. Научных работ по изучению ИПА у высококвалифицированных танцоров, специализирующихся в Латиноамериканской соревновательной программе нами не обнаружено.

Цель настоящей работы: изучение индивидуального профиля асимметрии высококвалифицированных спортсменок, специализирующихся в Европейской танцевальной программе.

Обследовано 10 высококвалифицированных спортсменок (МС, КМС, I разряд) Латиноамериканской соревновательной программы 18-22 лет. Для оценивания латеральных предпочтений моторных и сенсорных функций использовали методику Е.М. Бердичевской [1,2].

Анализ функциональной асимметрии отдельных билатеральных органов у высококвалифицированных танцоров выявил:

1. У 80% спортсменок – «абсолютно правый» вариант ИПА – «пппп» (ведущие: правая рука, нога, глаз, ухо).

2. У 20% спортсменок – «преимущественно правый» вариант ИПА: 10% – «пппА» (ведущие: правая рука, нога, глаз, амбидекстрия слуха), 10% – «ппАп» (ведущие: правая рука, нога, ухо, амбидекстрия глаз).

Латиноамериканская танцевальная программа является технически сложной – движения высокоамплитудные, резкие, быстрые, энергичные, требующие от спортсмена высокой скорости проприорецептивных реакций и вестибулярной устойчивости. Значительное преобладание «абсолютно правого» профиля асимметрии у высококвалифицированных танцоров Латиноамериканской программы, вероятнее всего, связано с высококоординационной сложностью элементов в данном танцевальном стиле. Левое полушарие обрабатывает информацию последовательно, основывается на вербально-символических функциях, является планирующим и аналитическим, склонно к абстракционированию и обобщению, именно эти качества играют важную роль в реализации Латиноамериканской танцевальной программы.

Таким образом, уровень спортивного мастерства у высококвалифицированных танцоров Латиноамериканской соревновательной программы характеризуется доминированием правосторонних функций, что положительно влияет на спортивный результат танцора. Выявленные закономерности латеральных предпочтений могут быть использованы тренерами, как на этапах спортивного отбора, так и при выборе рациональной методики спортивного совершенствования с учетом индивидуальных функциональных

особенностей организма спортсменки. В тренировочном процессе танцоров с «абсолютно правым» и «преимущественно правым» ИПА, целесообразно использовать звуковые, зрительные и проприорецептивные триггеры, определяющие начало сложно-координационной связки элементов, что позволит улучшить технику выполнения движения с учетом индивидуальных особенностей функционирования нервной системы спортсменки.

Литература:

1. Бердичевская, Е. М. Индивидуальный профиль асимметрии как фактор оптимизации спортивного отбора ватерполистов / Е. М. Бердичевская, Ю. А. Кудряшова, Д. А. Ровный // Физическая культура, спорт – наука и практика. – 2019. – № 4. – С. 34-39.
2. Индивидуальный профиль асимметрии как фактор двигательного стереотипа квалифицированных спортсменов / А. С. Тришин, Е. С. Тришин, Ю. А. Кудряшова, Е. М. Бердичевская, Е. А. Кудряшов // Физическая культура, спорт – наука и практика. – 2020. – № 3. – С. 30-34.
3. Кудряшова, Ю. А. Функциональный профиль асимметрии у квалифицированных спортсменов, специализирующихся в легкой атлетике (прыжки в длину) / Ю. А. Кудряшова, Е. М. Бердичевская, А. А. Мошой // Вестник Уральской медицинской академии науки. – 2014. – № 3(49). – С.186-188.
4. Кудряшова, Ю. А. Функциональный профиль асимметрии у квалифицированных спортсменов, специализирующихся в фехтовании / Ю. А. Кудряшова, Е. М. Бердичевская, В. В. Мартыненко // Физическая культура, спорт – наука и практика. – 2015. – № 2. – С. 47-51.
5. Кудряшова, Ю. А. Функциональный профиль асимметрии у квалифицированных и высококвалифицированных футболистов различных амплуа / Ю. А. Кудряшова, М. Г. Половникова, О. В. Маякова // В сборнике : Актуальные вопросы спортивной медицины : Материалы региональной научно-практической конференции. – Краснодар, 2021. – С. 43-46.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ АНТРОПОМЕТРИИ
У ГИМНАСТОК, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ХУДОЖЕСТВЕННОЙ
И ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ГИМНАСТИКОЙ**

Иванова А.И.

Научный руководитель доцент Маякова О.В.

Аннотация. В настоящее время развивается новый вид спорта «эстетическая гимнастика». По своей структуре он схож с художественной гимнастикой. Выявлены различия между антропометрическими показателями спортсменок. Эти различия гимнасток обусловлены особенностями вида спорта «художественная гимнастика» и «эстетическая гимнастика».

Ключевые слова: художественная гимнастика, эстетическая гимнастика, антропометрические показатели, антропометрия.

В настоящее время развивается новый вид спорта «эстетическая гимнастика» по своей структуре он схож с художественной гимнастикой. Эстетическая гимнастика – это современный вид спорта, который основан на слитных, плавных движениях тела, но при этом в нём присутствуют элементы из спортивной акробатики и танца. Особенностью данного вида спорта являются движения тела: волны, изгибы, скручивания, выпады, взмахи, сжатия [1, 4, 5].

С целью выявления различий между спортсменками разных видов гимнастики был проведен анализ их антропометрических данных.

При спортивном отборе девочек в группы начальной подготовки по художественной и эстетической гимнастике тренеры особое внимание обращают на обхватные размеры тела: плеч, таза, бедер и т.д. [2]. Предпочтение отдают девочкам с долихоморфным типом пропорций – узким торсом и длинными конечностями. Но на этапе спортивной специализации начинают появляться различия в антропометрических показателях между спортсменками, занимающимися художественной и эстетической гимнастикой.

Прежде всего изменения заметны в обхватных размерах пояса нижних конечностей. По результатам исследования у спортсменок, которые специализируются в эстетической гимнастике, обхват бедра в среднем составляет 63 см, а у представительниц художественной гимнастики этот показатель равен 50 см; максимальный обхват голени – 46 см у спортсменок, занимающихся эстетической гимнастикой и 33 см – у спортсменок, занимающихся художественной, обхват таза – 97 см и 88 см соответственно.

Такая разница в пропорциях тела спортсменок, возможно обусловлена тем, что в эстетической гимнастике большое внимание уделяется прыжковым элементам. Их должно быть минимум 6 в соревновательной программе, но это количество не ограничено. Поэтому в тренировочном процессе у представительниц эстетической гимнастики большое количество времени отводится прыжковой подготовке. Исходя из этого обстоятельства у этих гимнасток наблюдается саркоплазматическая гипертрофия скелетных мышц, которая мало влияет на силу мышц, но повышает их выносливость. Это необходимо, так как соревновательная программа по эстетической гимнастике длится около 3 минут, и все это время спортсменки перемещаются различными шагами по площади ковра, выполняют толчковые движения и прыжки [3, 6].

На этапах спортивного совершенствования и высшего спортивного мастерства появляются различия в обхватных размерах пояса верхних конечностей. Результаты исследования показывают, что у гимнасток, занимающихся художественной гимнастикой обхват плеч составляет в среднем 28 см, а у представительниц эстетической гимнастики – около 32 см. Данные различия связаны с тем, что в соревновательной композиции по эстетической гимнастике гимнастки всегда выполняют 2-3 акробатические поддержки, которые могут быть даже с выбросами, и 2 взаимодействия с подниманием партнера. В

художественной гимнастике в личном многоборье вообще отсутствуют акробатические поддержки, так как выступает одна гимнастка, а в групповом упражнении выполняется 1 поддержка.

Таким образом, различия антропометрических данных гимнасток обусловлены спецификой вида спорта «художественная гимнастика» и «эстетическая гимнастика», так как отличается специфика нагрузки на различные группы мышц.

Литература:

1. Карпенко, Л. А. Применение локальных отягощений в прыжковой подготовке художественных гимнасток 11-13 лет / Л. А. Карпенко. – СПб. : Федерация художественной гимнастики, 2008. – 64 с.

2. Кудряшова, Ю. А. Гендерные различия формирования осанки и коррекции морфологических асимметрий у детей и подростков, занимающихся оздоровительным плаванием / Ю. А. Кудряшова и [др.] // Физическая культура и спорт – наука и практика. – 2021. – № 1. – С. 70-76.

3. Об утверждении правил вида спорта «Эстетическая гимнастика», утвержденный приказом Министерства спорта Российской Федерации от 31 августа 2017 № 777.

4. Примерная программа спортивной подготовки по виду спорта «Художественная гимнастика» / Под общ. ред. Р. Н. Терехиной. – М. : 2016. – 326 с.

5. Художественная гимнастика: история, состояние и перспективы развития / И. А. Винер-Усманова и [др.]. – М. : Человек, 2014. – 200 с.

6. Эстетическая гимнастика: История, техника, правила соревнований : учебное пособие / Конеева Е. В. [и др.]. – М. : Прометей, 2013. – 170 с.

УДК: 796.011.1

АНАЛИЗ ОСВЕДОМЛЁННОСТИ ШКОЛЬНИКОВ О РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ СПОРТИВНЫХ ЕДИНОБОРСТВ

Ивуть Е.В.

Научный руководитель доцент Кудряшова Ю.А.

Аннотация. В данной статье рассматривается проблема популяризации массового спорта среди школьников 17-18 лет, а именно различных видов единоборств. В ходе работы было проведено анкетирование, и сделаны выводы на основе полученных ответов.

Ключевые слова: спорт, массовый спорт, боевые искусства, единоборства, ударные единоборства, тайский бокс.

В последние десятилетия в нашей стране появился широкий диапазон спортивных клубов, специализирующихся на различных видах единоборств [3, 4, 5]. Представляет интерес степень осведомленности населения о плюсах и минусах того или иного вида спортивных единоборств.

Цель настоящего исследования: анализ степени информированности школьников 17-18 лет о различных видах единоборств. Проведено анкетирование 40 школьников МАОУ гимназии № 33 г. Краснодара в возрасте 17-18 лет.



Рис. 1. Анализ вовлечённости школьников 17-18 лет в занятия спортом

Анализ результатов анкетирования показал, что среди всех выпускников МАОУ гимназии № 33 г. Краснодара только 70,3% школьников занимаются спортом и 51,4% школьников имеют навыки самообороны (рис.1). Низкий процент количества спортсменов среди выпускников школы обусловлен высокой учебной загруженностью в преддверии написания жизненно определяющего экзамена, ЕГЭ, и низким показателем уровня здоровья, что обуславливается распространением всевозможных недугов, таких как проблемы с желудочно-кишечным трактом, хронические болезни нервной системы, болезни опорно-двигательного аппарата, хронические болезни ЛОР-органов, сердечно-сосудистые и эндокринно-обменные нарушения. Такое большой спектр заболеваний, в первую очередь, обусловлен низким уровнем активности на протяжении взросления современных школьников, а это негативно сказывается на здоровье в будущем [1].

Несмотря на большой информационный поток, получаемый школьником от современных девайсов с доступом в интернет, 10,8% обследуемых не имели даже частичной информации о таком виде спорта, как тайский бокс (рис.1). Из этого следует, что для такого «неклассического» вида спорта нужно как можно больше медийной огласки. Хотя и идёт прогрессивное развитие данного единоборства в нашей стране, всё равно есть люди, которые не знают о нём. Данный аспект может отрицательно отражаться для двух сторон одновременно: с одной люди не знают о таком виде спорта или не имеют достаточно полной информации, следовательно, не могут себя в нём попробовать, с другой – развитие самого спорта тормозится.



Рис. 2. Анализ информированности школьников 17-18 лет о различных видах спортивных единоборств

Анализ информированности школьников 17-18 лет о различных видах спортивных единоборств (рис. 2) выявил, что большинство обследуемых имели информацию о таких видах спорта как классический бокс и карате. Менее популярными оказались такие виды единоборств, как самбо, тхэквондо, тайский бокс и дзюдо. Ещё менее популярными оказались борьба, рукопашный бой, джиу-джитсу, айкидо, греко-римская борьба, К-1 и кунг-фу. Самыми непопулярными ответами оказались вольная борьба, MMA, АРБ и «не знаю». Данная статистика показывает, что у учащихся 11-х классов достаточно хорошо развит кругозор в теме спортивных единоборств. Из этого следует, что пропаганда здорового образа жизни, поддержание хорошей физической формы и занятий спортом работает достаточно эффективно. Но всё же, существует ещё огромное количество боевых искусств, которые остаются в тени известных «классических» видов. Ни один из этих видов спорта нельзя недооценивать, так как каждый из них развивает в человеке важные жизненные качества: сила, скорость, ловкость, выносливость и целеустремлённость [2].

Подводя итоги из полученных данных, можно сделать вывод: уровень занятия спортом достаточно низок, но это не препятствует осведомлённости школьников 17-18 лет о существующих видах единоборств и желанию научиться навыкам самообороны, которые можно приобрести в следствии занятий спортивными единоборствами.

Литература:

1. Возрастная морфология (особенности развития систем органов в онтогенезе) / Т. Г. Гричанова, О. В. Маякова, А. М. Филенко [и др.]. – 3-е издание, переработанное и дополненное. – Краснодар : КГУФКСТ, 2021. – 80 с.
2. Единоборства как средство развития личности : учебник / С. В. Степанов, Е. В. Головихин. – М. : Советский спорт, 2020. – 649 с.
3. Теория и методика избранного вида спорта (вольная борьба) : методические рекомендации / Н. В. Гаркин, А. А. Колесов, Г. С. Султанахмедов, А. В. Шевцов. – М. : РГУФКСМиТ, 2016. – 118 с.
4. Физические качества кикбоксера : курс лекций / В. Н. Клещев. – М. : РГУФКСМиТ, 2018. – 36 с.
5. Физическая культура и спорт: элективные дисциплины (Основы самообороны) : учебное пособие. Ч. 2 / П. Г. Омарова [и др.]. – Краснодар : КГУФКСТ, 2021. – 107 с.

АНАЛИЗ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ СПОРТСМЕНОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ТАЙСКИМ БОКСОМ, О СВОЕМ ВИДЕ СПОРТА

Ивуть Е.В.

Научный руководитель доцент Кудряшова Ю.А.

Аннотация. В данной статье рассматривается проблема о качестве знаний, даваемых спортсменам, о нюансах и культуре тайского бокса. В ходе работы было проведено анкетирование, среди занимающихся данным видом спорта разных возрастов, и сделаны выводы на основе полученных ответов.

Ключевые слова: спорт, массовый спорт, единоборства, ударные единоборства, тайский бокс.

В последнее время тайский бокс всё больше и больше популяризируют в нашей стране: открывают множество клубов и секций, немаленькое количество взрослых и детей занимаются и выступают на соревнованиях. Данный вид спорта обладает многовековой историей развития, которая скрывает в себе всевозможные нюансы, обычаи и правила [4]. Это представляет интерес, на сколько серьёзно занимающихся вовлекают не просто в техническую часть овладения тайским боксом, но и культурное просвещение.

Цель настоящего исследования: Анализ степени информированности спортсменов, занимающихся тайским боксом, о культурных ценностях данного вида спорта. Проведено анкетирование, в котором было опрошено 40 спортсменов из трёх разных клубов города Краснодара.



Рис. 1. Анализ вовлечённости спортсменов в занятия тайским боксом

Анализ анкетирования показал, что среди всех опрошенных спортсменов нравится заниматься тайским боксом 95% и только 5% не нравится (рис. 1). Что говорит о достаточно высоком уровне профессионализма тренерского состава, ведь задача педагога не только в преподавании правильной техники, но ещё и в прививании интереса к занятиям.

К сожалению, на вопрос о знании традиций тайского бокса отрицательный ответ дала большая часть опрошенных (60%), что говорит об очень малом сосредоточении спортсменов на культурной части данного ударного единоборства (рис. 1). Любой вид спорта имеет большую интересную историю своего создания и развития, тайский бокс же формировался несколько веков. Знание традиций и обычаев нужно не только для общего развития, но и для получения высшего кхана (степень развития человека в тайском боксе) [5].

По данным опрошенных можно судить, что технике уделяется достаточно много времени, но всё равно у 27% занимающихся возникают трудности в её полном понимании и, следовательно, освоении (рис. 1). Но данные цифры могут очень сильно варьироваться. Если брать группу из профессионально занимающихся спортсменами, то процент понимания, скорее всего, будет около 100%, а если рассматривать недавно набранную группу – очень низок. В данном исследовании опрос проводился в группах, где есть и профессионалы, и новички, и ребята со средним уровнем развития в данном спорте. Также важно отметить, что при постановке правильной техники идёт правильное развитие всех групп мышц и, следовательно, профилактика различных заболеваний опорно-двигательного аппарата [1, 2]. Не стоит забывать и об образовании новых нейронных связей при обучении новым движениям, данный процесс эффективней всего будет происходить в детском возрасте [3].

Большое количество, опрошенных (95%) порекомендовали бы друзьям и знакомым пойти на занятия по тайскому боксу (рис. 1). Данный показатель является очень важным в развитии и популяризации этого вида спорта. Ведь только большим количеством заинтересованных людей можно увеличить уровень проводимых тренировок, сборов и соревнований различного уровня.

Подводя итог из полученных данных, можно сделать вывод: идёт достаточно интенсивное развитие тайского бокса в городе Краснодаре. Существует заинтересованность в воспитании новых спортсменов со стороны тренерского состава, а также люди, приходящие в это боевое искусство, максимально увлечены познанием всех нюансов. К сожалению, культурной части уделяется не так много времени, как хотелось бы, но я уверена, что в будущем процент спортсменов знающих историю их спорта колоссально возрастёт.

Литература:

1. Анатомия и возрастная физиология : учебное пособие / Ю. А. Кудряшова, М. Г. Половникова, Т. В. Пономарева. – Краснодар, 2019. – 192 с.
2. Возрастная и спортивная морфология : рабочая тетрадь / Г. Алексанянц, И. Н. Калинина, В. В. Абушкевич [и др.]. – Краснодар : КГУФКСТ, 2021. – 142 с.
3. Зюзик, Ю. А. Влияние двигательного режима на умственную работоспособность детей 5-7 лет / Ю. А. Зюзик, М. В. Малука // Физическая культура и здоровье населения: материалы всерос. науч.-практ. конференции. – Чебоксары, 1996. – С. 45-47.
4. Терехов, О. А. Таиландский бокс / О. А. Терехов, С. И. Заяшников. – М. : АСТ, 1992. – 75 с.
5. Шехов, В. Г. Тайский бокс в своё удовольствие. – М. : АСТ, 2000. – 384 с.

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ У СПОРТСМЕНОВ В ПАРУСНОМ СПОРТЕ

Измайлова Л.Р., Жданова Е.В.

Научный руководитель доцент Маякова О.В.

Аннотация. В работе рассмотрена проблема нарушения функций коленного сустава у спортсменов, занимающихся парусным спортом. Проанализированы состояния коленных суставов (наличие или отсутствие болезненных и дискомфортных состояний, имеющиеся звуковые эффекты при сгибании и разгибании). Обоснована направленность применения физических упражнений для восстановления двигательной активности и нормализации нарушенных функций в коленных суставах.

Ключевые слова: здоровье, физические упражнения, опорно-двигательный аппарат, коленный сустав, парусный спорт, травматизм.

В парусном спорте коленный сустав является самым «нагружаемым». Он обеспечивает опору и вертикальное положение тела, так же необходим организму для того, чтобы уменьшить нагрузку на скелет, поэтому его изнашиваемость гораздо выше. Нарушение функциональности коленного сустава – одна из самых распространенных проблем в парусном спорте. Как правило этим видом спорта начинают заниматься с 7-9 лет. Именно в этом возрасте у детей происходит усложненное формирование суставов, а чрезмерная нагрузка (и постоянное положение на полусогнутых ногах, что не естественно) мешает полноценному его развитию. Этот факт нельзя оставлять без внимания, так как в дальнейшем во время тренировочного или соревновательного процесса это может привести к более серьезным травмам. С целью изучения статистики было проведено исследование нарушений функционального состояния коленных суставов у спортсменов, занимающихся парусным спортом, в котором приняло участие 30 человек в возрасте от 16 до 21 года, при этом спортивный стаж у всех спортсменов более 10 лет [1, 2, 3].

Исследование позволит определить: наличие болей в коленных суставах; наличие болезненных или дискомфортных ощущений в коленных суставах; щелчков, потрескиваний в суставах при нагрузке; спортивные травмы. По результатам опроса, наличие болей в коленных суставах испытывают 60% опрошенных, при этом наличие спортивных травм коленного сустава отмечают 27,7%, болезненных или дискомфортных состояний отмечают 44,44%, а при нагрузке щелчки и потрескивания в суставах отмечают еще больше – 61,6% яхтсменов [4].

