**Примерная рабочая программа по адаптивной физической культуре для детей с ампутацией конечностей**

**Пояснительная записка**

Адаптивная физическая культура рассматривается как часть общей культуры, подсистема физической культуры, одна из сфер социальной деятельности, направленная на удовлетворение потребности лиц с ограниченными возможностями в двигательной активности, восстановлении, укреплении здоровья, личностного развития, самореализации физических и духовных сил в целях улучшения качества жизни, социализации и интеграции в общество. Закон РФ «Об образовании в Российской Федерации» выдвинул на первый план проблему внедрения в практику работы образовательных учреждений комплекса мер, направленных на своевременное обеспечение каждому ребенку адекватных возрасту условий для развития и формирования полноценной личности, включая физкультурное воспитание.

Методика адаптивной физической культуры имеет существенные отличия, обусловленные аномальным развитием физической и психической сферы ребенка. Медико-физиологические и психологические особенности детей разных нозологических групп, типичные и специфические нарушения двигательной сферы, специально-методические принципы работы с данной категорией детей, коррекционная направленность педагогического процесса определяют концептуальные подходы к построению и содержанию частных методик адаптивной физической культуры. Для выстраивания педагогического процесса, определения дидактических линий, возможности ставить и решать задачи образовательной деятельности, необходимо знать состояние здоровья, а также физические, психические, личностные особенности детей с нарушениями в развитии, потому как характеристика объекта педагогических воздействий является исходным условием любого процесса образования. Категория этих детей чрезвычайно разнообразна по нозологии, возрасту, степени тяжести дефекта, времени его возникновения, причинам и характеру протекания заболевания, медицинскому прогнозу, состоянию соматического здоровья, уровню физического развития физической подготовленности и другим признакам. Для детей-инвалидов с детства характерны проявления дизонтогенеза и ретардации в природном (биологическом)и психофизическом развитии. Это вызывает сдвиги сенситивных периодов возрастного развития, приводит к дефициту естественных потребностей ребенка в движении, игре, эмоциях, общении и затрудняет процесс обучения.

**Цель программы по адаптивной физической культуре:** достижение такого уровня развития двигательных навыков, который даст возможность минимально зависеть от посторонней помощи, вести более активный образ жизни, общаться с другими людьми.

**Задачи программы по адаптивной физической культуре**

***Общие задачи (образовательные, воспитательные, развивающие):***

- укрепление здоровья, содействие нормальному физическому развитию, повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным условиям внешней среды;

- обучение основам техники движений, формированию жизненно необходимых навыков и умений;

- развитие двигательных (кондиционных и координационных) способностей;

- формирование необходимых знаний в области физической культуры личности;

***Специфические задачи (коррекционные, компенсаторные, профилактические):***

- коррекция техники основных движений–ходьбы, бега, плавания, прыжков, перелезания, метания, мелкой моторики рук. Симметричных и ассиметричных движений, движений, упражнения с предметами и др.;

- коррекция и развитие координационных способностей- согласованности движений отдельных звеньев тела, при выполнении физических упражнений, ориентировки в пространстве, дифференцировки усилий, времени и пространства, расслабления, быстроты реагирования на изменяющиеся условия, равновесия, ритмичности, точности движений, мышечно-суставного чувства, зрительно-моторной координации и др.;

- коррекция и развитие физической подготовленности - мышечной силы, элементарных форм скоростных, скоростно-силовых качеств, ловкости, выносливости, подвижности в суставах;

- компенсация утраченных или нарушенных функций, формирование новых видов движений за счет сохранных функций в случае невозможности коррекции;

- профилактика и коррекция соматических нарушений-осанки, сколиоза, плоскостопия, дыхательной и сердечно-сосудистой систем, профилактика простудных и инфекционных заболеваний, травматизма, микротравм;

- коррекция и развитие сенсорных систем: дифференцировка зрительных и слуховых сигналов по силе , расстоянию, направлению; развитие зрительной и слуховой памяти; развитие устойчивости к вестибулярным раздражениям; дифференцировка тактильных ощущений, кожно-кинестетических восприятий и т.п.;

- коррекция психических нарушений в процессе деятельности-зрительно предметного и зрительно-пространственного восприятия, наглядно-образного и вербально - логического мышления, памяти, внимания, речи, воображения, эмоционально-волевой сферы и т.п.

