**Лабораторное занятие №11**

**Особенности физической реабилитации детей, имеющих нарушения зрения**

**Цель занятия:** рассмотреть особенности занятий адаптивной физической культурой с детьми, имеющими нарушения зрения

Различают **врожденные и приобретенные** нарушения зре­ния. Врожденная слепота может быть следствием нарушения внутриутробного развития плода (алкоголизм и наркомания матери, интоксикация лекарствами, острые вирусные инфек­ции). Результатом **генетических нарушений** могут быть микрофтальм (глубокое структурное изменение глаза), антрофтальм (полное отсутствие глаза, безглазие), катаракта (помутнение хрусталика), пигментная дистрофия (дегенерация сетчатки), астигматизм (нарушение преломляющей способности глаза).

Причинами **приобретенной слепоты** являются невриты зри­тельного нерва, глаукома (отслоение сетчатки), травма глаза, физические перегрузки и др.

Различают больных со следующими нарушениями зрения.

**Слепые** – люди с полным отсутствием зрительных ощу­щений или светоощущением (очертаний предметов не видят, а имеют только ощущение света). В свою очередь различают две степени потери зрения у инвалидов по зрению: 1-я **– тотальная потеря зрения; 2-я – практическая слепота,** когда имеется све-тоощущение, способность определить контур предмета.

**Слабовидящие** – это люди, острота зрения которых позволяет раз­личать предметы, очертания которых они видят нечетко.

По уровню физического развития дети с нарушением зре­ния во всех возрастных группах отстают от нормы. При нару­шении зрения наблюдается ограничение двигательной актив­ности ребенка, в результате чего возникает ряд вторичных от­клонений и не только в физическом развитии слепых и слабо­видящих. В частности, у них ослабляются познавательные про­цессы (восприятие, воображение, наглядно-образное мышле­ние), значительно снижены двигательные функции и качества.

При значительной или полной потере зрения нарушаются координация, выносливость, быстрота и ритм движений (от­ставание от нормы составляет 53%). В меньшей степени (на 8–12%) выражено отставание по показателям мышечной силы и скоростно-силовых качеств. Известно, что психическое раз­витие ребенка зависит от состояния моторики, отмечено, что именно движение непосредственно осуществляет практическую связь ребенка с окружающей средой, которая лежит в основе развития психических процессов. Дети с патологией органа зре­ния в большей степени нуждаются в мышечной деятельности, нежели дети с нормальным зрением. Не подлежит сомнению и тот факт, что эффективность лечения зрительной патологии наиболее высока у детей с высокой двигательной активностью.

Первостепенную важность с реабилитационных позиций имеет развитие адаптационно-компенсаторных возможностей слабовидящих детей, касающиеся как органа зрения, так и иных анализаторных систем, поэтому вся комплексная программа реабилитации детей-инвалидов по зрению должна строиться не только и не столько на учете утраченных функций, сколько на использовании сохранившихся резервов компенсации зритель­ного дефекта и возможности компенсации за счет других ана­лизаторов.

Слепота отрицательно сказывается на развитии всех сто­рон двигательной функции и особенно на регуляции движе­ния, на осуществлении самоконтроля при выполнении упраж­нений. В норме контроль и саморегулирование движений осу­ществляется с помощью зрения, которое играет ведущую роль в формировании двигательных умений и навыков.

Зрительный контроль является решающим при выполнении упражнений в беге, прыжках, ходьбе на лыжах и др. В ряде физических уп­ражнений, не требующих зрительного контроля (упражнения на гибкость, силу и др.), слепые показывают относительно высокие показатели.

У слепых выработка двигательных действий по сравне­нию со зрячими происходит медленнее вследствие ограниче­ния возможностей внесения коррективов в общую структуру движений по ходу действия. Однако отсутствие зрения не ис­ключает возможности производить оценочные и контрольные операции с помощью мышечно-суставной чувствительности, осязания и вестибулярного анализатора. Роль того или иного анализатора в выполнении движений зависит от характера упражнений. Например, при выполнении силовых упражне­ний (поднятие тяжестей) зрительный анализатор не играет существенной роли. При выполнении упражнений на точность роль зрительного анализатора возрастает, так что некоторые упражнения выполняются с большими трудностями. При выключении зрения показатели функции равновесия снижа­ются более чем в 5–8 раз.

Приведенные сведения позволяют классифицировать все упражнений для совершенствования движений с учетом роли того или иного анализатора в их выполнении.