По полученным данным можно сделать вывод о том, что большая часть спортсменов имеют нарушения функционального состояния коленных суставов. Противодействие процессам двигательной регрессии может быть обеспечено за счет локомоторной терапии на основе применения физических упражнений, необходимо всегда делать разминку для повышения эластичности мышц, сухожилий и суставов, так же необходимо использовать обувь или стельки со специальной амортизирующей способностью [4,5].

Литература:

1. Возрастная морфология / Т. Г. Гричанова, О. В. Маякова, А. М. Филенко, Ю. А. Кудряшова, М. Г. Половникова – 2021. – № 3 (3-е издание). – 79 с.
2. Возрастная и спортивная морфология / Г. Д. Алексанянц, И. Н. Калинина, В. В. Абушкевич, Т. Г. Гричанова, Ю. А. Кудряшова, О. В. Маякова, О. Медведева, М. Половникова, Л. Тимофеева, Д. Б. Тлехас, А. М. Филенко. – 2021. – № 2 (2-е издание). – 167 с.
3. Чермит, К. Д. Физиологические аспекты адаптации детей и подростков к различным образовательным и физкультурно-оздоровительным технологиям / К. Д. Чермит, А. В. Шаханова, Н. Н. Хасанова // Валеология. – 2003. – № 4. – С. 9-10
4. Учебное пособие / Алексанянц Г. Д., Абушкевич В. В., Тлехас Д. Б. [и др.]. – М. : Советский спорт, 2005. – 92 с.
5. Аренберг, А. А. Лечение нестабильности коленного сустава / А. А. Аренберг, Л. А. Гарновская // Ортопедия, травматология и протезирование. – 1989. – № 8. – С. 9-12.

УДК: 796.01:61+796.853.26

СПЕЦИФИКА ТРАВМАТИЗАЦИИ ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫХ СПОРТСМЕНОВ, СПЕЦИАЛИЗИРУЮЩИХСЯ ВО ВСЕСТИЛЕВОМ КАРАТЭ

Коваль М.М.

Научный руководитель доцент Кудряшова Ю.А.

Аннотация. Травмы занимают значительное место в спортивной деятельности. Спортсмены, занимающиеся боевыми искусствами подвержены высокой травматизации, так как главной целью в поединках является нанесение максимально эффективного удара или бросковой техники своему сопернику. В настоящей статье проведен анализ специфики травматизации спортсменов, специализирующихся во всестилевом каратэ.

Ключевые слова: боевые искусства, всестилевое каратэ, анализ перечня травм.

Травмы занимают значительное место в спортивной деятельности и являются неотъемлемой частью, как спорта высших достижений, так и юношеского спорта [1, 3]. Наиболее высокой травматизации подвержены спортсмены, занимающиеся боевыми искусствами. В виду того, что главной целью в поединках является нанесение максимально эффективного удара или бросковой техники своему сопернику. Традиционное каратэ берет свое начало в Японии на острове Окинава еще в 19 веке, как вид эффективной системы рукопашного боя, целью которого являлось поразить своего врага одним мощным и точным ударом. В представлении японцев, чтобы достичь такого мастерства, человеку нужно совершенствовать свои навыки десятилетиями. Современное же каратэ, прошло большую адаптацию временем и на данный момент является одним из видов спорта, задачей которого так же является победа над соперником, но без нанесения тяжких травм. Как следствие, происходят трудности в сохранении и переносе техники каратэ как боевого искусства на спортивную арену. Многие тренеры при обучении и совершенствовании, урезают срок обучения технико-тактическим действиям и раньше начинают соревновательную деятельность. Поединки во всестилевом каратэ обычно занимают от двух до трех минут, с очень высокой интенсивностью на протяжении всего боя. Чаще всего спортсмен, отстающий о своего соперника по баллам, под конец поединка пытается нагнать отставание по очкам за счет учащения нанесения ударов, что приводит к возникновению таких травм как: ушибы, ссадины, рассечения и сотрясения мозга [2].

Цель настоящей работы – анализ специфики травматизации спортсменов, специализирующихся во всестилевом каратэ.

Таблица 1 – Спортивные травмы и повреждения спортсменов, выступающих на первенстве и чемпионате России по всестилевому каратэ

Виды травм	%	Виды травм	%
Ушиб головы	20	Рассечение губы	3,4
Ушиб солнечного сплетения с нарушением дыхания	15	Повреждения ногтевой пластинки пальцев стопы	3,3
Ушиб голени	13,3	Ушиб фаланг пальцев кисти	3,3
Носовое кровотечение	8,4	Рассечение брови	1,7
Удары в область печени	8,3	Ушиб фаланг пальцев стопы	1,7
Удары в паховую область	6,7	Перелом голени	1,6
Ушиб стопы (предплюсно-плюсневый отдел)	6,7	Сотрясение мозга	1,8
Ссадины области лица	3,3	Повреждения языка	1,5

Обследовано 67 спортсменов, в возрасте 16-28 лет, выступающих на первенстве и чемпионате России 2022 года в г. Майкопе, из них – 75% мужчин и 25% женщин.

Спортивная квалификация – I разряд и мастер спорта. Выявлено, что самые распространенные травмы у высококвалифицированных спортсменов – ушибы головы (20%) и солнечного сплетения с выраженным нарушением дыхания (15%) (табл. 1). Также, часто встречались травмы различных отделов нижних конечностей: ушибы голени составили 13,3% от общего числа травм, ушибы стопы (предплюсно-плюсневый отдел) – 6,7%, повреждения ногтевой пластинки пальцев стопы – 3,3%, ушибы фаланг пальцев стопы – 1,7%, переломы голени – 1,6%.

Таким образом, в настоящем исследовании выявлено, что у спортсменов, специализирующихся во вестилевом каратэ, самыми частыми травмами являются ушибы головы, солнечного сплетения с нарушением дыхания и травмы нижних конечностей. Травматические ситуации чаще всего возникают в конце поединка, когда отстающий по баллам соперник пытается увеличить скорость и форсирование темпа ударов по сопернику, во вред контроля разрешенного контакта.

Литература.

1. Анализ спортивных травм ватерполистов юношеской сборной Краснодарского края / Ю. А. Кудряшова, Д. А. Ровный, О. В. Маякова, М. Г. Половникова // Физическая культура и спорт – наука и практика. – 2018. – № 1. – С. 82-88.

2. Бушин, И. А. Проблемы традиционной системы подготовки в каратэ-до // Физическая культура и спорт – наука и практика. – 2011. – № 1. – С. 19-20.

3. Кудряшова, Ю. А. Анализ спортивных травм ватерполистов различной квалификации / Ю. А. Кудряшова, Д. А. Ровный, Е. А. Кудряшов // Физическая культура и спорт – наука и практика. – 2019. – № 1. – С. 65-71.

Аннотация. В статье рассматриваются вопросы отклонения физического развития у современных школьников.

Ключевые слова: физическое развитие, отклонения физического развития, дети школьного возраста.

В Национальной доктрине развития образования в РФ до 2025 года и в Национальной образовательной инициативе «Наша новая школа» определена важнейшая задача школы по обеспечению индивидуального подхода, снижающего риски для здоровья в процессе обучения [5].

Однако одной из актуальных проблем современности среди детей школьного возраста является отклонение физического развития, которое связано с разными факторами: наследственностью, неблагоприятной экологической обстановкой, особенностями питания, пагубными привычками, гиподинамией, неправильно подобранной обувью, высотой стульев и парт, пренебрежением уроками физической культуры, длительным пребыванием перед компьютерами, а также незнание методов сохранения и укрепления здоровья. Все эти факторы проявляются в виде нарушений физиологических процессов созревания. Организм ребенка более чувствителен к различным заболеваниям, приводящим к ускорению или торможению роста [1-2]. По мере усиления дисгармоничности физического развития ухудшаются адаптационные и резервные возможности кардиореспираторной системы.

Цель исследования – изучить современные литературные и статистические данные, касающиеся вопросов отклонения физического развития детей от физиологической нормы.

В России на протяжении многих десятилетий осуществлялся мониторинг нарушений физического развития детей и подростков. По данным Т.М. Максимовой, Н.П. Лушкиной [6-7], в 1991 г. у детей разных регионов России в 7-15% случаев выявлялась повышенная и высокая масса тела, в 5-10% – сниженная и низкая масса тела. Эти показатели в 1996-1997 гг. оказались равными 13,3 и 16,4%, в 2000-2001 гг. – 9,4 и 9,7% соответственно (рис. 1).

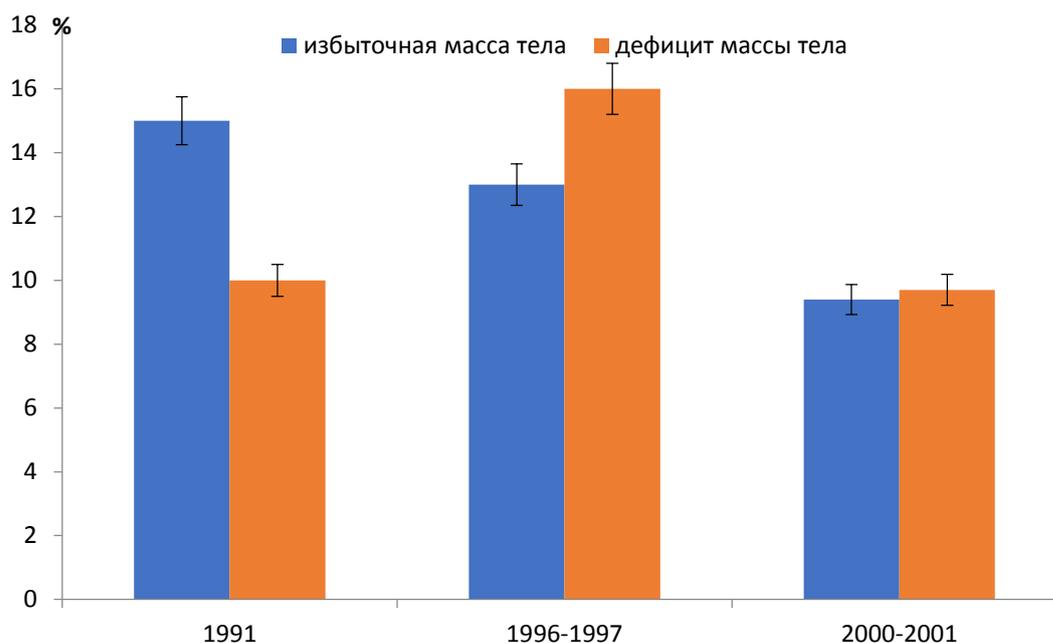


Рис. 1. Мониторинг за массой тела детей и подростков в России

Также наблюдается повышение роста заболеваемости среди детей до 14 лет на 16%, а среди 15-16 летних подростков – на 18%. Патологии в физическом развитии встречаются в среднем у 60% детей школьного возраста, из них самая большая доля приходится на детей 10-14 лет [3].

На основе статистических данных научного центра здоровья детей Российской академии медицинских наук (РАМН) сейчас:

- 70% детей страдают от гиподинамии;
- 50% школьников имеют отклонения в развитии опорно-двигательного аппарата;
- у 30% детей наблюдаются нарушения в сердечно-сосудистой системе.

По итогам профилактического обследования в 2021 году было выявлено, что каждый четвертый школьник имеет различные нарушения в физическом развитии. Самыми распространенными нарушениями физического развития у школьников являются: избыточность массы тела, ожирение, дефицит массы тела, патологии роста, нарушения осанки во фронтальной, сагиттальной плоскостях, сколиозы, деформация свода стопы (плоскостопие, вальгусная стопа и т.д.) [1-3].

Физическое развитие растущего организма – основной показатель здоровья ребёнка. Здоровье детей школьного возраста и их развитие – это первостепенная задача, которая ложится не только на плечи родителей и семьи, но и на образовательное учреждение.

Оценка физического развития помогает в выявлении закономерностей развития и формировании здоровья молодого поколения, а главное – в разработке профилактической программы [4].

Физическое воспитание оказывает большое влияние на здоровье детей и подростков [3]. Положительное воздействие от занятий физической культурой возможно только при соответствии физических нагрузок состоянию здоровья обучающегося. Поэтому необходимым условием правильной организации физического воспитания в образовательных организациях является определение состояния здоровья школьников. В рамках модернизации учебного предмета «Физическая культура» необходимо совершенствовать качество и эффективность медицинского контроля уровня физического развития и состояния здоровья, обучающихся при занятиях физической культурой и спортом [3].

Литература:

1. Анатомия и возрастная физиология: учебное пособие / Ю. А. Кудряшова, М. Г. Половникова, Т. В. Пономарева. – Краснодар, 2019. – 108 с.
2. Возрастная морфология (особенности развития систем органов в онтогенезе) / Т. Г. Гричанова, О. В. Маякова, А. М. Филенко [и др.]. – 3-е издание, переработанное и дополненное. – Краснодар : Кубанский государственный университет физической культуры, спорта и туризма, 2021. – 80 с.
3. Коданева, Л. Н. Физическое развитие и состояние здоровья современных школьников / Л. Н. Коданева, В. А. Белокринкина // Ученые записки университета имени П. Ф. Лесгафта. – 2018. – № 10 (164). – С. 124-128.
4. Кузнецова, А. П. Физическое развитие школьников 11-12 лет г. Ярославля / А. П. Кузнецова, Л. Г. Букина, О. С. Кулакова // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 1. – С. 15-18.
5. Маджуга, А. Г. Валеологическая модель развития здоровья личности / А. Г. Маджуга, С. Р. Хакутдинова, О. Н. Брунько // Сибирский педагогический журнал. – 2012. – № 9. – С. 37-44.
6. Максимова, Т. М. Физическое развитие детей России: определение путей оценки и выявления проблемных ситуаций в росте и развитии подрастающего поколения / Т. М. Максимова, Н. П. Лушкина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 4– С. 3-7.

Аннотация. В статье описаны особенности влияния занятий большим теннисом на организм человека.

Ключевые слова: большой теннис, спорт, физическое развитие, физические качества, здоровье.

Одним из увлекательных видов спорта является теннис. Он способствует всестороннему и гармоничному физическому развитию человека, укрепляет не только здоровье, но стабилизирует внутренне состояние, придает бодрость, жизнерадостность, превосходное самочувствие.

Возрастной диапазон занятия теннисом достаточно велик – от 8 до 80 лет, но и это в последнее время не предел, поскольку возрастные рамки позволяют расширить новые методики. Сейчас имеются специальные программы подготовки детей младшего школьного возраста за счет снабжения их модифицированным инвентарем и оборудованием. Кроме того, в настоящее время проводятся национальные турниры по теннису для игроков старше 90 лет. Таким образом, этим видом спорта можно заниматься до самого преклонного возраста. Многие теннисисты, независимо от того, играют ли они для собственного удовольствия, выступают в любительских турнирах или на профессиональном уровне, ставят перед собой цель сохранить физическую форму как можно дольше, избегая при этом травм. Занятие теннисом приносит существенную пользу в плане укрепления здоровья, общего физического развития, координации и психологического состояния [5].

Теннис требует силы, гибкости, выносливости и скорости. Для этого нужна хорошо тренированная мышечная система. Этот вид спорта дает возможность сформировать красивую фигуру и поддерживать форму путем увлекательной игры, избавиться от лишнего веса за счет высокой активности.

Значительная часть работы, которую в теннисе осуществляют мышцы, является динамической. Это проявляется в концентрических и эксцентрических движениях. Очень много движений и приемов в теннисе ведет к сокращению и удлинению мышечных волокон. Во время игры одна группа мышц постоянно работает на ускорение движений, вторая – на торможение.

Во время игры задействованы практически все группы мышц тела. Наибольшая нагрузка приходится на двуглавую, трехглавую мышцы плеча, дельтовидную мышцу, мышцы предплечья, большую грудную мышцу, мышцы живота, ягодичные, а также икроножные и камбаловидные мышцы (рис. 1) [3-5].

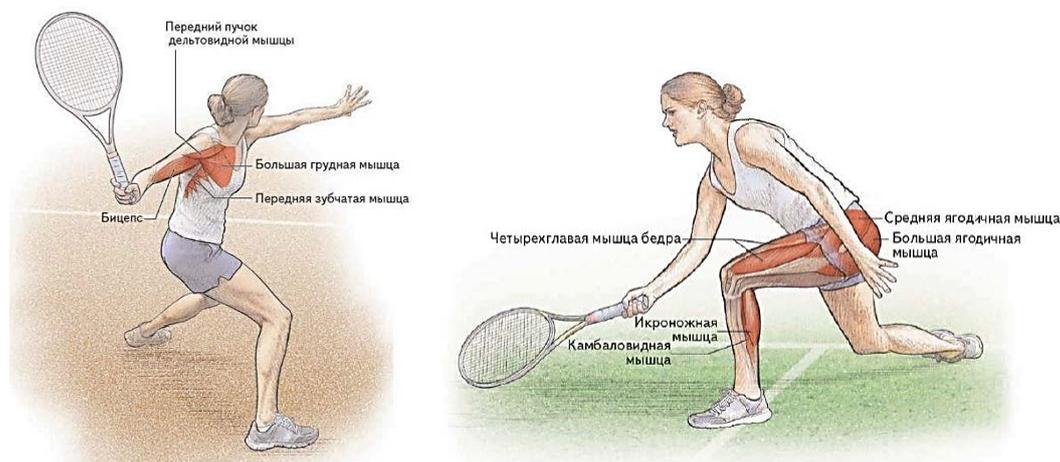


Рис. 1. Группы мышц, задействованные при игре в теннис

Помимо динамических движений для тенниса характерны статические. Это работа уже другой группы мышц и по другому принципу.

Теннис относится к тем видам спорта, в котором достаточно равномерно задействованы все группы мышц. Поэтому популярность этого вида спорта не снижается, а растет с каждым годом. Занятие теннисом особенно подходит тем, у кого мышцы находятся в состоянии гипертонуса. Теннис позитивно сказывается на расслаблении мышц. Кроме того, при активном сокращении мышц идет выработка эндорфинов, которые оказывают благоприятное воздействие на организм.

Регулярные занятия теннисом развивают дыхательную, сердечно-сосудистую системы, опорно-двигательный аппарат. Теннисом рекомендуется заниматься людям с нарушением зрения, так как во время игры занимающийся постоянно концентрируется на мяче, тренируя мышцы глаз. Кроме того, теннис способствует развитию таких физических качеств как быстрота, выносливость, сила, ловкость, гибкость. Поэтому лучших теннисистов отличают молниеносная реакция, ловкость движений, стойкость в защите и нападении, быстрое мышление, умение находить в доли секунды остроумные и неожиданные тактические решения, большая работоспособность, отменная скорость, выносливость [1-2].

Теннис также полезен и для психики человека. Поскольку игра помогает сбросить не только мышечное, но и эмоциональное напряжение. Благодаря повышенной концентрации в процессе игры, после нее происходит резкое расслабление. Такая смена состояний и дает свой оздоровительный эффект [5].

Польза этого вида спорта велика, можно назвать множество примеров, доказывающих это. Однако, несмотря на большое количество положительных качеств, как и в любом виде спорта, есть и отрицательные стороны. К основным травмам спортсменов большого тенниса можно отнести надрыв вращательной манжеты, разрыв ахиллова сухожилия, тендинит связки надколенника, надрыв икроножной мышцы, растяжения.

Имеется ряд заболеваний, при котором противопоказаны занятия теннисом: болезни в острой форме, воспалительные процессы, повреждения костной системы, некоторые болезни нервной системы и т.д. Поэтому перед началом тренировок необходима консультация специалиста. Продолжительность и интенсивность занятий должны быть строго регламентированы с учетом возраста, индивидуальных особенностей организма [1-2].

Систематические, дозированные занятия теннисом способствуют оздоровлению и укреплению всего организма, а также позволяют интересно, разнообразно, увлекательно провести досуг.

Литература:

1. Анатомия и возрастная физиология : учебное пособие / Ю. А. Кудряшова, М. Г. Половникова, Т. В. Пономарева. – Краснодар, 2019. – 108 с.
2. Возрастная морфология (особенности развития систем органов в онтогенезе) / Т. Г. Гричанова, О. В. Маякова, А. М. Филенко, Ю. А. Кудряшова, М. Г. Половникова. – Краснодар, 2021. – 80 с.
3. Иванов, В. Д. Большой теннис как вид спорта / В. Д. Иванов, Ю. С. Сухорукова // Физическая культура. Спорт. Туризм. Двигательная рекреация. – 2021. – Т. 6, № 4. – С. 32-34.
4. Николаев, И. В. Формирование физической культуры студентов в процессе занятий теннисом : Монография. – М. : Прометей, 2013. – 140 с.
5. Роутер, П. Анатомия тенниса / П. Роутер, М. Ковач. – Минск : изд-во Попуррии, 2022. – 224 с.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ СТАРЕНИЕ

Мавлонов Богдан

Научный руководитель доцент Половникова М.Г.