**Специфика работы с детьми с ампутацией конечностей**

Для увеличения подвижности в сохраненных суставах и для развития силы мышц пораженной конечности применяются упражнения, выполняемые сидя, лежа на спине, лежа на животе. При коротких культях бедра наиболее часто формируются сгибательные и отводящие контрактуры тазобедренных суставов. При таких контрактурах необходимо акцентировать внимание на разгибании и приведении культи. При отведении культи назад, чтобы из избежать компенсаторных движений таза, туловища и участия других мышц в сгибании, обязательна фиксация таза в положении лежа на животе мешками с песком или рукой методиста. При сгибательных контрактурах тазобедренного сустава основное исходное положение — лежа на животе. Необходимо отметить, что положение стоя на одной ноге способствует формированию косого положения таза и «S»-образному искривлению позвоночника. При односторонних дефектах общий центр массы тела смещается в сторону сохранившейся конечности, развивается асимметрия в тонусе мышц туловища, происходит наклон таза в сторону ампутированной конечности, формируется сколиоз, асимметрия надплечий и лопаток. Для коррекции положения плечевого пояса, позвоночника, таза применяются специальные упражнения.

Пассивные упражнения выполняются методистом. При выполнении пассивного движения вначале определяется некоторое сопротивление ребенка, вызываемое появлением рефлекса на растягивание мышц, а в первом полугодии жизни и остаточными проявлениями физиологического гипертонуса. После первых двух-трех движений сопротивление снижается. При последующих трех-четырех пассивных движениях ребенок нередко начинает активно помогать их выполнению.

При выполнении рефлекторных движений используются рефлексы позы и положения, выпрямительный, шагательный и некоторые другие. Кроме пассивно-рефлекторных упражнений стимулируется самостоятельное выполнение ребенком отдельных упражнений с игрушками, которые ребенок научился захватывать и перемещать. Активные движения начинают использовать вслед за тем, как они появляются в ответ на предшествующие пассивные или рефлекторные.

Подбор упражнений в первую очередь должен обеспечивать коррекцию нарушений психомоторного развития ребенка и формирование двигательных компенсаций. Для мобилизации подвижности в сохраненных суставах и развития силы мышц сохранившихся сегментов недоразвитых конечностей применяются следующие упражнения:

— поочередное и одновременное сгибание ног из положения лежа на спине (сгибание в тазобедренных суставах при культях бедер и в тазобедренных и коленных — при культях голеней);

— поочередное и одновременное поднимание прямых ног (при культях голени) из положения лежа на спине;

— «скользящие шаги» в положении лежа на спине, выполняемые как шагательный рефлекс;

— круговые движения ног (культей бедер) в положении лежа

на спине;

— поочередное отталкивание кожаного набивного мяча правой

и левой ногой (культей) в положении лежа на спине или сидя;

— из положения лежа на спине разгибание туловища с опорой

на ноги (культи) и голову (ребенок поддерживается под таз), стопы

или концы культей прижимаются к кровати;

— поднимание культи вперед до зрительного ориентира (рука,

палка, флажок), выполняемое вначале пассивно, затем пассивно-активно и, наконец, активно;

— сидя на стульчике, разгибая коленный сустав, прикосновение

концом культи голени к руке методиста;

— поднимание культи вперед с сопротивлением, оказываемым

рукой или поднимание культей мешочка с песком весом 0,5—1 кг;

— лежа на животе сгибание и разгибание в коленных суставах

(при культях голени).

Если движения в суставах пораженной конечности резко ограничены, они выполняются вначале как пассивные, затем как движения, совершаемые с помощью, затем производятся активно (в игровой форме) и, наконец, осуществляются ребенком при небольшом сопротивлении методиста.