

2. Sabharwal S. Mechanical failure of external fixator during hip joint distraction for Perthes disease / Sabharwal S., Van Why D. // J OrthopSci. – 2007 – Vol. 12 (4). – P. 385–389.
3. Особливості рухової здатності дітей 4–6 років з хворобою Пертеса / Гузій Оксана, Будзин Віра, Жарська Наталя, Рябуха Віра // Фізична культура, спорт та здоров'я нації : зб. наук. пр. Вінницьк. держ. пед. ун-ту імені Михайла Коцюбинського. – Вінниця, 2014. – Вип. 17. – С. 645–651.
4. Климовицкий В.Г. Нарушение минерального гомеостаза у детей при болезни Пертеса / Климовицкий В.Г., Усикова Т.Я., Кравченко А.И. // Травма. – 2005 – Т. 6, № 3. – С. 278–283.
5. Кулаженко Е.В. Ранняя ультразвуковая диагностика хвороби Пертеса / Кулаженко Е.В. // Одеський мед. журнал. – 2000. – № 3 (59). – С. 37–39.

АДАПТИВНЕ ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З СИНДРОМОМ ДАУНА

Ірина Кальонова, Надія Богдановська

Запорізький національний університет

Адаптивна фізична культура (АФК) покликана забезпечити умови для повноцінного розвитку дітей з обмеженими можливостями. Одну з таких нозологічних груп складають вихованці спеціальних дошкільних освітніх установ – діти із синдромом Дауна. Працюючи в цій області фахівці відзначають у них низькі темпи розвитку когнітивної, афективної і фізичної сфер. Багатогранність характеристик дизонтогенезу дітей з синдромом Дауна, необхідність забезпечення корекційного впливу диктують умови чіткої організованості, раціональності і диференціації психолого-педагогічного супроводу їх розвитку [1].

Постановка корекційно-педагогічних завдань АФК у дітей з синдромом Дауна має спиратися на вихідні параметри їх фізичного стану, зокрема рівень сформованості фізичних якостей, що може бути перешкодою для навчання руховим діям. Руховий розвиток дитини з синдромом Дауна значною мірою залежить від стану її опорно-рухової системи, особливістю якої є генетична аномалія будови колагену – структурного компоненту сухожиль, хрящів, кісток, шкіри. Результатом цього є наявність гіпермобільності суглобів, яка характерна для 44% дітей дошкільного та шкільного віку з синдромом

Дауна. Поєднання гіпермобільності з м'язовою гіпотонією впливає на темпи розвитку великої і дрібної моторики дитини в перші десять років життя [2].

Мета дослідження – практично обґрунтувати ефективність застосування засобів АФК в реабілітації дітей з синдромом Дауна.

Для оцінки динаміки розвитку фізичних якостей використовувалися наступні тести, які були методично адаптовані для дитини з синдромом Дауна:

- стрибок у довжину з місця – на визначення швидкісно-силових якостей;
- тест на гнучкість (на гімнастичній лаві);
- біг на 30 м – на визначення рівня швидкісних якостей;
- неперервний біг в рівномірному темпі – на визначення витривалості;
- підйом тулуба із положення лежачі на спині – на визначення силової витривалості
- вис на перекладині (з підтримкою інструктора) – на визначення силових якостей.

Дослідження проводилось на базі Нікопольського центру медико-соціальної реабілітації дітей. У дослідження були включені шість дітей віком 3–6 років з синдромом Дауна, які займалися адаптивною фізичною культурою на базі даного навчального закладу 3 рази на тиждень по 45 хвилин. Відповідно до психофізичних особливостей дітей з синдромом Дауна процес адаптивного фізичного виховання було організовано в три етапи: адаптаційний, корекційно-розвивальний, підтримуючий.

Основна робота, спрямована на розвиток основних фізичних якостей, проводилась на другому етапі. В якості основного засобу фізичного виховання для дітей з синдромом Дауна слід обирати рухливі ігри корекційної спрямованості, дихальні вправи, пальчикові ігри, спеціальні фізичні вправи. Тривалість однієї рухової гри не перевищує 3–5 хв, але повторюються такі ігри багаторазово для їх міцного засвоєння. Для запобігання психічного і фізичного стомлення одне заняття включало 2–3 добре освоєних завдання і 1–2 нових. Рухливі ігри та естафети включають найрізноманітніші рухи: біг, стрибки, метання, лазіння, вправи з предметами, імітацію руху тварин тощо. Рухливі ігри з тонізуючим навантаженням залежно від їх змісту вимагають уваги, спритності, швидкості реакції, рівноваги, вміння орієнтуватися в просторі. Тривалість занять на другому етапі склала 45 хв [3].

У табл. 1 наведені дані, що дозволяють оцінити динаміку розвитку основних фізичних якостей у дітей з синдромом Дауна. Результати доводять, що під впливом систематичних занять адаптивною фізичною культурою, у дітей з СД достовірно покращились показники швидкісних та швидкісно-силових якостей, витривалість та гнучкість.

Таблиця 1

**Динаміка показників фізичних якостей
у дітей з синдромом Дауна (M±m)**

Показник	На початку дослідження	Наприкінці дослідження	t
Стрибок у довжину з місця, см	69,4±5,35	85,6±4,10	2,40
Нахил тулуба вперед з положення стоячи, см	7,49±0,48	5,54±0,67	2,37
Біг на 30 м, с	8,21±0,35	6,64±0,43	2,83
Непреривний біг в рівномірному темпі, м	112,10±5,25	140,62±6,37	3,46
Підйом із положення лежачі на спині, разів	6,81±0,75	8,41±0,81	1,45
Вміння удержуватись в висі на перекладині, с	28,42±2,73	33,65±2,06	1,53

Таким чином, комплексна методика адаптивного фізичного виховання позитивно впливає на розвиток фізичних якостей дітей з синдромом Дауна, що робить її невід’ємною частиною корекційно-педагогічного процесу.

Література:

1. Лаутеслагер П. Двигательное развитие детей раннего возраста с синдромом Дауна / П. Лаутеслагер. – Москва : Монолит, 2003. – 356 с.
2. Поле Е. В. Двигательное развитие ребенка с синдромом Дауна : пособие для специалистов / Е. В. Поле, П. Л. Жиянова, Т. Н. Нечаева. – Москва : Даунсайд Ап, 2008. – 80 с.
3. Частные методики адаптивной физической культуры : учеб. пособие / под ред. Л. В. Шапковой. – Москва : Советский спорт, 2004. – 464 с.