Аннотация. В данной работе рассматриваются особенности преждевременного старения.

Ключевые слова: преждевременное старение, старение, синдром Хатчинсона-Гилфорда, синдром Вернера.

Старение – закономерный биологический процесс постепенной деградации всех органов и систем организма, приводящий к ограничению адаптационных возможностей организма и развитию различных возрастных заболеваний и патологий, и в итоге – к смерти [1-2, 4]. Это сугубо индивидуальный процесс. Однако в природе встречаются патологии, связанные с этим. Например, прогерия (синдром ускоренного старения).

Цель исследования – провести анализ научно-методической литературы, посвященной проблеме изучения преждевременного старения.

Синдром ускоренного старения может быть связан с генетическими нарушениями (генные мутации) или влиянием внешних факторов (воздействие химических, канцерогенных веществ, ионизирующего, электромагнитного излучения и т.д.).

Генетическая природа преждевременного старения проявляется в прогерии детей (синдром Хатчинсона-Гилфорда) и взрослых (синдром Вернера).

Прогерия детей (рис. 1) – самая редкая и тяжелая из всех известных прогерий. Впервые эта болезнь была описана в 1889 г. Дж. Хатчинсоном и независимо от него в 1897 г. Х. Гилфордом. В их честь и назвали данный синдром. В настоящее время описано около 150 случаев детской прогерии. Половой принадлежности у заболевания нет, поскольку мальчики и девочки заболевают с одинаковой частотой. Однако большинство из них принадлежат белой расе, среди представителей негроидной расы зарегистрирован только один случай [5].



Рис. 1. Ребенок с синдромом Хатчинсона-Гилфорда

В основе заболевания лежит генетическая мутация – дефект гена LMNA, который кодирует особый белок ламин А, выстраивающий оболочку ядра клетки. В результате ядро не может сохранять свою целостность из-за изменения формы и повышения хрупкости, клетка гибнет преждевременно [4].

Болезнь начинает развиваться сразу после появления ребенка на свет. К концу первого года жизни резко замедляются ростовые процессы и начинают быстро развиваться симптомы старения: появляются атрофические изменения в дерме, подкожной клетчатке, склеродермоподобные уплотнения внизу живота, на бедрах, ягодицах, очаговая гиперпигментация.

Для детей с синдромом Хатчинсона-Гилфорда характерен низкий рост, относительно большая голова, недоразвитая нижняя челюсть, клювовидный нос, тотальная алопеция,

дистрофические нарушения во всем организме. В умственном развитии такие дети не уступают сверстникам, а иногда опережают их. Продолжительность жизни у таких больных составляет около 15 лет. В мире известны только два случая пациентов с продолжительностью жизни больше 40 лет: японец, проживший 45 лет, описанный Огихарой в 1986 г., и 41-летняя Тиффани Ведекинд, которая считается самой пожилой из всех пациентов [5]. Обычно при синдроме Хатчинсона-Гилфорда причиной смерти является сердечная недостаточность, инфаркт или инсульт.

Синдром Вернера (рис. 2) проявляется после полового созревания. Причиной заболевания является мутация в гене, кодирующем фермент, участвующий в репарации и репликации ДНК [3-4].

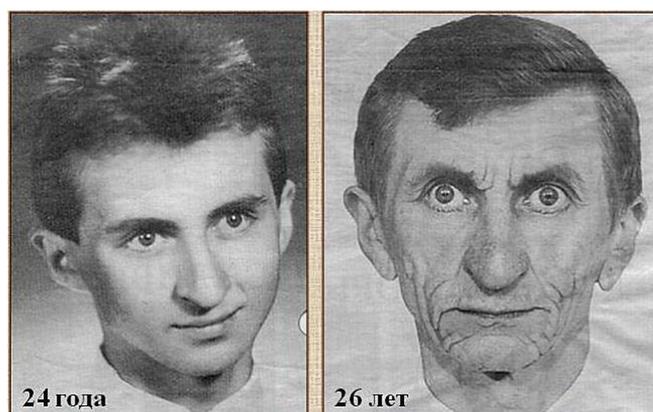


Рис. 2. Человек с синдром Вернера

Впервые эта болезнь описана немецким медиком Отто Вернером в 1904 г. Он наблюдал четырех братьев и сестер в возрасте 30-40 лет.

Первыми признаками заболевания являются поседение, выпадение волос, изменение структуры кожи, замедление ростовых процессов. К 25-30 годам развиваются атеросклероз, катаракта, диабет II типа, гиперпигментация, остеопороз, злокачественные новообразования, плоскостопие. Частота встречаемости больных с синдромом Вернера в мире составляет 1:1000000-10000000 новорожденных, при этом наибольшая распространенность отмечается в Японии – 1:100000. В среднем продолжительность жизни составляет 40 лет [3-4].

Таким образом, на основе проведенного анализа литературы установлено, что особые терапевтические методы прогерии не разработаны. Медицинская помощь больным заключается в облегчении симптомов болезни. Профилактические меры отсутствуют. Однако учеными со всего мира ведутся научные исследования в области генной инженерии – совершаются попытки выделить мутационный ген из ДНК и заменить его здоровым. Параллельно разрабатывается метод этиотропной терапии.

Литература:

1. Анатомия и возрастная физиология : учебное пособие / Ю. А. Кудряшова, М. Г. Половникова, Т. В. Пономарева. – Краснодар : Кубанский государственный университет физической культуры, спорта и туризма, 2019. – 192 с.
2. Возрастная морфология (особенности развития систем органов в онтогенезе) / Т. Г. Гричанова, О. В. Маякова, А. М. Филенко, Ю. А. Кудряшова, М. Г. Половникова. – Краснодар, 2021. – 80 с.
3. Голоунина, О. О. Наследственные синдромы с обнаружением преждевременного старения / О. О. Голоунина, В. В. Фадеев, Ж. Е. Белая // Остеопороз и заболевания костей. – 2019. – № 22(3). – С. 4-18.
4. Основы биологии старения : учебно-методическое пособие / Е. П. Дрождина, О. В. Столбовская, Н. А. Курносова, Н. А. Михеева. – Ульяновск : УлГУ, 2017. – 46 с.
5. Узалаева, Ш. А. Прогерия / Ш. А. Узалаева, А. З. Санова // Молодой ученый. – 2019. – № 28 (266). – С. 197-198.

УДК: 612.6

РАЗВИТИЕ ПАТОЛОГИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЛИЦ РАЗНОГО ПОЛА И ВОЗРАСТА

Маенко А.С.¹, Кудряшов М.Е.²

Научный руководитель доцент Кудряшова Ю.А.

¹ФГБОУ ВО «Кубанский государственный университет физической культуры, спорта и туризма», г. Краснодар.

²ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», г. Краснодар.

Аннотация. В данной работе на основе анализа научной литературы рассматриваются основные характеристики системного эффекта работы гормонов щитовидной железы, а также структура и возрастные факторы патологий функционирования щитовидной железы, с учетом полового признака.

Ключевые слова: щитовидная железа, патология, возрастные и половые особенности.

Гормоны щитовидной железы обладают системным действием, их влияние распространяется на большинство органов и систем организма человека. К гормонам щитовидной железы относятся: тироксин, дийодотиронин, трийодтиронин и тиреокальцитонин [1]. При этом наиболее важными гормонами считаются тироксин и трийодтиронин. Они необходимы для оказания анаболического эффекта на белковый обмен, катаболического – на жировой, а также участвуют в регуляции углеводного обмена и водно-солевого баланса, что в свою очередь влияет на работу сердечно-сосудистой системы. Отклонение в работе данной железы всегда оказывают системный негативный эффект на работу всех систем организма [2, 5].

Цель настоящей работы – анализ научно-методической литературы, изучающей основные возрастные изменения структуры и патологий функционирования щитовидной железы у лиц разного пола и возраста.

На основании исследований проведенных на группе детей, в возрастном диапазоне от 6 до 12 лет, проживающих в крупном городе, при условии исключения других патогенных факторов, были выявлены следующие особенности развития щитовидной железы: у 7% детей была выявлена гиперплазия, при этом у 0,8% было выявлено увеличение железы до 2 степени, а у 6% до 1 степени. Также было отмечено, что девочки страдали гиперплазией на 65% чаще, чем мальчики. Статистическая выборка свидетельствует также о том, что наибольшему риску подвержены дети категории 7-8 лет, что обусловлено высокими темпами роста в данный период, а также подростки пубертатного периода в стадии активного полового созревания. Теоретически объяснить данные наблюдения можно потребностью организма в более интенсивной гормональной нагрузке [3].

При обследовании гормонально более стабильной возрастной категории лиц в диапазоне от 25 до 74 лет, деление групп производилось с учетом периодов биологической стабильности и инволюции организма человека. Первую группу составили добровольцы 25-44 лет. При обследовании 100 человек данной возрастной категории, с равным распределением по половому признаку, выявлено 30% лиц, имеющих жалобы. Однако, подтвержденных отклонений тироидного статуса и УЗИ признаков патологий щитовидной железы в данной выборке обнаружено не было, что может косвенно свидетельствовать о редкости патологии железы в данной возрастной группе [4].

Вторую группу составили лица в возрасте от 45 до 60 лет. В анализируемом исследовании численность добровольцев составила 49 человек, средний возраст которых составил 52 года. В данной возрастной категории УЗИ диагностика выявила отклонение у 10% женщин с сохранением нормального показателя тироидного статуса, при этом у 8% обследуемых уровень гормона тироксина находился на минимальной отметке здорового значения [3]. Также стоит отметить, что при относительно равном половом составе

обследуемых, отклонения в работе щитовидной железы обнаружены только у женщин. На основании данного наблюдения можно предположить, что женщины более чувствительны к возрастным изменениям функционирования щитовидной железы [5].

В группе пожилых людей от 60 до 74 лет, средний возраст которых составил 66 лет, не обнаружено существенных отклонений и корреляций заболеваний щитовидной железы по половому признаку, что может быть обусловлено затуханием физиологических процессов в организме и сложностями дифференциальной диагностики у лиц пожилого возраста [4, 3].

Стоит отметить, что отклонения в работе железы часто сопряжены с нарушениями работы других систем организма, такие, например, как: гипертония, ожирение, диабет и т.д. Также в исследованиях часто акцентируется внимание на важности социальных и экологических факторов развития патологий функционирования щитовидной железы [3, 4].

Таким образом, при анализе научной литературы удалось выявить, что в группу риска развития патологий щитовидной железы входят дети возрастной категории от 7 до 8 лет, что связано с высокими темпами роста в данный период жизни, а также женщины от 45 до 60 лет. Поэтому лицам данной возрастной категории необходимо более тщательно следить за состоянием организма и щитовидной железы, в частности.

В целях профилактики патологий щитовидной железы необходима коррекция питания с включением в рацион продуктов богатых йодом, а также оптимальная для возраста двигательная активность и пребывание на свежем воздухе. Дыхательная гимнастика окажет положительные изменения, такие как: усиление синтеза гормонов и улучшение снабжения тканей кислородом, в том числе тканей щитовидной железы. Методика физической реабилитации при патологиях щитовидной железы во много зависит от вида нарушений. Так, при гипертиреозе очень важен контроль за пульсом, так как для занимающиеся с данной патологией характерна тахикардия, как в покое, так и при физической нагрузке. При выполнении дыхательных упражнений с такими больными необходимо исключить задания с задержкой дыхания на выдохе. При гипотиреозе целесообразно использовать упражнения аэробного характера, оказывающие стимулирующее действие, как на функционирование щитовидной железы, на деятельность сердечно-сосудистой системы, так и на скорость и качество обменных процессов в организме в целом. Все упражнения необходимо дозировать с учетом не только диагноза, но и индивидуальных возрастнo-половых особенностей занимающихся.

Литература:

1. Анатомия и возрастная физиология : учебное пособие / Ю. А. Кудряшова, М. Г. Половникова, Т. В. Пономарева. – Краснодар : КГУФКСТ, 2019. – 192 с.
2. Возрастная морфология (особенности развития систем органов в онтогенезе) / Т. Г. Гричанова, О. В. Маякова, А. М. Филенко [и др.]. – 3-е изд., перераб. и доп. – Краснодар : КГУФКСТ, 2021. – 80 с.
3. Иванова, О. И. Современные аспекты этиологии и патогенеза хронического аутоиммунным тиреоидита / О. И. Иванова М. С. Соломина, С. В. Логвинов // Сибирский онкологический журнал. – 2017. – № 1. – С. 55.
4. Кандрор, В. И. Аутоиммунные заболевания щитовидной железы и апоптоз // Проблемы эндокринологии. – 2015. – № 1. – С. 45.
5. Кандрор, В. И. Современные проблемы тиреодологии // Проблемы эндокринологии. – 2020. – № 1. – С. 3.

УДК: 797.14

МЕТОДИКА РАЗВИТИЯ КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ В ПАРУСНОМ СПОРТЕ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Мальнева Ю.А.

Научный руководитель доцент Маякова О.В.

Аннотация. Координация – это функциональная способность конкретных органов структур организма, взаимодействие которых определяет согласование отдельных элементов движения в единое смысловое двигательное действие. Под координационной способностью понимается способность человека определять готовность к оптимальному управлению и координации своего двигательного поведения.

Ключевые слова: парусный спорт, координация, вестибулярный аппарат, равновесие.

Техническое совершенствование яхтсменов во многом зависит от их координационных возможностей. В парусном спорте волнения на воде воспринимается вестибулярным аппаратом в виде горизонтальных и вертикальных ускорений, длительное воздействие которых вызывает раздражение вестибулярного аппарата. Вследствие этого может возникать расстройство координации движений, ориентации в пространстве, вегетативных функций организма, что приводит к ухудшению общего состояния спортсмена. В результате снижается работоспособность, координация движений и восприятие окружающей среды [2].

Цель исследования: изучение методических подходов в развитии координационных способностей у детей младшего школьного возраста при занятиях парусным спортом.

Рост спортивного мастерства в парусном спорте во многом зависит от активности вестибулярного аппарата, способствующего сохранению равновесия. В совокупности с моторно-зрительным анализатором обеспечивается ориентация в пространстве, что влияет на уровень координации движений и качество равновесия.

Плохо развитый вестибулярный аппарат у яхтсменов приводит к затруднению в осваивании новых элементов техники, например: поворот, огибание знака, поддержание крена и дифферента. Спортсмены испытывают трудности в усвоении движений и сохранении равновесия, а потеря равновесия может привести не только к потере скорости, но и к перевороту яхты.

Научные исследования выявили, что наилучшие показатели разных координационных способностей нарастают с 7-12 лет. Поэтому развитие координационных способностей входит в начальную подготовку, и являются основой юных яхтсменов, что гарантирует успех в будущем [6, 7].

В основе развития координационных способностей у детей школьного возраста лежат специализированные средства, методы и методические приемы. В результате систематических тренировок, функции анализаторов улучшаются под влиянием длительных занятий физическими упражнениями. Деятельность всех органов чувств совершенствуется, что приводит к расширению их дифференциальных способностей [2, 4, 5].

Важно отметить, что главным критерием при подборе необходимых методов и средств для тренировки вестибулярного аппарата у яхтсменов должно быть повышение устойчивости отолитового аппарата, так как в парусном спорте доминирующим фактором вестибулярного раздражения являются линейные ускорения [3].

Таким образом, для развития и совершенствования отолитового аппарата юных яхтсменов рекомендуются прыжки на батуте с продолжительной фазой полета и быстрым чередованием противоположенных линейных ускорений, кресло Барани (рекомендуется 1 оборот в секунду), лопинс и ренское кресло [7].

Одним из наиболее простых и часто используемых снарядов, применяемых для тренировки вестибулярного аппарата, является балансирующий тренажер. Тренировка на

нём хорошо укрепляет мышцы-стабилизаторы, которые слабо задействованы при обычных тренировках.

Тренированность вестибулярного аппарата сохраняет свой эффект относительно короткое время (2-3 месяца), далее уровень его состояния возвращается к исходному. Для поддержания ранее достигнутого уровня тренированности вестибулярного анализатора так же рекомендуют использовать комплекс специальных упражнений, в который входят: различные повороты головы, туловища, наклоны головы и туловища, прыжки, перевороты, стойки, кружения, ходьба по мало устойчивой опоре [3].

Выполнения упражнений на неустойчивой опоре вырабатывают специализированное чувство равновесия, включая: ловкость, волевые усилия, мотивационные компоненты, навыки саморегуляции яхтсмена. В совокупности эти свойства повышают качество техники, что позволяет спортсмену успешно управлять яхтой и лидировать в гонке.

Литература:

1. Кудряшова, Ю. А. Морфологические характеристики спортсменов различных специализаций / Ю. А. Кудряшова, И. Н. Калинина, О. В. Маякова // В сборнике : Физическая культура и спорт. Олимпийское образование : Материалы международной научно-практической конференции. – 2019. –С. 295-297.

2. Возрастная и спортивная морфология / Г. Д. Алексанянц, И. Н. Калинина, В. В. Абушкевич, Т. Г. Гричанова, Ю. А. Кудряшова, О. В. Маякова, О. Медведева, М. Половникова, Л. Тимофеева, Д. Б. Тлехас, А. М. Филенко. – 2021. – № 2 (2-е издание). – 167 с.

3. Акименко, В. И. Технологии подготовки в парусном спорте. – 2010.–312 с.

4. Быков, А. И. Теория и методика парусного и гребного спорта : курс лекций / № 1 (часть 1-я). – Краснодар : КГУФКСТ,2013. – 182 с.

5. Быков, А. И. Теория и методика парусного и гребного спорта : курс лекций / № 2 (часть 2-я). – Краснодар : КГУФКСТ,2013. – 120 с.

6. Чумаков, А. А. Школа парусного спорта. – М. : Физическая культура и спорт,1981. –290 с.

7. Лях, В. И. Координационные способности: диагностика и развитие. – М. : ТВТ Дивизион, 2006. – 290 с.

НАЧАЛЬНЫЙ ЭТАП ОТБОРА В ПЛАВАНИИ

Мельникова Т.И.

Научный руководитель доцент Маякова О.В.

Аннотация. В работе рассматриваются основные критерии для первичного отбора детей на плавание. Проанализированы морфологические особенности детей при отборе в группу начальной подготовки.

Ключевые слова: первичный отбор, антропометрические показатели, морфологический тип, морфо-функциональные критерии спортивного отбора, биологический возраст, акселерация.

Первичный отбор проводится для определения целесообразности занятий плаванием для каждого ребенка. Критериями являются: подходящий возраст, недопустимы нарушения здоровья и наличие предрасположенностей к заболеваниям, затрудняющим тренировочный процесс; соответствие морфологического типа стандартам плавания; уровень физической подготовки. Таким образом, при отборе в первую очередь оценивают признаки, которые не изменяются или корректируются незначительно, критерии спортивного отбора [1, 2].

Визуально оценивая морфологический тип ребенка и измеряя его антропометрические показатели, тренер определяет перспективность в спорте. Основными показателями являются: небольшая или средняя масса тела; гладкую (с слабо выраженным рельефом) мускулатуру; тонкие лодыжки и запястья; кисти и стопы большого размера. Большая стопа является более достоверным показателем, высокого роста ребенка в будущем, чем оценка его роста в данном возрасте. Так же для прогнозирования длины тела ребенка учитывают рост его родителей (для более точного определения можно использовать формулы). Еще одним важным показателем является жизненная емкость легких (ЖЕЛ), которая свидетельствует о устойчивости к гипоксии и помогает определить длительность задержки дыхания (проба Штанге), обхват грудной клетки, экскурсия легких [2, 3].

При спортивном отборе внимательно проверяют состояние здоровья ребенка, так как даже незначительные нарушения могут помешать достижению высоких результатов и совершенствованию, а так же усугубиться под влиянием тренировочного процесса. Перед началом занятий необходимо пройти медицинский осмотр, его главная задача выявить детей с прямыми противопоказаниями к данному виду спорта. При медицинском осмотре определяются темпы полового созревания и биологический возраст ребенка. Дети акселераты чаще всего опережают детей с нормальным темпом развития и замедленным по ряду показателей физического развития и морфо-функциональных. В плавании профессиональные спортсмены высокого класса являются, в основном, представителями нормального или замедленного созревания [1, 5].