Выделяют 3 груп­пы упражнений для слабовидящих:

1) упражнения, при выпол­нении которых ведущим является зрительный анализатор;

2) уп­ражнения, в которых ведущим является слуховой анализатор;

3) упражнения, в которых ведущим является двигательный анализатор.

Для слепых:

1) упражнения, в которых ведущим является двигательный анализатор;

2) упражнения, в которых ведущим является слуховой (и вестибулярный) анализатор.

При реабилитации детей с нарушением зрения следует учи­тывать, что недостаточная двигательная активность приводит у них к снижению всех жизненноважных функций организма: ухудшение деятельности сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной систем, а также реакции иммунитета и об­щей работоспособности. По причине всех этих особенностей психофизического состояния слепых и слабовидящих вся сис­тема их физической реабилитации (воспитания) должна быть построена так, чтобы не только компенсировать зрительный дефект, но и улучшить физическое развитие, расширить дви­гательные возможности, улучшить здоровье и поднять общую работоспособность организма.

Формы занятий физическими упражнениями в школе и семье должны быть самыми разнообразными:

1) уроки физи­ческой культуры;

2) занятия в школьной секции по избранно­му виду спорта и ОФП;

3) УГГ;

4) физкультпаузы;

5) прогул­ки – пешие, велосипедные, лыжные;

6) бег в течение 10— 30 мин;

7) плавание, купание;

8) подвижные игры;

9) самосто­ятельные занятия доступным видом спорта;

10) специальные занятия для устранения недостатков физического развития или осанки;

11) участие в различных соревнованиях;

12) занятия ЛФК.

Дети ежедневно должны заниматься физическими упраж­нениями не менее 1–1,5 ч. На занятиях используются не толь­ко упражнения коррекционной направленности, но и направ­ленные на закрепление умения естественно двигаться (ходьба, бег, ориентирование в пространстве, управление своими дви­жениями), так как это особенно важно для слепых и слабови­дящих детей.

При проведении оздоровительно-реабилитационных заня­тий необходимо учитывать индивидуальные особенности орга­низма слепых и слабовидящих детей, их пониженные функ­циональные возможности, замедленность адаптации к физи­ческим нагрузкам. В зависимости от вида и глубины зритель­ной патологии, деформаций опорно-двигательного аппарата, функциональных возможностей, физические упражнения при­меняются в разной последовательности и дозировке. В зависи­мости от характера поражения органа зрения и соответственно возможностей применения всех или иных групп упражнений детей для занятий подразделяют на 2 группы: дети, имеющие близорукость с изменением глазного дна, подвывихи хруста­лика, косоглазие; дети с атрофией зрительного нерва, дально­зоркостью, с альбинизмом. Детям 1-й группы противопоказа­ны упражнения со значительными отягощениями (штанга, гиря и др.), ускорения, стойки на голове и руках, наклоны вперед из положения стоя на двух ногах, прыжки с предельной мощностью и т.п. Для детей 2-й группы эти упражнения не противопо­казаны. Занятия ЛФК показаны ослабленным детям с низким уровнем физического развития, нарушениями осанки, низки­ми показателями физической подготовленности.

Основной формой ЛФК для детей-инвалидов по зрению являются занятия лечебной гимнастикой различной направлен­ности. Во-первых, это занятия ЛГ, направленные на совершен­ствование и коррекцию зрительных функций. В занятия необ­ходимо включать упражнения для развития пространственного восприятия, для тренировки зрительно-моторных реакций у детей, упражнения на развитие и коррекцию центрального и периферического зрения, специальные упражнения для трени­ровки глазодвигательного аппарата. Во-вторых, в реабилита­ционную программу слепых и слабовидящих детей необходи­мо включать занятия корригирующей гимнастикой. В-третьих, занятия, направленные на развитие общей физической подго­товки. Необходимо отметить особенность построения занятия ЛГ. В связи с тем, что у детей данного контингента слабо раз­вита адаптация к физическим нагрузкам, выработка условно-рефлекторных связей идет медленно, целесообразно увеличить продолжительность вводной части занятия до 35%, соответ­ственно основная часть составит 50 и заключительная – 15%.

**Вопросы для самоконтроля:**

1. Назовите причины нарушений зрения у детей.
2. Охарактеризуйте уровень физического развития детей, имеющих нарушения зрения.
3. Какие группы физических упражнений выделяют при занятиях с детьми, имеющими нарушения зрения?
4. Назовите формы занятий физическими упражнениями в школе и семье.
5. В чем заключается методика оздоровительно-реабилитационных занятий с детьми, имеющими нарушения зрения?