Оптимальный возраст для набора в группы по плаванию – 7 лет. Это конец периода первого детства. К данному возрасту тело ребенка начинает развиваться более равномерно. В этот период наблюдается выраженный рост сердца, рост сосудов отстает, что приводит к их узости и некоторому повышению артериального давления. Так же в легких становится больше эластичных волокон и растет объем альвеол, в норме происходит окончательная дифференцировка бронхиального дерева, однако у детей все еще наблюдаются нарушения частоты и ритма дыхания при физических нагрузках [6].

Для спортивного отбора в группы по плаванию важными критериями считаются оценка двигательных способностей и качеств ребенка. Изначально для оценивания физических качеств используются несложные тесты, по которым определяют скоростно-силовые показатели ребенка. Так же необходимо учитывать личностно-психологические качества, мотивированность и заинтересованность ребенка. При недостаточном уровне способностей и физической подготовки на тестировании необходимо учитывать, что это не

является противопоказанием к спортивному плаванию. В данном виде спорта успех и развитие напрямую зависит от комплекса показателей, а от отельных нормативов [4].

Отбор в группы начальной подготовки проходит по четким критериям для выбора наиболее перспективных спортсменов, но с учетом индивидуальных особенностей ребенка и специфики данного возраста. Успех в спортивном плавании напрямую зависит от предрасположенности и спортивных задатков ребенка.

Литература:

1. Волков, Н. И. Динамика развития показателей специальной работоспособности в плавании / Н. И. Волков, С. М. Гордон, Е. А. Ширковец // В сб. Материалы науч.-методической конференции по плаванию : ГЦОЛИФК. – М., 1966. – 8 с.

2. Губа, В. П. Спортивная морфология / В. П. Губа, В. Н. Чернова. – М. : Торговый дом «Советский спорт», 2020. – 352 с. : ил. – (Учебники и учеб. пособия для студентов высш. учеб. заведений).

3. Ермоленко, Е. К. Возрастная морфология : учебник. – Ростов н/Д. : Феникс, 2006. – 464 с.

4. Особенности морфологических показателей результативных спортсменов ватерполистов / Ю. А. Кудряшова, Д. А. Ровный, А. А. Соколенко, О. В. Маякова // Ресурсы конкурентоспособности спортсменов: теория и практика реализации. – 2019. – № 1. – С. 186-187.

5. Спортивная морфология : рабочая тетрадь / Г. Д. Алексанянц, В. В. Абушкевич, Д. Б. Тлехас [и др.]. – 7-е изд., перераб.– Краснодар : КГУФКСТ, 2022. – 83 с.

6. Учет морфофункциональных показателей ватерполистов как основа оптимизации спортивного отбора и индивидуального тренировочного процесса / Ю. А. Кудряшова, Д. А. Ровный, Е. М. Бердичевская [и др.] // Физическая культура, спорт – наука и практика. – 2019. – № 3. – С. 40-46.

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

Микаелян Т.А.

Научный руководитель доцент Половникова М.Г.

Аннотация. В статье описаны особенности оценки физического развития детей.

Ключевые слова: физическое развитие, оценка физического развития, дети.

Одним из основных критериев, показывающих состояние ребенка, является его физическое развитие. Чем значительны отклонения в физическом развитии, тем выше вероятность возникновения различных болезней [1-3, 5].

Цель исследования – выявить методы комплексной оценки физического развития ребенка.

К универсальному и информативному методу физического развития ребенка относится комплексная схема оценки. Она определяет уровень биологического развития и степень гармоничности морфо-функционального статуса детей. Оценка физического развития детей по комплексной схеме проводится в два этапа.

На первом этапе устанавливают уровень биологического развития ребенка и его соответствие календарному возрасту. Здесь определяется длина и пропорции тела, количество постоянных зубов и сроки их прорезывания, степень развития вторичных половых признаков.

У детей дошкольного и младшего школьного возраста биологическую зрелость определяют по следующим показателям: длина тела и ее прирост за год, количество прорезавшихся постоянных зубов. Также могут быть использованы и дополнительные параметры для более точного установления биологического возраста: изменения в пропорциях тела (отношение окружности головы к длине тела) и «Филиппинский тест» (рис. 1). Биологическую зрелость у детей среднего и старшего школьного возраста определяют по длине тела, прибавке длины тела за год, степени развития вторичных половых признаков [4].

Длина тела определяется с помощью ростомера или антропометра, а ее прибавка – по разнице в показателях длины тела на день обследования и за предыдущий год.

При определении общего количества постоянных зубов учитываются зубы всех степеней прорезывания – от четкого появления режущего края или жевательной поверхности над десной до полностью сформировавшегося зуба.

При проведении «Филиппинского теста» (рис. 1) правая рука ребенка при вертикальном положении головы кладется поперек середины темени, пальцы руки вытянуты в направлении левого уха, рука и кисть плотно прилегают к голове. «Филиппинский тест» считается положительным, если кончики пальцев достигают верхнего края ушной раковины.

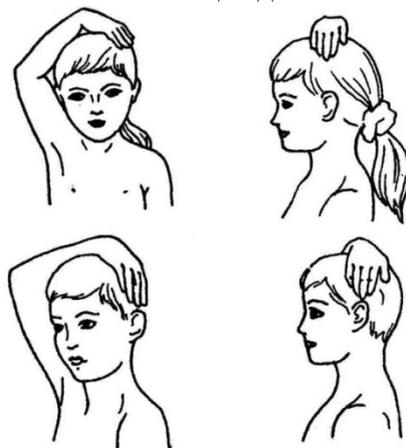


Рис. 1. Филиппинский тест

Отношение окружности головы к длине тела – определяется как частное от деления величины окружности головы на длину тела, выраженное в процентах [1-5].

Для установления степени полового созревания определяется:

У девочек – оволосение подмышечных впадин (рис. 2), оволосение лобка, развитие грудной железы, возраст наступления первой менструации;



Рис. 2. Этапы оволосения подмышечных впадин у девочек

У мальчиков – оволосение подмышечных впадин, оволосение лобка, мутация голоса, оволосение лица (рис. 3), развитие кадыка [1-5].

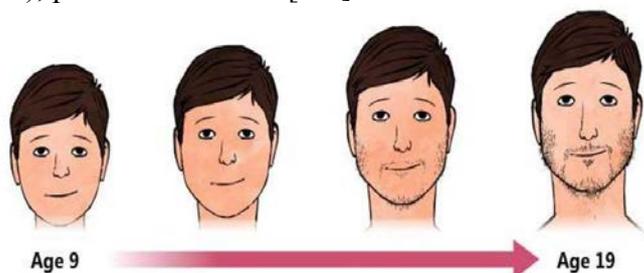


Рис. 3. Этапы оволосения лица у мальчиков

На втором этапе исследуют степень гармоничности морфо-функционального состояния ребенка по шкалам регрессии. Этот метод является более совершенным. Он учитывает корреляционную зависимость между двумя антропометрическими показателями: длиной и массой тела, длиной тела и окружностью грудной клетки. Для каждого возраста и пола по шкале регрессии находят показатель длины тела ребенка и соответствующий диапазон изменений величин массы тела и окружности грудной клетки.

Оценка морфо-функционального состояния ребенка дополняется сопоставлением его функциональных показателей со средними возрастными значениями, представленными в виде центилей [4].

Следовательно, оценка физического развития ребенка с помощью комплексной схемы оценки может дать полную картину о его биологической зрелости, соответствии биологического возраста календарному, гармоничном развитии морфо-функциональных показателей.

Литература:

1. Анатомия и возрастная физиология : учебное пособие / Ю. А. Кудряшова, М. Г. Половникова, Т. В. Пономарева. – Краснодар : КГУФКСТ, 2019. – 192 с.
2. Возрастная морфология (особенности развития систем органов в онтогенезе) / Т.Г. Гричанова [и др.]. – Краснодар, 2021. – 80 с.
3. Капилевич, Л. В. Возрастная морфология : учебное пособие / Л. В. Капилевич, А. В. Кабачкова, Е. Ю. Дьякова. – Томск : Томский государственный университет, 2009. – 207 с.
4. Методические рекомендации оценки физического развития и состояния здоровья детей и подростков, изучение медико-социальных причин формирования отклонений в здоровье // Рекомендации Государственного комитета санитарно-эпидемиологического надзора РФ от 17 марта 1996 г. № 01-19/31-17. Режим доступа: https://otr-soft.ru/org/zakony_pitanie/mr_01-19_31-17/.
5. Физическое развитие ребенка / Р. А. Файзуллина, Е. А. Смородинова, А. М. Закирова, З. Я. Сулейманова. – Казань : КГМУ, 2011. – 65 с.

Аннотация. В данной работе рассматриваются факторы долголетия.

Ключевые слова: старение, долголетие, факторы долголетия.

Долголетие – социально-биологическое явление. Долгожителями обычно считаются люди, достигшие 90 лет и более. Причины увеличения продолжительности жизни разнообразны: образ жизни (50%), генетика (20%), состояние окружающей среды (20%) и здравоохранения (10%). На наше здоровье в большей степени будет влиять образ жизни, который мы выбираем, чем уровень медицины, на долю которой приходится всего 10% [1-2, 4-5].

Цель исследования – анализ научно-методической литературы, касающейся долголетия как социально-биологического явления.

При рассмотрении вопроса долголетия все чаще используется понятие «активное долголетие», которое представляет собой состояние социального, экономического, физического и психологического благополучия граждан старшего поколения, которое обеспечивает им возможность для удовлетворения потребностей, включение в различные сферы жизни общества и достигается при их активном участии.

Понятие активного долголетия, впервые сформулированное в 2002 г. в Рамочной стратегии активного долголетия Всемирной организации здравоохранения. Основные принципы активного долголетия были включены в итоговый документ второй Всемирной ассамблеи по проблемам старения – Мадридский международный план действий по проблемам старения 2002 года.

В Российской Федерации понятие «активное долголетие» используется в таких стратегических документах и проектах, как Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года, национальный проект «Демография» и федеральный проект «Старшее поколение» [3].

Политика активного долголетия направлена на развитие и реализацию потенциала человека, в основе которого лежит увеличение продолжительности жизни.

Одним из основных пунктов долголетия является соблюдение здорового образа жизни:

- отказ от вредных привычек (курение, употребление алкоголя и наркотических веществ);
- высокая двигательная активность (регулярная аэробная нагрузка);
- оптимальный режим труда и отдыха;
- режим сна;
- правильное питание (сбалансированная диета без переедания. Переедание приводит к сокращению продолжительности жизни, к развитию различных заболеваний, сокращению жизни примерно на 5-15 лет);
- закаливание (водные процедуры, солнечные, воздушные ванны);
- личная гигиена;
- психологический комфорт (избегание хронического стресса, негативных эмоций, удовлетворенность от работы, высоконравственное поведение, дисциплинированность) [1-2, 5].

Также к средствам увеличения продолжительности жизни относится использование гериатрических средств, действие которых повышают способность тканей к самообновлению, усиливают жизнеспособность организма в целом. Наиболее распространенными среди них являются витамины. В ходе многочисленных исследований учеными было установлено, что по мере старения человек начинает страдать витаминной

недостаточностью (наблюдается дефицит витаминов А, С, В₁, В₂, РР). Это связано с нарушением работы желудочно-кишечного тракта и обмена веществ в организме, что приводит к снижению работоспособности, утомляемости, расстройству сна, развитию хронических болезней и т.д.

Как гериатрическое средство используется также оксигенотерапия (воздействие на организм кислородом). Самая доступная форма этого вида терапии – это пребывание на свежем, чистом воздухе. В общих курсах восстановительной терапии используются кислородные палатки [1-2, 5].

Следующим пунктом долголетия является участие граждан старшего поколения в социально-экономической, культурной и духовной деятельности в соответствии с их основными правами человека, способностями, потребностями и предпочтениями.

Немаловажное значение по мере старения имеет обеспечение прав человека и потребностей людей в социальной, финансовой и физической сферах, включая гарантии защиты, сохранения достоинства и заботы для тех, кто больше не может поддерживать и защищать себя сам.

Наряду со здоровьем экономическая независимость создает основу для развития других сфер активного долголетия (например, волонтерства, общественной и досуговой деятельности, непрерывного образования и т.д.). Экономическая независимость и достойная жизнь в старшем возрасте складываются из нескольких составляющих: пенсионного обеспечения, занятости с определенным уровнем оплаты труда, доходов от предпринимательской деятельности, ренты, процентов по банковским вкладам, сбережений и т.д. [3]

Люди, которые уже не могут сохранять трудовую или социальную активность и нуждаются в уходе, не должны подвергаться дискриминации. Современная система заботы и ухода должна быть направлена на поддержание здоровья в старшем возрасте, предотвращение его ухудшения, обеспечение достойного качества жизни при любом состоянии здоровья человека старшего возраста. Такая система объединяет множество участников: «объект заботы и ухода» (гражданина старшего поколения, нуждающегося в уходе), его родственников, социальных работников государственных и частных служб [3].

Таким образом, увеличение продолжительности жизни предполагает сохранение и укрепление здоровья, улучшение социального и психологического благополучия, расширение возможностей участия в различных сферах жизни общества и улучшение благодаря этому социально-экономической ситуации в стране.

Литература:

1. Анатомия и возрастная физиология: учебное пособие / Ю. А. Кудряшова, М. Г. Половникова, Т. В. Пономарева. – Краснодар, 2019. – 108 с.
2. Возрастная морфология (особенности развития систем органов в онтогенезе) / Т. Г. Гричанова, О. В. Маякова, А. М. Филенко, Ю. А. Кудряшова, М. Г. Половникова. – Краснодар, 2021. – 80 с.
3. Изучение долголетия: современный статус проблемы и перспективы / Ю. В. Котовская, О. Н. Ткачева, Н. К. Рунихина, Д. А. Каштанова, С. А. Бойцов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2017. – С. 75-80.
4. Концепция политики активного долголетия : научно-методологический докл. к XXI Апр. междунар. науч. конф. по проблемам развития экономики и общества. – М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2020. – 40 с.
5. Основы биологии старения : учебно-методическое пособие / Е. П. Дрожжина, О. В. Столбовская, Н. А. Курносова, Н. А. Михеева. – Ульяновск : УлГУ, 2017. – 46 с.

УДК: 612.6

СРАВНЕНИЕ ВЕСОРОСТОВОГО ИНДЕКСА СТУДЕНТОВ XX-XXI ВЕКОВ

Микропуло К.А., Белкания Р.В.

Научный руководитель доцент Кудряшова Ю.А.

Аннотация. Сравнение весоростового индекса людей разных эпох позволит выявить изменения, происходящие от поколения к поколению, и проследить тенденции динамики индекса массы тела с точки зрения вековой тенденции. В настоящей работе представлено сравнение весоростового индекса студентов юношей и девушек разных поколений.

Ключевые слова: весоростовой индекс, студенты разных поколений, вековая тенденция.

Сравнение весоростового индекса людей разных эпох позволит выявить изменения, происходящие от поколения к поколению, и проследить тенденции динамики индекса массы тела с точки зрения вековой тенденции.

Цель настоящей работы: сравнительный анализ индекса массы тела современных юношей и девушек 17-34 лет, обучающихся в высшем учебном заведении, и их ровесников, обследованных в 1960 году. Для сравнительного анализа использованы данные 1135 студентов МГУ имени М.В. Ломоносова, 17-34 лет, обследованных в 1960 году [2], и данные 420 ровесников, студентов КГУФКСТ, не занимающихся спортом, обследованных в 2022 году.

Весоростовой индекс (ВМІ) широко используется в медицинской и антропологической практике и является одним из критериев, определяющих здоровье человека [3]. У юношей в середине двадцатого века индекс ВМІ составляет $26,6 \pm 0,7$ кг/м², а у девушек $26,8 \pm 0,7$ кг/м² [2]. В двадцать первом веке, по данным нашего исследования, у юношей индекс ВМІ составляет $24,8 \pm 1,2$ кг/м², а у девушек $23,9 \pm 1,2$ кг/м².

Исследования, проведенные в 1960 году, выявили, что юноши и девушки были склонны к избыточной массе тела [2]. Такая тенденция, объясняется разными причинами, например, меньшей активностью, плохой стрессоустойчивостью, и большим количестве вредных привычек [1]. Так же, по мнению ряда исследователей мужчины чаще довольны своим телом и меньше работают над ним. Не придерживаются диет и спортивных упражнений [4].

Для современных студентов характерна нормальная масса тела. Популяризация здорового образа жизни, активное занятие спортом и модные тенденции о красивом и стройном теле, помогают современным студентам находиться в хорошей спортивной форме. Политика государства о здоровом населении, также способствует поддержанию стремления быть стройным и физически активным.

Анализ изменений весоростового индекса, за последние шесть десятилетий у студентов 17-34 лет выявил уменьшение показателей индекса ВМІ у российских студентов.

Таким образом, сравнительный анализ индекса ВМІ российских студентов, середины двадцатого века и студентов начала двадцать первого века, выявил, что за выбранные шестьдесят лет, индекс ВМІ у юношей и девушек 1960 годов, значительно превышает показатели современных студентов, как у юношей, так и у девушек. Эти изменения в первую очередь свидетельствуют о всецелом улучшении двигательной активности граждан в нашей стране, возрастании интереса к здоровому образу жизни и занятиям спортом. Научные выводы, приведённые в этой статье, будут востребованы представителями разных наук и сообществ.

Литература:

1. Возрастная морфология (особенности развития систем органов в онтогенезе) / Т. Г. Гричанова, О. В. Маякова, А. М. Филенко [и др.]. – 3-е изд., перераб. и доп. – Краснодар : КГУФКСТ, 2021. – 80 с.

2. Григорьева, М. А. Динамика роста, веса и индекса массы тела реальных поколений россиян 1810-1995 годов в возрасте 18-34 лет / М. А. Григорьева, Б. А. Никитюк // Вестник экономики, права и социологии. – 2015. – № 3. – С. 26-29.
3. Кудряшова, Ю. А. Анатомия и возрастная физиология : учебное пособие / Ю. А. Кудряшова, М. Г. Половникова, Т. В. Пономарева. – Краснодар : КГУФКСТ, 2019. – С. 3-6.
4. Негашева, М. А. Антропометрические параметры и адаптационные возможности студенческой молодёжи к началу XXI века / М. А. Негашева, Т. А. Мишкова // Российский педиатрический журнал. – 2005. – № 5. – С. 12-16.

УДК: 612.6

СРАВНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЛИНЫ ТЕЛА СТУДЕНТОВ XX-XXI ВЕКОВ

Микропуло К.А., Белкания Р.В.

Научный руководитель доцент Кудряшова Ю.А.

Аннотация. Сравнение показателей длины тела студентов разных поколений важная задача возрастной морфологии, прослеживающая вековую тенденцию. В настоящей работе проведено сравнение показателей длины тела студентов юношей и студентов девушек разных поколений. Проводится сравнение показателей длины тела, чтобы выяснить прогресс или регресс динамики ростовых процессов.

Ключевые слова: студенты разных поколений, длина тела, вековая тенденция.

Сравнение показателей длины тела студентов разных поколений важная задача возрастной морфологии, прослеживающая вековую тенденцию. Собранные данные помогают выявить и понять закономерности развития роста той или иной популяции людей, увидеть общие законы развития живых организмов. Сравнением роста людей занимаются многие учёные в мире, для этого они собирают и обрабатывают информацию, полученную во время практических измерений роста.

Для сравнения выбирают определенную группу людей, которые отличаются по какому-либо признаку, это может быть определенные расы людей или национальности. Размер группы, выбранной для сравнения, может быть разным, но более многочисленная группа исследуемых, даёт более точные данные [1, 4].

Одним из признаков, который отличает группы между собой, может быть разное время жизни людей, представляющих ту или иную группу. Признаком, объединяющим группы, может быть, как уже было сказано выше, принадлежность к какой-либо одной национальности. Именно эти критерии и будут использованы для разделения людей на группы в этой научной работе.

В данной научной статье для сравнения показателей роста, была выбрана группа из 1135 студентов МГУ имени М.В. Ломоносова, живших в РСФСР в 1916-1957 годах [2], и группа из 420 студентов КГУФКСТ, не занимающихся спортом, живущих в 2022 году. За более чем один век, прошедшего с момента первого исследования, произошли определённые изменения, в показателях длины тела российских студентов.

По результатам обследования студентов КГУФКСТ, можно обнаружить, что показатели длины тела увеличились за 100 лет. Так, у студентов-мужчин 1916-1957 годах средняя длина тела составляла $169 \pm 0,5$ см [3], а у студентов-мужчин, живущих в наше время, составляет $175 \pm 0,8$ см, что на 6 см больше. У студентов-женщин можно наблюдать аналогичную динамику. В 1916-1957 рост женщин-студентов составлял $157 \pm 0,5$ см [2], а у женщин студентов, живущих в наше время, он составляет $166 \pm 0,8$ см. Как и у мужчин, увеличение длины тела составила 6 см.

Такое увеличение в росте в течение последнего века можно наблюдать не только у студентов, но и у других слоёв населения, живущих в нашей стране, как у мужчин, так и у женщин [2]. Более того, аналогичную картину можно наблюдать и у людей, живущих в других странах мира. Причины этого, по мнению большинства ученых, кроются в изменении рациона питания людей [4]. За последние сто лет питание студентов, как и большей, части других слоёв населения, значительно улучшилось. Оно стало гораздо калорийнее, увеличилось число витаминов, макро и микроэлементов в пище, потребляемой студентами. Всё это в свою очередь способствовало лучшему насыщению организма, что в свою очередь способствовало увеличению роста как студентов, так и всего населения в целом.

Так же, можно сказать, что увеличение роста происходило на протяжении гораздо более длительного времени, чем время, прошедшее с начала двадцатого века. По данным, полученным в результате археологических раскопок, был сделан вывод, что увеличение

роста людей происходило на протяжении большей части истории развития современного человека [5].

Если сравнивать с другими млекопитающими, то увеличение длины тела людей за последние сто лет идёт самыми быстрыми темпами, чем у представителей других видов данной группы животных, за исключением видов и пород животных, выводимых специально в искусственных условиях для применения в сельском хозяйстве и промышленности, таких например, как собак и лошадей. Более того, некоторые виды млекопитающих стали не крупнее, а мельче, большая же часть видов осталась практически неизменной [5].

Подводя итоги данной статьи, посвящённой сравнению длины тела студентов РСФСР и студентов Российской Федерации начала двадцать первого века, можно сделать вывод, что за последние сто лет длина тела студентов увеличилась, как у мужчин, так и у женщин. Это изменение вписывается в общее изменение антропометрических данных всего населения земного шара и связано в первую очередь с улучшением питания людей, повышением общего уровня жизни, ростом уровня благосостояния. Данные и научные выводы, приведённые в статье, будут полезны представителям таких наук, как антропология, морфология, медицина, социология, история.

Литература:

1. Возрастная морфология (особенности развития систем органов в онтогенезе) / Т. Г. Гричанова, О. В. Маякова, А. М. Филенко [и др.]. – 3-е издание, переработанное и дополненное. – Краснодар : КГУФКСТ, 2021. – 80 с.
2. Григорьева, М. А. Динамика роста, веса и индекса массы тела реальных поколений россиян 1810-1995 годов в возрасте 18-34 лет / М. А. Григорьева, Б. А. Никитюк // Вестник экономики, права и социологии. – 2015. – № 3. – С. 26-29.
3. Зенкевич, П. И. Изменение размеров тела взрослого мужского населения Центральной части РСФСР за 100 лет / П. И. Зенкевич, Ю. С. Куршакова, Н. Я. Алмазова // Проблемы размерной антропологической стандартизации для конструирования одежды. – 1978. – С. 71-99.
4. Кудряшова, Ю. А. Анатомия и возрастная физиология: учебное пособие / Ю. А. Кудряшова, М. Г. Половникова, Т. В. Пономарева. – Краснодар : КГУФКСТ, 2019. – С. 13.
5. Негашева, М. А. Антропометрические параметры и адаптационные возможности студенческой молодёжи к началу XXI века / М. А. Негашева, Т. А. Мишкова // Российский педиатрический журнал. – 2005. – № 5. – С. 12-16.

СРАВНЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА СТУДЕНТОВ XX-XXI ВЕКОВ

Микропуло К.А., Белкания Р.В.

Научный руководитель доцент Ю.А. Кудряшова

Аннотация. Сравнение показателей массы тела студентов разных поколений важная задача в возрастной морфологии, прослеживающая вековую тенденцию этих изменений. В настоящей работе проведено сравнение показателей массы тела студентов, юношей и девушек разных поколений. Проводится сравнение данных массы тела студентов, чтобы выяснить прогресс или регресс весовой динамики.

Ключевые слова: студенты разных поколений, масса тела, вековая тенденция питания.

Сравнение показателей массы тела студентов разных поколений важная задача в возрастной морфологии, прослеживающая вековую тенденцию этих изменений. Собранные данные позволяют выявить закономерности развития той или иной популяции, понять общие законы развития организмов. Сравнением данных массы тела людей занимаются учёные во всём мире. Для сравнения выбирают группы людей, которые различаются по признаку – расовому, национальному, половому, возрастному. Размер группы, выбранной для сравнения, может варьироваться от менее многочисленной, до более многочисленной. Наиболее точные данные получаются, у группы с большим количеством исследуемых [1, 4, 5].

Одним из признаков, который отличает группы между собой, может быть разное время жизни людей. В данной научной статье для сравнения данных массы тела выбрана группа из 1135 российских студентов МГУ имени М.В. Ломоносова, живших в нашей стране в 1961-1965 годах [2], и группа из 420 российских студентов КГУФКСТ, не занимающихся спортом, живущих в нашей стране в 2022 году.

По результатам обследования студентов КГУФКСТ 2022 года и студентов МГУ 1961-1965 выявлено уменьшение показателей массы тела у девушек и к настоящему времени и относительная стабильность показателей массы тела у юношей. Так, у студентов юношей середины двадцатого века масса тела составляла в среднем $76 \pm 0,3$ кг [3]. У студентов девушек средняя масса тела составляла $66 \pm 0,5$ кг [2]. А у современных студентов юношей средняя масса тела по результатам опросов составляет $75 \pm 0,2$ кг, а у студентов девушек средняя масса тела составляет $58 \pm 0,5$ кг.

Уменьшение показателей массы тела людей происходит, в первую очередь за счёт популяризации спорта и здорового образа жизни, за счёт повышения содержания витаминов, микроэлементов и макроэлементов в продуктах питания потребляемых человеком, за счёт общего улучшения условий жизни людей.

Подводя итоги данной статьи, посвящённой сравнению показателей массы тела российских студентов середины двадцатого века и российских студентов начала двадцать первого века, можно сделать вывод, что за последние шестьдесят лет масса тела российских студентов уменьшилась у девушек, а у юношей практически не изменилась. Изменение массы тела у девушек связано с модными тенденциями здорового питания, красивого тела, активных занятий спортом. Эти изменения вписываются в общее изменение данных всего населения земного шара и связано в первую очередь с увеличением популяризации здорового образа жизни, с повышением активного образа жизни, ростом уровня благосостояния. Данные и научные выводы, приведённые в этой статье, будут полезны представителям таких наук как, физиология, функциональная анатомия, диетология, медицина.

Литература:

1. Возрастная морфология (особенности развития систем органов в онтогенезе) / Т. Г. Гричанова, О. В. Маякова, А. М. Филенко [и др.]. – 3-е издание, переработанное и дополненное. – Краснодар: КГУФКСТ, 2021. – 80 с.

2. Григорьева, М. А. Динамика роста, веса и индекса массы тела реальных поколений россиян 1810-1995 годов в возрасте 18-34 лет / М. А. Григорьева, Б. А. Никитюк // Вестник экономики, права и социологии. – 2015. – № 3. – С. 26-29.
3. Зенкевич, П. И. Изменение размеров тела взрослого мужского населения Центральной части РСФСР за 100 лет / П. И. Зенкевич, Ю. С. Куршакова, Н. Я. Алмазова // Проблемы размерной антропологической стандартизации для конструирования одежды. – 1978. – С. 71-99.
4. Кудряшова, Ю. А. Анатомия и возрастная физиология : учебное пособие / Ю. А. Кудряшова, М. Г. Половникова, Т. В. Пономарева. – Краснодар : КГУФКСТ, 2019. – С. 13.
5. Негашева, М. А. Антропометрические параметры и адаптационные возможности студенческой молодёжи к началу XXI века / М. А. Негашева, Т. А. Мишкова // Российский педиатрический журнал. – 2005. – № 5. – С. 12-16.

СТРУКТУРА УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ НА ПРИМЕРЕ ФИТНЕС-КЛУБА ORANGE FITNESS

Остапчук А.С.

Научный руководитель профессор Калинина И.Н.

Аннотация. Представлены материалы исследования структуры управления персоналом на примере фитнес клуба «ORANGEFITNESS».

Ключевые слова: организационная структура, система управления персоналом, физкультурно-спортивная организация.

Организационная структура является одной из главной составляющей системы управления персоналом, от которой зависит успешность и эффективность работы физкультурно-спортивной организации в целом [1, 3].

Структура управления персоналом представляет собой объединение связанных между собой подразделений, которые взаимодействуют друг с другом для обсуждения, разработки и утверждения управленческих решений [2, 4].

Цель исследования: проанализировать организационную структуру управления персоналом на примере фитнес клуба «ORANGEFITNESS».

На рисунке 1 представлена организационная структура фитнес-клуба Orange fitness. Исходя из представленных данных можно определить тип структуры управления персоналом данной организации, как линейно-функциональный.

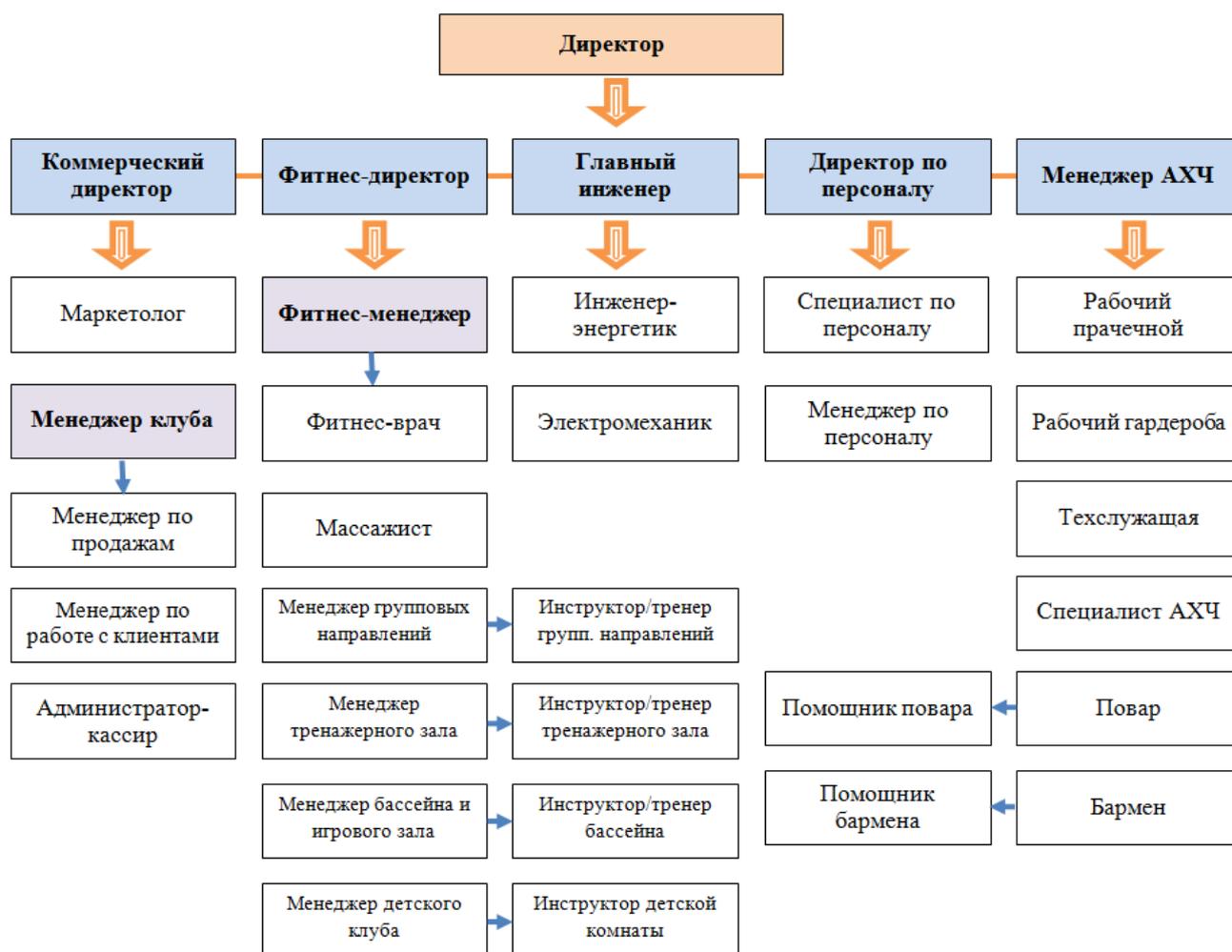


Рисунок 1. Организационная структура фитнес-клуба Orange fitness

Данная структура управления представляет физкультурно-спортивную организацию как комплекс непосредственно связанных между собой подсистем. В каждой подсистеме имеются свои цели и задачи. При рациональном распределении управленческих функций среди сотрудников организации такой тип структуры управления персоналом (линейно-функциональный) может быть достаточно эффективным. Директор управляет коммерческим директором, фитнес-директором, главным инженером, директором по персоналу и менеджером АХЧ, имея при этом представление о действиях нижестоящих подчиненных. Фитнес-директор управляет фитнес-менеджером, у которого в подчинении находятся: фитнес-врач, массажисты, менеджер групповых направлений, менеджер тренажерного зала, менеджер бассейна и игрового зала, менеджер детского клуба. Коммерческий директор руководит маркетологами и менеджером клуба, который, в свою очередь, управляет менеджером по продажам, менеджером по работе с клиентами и администратором-кассиром. Директор по персоналу отвечает за работу менеджера и специалиста по персоналу. Менеджер АХЧ руководит рабочими прачечной и гардероба, техслужащими, специалистами АХЧ, поваром и барменом. Главный инженер управляет инженером-энергетиком и электромеханиками.

Линейно-функциональная структура фитнес-клуба имеет свои плюсы и минусы. К плюсам относятся: четкие системы взаимосвязи между руководителями и подчиненными, быстрая реакция в ответ на прямые указания, а также личная ответственность директора за конечные результаты физкультурно-спортивной организации. Среди минусов – высокие требования к директору и перегрузка менеджеров.

Таким образом, изучение структуры управления персоналом, не только представляет собой объединение связанных между собой подразделений с четкой системой управления, но и позволяет звеньям взаимодействовать друг с другом для обсуждения, разработки и утверждения управленческих решений.

Литература:

1. Богданова, С. В. Управление в организациях спортивной сферы / С. В. Богданова, Ю. В. Белова, С. В. Ефимова // Современные тенденции развития науки и технологии. – 2015. – № 3. – С. 46-51.
2. Богомолова, Т. П. Краткая история управленческой мысли (в вопросах и ответах) : учебное пособие / Т. П. Богомолова, Э. А. Понуждаев. – Москва : Директ-Медиа, 2022. – 168 с.
3. Виханский, О. С. Менеджмент / О. С. Виханский, А. И. Наумов. – М. : Гардарики, 2002. – 528 с.
4. Галкин, В. В. Экономика и управление физической культурой и спортом : учебное пособие для вузов / В. В. Галкин. – Ростов н/Д. : Феникс, 2006. – 448 с.

УДК: 612.6

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ АКСЕЛЕРАЦИИ

Серебрякова А.Д.

Научный руководитель доцент Половникова М.Г.

Аннотация. В данной работе рассматриваются особенности процесса роста и развития детей и подростков, опережающих норму, их особенности, профилактика и лечение.

Ключевые слова: физическое развитие, психическое развитие, акселерация, дети.

Акселерация – ускоренное развитие организма, размеров тела по сравнению с биологической нормой [1-3].

Акселерация, проявляющаяся в психическом развитии, в целом благоприятна, так как ее влияние с возрастом выравнивается. В некоторых ситуациях интеллектуальная акселерация не меняется, выражаясь яркой одаренностью в разных сферах психической работы.

Цель исследования – анализ научно-методической литературы, касающейся профилактики и лечения осложнений акселерации.

Термин «акселерация» был введен в науку немецким физиологом Э. Кохом в 1935 году. В разных странах мира акселерация протекает по-разному. В Западной Европе процесс ускоренного роста и развития начал проявляться с середины XIX века, в Южной и Центральной Европе – с конца XIX века. В России развитие детей заметно ускорилось с 30-х гг. XX века, а в Китае и Японии – с середины XX века.

Ученые пока не пришли к единому мнению, объясняющему происхождение процесса акселерации. Это сложный процесс, зависящий от комплекса факторов: наследственных, социально-экономических и климатических. Наиболее распространенными из них являются:

- Улучшение условий жизни. Большинство ученых полагают, что ускорение процессов роста и развития связаны с изменением рациона питания, увеличением потребления белковых продуктов. Также существенную роль в последнее время оказывает повышение качества медицинского обслуживания, что привело к снижению младенческой смертности и увеличению длительности жизни населения.

- Климатические особенности. Некоторые ученые объясняют скачки роста с изменениями геомагнитной активности и интенсивности солнечной радиации.

- Урбанизация. Влияние этого фактора объясняют тем, что большое количество раздражающих факторов городской среды стимулирует нервную систему и, тем самым, ускоряет все физиологические процессы.

- Генетические факторы. В результате изменения условий жизни, усилилась миграция населения, что привело к увеличению смешанных браков, а это, в свою очередь, – к повышению разнообразия генома.

Изначально акселерация считалась абсолютно положительным явлением. Сейчас врачи отмечают множество ее негативных аспектов и предупреждают о повышенном риске заболеваемости определенными патологиями.

Проявления акселерации нередко оказывают отрицательное влияние в подростковом возрасте. В этот период усугубляются имеющиеся как физиологические, так и психические особенности в развитии. Часто наблюдаются изменения в вегетативных и эндокринных функциях: нарушения сердечных сокращений, артериального давления, проблемы со сном, в целом проявление астенического состояния. У детей школьного возраста нередко диагностируются артериальная гипертензия, патологии желудочно-кишечного тракта, аллергические болезни [4-5].

У детей-акселераторов часто возникают психоэмоциональные нарушения в связи с незрелостью психики. Также серьезные противоречия возникают между ранним половым

созреванием и отсутствием социальной зрелости. Из-за раннего начала половой жизни подростками, повышается частота венерических заболеваний, беременности и абортотв.

Во многих случаях акселерация рассматривается как особенность развития у современных детей. Она не требует участия специалистов.

Если ребенок не имеет жалоб, то он не нуждается в дополнительном обследовании, кроме ежегодных медосмотров, где особо должны обращать внимание на показатели сердечно-сосудистой и нервной систем, которые больше всего страдают из-за ускорения темпов развития.

Терапия проводится в случае выявления отклонений в состоянии здоровья ребенка. Такое действие в большинстве случаев вызвано быстрым половым и физическим созреванием. Терапевтические действия проводит педиатр. Он также при необходимости направляет пациентов к профильным детским врачам – кардиологу, неврологу, эндокринологу, аллергологу и др.

Для устранения негативного влияния акселерации необходимо наладить ребенку распорядок дня, поменять образ жизни, оградить от стресса и проводить просветительскую деятельность, что будет способствовать сокращению многофункциональных отклонений здоровья. При наличии выраженных симптомов органического поражения проводят терапию этиопатогенетическими препаратами, физиотерапевтическое лечение и лечебную физическую культуру. Комплекс таких мероприятий устанавливается с учетом нозологической единицы и состояния здоровья ребенка.

Таким образом, исходя из проанализированных данных акселерация – двойственный процесс, для которого характерны положительные и отрицательные стороны. В большинстве случаев она не оказывает сильного вреда для детского организма. Профилактика по предупреждению отрицательного влияния акселерации выражается в ведении здорового образа жизни и исключении негативных факторов, вызывающих болезненные состояния [1-5].

Литература:

1. Анатомия и возрастная физиология: учебное пособие / Ю. А. Кудряшова, М. Г. Половникова, Т. В. Пономарева. – Краснодар, 2019.– 108 с.
2. Возрастная морфология (особенности развития систем органов в онтогенезе) / Т. Г. Гричанова, О. В. Маякова, А. М. Филенко, Ю. А. Кудряшова, М. Г. Половникова. – Краснодар, 2021. – 80 с.
3. Капилевич, Л. В. Возрастная морфология : учебное пособие / Л. В. Капилевич, А. В. Кабачкова, Е. Ю. Дьякова. – Томск : Томский государственный университет, 2009. – 207 с.
4. Копкарева, О. О. Возрастная анатомия, физиология и гигиена [Электронный ресурс] : учебное пособие. – Тверь : Тверской государственный университет, 2016. – 114 с. Режим доступа: <http://texts.lib.tversu.ru/texts/11063ucheb.pdf>
5. Лысова, Н. Ф. Возрастная анатомия и физиология [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Н. Ф. Лысова, Р. И. Айзман. – М. : ИНФРА-М, 2018. – 352 с. – Режим доступа: <https://new.znaniium.com/catalog/product/937805>

**АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПРИ ОТБОРЕ
В ХУДОЖЕСТВЕННУЮ ГИМНАСТИКУ**

Синельникова Е.А.

Научный руководитель доцент Маякова О.В.

Аннотация. При отборе в художественную гимнастику антропометрическими критериями отбора являются: тип пропорций тела, ширина таза, обхват плеча, обхват голени, диаметр нижней части бедра, вариант развития, и другие антропометрические показатели.

Ключевые слова: художественная гимнастика, соматотип, телосложение, астенический тип телосложения, долихоморфный тип пропорций.

Целью исследования стал анализ литературы по проблемам спортивного отбора в художественной гимнастике. Набор детей в секцию художественной гимнастики происходит стихийно, принимают почти всех желающих, которые хотят заниматься. Через год регулярных тренировок педагоги отдают предпочтение гимнасткам, которые подходят под антропометрические показатели этого вида спорта, так как первое впечатление судейской коллегии создается по внешнему виду спортсменки. Ведь чем выше рост и ниже вес гимнастки, тем выигрышней она смотрится на гимнастическом ковре [1]. К антропометрическим показателям относят – массу и длину тела, силу и эластичность сухожилий и связок, поперечные и продольные размеры тела, тип пропорций, вариант развития. Тренеру необходимо учитывать и отслеживать изменения, которые происходят в течение года с воспитанницами, с момента прихода девочек в ДЮСШ до 14 лет [2].

У спортсменок наблюдается ретардация. Созревание продолжается до совершеннолетия, а у обычной девушки прекращается к 15 годам. Замедление роста и развития проявляется в пубертатный период. Причиной этому являются огромная нагрузка на тренировках, строгие диеты и стресс. Это приводит к нарушениям естественного процесса. Вес тела отклоняется от нормы – в среднем он меньше на 1,3 кг. Такая разница в весе связана с перераспределением соотношения основных компонентов веса тела. Под воздействием регулярных физических нагрузок у гимнасток возрастают показатели мышечного индекса веса тела достигают 45,9% и соотношения ширины плеч к ширине таза, что является признаками мускулинизации (тип пропорций – долихоморфный) [3]. Также для занятий больше подходят девушки с мускульно-астеническим типом телосложения, среднего и высокого роста.

Таким образом, особенности пропорций тела гимнастки (ширина таза, обхват плеча, обхват голени, диаметр нижней части бедра) влияют на результативность спортивной деятельности. Астенический тип телосложения в приоритете, спортсменки торакального типа имеют больше возможностей добиться хороших результатов, благодаря сочетанию морфофункциональных и морфологических признаков. Исходя из этого для них можно прогнозировать успехи и победы в спорте. Антропометрические показатели, тип телосложения являются критериями спортивного отбора в художественной гимнастике.

Литература:

1. Даулетшин, И. И. Характеристика физического состояния детей на этапе отбора для занятий спортивной гимнастикой: Педагогико-психологические и медико-биологические проблемы физической культуры и спорта. – 2013. – № 1(26). – С. 28-32.
2. Кокорина, Е. А. Морфофункциональные характеристики как критерии спортивного отбора в аэробике : дис. канд. наук. – СПб., 2017. – 123 с.
3. Кудряшова, Ю. А. Состояние опорно-двигательного аппарата у акробатов различной квалификации / Ю. А. Кудряшова, М. Г. Половникова, О. В. Маякова // В сборнике : Спортивная медицина и реабилитация: традиции, опыт и инновации : Материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Краснодар, 2022. – С. 17-21.

4. Возрастная и спортивная морфология / Г. Д. Алексанянц, И. Н. Калинина, В. В. Абушкевич, Т. Г. Гричанова, Ю. А. Кудряшова, О. В. Маякова, О. Медведева, М. Половникова, Л. Тимофеева, Д. Б. Тлехас, А. М. Филенко. – 2021. – № 2 (2-е издание). – 167 с.

5. Чермит, К. Д. Физиологические аспекты адаптации детей и подростков к различным образовательным и физкультурно-оздоровительным технологиям / К. Д. Чермит, А. В. Шаханова, Н. Н. Хасанова // Валеология. – 2003. – № 4. – С. 9-10

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ УРОВНЯ ТЕХНИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ ФУТБОЛИСТОВ 10-12 ЛЕТ

Сугак Н.А., Сугак А.П.

Научный руководитель профессор Калинина И.Н.

Аннотация. Представлены результаты исследования уровня технической подготовленности футболистов 10-12 лет.

Ключевые слова: футбол, техническая подготовленность, юные футболисты.

Футбол является высоко динамичной игрой с высокой скоростью технических приемов и постоянно возрастающими требованиями к уровню подготовленности [3, 4, 5]. Размеры игрового поля в футболе достаточно велики и от того, как быстро с помощью определенных технико-тактических приемов спортсмены преодолевают это пространство, обрабатывая мяч, зависит зачастую результативность в этой зрелищной игре [1, 2]. Учитывая вышесказанное, открытым остается вопрос о средствах и методах повышения технической подготовленности, что и обусловило научный поиск.

Цель исследования – определить уровень технической подготовленности футболистов 10-12 лет, для выбора средств и методов ее совершенствования.

Для решения цели исследования методом случайной выборки были сформированы две группы футболистов, общей численностью 20 человек: контрольная группа и экспериментальная группа в каждой группе по 10 человек. Спортсмены групп КГ и ЭГ занимались второй год в ДК «Спортивное поколение» г. Севастополь на тренировочном этапе.

Для оценки исходного уровня технической подготовленности футболистов в начале эксперимента были проведены тесты в обеих группах. Сравнительный анализ результатов тестов показал, что уровень технической подготовленности в контрольной группе по сравнению с показателями в экспериментальной, достоверных различий не имеет, несмотря на некоторые имеющиеся различия в показателях (табл. 1).

Таблица 1 – Показатели технической подготовленности футболистов КГ И ЭГ в начале эксперимента

Тест	КГ	ЭГ
«Жонглирование мяча» (количество раз)	16,3±6,4	17,6±3,4
«Передачи мяча в парах в течение 1 минуты»(количество раз)	40,4±6,1	33,4±4,3
Удары мяча на точность	2,9±0,5	1,5±1,3
Скоростное ведение мяча (15 м) (с)	3,5±0,3	3,9±0,3
Комплексное упражнение: ведение мяча, обводка стоек и удар на точность (с)	14,8±0,4	14,5±0,6

Примечание: * – достоверность различий при $P < 0,05$ между показателями КГ и ЭГ

Проанализировав методику технической подготовки спортсменов контрольной группы, нами были внесены изменения при совершенствовании технической подготовленности юных футболистов в экспериментальной группе. В процессе практической реализации методики подразумевалось, что наряду с технической подготовленностью будет осуществляться прирост общей и особенно специальной физической подготовленности.

Задачи предлагаемой методики:

1. Совершенствование общей и специальной физической подготовленности футболистов 10-12 лет
2. Совершенствование техники движений и доведение их до оптимального уровня.
3. Обеспечение высокой результативности, стабильности и вариативности действий юных футболистов в постоянно изменяющихся условиях соревновательной борьбы за счет использования разнообразных технических приемов.

4. Повышение эффективности техники юных футболистов путем разработки индивидуальных форм техники движений, наиболее полно соответствующие возможностям спортсмена.

В процессе технической подготовки юных футболистов был использован комплекс средств и методов.

К первой группе были отнесены средства и методы словесного, наглядного и сенсорно-коррекционного воздействия:

- объяснения, рассказ, описание и др.;
- демонстрация техники изучаемого движения;
- демонстрация видеофрагментов и видеозаписей футбольных матчей;
- использование предметных и других ориентиров;

Ко второй группе были отнесены средства и методы, в основе которых лежит выполнение спортсменом каких-либо физических упражнений. Были использованы следующие группы упражнений:

- обще подготовительные упражнения;
- специально-подготовительные и соревновательные упражнения;

К методам выполнения упражнения, направленным на овладение, исправление, закрепление и совершенствование техники целостного двигательного действия или отдельных его частей относились следующие:

- равномерный;
- переменный;
- повторный;
- интервальный;
- игровой;
- соревновательный и др.

Главными отличиями предложенной нами методики от методики, используемой в контрольной группе, являются следующие:

– для отработки технических элементов в экспериментальной группе был использован инвентарь в заключительной части тренировочного занятия;

– для совершенствования передачи мяча добавлен комплекс упражнений с ограниченными касаниями мяча, чтобы футболист мог точно и главное быстро передать мяч в игровой обстановке в ходе противоборства и применять правильно тактически технический элемент в игре;

– перед игрой в футбол, использовались игровые упражнения на ограниченном пространстве с заданиями, которые позволяют юным футболистам совершенствовать свои навыки в игровой форме и в ограниченном пространстве для принятия более быстрого решения.

Для решения поставленной цели исследования, задач исследования и рабочей гипотезы в основном педагогическом эксперименте были повторно проведены тестовые испытания. Подробные данные результатов приведены в таблице 2.

Таблица 2 – Показатели технической подготовленности футболистов КГ И ЭГ в конце эксперимента

Тест	КГ	ЭГ
«Жонглирование мяча» (количество раз)	17,1±3,5	22,9±3,5*
«Передачи мяча в парах в течение 1 минуты» (количество раз)	41,7±5,8	44,1±2,4
Удары мяча на точность	3,4±0,8	4,4±0,8*
Скоростное ведение мяча (15 м) (с)	3,5±0,2	3,2±0,1*
Комплексное упражнение: ведение мяча, обводка стоек и удар на точность (с)	14,7±0,2	14,4±0,2

Примечание: * – достоверность различий при $P < 0,05$ между показателями КГ и ЭГ

Сравнительный анализ результатов тестов, характеризующих техническую подготовленность, выявил достоверное улучшение (при $P < 0,05$) показателей во всех тестах к концу эксперимента у футболистов и контрольной и экспериментальной группы. При этом к концу педагогического эксперимента появились достоверные различия между показателями юных футболистов КГ и ЭГ в тестах - жонглирование мяча стопой (тест 1); удары мяча на точность (тест 3); скоростное ведение мяча (15 м.) (тест 4), что указывает на эффективность предложенной методики.

Заключение. Подготовка футболистов построена на поэтапном всестороннем развитии физических и технических качеств. Процесс подготовки должен быть выстроен с учётом функциональных возможностей организма игрока и приемлемым по уровню нагрузки для определённого возраста. Совершенствование технических и физических качеств на тренировочном этапе базируется на разнообразии средств, методов, форм организации тренировочного и соревновательного процессов.

Предложенная нами, теоретически сформулированная и экспериментально апробированная методика совершенствования технической подготовленности футболистов 10-12 лет на тренировочном этапе является высокоэффективной в тренировочном процессе, что проявляется в достоверном улучшении показателей специальных тестов, повышении уровня технической подготовленности.

Литература:

1. Антонов, Е. И. Футбол. Настольная книга детского тренера. Этап спортивного совершенствования. 16-18 лет : метод. пособие / Е. И. Антонов, Н. А. Ватошкин ; Федер. центр подгот. спорт. резерва. – М. : ФЦПСР, 2012. – 166 с.
2. Губа, В. П. Инновационная технология оптимизации начальной физической и технической подготовки юных футболистов / В. П. Губа, Р. Р. Кузнецов // Теория и практика физической культуры. – 2016. – № 9. – С. 74. EDN : WEFSP
3. Дыгин, С. В. Физическая подготовка юных футболистов на этапе начальной специализации на основе блочно-модульного проектирования [Текст] : диссертация ... кандидата педагогических наук : 13.00.04. – Волгоград, 2003. – 124 с.
4. Матвеев, Л. П. Общая теория спорта и её прикладные аспекты / Л. П. Матвеев. – М. : Советский спорт, 2010. – 340 с.
5. Суворов, В. В. Техническая подготовка юных футболистов на основе структуры соревновательной деятельности : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 [Текст] / В. В. Суворов. – Краснодар, 2006. – 23 с.

ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ ДЕЦЕЛЕРАЦИИ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ СРЕДСТВАМИ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Сусаева Е.А.

Научный руководитель доцент Половникова М.Г.

Аннотация. В данной статье рассматриваются особенности коррекции децелерации развития детей и подростков при помощи средств физической культуры.

Ключевые слова: децелерация, коррекция децелерации, физическая культура, дети.

Децелерация – процесс, противоположный акселерации, а точнее замедление процессов биологического и физиологического созревания всех органов и систем организма у детей и подростков. Причинами возникновения и дальнейшего развития децелерации являются гиподинамия, нарушения режима учебной деятельности, питания, неблагоприятные условия жизни (климатогеографические, экологические, социально-экономические) и другие факторы [1, 3]. Из этого следует, что в настоящее время на морфологию человека большое влияние оказывают комплексы негативных природных и социальных факторов, вызывающие замедление процессов у «растущих организмов».

Цель исследования – изучить современную литературу по проблеме децелерации детей и ее коррекции средствами физической культуры.

Признаками децелерации являются – замедление темпов роста, асимметрия, астеничность телосложения, снижение функциональных возможностей, диспластические процессы [5].

Для коррекции децелерации у детей и подростков средствами физической культуры применяются в основном различные технологии оздоровительной и профилактической направленности. Их особенность заключается в том, что наряду с общеизвестными средствами физической культуры используются нетрадиционные методы. В воспитательную деятельность широко внедряются процессы индивидуализации, выделяют обучающихся с отклонениями в состоянии здоровья в специальные группы. Эти мероприятия позволяют улучшить физическое развитие и физическую подготовленность школьников [4-6].

Для коррекции проявлений у детей децелерации развития средствами физической культуры разрабатываются технологии оздоровительно-развивающей направленности. Они включают в себя:

- дифференциацию учебного материала на уроках физической культуры в зависимости от интересов, состояния здоровья, физической подготовленности, биологического возраста учащихся;
- использование в учебном процессе оптимального соотношения различных видов двигательной деятельности;
- увеличение биологически необходимого объема организованной двигательной деятельности за счет домашних заданий по физической культуре;
- применение нетрадиционных форм и средств (индивидуализированные домашние задания по физической культуре, выделение учащихся с отклонениями в состоянии здоровья в специальное отделение в основной части урока);
- использование дыхательных упражнений с элементами медитации;
- активное усвоение учащимися знаний, умений и навыков на уроках и при выполнении домашних заданий;
- закаливание;
- участие родителей в процессе физкультурного образования [2].

Использование комплекса оздоровительно-развивающих упражнений на уроках физической культуры (общеразвивающие упражнения, циклические упражнения, элементы спортивных игр) при коррекции децелерации детей основной медицинской группы, показывает улучшение физического развития и физической подготовленности ребенка.

Значительная коррекция децелерации детей и подростков подготовительной медицинской группы происходит при сочетании общеразвивающих упражнений (далее ОРУ), циклических упражнений, элементов подвижных игр и, в основном, специальных корригирующих и реабилитационных упражнений.

Примерные занятия на начальных этапах у детей и подростков.

Для детей младшего школьного возраста (7-10 лет) используются следующие мероприятия: ускоренная ходьба (100-200 м), бег (600-800 м), ОРУ (15 мин), игры (20-25 мин). На последующих занятиях дистанцию ускоренной ходьбы увеличивают, а время ее прохождения уменьшают на 10 с; увеличивают дистанцию бега.

У детей среднего школьного возраста (11-14 лет) применяют мероприятия, включающие ускоренную ходьбу (450-500 м), бег (800 м), ОРУ (20 мин), игры (15 мин). На последующих занятиях также увеличивают дистанцию ускоренной ходьбы и бега.

На занятиях детей старшего школьного возраста (15-17 лет) используются те же мероприятия, что и у детей младшего и среднего школьного возраста. Однако физическая нагрузка у них более усиленные: ускоренная ходьба (450-500 м), бег (900 м), ОРУ (15 мин), игры (20 мин). На последующих уроках дистанцию ускоренной ходьбы и бега увеличивают [2].

Таким образом, по данным литературы, основными мероприятиями по коррекции децелерации развития современных школьников является применение средств физической культуры с учетом индивидуальных особенностей (биологический возраст, соматотип, варианты соматического развития), а также влияния окружающей среды на организм детей.

Литература:

1. Анатомия и возрастная физиология: учебное пособие / Ю. А. Кудряшова, М. Г. Половникова, Т. В. Пономарева. – Краснодар, 2019. – 108 с.
2. Бахрах, И. И. Особенности коррекции децелерации развития смоленских школьников средствами физической культуры / И. И. Бахрах, С. В. Барков, Л. В. Виноградова // Теория и практика физической культуры. – 2005. – № 7.
3. Возрастная морфология (особенности развития систем органов в онтогенезе) / Т. Г. Гричанова, О. В. Маякова, А. М. Филенко, Ю. А. Кудряшова, М. Г. Половникова. – Краснодар, 2021. – 80 с.
4. Казин, Э. М. Комплексный подход к оценке функциональных состояний человека / Э. М. Казин, Е. А. Анисова, А. Р. Галеев // Физиология человека. – 2001. – Т. 27, № 2. – С. 112-121.
5. Стародубцев, В. И. Концепция Федерального Атласа «Региональные факторы и особенности состояния здоровья детского населения Российской Федерации» / В. И. Стародубцев, А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий // Здравоохранение Российской Федерации. – 2004. – №6. – С. 3-5.
6. Щуров, В. А. Децелерация роста тела детей как форма адаптации к изменившимся социально-экономическим условиям жизни / В. А. Щуров, Н. О. Могеладзе, Л. Ю. Горбачёва // Фундаментальные исследования. – 2011. – № 9-2. – С. 322-325.

УДК: 796.412.2

ВЛИЯНИЕ ГИМНАСТИКИ НА ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНУЮ СИСТЕМУ ДЕТЕЙ, НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ ТРЕНИРОВКИ.

Тарасенко П.Е.

Научный руководитель доцент Маякова О.В.

Аннотация. Успешность спортивной деятельности гимнасток зависит от спортивных задатков, адекватности нагрузок, планирования тренировочного процесса, сроков начала тренировок. Гимнастика корректирует осанку, предупреждает развитие сколиоза, способствует развитию двигательных центров, моторики и совершенствует координацию движений детей. При наборе детей с особенностями формирования скелета, необходима консультация и допуск к занятиям врача.

Ключевые слова: художественная гимнастика, гибкость, костная зрелость, физическое развитие, позвоночник, осанка, формирование опорно-двигательной системы.

При отборе в секцию художественной гимнастики предпочтение отдается девочкам с хорошей наследственностью по показателям роста, веса, высоким уровнем физических качеств, музыкальностью. Особое значение имеет гибкость позвоночника, потому что уже на начальном этапе обучения уделяется большое внимание развитию гибкости. Значительные нагрузки влияют на организм девочек и могут привести к нарушению состояния позвоночника и опорно-двигательной системы [1].

Некоторые ученые считают, что искривление позвоночника у гимнасток происходит из-за задержки полового развития и сроков окостенения позвоночника. Костный возраст девочек, занимающихся художественной гимнастикой, отстает от их сверстниц на 1,3-2 года [2].

Греческие ученые провели исследования, где приняли участие 104 гимнастки возраста 12-23 лет. В результате были сделаны выводы о том, что интенсивные тренировки и стресс замедляют окостенение (костный возраст спортсменок отставал на 1,8 лет от девочек, не занимающихся художественной гимнастикой). Так же у не спортсменок рост прекращался к 15 годам, а гимнасток только в 18. Другие ученые отмечают нарушение строения костной ткани из-за деминерализации костей, что увеличивает риск травматизма [3].

Развитие физических качеств и тренировочный процесс должен осуществляться с учетом биологического возраста и варианта развития тренирующихся. Для развития физических качеств, актуальных в гимнастике, существуют определенные чувствительные периоды, которые имеют свои особенности. Гибкость зависит от генетики, поэтому ее необходимо развивать и постоянно тренировать [4].

Гимнастика оказывает положительное влияние на позвоночник, формирует правильную и красивую осанку. Малоподвижный образ жизни вызывает серьезные нарушения осанки, что приводит к различным заболеваниям. В гимнастике существуют различные упражнения, которые формируют мышечный корсет, а так же вырабатывают общую выносливость мышц туловища.

Наиболее эффективными упражнениями для развития правильной осанки являются те, при которых влияние на позвоночник минимально. К таким относятся положения лежа на спине, животе, стоя на коленях, четвереньках, во время тренировки.

При увеличении угла наклона таза используются упражнения, которые способствуют укреплению ягодичных мышц. А при уменьшении – упражнения, укрепляющие разгибатели поясничного отдела. Приведению плечевых суставов способствуют упражнения, укрепляющие фиксаторы лопаток [5].

Для формирования правильной осанки используют различные методические подходы и комплексы упражнений.

Например: в положении стоя: 1 – положить на голову 2-3 книги (либо любой другой нетяжелый предмет) пройти 4-5 м, не уронив при этом книгу. 2 – стоя у стены, прижаться

спиной к стене и медленно опуститься вниз (полуприсед), задержать это положение 5 сек. 3 – ноги вместе, опираясь сзади прямыми руками на пол, прогнуться, как можно выше поднять таз, вернуться в исходное положение. В положении лежа: 1 – ноги согнуть в коленном суставе, опускать обе ноги вправо, затем влево, при этом поясница и лопатки остаются прижатыми к полу.

Таким образом, гимнастика корректирует осанку, предупреждает развитие сколиоза, способствует развитию двигательных центров, моторики и совершенствует координацию движений. При наборе детей с особенностями формирования скелета, необходима консультация и допуск к занятиям врача.

Литература:

1. Платонов, В. Н. Отбор и программирование перспективных спортсменов / В. Н. Платонов, В. Л. Запорожанов. – Киев : Здоровье, 1994. – 252 с.
2. Возрастная и спортивная морфология : рабочая тетрадь / Алексанянц Г. Д. [и др.]. – 2-е издание. – Краснодар : КГУФКСТ, 2021. – 168 с.
3. Аганянц, Е. К. Тактика лечебной физической культуры при сколиозе 1-2 степени у детей 8-15 лет. Методические рекомендации / Е. К. Аганянц, Н. В. Ваганов, З. П. Синкина, А. П. Шкляренко. – Краснодар, 1995.
4. Кудряшова, Ю. А. Показатели асимметричности осанки ватерполистов с учетом индивидуального профиля асимметрии / Ю. А. Кудряшова, Д. А. Ровный, О. В. Маякова. – 2020. – С. 217-219.
5. Кудряшова, Ю. А. Особенности морфологических показателей результативных спортсменов-ватерполистов / Ю. А. Кудряшова, Д. А. Ровный, А. А. Соколенко, О. В. Маякова. – 2019. – С. 189-190.

УДК: 612.6.05

ВИТАУКТ: ГЕНОТИПИЧЕСКИЕ И ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ

Хадаа Батмэнд

Научный руководитель доцент Половникова М.Г.

Аннотация. В данной работе рассматриваются особенности генотипических и фенотипических механизмов витаукта.

Ключевые слова: витаукт, механизмы витаукта, старение.

Витаукт – механизмы, определяющие устойчивость организма и увеличивающие их существование, повышающие надежность функционирования систем жизнеобеспечения.

Цель исследования: путем анализа научно-методической литературы выявить особенности генотипических и фенотипических механизмов витаукта.

Это механизмы, противостоящие старости, основанные на способности организма к саморегуляции, способны поддерживать адаптацию на высоком уровне длительное время за счет восстановления и регенерации клеточных структур [1-5].

Выделяют генотипический и фенотипический механизмы витаукта. Генотипические проявления витаукта запрограммированы, их реализация зависит от передачи наследственной информации.

К ним относятся:

- значительный исходный митотический потенциал клеток, ведущий к образованию их большого числа и отсюда большей надежности организма, что особенно важно при гибели части клеток в процессе старения;
- возникновение более выраженного регуляторного контроля над внутренней средой организма по мере эволюции мозга;
- возникновение систем более экономного энергетического обеспечения потребностей организма, способствующих осуществлению функции при меньших затратах энергии и меньшем накоплении повреждающих факторов;
- меньшая метаболическая нагруженность белковых структур;
- развитие более мощных систем репарации ДНК;
- обнаружение повреждений и восстановления клеточных мембран;
- возникновение более мощных систем микросомального окисления, антиоксидантов;
- изменение соотношений адренергической и холинергической регуляции и др. [3-4].

Все эти генотипические проявления связаны в единый процесс, обеспечивающий высокий уровень надежности организма, его долговременную адаптацию.

Одним из важнейших генотипических механизмов является репарация ДНК. В ходе этого процесса происходит исправление повреждений в молекулах ДНК, которые могут возникнуть как в ходе нормального синтеза ДНК, так и в результате воздействия негативных факторов различной природы.

В процессе жизнедеятельности возникают свободные радикалы, повреждающие различные клеточные структуры. Противостояние негативному влиянию активных форм кислорода (АФК) осуществляется антиоксидантной системой (АОС), которая является частью многопрофильной системы витаукта. К АОС относятся ферментативная (различные ферменты) и неферментативная (витамины, аминокислоты) системы, предохраняющие клетки от повреждений АФК [3-4].

Организм снабжен мощной антигипоксической системой. Способность к длительному поддержанию ее надежности – важный механизм витаукта. Эта система связана с усилением легочной вентиляции, работы сердца, кровоснабжения органов, увеличением числа работающих капилляров, улучшением использования кислорода в клетке и т.д.

Фенотипические механизмы активизируются в ходе жизнедеятельности организма и реализуются на разных уровнях организации живой системы – молекулярном, клеточном, тканевом, органном, организменном и т.д.

К ним относятся:

- повышение интенсивности гликолиза, увеличение сопряжения окисления и фосфорилирования в миокарде;
- рост коэффициента фосфорилирования в клетке;
- активация ряда ферментов;
- усиление биосинтеза ряда белков;
- снижение активности ферментов распада некоторых медиаторов и гормонов в условиях ослабления их синтеза;
- появление многоядерности, полиплоидии;
- увеличение объема митохондрий в условиях снижения их числа;
- гипертрофия и гиперплазия аппарата Гольджи;
- гиперплазия эндоплазматической сети;
- увеличение поверхности плазматических мембран;
- поддержание во многих клетках неизменной величины мембранного потенциала;
- гиперфункция ряда миокардиоцитов, нейронов, секреторных и других клеток в условиях гибели части этих клеток;
- включение в деятельность в обычных условиях большего числа капилляров, альвеол, нейромоторных единиц;
- повышение чувствительности к ряду гуморальных факторов на этапе прямой и обратной связей в системе саморегуляции;
- активация некоторых местных механизмов саморегуляции в условиях ослабления центрального нервного контроля и многое другое [3-4].

В процессе саморегуляции включаются противодействующие механизмы. Например, при нарушении механизмов генерации энергии в клетке из митохондрий идет сигнал в цитоплазму, где начинают работать резервные пути. Содержание митохондрий в клетке по мере старения уменьшается, но в большинстве случаев растет их активность, они увеличиваются в размере [3].

Приспособительное значение многих проявлений механизмов витаукта относительно. В некоторых случаях может проявляться параадаптация. Например, по мере старения в сердечной ткани усиливается роль гликолиза в качестве резервного энергетического пути. Однако этот процесс сопровождается синтезом молочной кислоты, которая может вызвать нарушения нормального функционирования сердца [3].

Таким образом, путем анализа научно-методической литературы установлено, что на продолжительность жизни влияют два противоположных процесса – старение и витаукт. Поэтому изучение механизмов витаукта весьма актуально и является одним из перспективных задач современной геронтологии.

Литература:

1. Анатомия и возрастная физиология : учебное пособие / Ю. А. Кудряшова, М. Г. Половникова, Т. В. Пономарева. – Краснодар, 2019. – 108 с.
2. Возрастная морфология (особенности развития систем органов в онтогенезе) / Т. Г. Гричанова, О. В. Маякова, А. М. Филенко, Ю. А. Кудряшова, М. Г. Половникова. – Краснодар, 2021. – 80 с.
3. Основы биологии старения : учебно-методическое пособие / Е. П. Дрождина, О. В. Столбовская, Н. А. Курносова, Н. А. Михеева. – Ульяновск : УлГУ, 2017. – 46 с.
4. Практикум по основам геронтологии : учебное пособие / И. В. Гуштурова. – Ижевск : Издательский дом «Удмуртский университет», 2019. – 220 с.
5. Физиология стареющего организма : методическое пособие / С. В. Клаучек, Е. В. Лифанова. – Волгоград, 2007. – 42 с.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ДОЛГОЛЕТИЕ

Хадаа Батмэнд

Научный руководитель доцент Половникова М.Г.

Аннотация. В данной работе рассматриваются факторы, влияющие на долголетие.

Ключевые слова: долголетие, старение, факторы долголетия.

В современном обществе наблюдается тенденция увеличения продолжительности жизни. Однако долгожительство, определенное Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) как достижение возраста 90 лет и старше, остается нераспространенным явлением. Средний возраст долгожителей составляет 115 лет, а абсолютный теоретический предел учеными установлен на уровне 125 лет. Данная категория людей составляет особую популяцию, которая существенно отличается от людей пожилого и старческого возраста [1-2, 4].

Цель исследования – проанализировав данные научно-методической литературы, определить факторы, влияющие на продолжительность жизни.

По данным ВОЗ, состояние здоровья человека и его продолжительность жизни определяют:

- индивидуальный образ жизни – на 50%,
- наследственность – на 20%,
- экология и состояние окружающей среды – на 20%,
- здравоохранение в стране проживания – на 10% [1-5].

Эти факторы не противоречат, а дополняют и усиливают друг другу. Из четырех перечисленных факторов, влияющих на долголетие, только генетические особенности человека относятся к неуправляемым. Остальные поддаются изменениям, их можно регулировать.

Наследственная информация не меняется с возрастом. Если у человека установлен риск возникновения той или иной болезни, то он не исчезнет. Но знание об этом позволит скорректировать образ жизни и питание и не допустить развития заболевания. Например, если вы владеете информацией о восприимчивости вашего организма к негативному воздействию бисфенола А, входящего в состав бытового пластика, то, соответственно, не будете использовать пластиковую посуду, тем самым увеличите шансы на здоровое долголетие.

Японскими учеными Национального центра глобального здоровья и медицины в течение 15 лет велись исследования влияния питания и образа жизни на долголетие. Было обследовано 36,6 тыс. мужчин и 42,9 тыс. женщин в возрасте от 45 до 75 лет. У них за этот период не были зафиксированы хронические заболевания сердечно-сосудистой системы и печени, злокачественные новообразования. В ходе обследования при соблюдении здорового образа жизни (ЗОЖ) было установлено снижение смертности на 15% [4].

Введение здорового образа жизни требует оптимальной организации жизнедеятельности и такое поведение, которое обеспечивает собственное здоровье и здоровье окружающих людей. Усовершенствованные технологии, препараты, достижения медицины направлены на увеличение продолжительности жизни людей. Все это будет оказывать положительное влияние только в том случае, когда человек соблюдает определенные правила ЗОЖ, отказывается от вредных привычек [5].

Одним из важных компонентов здорового образа жизни является занятие физической культурой. Физическая активность развивает силу, выносливость, гибкость, ловкость, быстроту.

Специальный комплекс упражнений, занятия на тренажерах, массажи восстанавливают мышечную систему, устраняя атрофию, которая развивается в связи с малоподвижным образом жизни.

В регулярных тренировках нуждаются не только мышцы, но и сердечно-сосудистая, дыхательная и другие системы организма. Активные упражнения возвращают резервную часть крови, которая застаивается в печени, селезенке и т.д., обратно в кровеносное русло.

Занятие физической культурой, спорт, закаливание, дыхательные упражнения стимулируют физическую работоспособность, формируют и мобилизуют защитные силы организма, способствуют его адаптации к внешней среде. В итоге продлевают активную жизнь человека [4-5].

Следующим пунктом в сохранении здоровья и долголетия является правильное здоровое питание. Необходимо учитывать как количественную, так и качественную характеристику продуктов питания, поэтому основными показателями рационального питания являются сбалансированность и правильный режим.

Сбалансированным считается такой рацион, который обеспечивает оптимальное соотношение основных пищевых и биологически активных веществ: белков, жиров, углеводов, минеральных элементов и витаминов. Если принять энергетическую ценность суточного рациона за 100%, то в организм должно поступать 14% белков, 30% жиров и 56% углеводов. Белки и жиры должны быть как животного, так и растительного происхождения.

Увеличению продолжительности жизни способствует умеренность в еде при сохранении сбалансированности пищевого рациона. Снижение калорийности до 2000 ккал в день и ниже приводит к улучшению многих функций организма, что подтверждается данными, полученными при изучении питания долгожителей из различных стран.

В среднем жители Окинавы потребляют около 1800-1900 ккал в день. При этом их диета хорошо сбалансирована всеми необходимыми компонентами и витаминам.

Калорийность дневного рациона долгожителей Кавказа находится примерно в районе 2000 ккал. Основу рациона составляют овощи, фрукты, мясо из птицы, козлятины и баранины, разнообразные приправы [4-5].

Таким образом, согласно данным современной литературы, ответственность, самоорганизация и введение здорового образа жизни сохраняют хорошую физическую и психическую форму и, таким образом, способствуют увеличению продолжительности жизни.

Литература:

1. Анатомия и возрастная физиология : учебное пособие / Ю. А. Кудряшова, М. Г. Половникова, Т. В. Пономарева. – Краснодар, 2019. – 108 с.
2. Возрастная морфология (особенности развития систем органов в онтогенезе) / Т. Г. Гричанова [и др.]. – Краснодар, 2021. – 80 с.
3. Изучение долгожительства: современный статус проблемы и перспективы / Ю. В. Котовская, Ткачева [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2017. – С. 75-80.
4. Основы биологии старения : учебно-методическое пособие / Е. П. Дрождина, О. В. Столбовская, Н. А. Курносова, Н. А. Михеева. – Ульяновск : УлГУ, 2017. – 46 с.
5. Савченков, М. Ф. Здоровый образ жизни как фактор активного долголетия / М. Ф. Савченков, Л. М. Соседова // Сибирский медицинский журнал. – 2011. – № 4. – С. 138-143.

УДК: 796.01:612+796.417

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АКРОБАТОК, СПЕЦИАЛИЗИРУЮЩИХСЯ В ЖЕНСКИХ ГРУППОВЫХ УПРАЖНЕНИЯХ

Харина М.В.

Научный руководитель доцент Кудряшова Ю.А.

Аннотация. Антропометрические показатели, пропорции тела и соматотип акробаток в женских групповых упражнениях позволяют определить соответствие спортивной специализации и перспективность спортсменки. В настоящей статье приведены результаты анализа морфологических особенностей акробаток, специализирующихся в женских групповых упражнениях.

Ключевые слова: акробатки в женских групповых упражнениях, морфологические особенности, весоростовой индекс, соматотип.

Акробатика в настоящее время пользуется большой популярностью. За последние годы этот вид спорта получил широкое развитие благодаря своей зрелищности и красоте выполнения упражнений, строению фигур различной сложности выразительности. Акробатические упражнения очень разнообразны, выполняются одним человеком – одиночные упражнения, и двумя или несколькими – парные и групповые упражнения. В спортивной акробатике для выполнения сложных элементов спортсмен должен иметь ряд качеств, такие как быстрота реакции, пластичность, силовая подготовленность, хорошая координация и согласование своих действий с партнёром. В развитии этих качеств огромную роль играет особенность телосложения спортсменок, которая является важнейшим показателем, оказывающим достаточное влияние на достижение успехов в соревновательной деятельности. Антропометрические показатели, пропорции тела и соматотип акробаток в женских групповых упражнениях позволяют определить спортивную пригодность к данному виду упражнений и перспективность дальнейшей работы [2].

Цель работы – анализ морфологических особенностей акробаток, специализирующихся в женских групповых упражнениях.

Проведен анализ антропометрических показателей, соматотипа и пропорций тела спортсменок 5 женских акробатических групп высокой квалификации: Кандидаты в мастера спорта России и Мастера спорта России. Обследовано 15 спортсменок, из них: 5 акробаток в возрасте 13-15 лет (верхние), 5 акробаток в возрасте 16-18 лет (средние) и 5 акробаток 18-20 лет (нижние). Оценка физического развития и пропорции тела определялась методом индексов. Весоростовой индекс Кетле, характеризующий соотношение длины тела к его массе. Грудно-ростовые индексы Эрисмана, для оценки развития грудной клетки. Индекс скелии Мануври, для оценки пропорционального сложения тела. Определение соматотипа проводилось по методу Хит-Картера [1].

Результаты исследований. Для групповой акробатики очень важным является сочетание веса и роста, ширина плеч и груди, размеры груди и звеньев верхней конечности. Нижняя и средняя подбрасывают, ловят и удерживают партнера, а также обеспечивают его безопасностью во время выполнения упражнения. Верхний спортсмен выполняет упоры, стойки, равновесия, перевороты, сальто и другие элементы на различных частях тела нижнего и с его помощью. Имеют немалую роль в выполнении стоек на полу, на своём партнёре и на его руках. Анализ средней величины индекса Кетле выявил, что у акробаток, специализирующихся в женских групповых упражнениях, выявлены различные значения в зависимости от того, какую роль они играют в своём составе [1]. У верхних акробаток весоростовой индекс был ниже нормы для девочек, что является нормой, потому что верхние должны весить намного меньше своих показателей по росту из-за того, что нижние должны выполнять броски как можно выше и динамичнее, чего не получится сделать с тяжёлым весом. А у средних и нижних акробаток весоростовой индекс составил норму для женщин. Значительные весоростовые показатели у акробаток средней и нижней позиций даёт возможность удерживать вес своей партнёрши, пребывая в долгой физической нагрузке.

Следующий метод - оценка развития грудной клетки по индексу Эрисмана и Ливи [1]. В ходе анализа было выявлено, что верхние акробатки в тройке имеют средний обхват грудной клетки, в то время как акробатки средние и нижние в своём составе имеют широкий обхват грудной клетки.

Пропорциональное сложение тела определяет гармоничность и здоровье человека.

По индексу Мануври, который определяет оценку пропорций тела, определяется длина нижних конечностей в процентных долях к длине тела [1]. В настоящей работе было выявлено, что у верхних акробаток преобладает мезоскелетия (средненогость), благодаря чему им легче выполнять динамические упражнения, такие как сальто, вращения вокруг своей оси в воздухе и перевороты, а также удерживать баланс в различных стойках. У средних и нижних – макроскелетия (длинноногость), позволяющая выполнять сложные статические упражнения с удержанием веса своих партнёров, так же подбрасывать и ловить при выполнении динамических упражнений.

Для определения соматотипов спортсменок был использован метод Хит-Картера, который заключался в определении трёх компонентов: эндоморфии, мезоморфии и эктоморфии [1]. В чистом виде эти компоненты встречаются редко, обычно имеет место их сочетание. В ходе анализа было выявлено, что наиболее распространённый соматотип у верхних акробаток – сбалансированный (чистый) мезоморфный (70%), определяющий хорошее развитие мускулатуры и скелета. Так же для верхних акробаток характерен экто-мезоморфный соматотип (30%), определяющий вытянутость тела и хорошее развитие мускулатуры (рис.1)

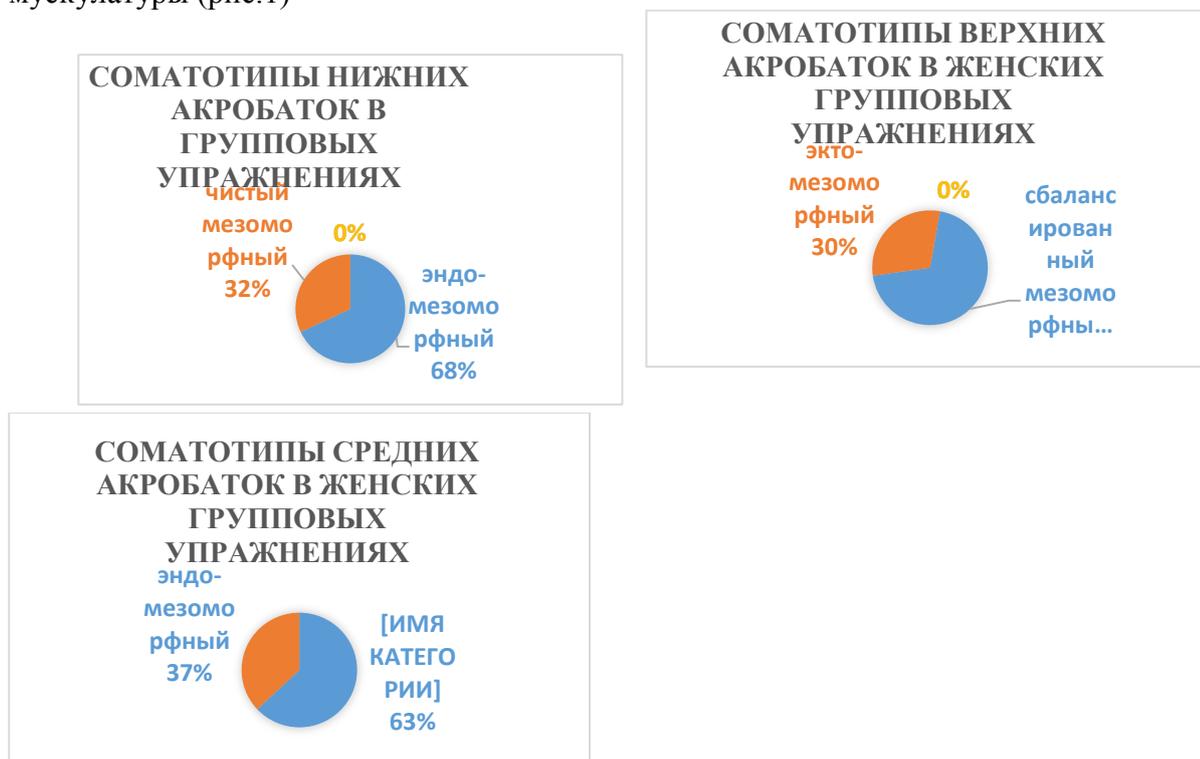


Рисунок 1. Соматотипы по Хит-Картеру акробаток, специализирующихся в групповых упражнениях

Преобладающий соматотип у средних акробаток в тройках – экто-мезоморфный (63%), определяющий вытянутость тела в длину и хорошее развитие мускулатуры. Также для средних акробаток характерен эндо-мезоморфный соматотип (37%), сочетающий хорошее развитие внутренних органов, мускулатуры и скелета (рис.1)

Наиболее распространенный соматотип у нижних акробаток, специализирующихся в женских групповых упражнениях, – эндо-мезоморфный (68%), характеризующийся сильным развитием скелета, мышечного корсета и внутренних органов. Так же у 32% нижних

акробатов выявлен сбалансированный (чистый) мезоморфный соматотип, который предполагает сильное развитие скелета и мускулатуры и крепкое мускулистое тело спортсменки в целом (рис.1).

Таким образом, для верхних акробатов в тройке характерны: низкий весоростовой индекс, средний обхват грудной клетки, мезоскелетия (средненогость), мезоморфный или экто-мезоморфный типы телосложения. Для средних акробатов в тройке характерны: нормальный весоростовой индекс, широкий обхват грудной клетки, макроскелетия (длинноногость), экто-мезоморфный или эндо-мезоморфный типы телосложения. Для нижних акробатов в тройке характерны: нормальный весоростовой индекс, широкий обхват грудной клетки, макроскелетия (длинноногость), эндо-мезоморфный или сбалансированный (чистый) мезоморфный типы телосложения. Выявленные морфологические особенности являются оптимальными для выполнения спортивных упражнений в зависимости от роли спортсменки в акробатической тройке.

Литература:

1. Возрастная и спортивная морфология: рабочая тетрадь / Г. Д. Алексанянц, И. Н. Калинина, В. В. Абушкевич [и др.]. – Краснодар : КГУФКСТ, 2021. – 142 с.
2. Кудряшова, Ю. А. Учёт особенностей формирования осанки у акробатов различной квалификации в спортивной практике/ Ю. А. Кудряшова, М. В. Малука, М. Г. Половникова // Физическая культура, спорт – наука и практика. – Краснодар, 2021. – №2. – С. 61-66.

Аннотация. В работе рассматриваются основные методы изучения физического развития детей и подростков.

Ключевые слова: физическое развитие, антропометрия, соматоскопия, физиометрия.

Физическое развитие – это совокупность морфологических и функциональных свойств и качеств, а также уровень биологического развития человека [1-2].

Цель исследования – изучить основные методы оценки физического развития детей и подростков.

Оценка физического развития основывается на данных роста, веса, пропорций тела и степени развития функциональных возможностей организма [1-5]. После анализа этих показателей дается объективная оценка развития ребенка. Основным методом в установлении степени физического развития является антропометрический метод, который включает в себя измерения показателей тела человека и его частей: рост, вес, окружности головы, грудной клетки, обхваты плеча, бедра, голени и т.д.

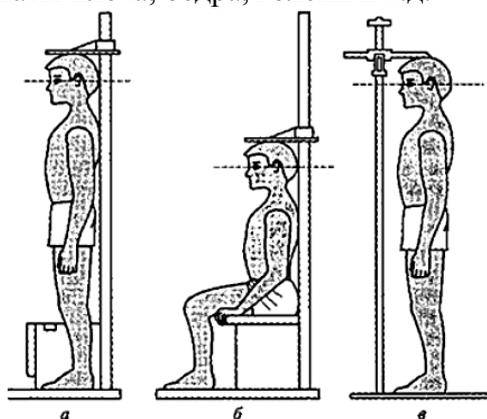


Рис. 1. Измерение роста: а, б – деревянным ростомером стоя и сидя; в – металлическим антропометром стоя

Рост стоя или сидя можно измерить деревянным или металлическим антропометром (рис. 1). С помощью металлического антропометра можно определить также размеры туловища, верхних и нижних конечностей и т. д.

Для определения массы тела используют медицинские весы. Весы перед взвешиванием должны быть выверены. Взвешивают детей и подростков натошак, без одежды и обуви. Обследуемый становится на середину площадки весов.

Для измерения окружности головы, грудной клетки (рис. 2), плеча, бедра, голени пользуются стальной рулеткой или сантиметровой лентой [3-5].

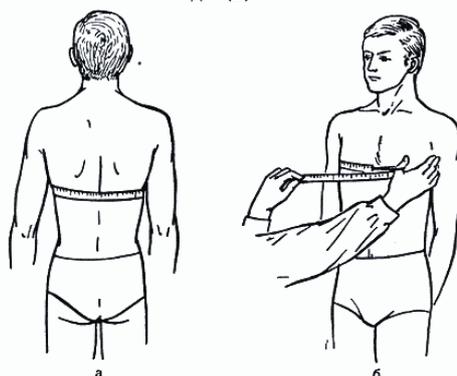


Рис. 2. Измерение окружности груди: а – вид сзади, б – вид спереди

Параметры, полученные у конкретного ребенка, сравнивают со среднестатистическими данными.

Массовость такого исследования дает возможность сопоставить и проанализировать изменчивость признаков разнообразных групп (возрастных, половых и др.) на основе измерений большого количества детей, а также выявить специфику их физического состояния. Это позволяет увидеть количественную характеристику их изменчивости [4]. Регулярный контроль с помощью антропометрического метода позволяет своевременно обнаружить нарушения физического развития ребенка (отставание в росте, массе тела и др.), которые могут быть первыми симптомами возникновения какого-либо заболевания или нарушения физического развития.

Соматоскопия как метод физического развития, позволяет определить состояние костно-мышечной системы (форму позвоночника (рис. 3), грудной клетки, но, стопы и т.д.), покровной системы и слизистых оболочек (цвет, чистота, тургор, влажность), степень развития жирового слоя, полового развития [4]. Использование этого способа особенно актуально в периоды активного роста ребенка: период первого детства (4-7 лет), подростковый период (11-13 лет), когда ускорение темпов роста костей может привести к нарушению осанки и последующим ее обострениям.

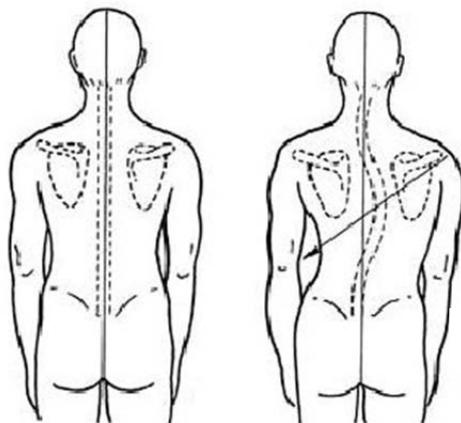


Рис. 3. Выявление искривления позвоночника

С помощью физиометрических методов определяют мышечную силу, артериальное давление, частоту пульса, жизненную емкость легких и т.д. [3, 5].

Таким образом, систематическое применение данных методов позволяет распознать закономерности роста и развития, осуществить оценку здоровья детского населения, изучить воздействие факторов окружающей среды, оценить результативность профилактических мероприятий и др. [3, 5].

Литература:

1. Анатомия и возрастная физиология: учебное пособие / Ю. А. Кудряшова [и др.] Краснодар, 2019. – 108 с.
2. Возрастная морфология (особенности развития систем органов в онтогенезе) / Т. Г. Гричанова [и др.]– Краснодар, 2021. – 80 с.
3. Мануева, Р. С. Физическое развитие детей и подростков. Показатели. Методы оценки : учебное пособие. – Иркутск : ИГМУ, 2018. – 52 с.
4. Методы изучения и оценки физического развития детей и подростков : уч. пос. для внеаудиторной самостоятельной работы интернов / Сост. : Е. А. Поварго, [и др.]. – Уфа : Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2014. – 62 с.
5. Физическое развитие ребенка / Р. А. Файзуллина [и др.]. – Казань : КГМУ, 2011. – 65 с.

ОСОБЕННОСТИ ПРЫЖКА С ОДНОЙ НОГИ

Шевков В.Е.

Научный руководитель доцент Половникова М.Г.

Аннотация. В статье раскрываются способы улучшения прыжка с одной ноги.

Ключевые слова: прыжок с одной ноги, спортсмен, спорт.

Грамотно поставленный прыжок вверх – это не только гордость баскетболистов, волейболистов и гимнастов, но и отличный дополнительный навык в остальных видах спорта.

Цель исследования – изучить особенности прыжка с одной ноги.

Существует два типа прыжков:

1. С одной ноги (обычно выполняется в ходе двойного шага). Основная техника выглядит так: спортсмен разбегается, отталкивается от земли полусогнутой ногой (обычно правой). Левую ногу он подтягивает к поясу и разгибает в колене, что позволяет усилить толчок. Так спортсмену удастся максимально уходить вверх при прыжке с одной ноги [2-4].



2. С двух ног (можно прыгать с места или как в первом случае). В прыжке с двух ног спортсмену лучше удастся управлять своим телом, а приземление становится более безопасным. С двух ног проще выполнить несколько быстрых прыжков подряд, чем с одной. Баскетболисты нередко прибегают к таким прыжкам для того, чтобы забрать мяч у соперника [2-4].



Прыжок с одной ноги на базовом уровне в большей степени зависит от техники, а не от силы. Обычно атлеты либо имеют этот навык, либо нет. Не составляет особой сложности переучиться прыжку с двух ног с помощью методов силовой тренировки, но обратный процесс – переучивание на прыжок с одной ноги – может быть достаточно трудным делом.

Несмотря на сложность, прыжок с одной ноги помогает спортсменам получить серьезное преимущество в горизонтальной скорости, а затем превратить эту скорость в вертикальную. Прыжок с одной ноги является более эффективным для преобразования скорости в вертикальную, чем прыжок с двух ног. Он может быть использован для достижения вертикальных прыжков в 75, а иногда и в 100 см.

Независимо от стиля прыжка – с одной, двух ног или даже с места, необходимо понизить центр тяжести (ЦТ) для того, чтобы продвинуться вверх. После того, как ЦТ опускается, есть два основных способа поднять его вверх и оторваться от земли.

Первое, за счет чего спортсмены могут достичь вертикального перемещения – это сила мышц, которая обеспечивает усилие, необходимое для отрыва от земли. Чем она больше, тем прыжок будет выше.

Второй способ заключается в использовании конечностей тела как жестких рычагов, преобразующих горизонтальную скорость в вертикальную [1-2].

У некоторых спортсменов конституция тела более приспособлена к прыжкам, чем у других. Для прыжка с одной ноги преимуществом является длинные нижние конечности по отношению к туловищу, поскольку это увеличивает длину системы рычагов. Другой немаловажный генетический фактор, определяющий успешность прыгуна, – структура ахилловых сухожилий. J.E. Earp в своих исследованиях показал влияние длины ахиллова сухожилия на силу, которая производится и передается на нижнюю конечность. В его работе было выявлено то, что прыгуны с коротким ахилловым сухожилием лучше осуществляют упругие прыжки, например, прыжок в глубину. Тогда как прыжки вверх с места будут совершаться ими менее эффективно. Также на их результативность влияет скорость разбега: чем больше скорость разбега, тем лучше прыжок. А вот спортсмены с длинными ахилловыми сухожилиями будут хорошо прыгать с места, но плохо с разбега [5].

Хороший прыгун должен иметь высокую жесткость мышц и сухожилий по отношению к их весу тела, особенно в области бедер, коленных и голеностопных суставов. В рамках прыжка с одной ноги нога должна поглощать до 10-кратного веса тела или больше. Способность взлетной ноги поглощать эти большие силы основана на способности мышц и сухожилий действовать вместе, чтобы произвести короткое, но очень большое напряжение и жесткость [2].

Таким образом, чтобы улучшить прыжок с одной ноги нужно учитывать следующие факторы: 1) биомеханику / технику, 2) жесткость мышц и сухожилий и 3) моторику / практику.

Литература:

1. Белевская, Г. С. Особенности морфологического строения тела спортсменов в различных дисциплинах легкой атлетики // Тезисы докладов XLVII научной конференции студентов и молодых ученых вузов Южного Федерального округа. – 2020. – С. 25.
2. Джоэль, П. С. Механика и развитие прыжка с одной ноги.– URL: <https://cyberpedia.su/7xb18b.html>(Дата обращения: 26.10.2022).
3. Ковальчук, Г. И. Типология спортивно-технической подготовленности прыгунов в высоту / Ковальчук Г. И., Лопина Н. Г., Скуренок Т. В. // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 5.
4. Физиологические и биомеханические особенности фазы приземления при выполнении прыжка в длину с места / Разуванова А. В. [и др.] // Вестник Томского государственного университета. – 2014. – № 386. – С. 183-187.
5. Earp J. E., Newton R. U., Cormie P., Kraemer J. W. The Influence of Muscle-Tendon Unit Structure on Rate of Force Development, During the Squat, Countermovement, and Depth Drop Jumps // Journal of Strength and Conditioning Research. – 2011. – № 5.

УДК: 612.6

ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Шелкова В.М.

Научный руководитель доцент Половникова М.Г.

Аннотация. В данной работе рассматриваются особенности физического развития детей младшего школьного возраста с отклонениями в состоянии здоровья.

Ключевые слова: дети с ОВЗ, коррекционная школа, физическое развитие.

В процессе смены периода от дошкольного до младшего школьного возраста происходят различные изменения в физическом и психологическом развитии детей [1-4]. В младших классах ученики начинают придерживаться принципа успешного достижения конечных результатов во всех сферах своей учебной деятельности. По мере взросления, когда сложность и объем усвояемой информации увеличивается, требования к овладению знаниями изменяются. Дети переходят на новую ступень обучения – предметную.

Младший школьный возраст понимается современными психологами, прежде всего, как возраст принятия на себя социальных ролей, выполнения правил, принятия авторитета учителя, освоения социальных установок и первой ответственной социальной роли – роли ученика [5].

Усложнение программы развития может снизить уровень успеваемости, происходит потеря интереса к процессу обучения. Как следствие, в начальных классах необходимо создавать условия, которые способствуют облегчению смены образовательной среды. Особенно для детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), у которых психологическое развитие заметно отличается от сверстников без отклонений. Это связано с патологическим или замедленным развитием центральной нервной системы, а так же с многочисленными нарушениями ее работы.

Согласно основной классификации дети с ограниченными возможностями здоровья подразделяются на следующие категории:

- 1) дети с нарушениями слуха;
- 2) дети с нарушениями зрения;
- 3) дети с нарушениями речи;
- 4) дети с нарушением интеллекта (умственно отсталые дети);
- 5) дети со смешанными специфическими расстройствами психомоторного развития (ранее – ЗПР);
- 6) дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата (ДЦП);
- 7) дети с нарушениями эмоционально-волевой сферы;
- 8) дети с сочетанными, множественными нарушениями (сочетание 2-х, 3-х и более нарушений) [5-7].

Младший школьный возраст – это период формирования фундамента школьного обучения и активного личностного и социального развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Благополучие начальной школы определяет перспективу успешного перехода к среднему образованию, дальнейший образовательный маршрут и программу обучения в средней школе, обеспечивает полноценное использование потенциала когнитивного и социально-личностного развития ребенка с ОВЗ [5].

Проживание этого возраста детьми с ОВЗ может отличаться от проживания этого периода детьми без ОВЗ, однако логика детского развития едина, соответственно, и ориентиры специалистов и семьи в развитии, воспитании и обучении детей этого психологического возраста едины. При общности логики развития, начало данного этапа может задерживаться и проходить специфически для каждой категории детей с ОВЗ, поэтому требуется удовлетворять не только общие, но и особые образовательные потребности детей и близких взрослых.

Для детей с ОВЗ характерен пониженный уровень восприятия, а также низкая сформированность пространственных представлений, поэтому им требуется большой временной промежуток для усвоения информации. Поскольку они искаженно воспринимают пространство, плохо концентрируются, рассеяны, с трудом переключаются на другой вид деятельности, имеют низкую интеллектуальную активность и внутреннюю мотивацию, у них отсутствуют навыки самоконтроля, превалирует кратковременный вид памяти над долговременным, механический над логическим, наглядный над словесным. Также для них характерна низкая познавательная активность, отстраненность в общении, отсутствие или низкий уровень коммуникативных способностей, небольшая работоспособность в силу быстрого утомления, психомоторная расторможенность, несформированность произвольного поведения [3-4]. Дети младшего школьного возраста сталкиваются с новой социальной ситуацией развития, когда они погружаются в непривычную для них среду и входят в роль школьника, которая подразумевает под собой выполнение учебной деятельности. Поэтому для детей с ОВЗ нужен индивидуальный подход для того, чтобы адаптировать их к условиям школы.

Таким образом, принятие и реализация Федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования (ФГОС НОО) для обучающихся с ОВЗ стали несомненным достижением в развитии образования младших школьников, впервые предоставив семье возможность выбора образовательного маршрута ребенка, определяемого не только нозологией его ограничений, но и индивидуальным вариантом психического развития. ФГОС НОО предоставил гарантии коррекционной помощи во всех вариантах образования в соответствии с особыми образовательными потребностями детей с ОВЗ. При этом в Стандарте зафиксировано, что особые образовательные потребности не определяются лишь характером ограничений здоровья и отвечают вариантам развития и индивидуальным нуждам ребенка с ОВЗ [5].

Литература:

1. Анатомия и возрастная физиология : учебное пособие / Ю. А. Кудряшова, М. Г. Половникова, Т. В. Пономарева. – Краснодар, 2019. – 108 с.
2. Возрастная морфология (особенности развития систем органов в онтогенезе) / Т. Г. Гричанова [и др.]. – Краснодар, 2021. – 80 с.
3. Дистанционное образование: педагогу о школьниках с ограниченными возможностями здоровья / под ред. И. Ю. Левченко, И. В. Евтушенко, И. А. Никольской. – М. : Национальный книжный центр, 2013. – 336 с.
4. Инклюзивное образование / сост. : М. Р. Битянова. – М. : «Классное руководство и воспитание школьников», 2015. – 224 с.
5. Развитие образования детей с ОВЗ младшего школьного возраста: целевые ориентиры и стратегические направления / О. А. Карабанова, Е. Л. Гончарова, О. И. Кукушкина, О. С. Никольская // Альманах Института коррекционной педагогики. – 2019. – № 36.
6. Темиршина, Г. Р. Проблемы детей с ОВЗ в условиях общеобразовательной школы / Г. Р. Темиршина, А. З. Минахметова // Молодой ученый. – 2020. – № 27(317). – С. 240-243.
7. Федеральный государственный стандарт начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья. – М. : Министерство образования и науки РФ. – 2014.

Научное издание

**ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ
I НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ СТУДЕНТОВ
И МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ ВУЗОВ
ЮЖНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА
(февраль - март 2023 г.)**

ЧАСТЬ 1

Ответственный редактор
Технический редактор
Корректор
Оригинал-макет подготовила

А.А. Витер
Г.А. Ярошенко
Е.В. Чуйкова
Л.И. Просоедова

Подписано в печать 28.04.2023 г.

Формат 60x90/16.

Бумага для офисной техники.

Усл. печ. л. 16,75. Тираж 22 экз. Заказ № 16.

Отпечатано на множительной технике.

Редакционно-издательский отдел
Кубанского государственного университета
физической культуры, спорта и туризма
350015, г. Краснодар, ул. Буденного, 161

